

# PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE NORD FRANCHE-COMTÉ

2019 - 2023



PLATEFORMES DE COORDINATION EN  
PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE  
*AIRE URBAINE*



## Table des matières

<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>1. PRÉAMBULE</b>	
1.1 Cadre réglementaire.....	5
1.2 Articulation du PTSM avec les autres projets stratégiques territoriaux .....	7
1.3 Le territoire .....	8
<b>2. MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE</b>	
2.1 Méthodologie d'élaboration.....	10
2.2 Acteurs et participants .....	10
2.3 Calendrier .....	12
2.4 Indicateurs – Axes stratégiques du PTSM.....	14
2.5 Approbation du PTSM.....	15
2.6 Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM).....	15
<b>PHASE 1 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ.....</b>	<b>16</b>
<b>3. DONNÉES DE CADRAGE</b>	
3.1 Contexte territorial.....	17
3.2 Taux d'équipement et démographie médicale.....	18
3.2.1 Psychiatrie adulte et psychiatrie du sujet âgé.....	18
3.2.2 Pédiopsychiatrie.....	19
<b>4. CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE</b>	
4.1 Données relatives à l'organisation du sanitaire et à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux).....	21
4.1.1 Libéraux.....	21
4.1.2 Hospitaliers.....	21
4.2 Données d'équipement (offre médico-sociale et sociale).....	24
4.2.1 Enfant – Adolescent .....	24
4.2.2 Adulte – Addictologie.....	26
4.2.3 Personnes âgées.....	29
4.3 Acteurs de la coordination et de l'intégration.....	31
4.3.1 Enfant – Adolescent.....	31
4.3.2 Adulte – Addictologie.....	32
4.3.3 Personnes âgées.....	33
4.3.4 Transversales.....	33
4.4 Projets en cours.....	34
4.4.1 La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) / Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC).....	34
4.4.2 Personnes Agées En risque de Perte d'Autonomie (PAERPA).....	34
4.4.3 Instance Territoriale de Concertation Opérationnelle (ITCO).....	36
<b>5. PROBLÉMATIQUES DU TERRITOIRE</b>	
5.1 Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques.....	37
5.2 Situations inadéquates.....	41
5.3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.....	44
5.4 Accès aux soins somatiques.....	47
5.5 Prévention et gestion des situations de crise.....	49
5.6 Synthèse des constats par filière.....	51

**PHASE 2 : PLAN D’ACTIONS – PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE.....64**

**6. PLAN D’ACTIONS : PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE**

6.1 Présentation des fiches actions.....	65
6.1.1 Filière Enfant – Adolescent.....	65
6.1.2 Filière Adulte – Addictologie.....	91
6.1.3 Filière Personnes âgées.....	110
6.1.4 Transversale Adulte – Addictologie / Personnes âgées.....	127
6.1.5 Multi-Filières.....	131

**7. ANNEXES.....150**

## GLOSSAIRE

---

**ADAPEI** : Association Départementale de Parents et Amis des Personnes Handicapées Mentales  
**AED** : Action Éducative à Domicile  
**AEMO** : Action Educative en Milieu Ouvert  
**AHBFC** : Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté  
**AHS-FC** : Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté  
**AJ** : Accueil de Jour  
**ALD** : Affection de Longue Durée  
**ALTAU** : Association de Lutte contre les Toxicomanies de l'Aire Urbaine  
**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
**ANPAA** : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie  
**ARESPA** : Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**ATMP** : Association Tutélaire des Majeurs Protégés  
**ASE** : Aide Sociale à l'Enfance  
**ASEANFC** : Association de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte du Nord Franche-Comté  
**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce  
**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
**CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues  
**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CD** : Conseil Départemental  
**CGPM** : Coordination de Gérontologie du Pays de Montbéliard  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
**CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé  
**CHSLD** : Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée  
**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination  
**CMP** : Centre Médico Psychologique  
**CMPP** : Centre Médico Psycho Pédagogique  
**COPIL** : Comité de Pilotage  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CLS** : Contrat Local de Santé  
**CMS** : Centre Médico-Social  
**COS** : Cadre d'Orientation Stratégique  
**CPG** : Centre de Psychiatrie Générale  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CPT** : Communautés Psychiatriques de Territoire  
**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé  
**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**CTS** : Conseil Territorial de Santé  
**CTSM** : Contrat Territorial de Santé Mentale  
**CVSS** : Cellule de Veille Sociale et Sanitaire  
**DDCSPP** : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations  
**DITEP** : Dispositif Intégré Thérapeutique Educatif et Pédagogique  
**DSDEN** : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale  
**EEAP** : Etablissement ou service pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**ELSA** : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie  
**EMPP** : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

**ESMS** : Etablissements et Services Médico-Sociaux  
**FAC** : Fondation Arc-en-Ciel  
**FADS** : Fondation de l'Armée Du Salut  
**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé  
**FH** : Foyer d'Hébergement  
**GAFC** : Groupement Addictions Franche-Comté  
**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire  
**GOS** : Groupe Opérationnel de Synthèse  
**GTO** : Groupe Technique d'Orientation  
**HAD** : Hospitalisation A Domicile  
**HDJ** : Hôpital de Jour  
**HNFC** : Hôpital Nord Franche-Comté  
**IEM** : Institut d'Education Motrice  
**IME** : Institut Médico-Educatif  
**ITEP** : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique  
**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** : Maison de l'Adolescence  
**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**MECS** : Maison d'Enfants à Caractère Social  
**NFC** : Nord Franche-Comté  
**PAERPA** : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie  
**PAG** : Plan d'Accompagnement Global  
**PAS** : Point Accueil Solidarité  
**PASS PSY** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé PSYchiatrique  
**PCPSM** : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale  
**PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies  
**PRS** : Projet Régional de Santé  
**PTA** : Plateforme Territoriale d'Appui  
**PTSM** : Projet Territorial de Santé Mentale  
**RAPT** : Réponse Accompagnée Pour Tous  
**SAAD** : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
**SAU** : Service d'Accueil et de traitement des Urgences  
**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile  
**SH** : Soins Hospitaliers  
**SPASAD** : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile  
**SIAO** : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation  
**SRS** : Schéma Régional de Santé  
**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
**SSC** : Soins Sans Consentement  
**STEMOI** : Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert et d'Investigation  
**UCC** : Unité Cognitivo-Comportementale  
**UDAF** : Union Départementale des Associations Familiales  
**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcée  
**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé  
**UTEP** : Unité Transversale d'Education du Patient

## 1. PRÉAMBULE

---

***La Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 conforte la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie au sein des territoires.***

*La politique de santé mentale repose sur l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) qui doit relever de l'initiative des professionnels et des établissements du champ de la santé mentale : incluant l'ensemble des acteurs des champs : sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, des politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, et les conseils locaux de santé mentale.*

### 1.1 Cadre réglementaire

**La loi de modernisation de notre système de santé** n°2016-41 du 26 janvier 2016, introduit dans son **article 69**, un **nouveau dispositif de déclinaison de la politique de santé mentale** sur les territoires : le **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** : mis en parallèle des Groupements Hospitaliers de Territoire pour tenir compte des spécificités de la psychiatrie et de la santé mentale.

L'article 69 de la loi de modernisation reconnaît le caractère transversal de la santé mentale avec « *des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* » où l'ensemble des acteurs concernés y sont associés : acteurs du soin, de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. Les principes généraux d'élaboration du PTSM y sont également présentés. Le PTSM est un outil de déclinaison de la politique de santé mentale, qui a pour objectif « *l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* » (article L.3221-2 du Code de la Santé Publique).

**Le Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale** fixe la **méthodologie** et les **délais d'élaboration** du PTSM : article L. 3221-1 du Code de Santé Publique. Il définit notamment le rôle des Agences Régionales de Santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

- Le décret fixe trois missions principales au Projet Territorial de Santé mentale :

**1.** Favoriser « *la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire* ».

**2.** Permettre « *la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social* ».

3. Déterminer et décliner le cadre de « **la coordination de second niveau** ». « Elle permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie ».

- Six priorités sont également fixées :

**Priorité n°1.** L'organisation des conditions de **repérage précoce** des troubles psychiques, et **l'accès aux soins** et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux : l'accès aux dispositifs de prise en charge spécifique, des réponses à des publics spécifiques : personnes en situation de précarité, ayant des conduites addictives, ou encore victimes de psychotraumatisme.

**Priorité n°2.** L'organisation d'un **parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture**, qui intègre l'accès aux soins de réhabilitation et prévoit le développement des services axés sur l'insertion et le maintien en milieu ordinaire (scolarisation, logement, emploi, vie sociale).

**Priorité n°3.** L'organisation des conditions d'accès aux **soins somatiques**.

**Priorité n°4.** L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge de **situations de crise et d'urgence**.

**Priorité n°5.** 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 de la lutte contre la stigmatisation, en référence aux personnes en situation de soins sans consentement.

**Priorité n°6.** L'organisation des conditions d'action sur les **déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** de la santé mentale : renforcement des compétences psychosociales.

**L'Instruction n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale** vise à accompagner les acteurs locaux et les Agences Régionales de Santé dans l'élaboration des Projets Territoriaux de Santé Mentale. En application du décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif aux PTSM, elle précise les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des PTSM. La date limite de transmission des PTSM aux ARS est fixée au 28 juillet 2020.

Plus précisément, après avis de la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé et du Conseil Territorial de Santé, en réunion plénière, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé arrêtera le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale. Un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) sera alors

conclu entre l'ARS BFC et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre des actions du PTSM.

Ceci, en cohérence avec :

- la **feuille de route Santé Mentale** du 28 juin 2018 qui décline la stratégie nationale de santé dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie.
- le **Projet Régional de Santé Bourgogne Franche-Comté 2018-2028** avec trois composantes :
  - Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS, en lien avec la stratégie nationale de santé, afin d'améliorer l'état de santé de la population et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
  - Le Schéma Régional de Santé (SRS) qui pour une durée de 5 ans est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé.
  - Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), vise à réduire les inégalités de santé et offrir des conditions d'accès adaptées aux soins.

## 1.2 Articulation du PTSM avec les autres projets stratégiques territoriaux

Les actions du Projet Territorial de Santé Mentale sont à décliner à travers la formalisation d'un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM), signé entre l'Agence Régionale de Santé et les acteurs concernés, d'une validité de 5 ans, à compter de sa signature ; dans les projets stratégiques des établissements et des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ; dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens des établissements concernés.

Les Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT) dont l'un des membres est partie à un GHT doit s'assurer de la prise en compte des orientations du Projet Territorial de Santé Mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

D'autres outils permettent de décliner localement le PTSM : les contrats de ville et les contrats locaux de santé mais aussi les projets des conseils locaux de santé ou de santé mentale, projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

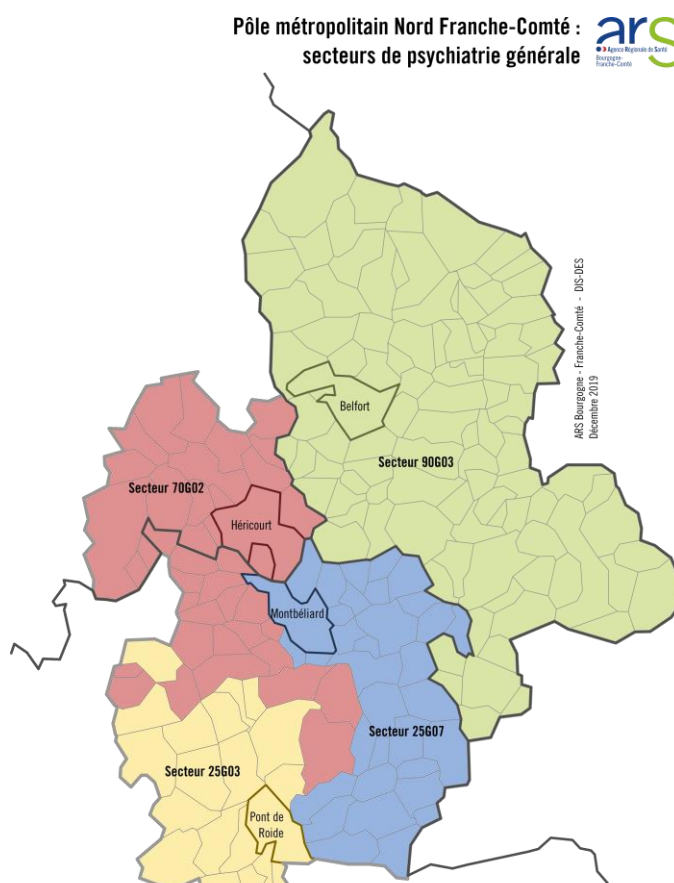


### 1.3 Le territoire

Le Projet Territorial de Santé Mentale tient compte des spécificités du territoire. Le territoire de santé mentale est défini par l'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique, comme « suffisant » pour permettre : l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale et l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Pour l'ARS de Bourgogne Franche-Comté, le territoire du PTSM est le territoire de démocratie en santé. Ainsi, la déclinaison de la politique régionale est organisée au niveau départemental avec une sectorisation pour l'ensemble des acteurs du soin. Le présent PTSM est circonscrit à l'échelle du pôle métropolitain « Nord Franche-Comté », qui s'étend sur trois aires géographiques composées : du Département du Territoire de Belfort dans son ensemble, du Pays de Montbéliard Agglomération dans le département du Doubs et une partie de la Haute-Saône avec la Communauté de Communes du Pays d'Héricourt.

Le territoire dénommé indifféremment dans le document : « Nord Franche-Comté », « Aire Urbaine » ou « Pôle métropolitain », recouvre le même périmètre géographique d'action qui est celui du « Pôle métropolitain Nord Franche-Comté ».



**SECTEUR 25G03** : CHS DE NOVILLARS / **SECTEURS 90G03-25G07-70G02** : CHS DE SAINT REMY ET NFC

# POLE METROPOLITAIN NORD FRANCHE-COMTE : 1er janvier 2017



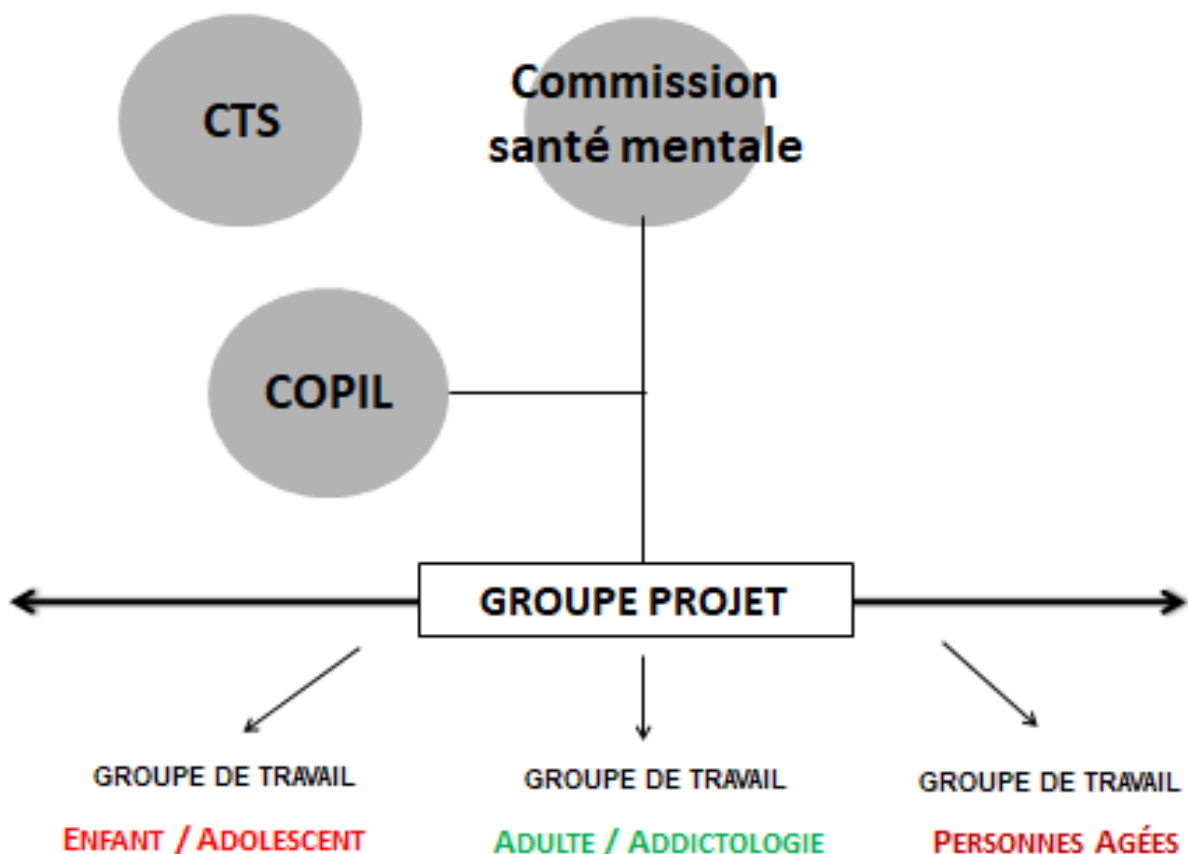
## 2. MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PTSM

---

### 2.1 Méthodologie d'élaboration

Le Projet territorial de Santé Mentale du Nord Franche-Comté est élaboré pour les départements du Territoire de Belfort, du Doubs (Pays de Montbéliard Agglomération) et de la Haute-Saône (Communauté de Communes du Pays de Héricourt). Il associe des acteurs institutionnels, des champs : sanitaire, médico-social et social (y compris les acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion), dans l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé. C'est un état des lieux des ressources, précisant les insuffisances et les préconisations pour remédier aux difficultés rencontrées par les personnes vivant avec des troubles psychiques dans leur parcours de soins et de vie.

### 2.2 Acteurs et participants



Afin de travailler à l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale Nord Franche-Comté, la commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé NFC réunie le 21 septembre 2017 et le comité de pilotage du PTSM du 20 octobre 2017 ont validé une démarche de travail qui s'appuie sur :

- **Un comité de pilotage (COFIL)** : basé sur la composition du COFIL de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine, élargi avec des acteurs représentant les secteurs sociaux, médico-sociaux, addictions, prévention et les collectivités locales représentant le Nord Franche-Comté afin d'avoir une représentativité plus importante des acteurs du territoire.

C'est une instance stratégique qui définit la démarche du PTSM, le fonctionnement des groupes de travail et désigne les pilotes et co-pilote(s) du PTSM.

- **La désignation des pilotes et co-pilote(s) du PTSM** : issus des diverses représentations intégrées au COFIL. Ils animent les groupes de travail, mobilisent les acteurs par filière, élaborent le PTSM (diagnostic partagé et plan d'actions).

- **Un groupe projet** : est composé des pilotes et co-pilote(s), du Président de la commission spécialisée en santé mentale, de l'ARS.

C'est un organe opérationnel qui compose et fixe le cadrage des groupes de travail, identifie les leviers et les freins des travaux, assure la cohérence et la transversalité des thématiques.

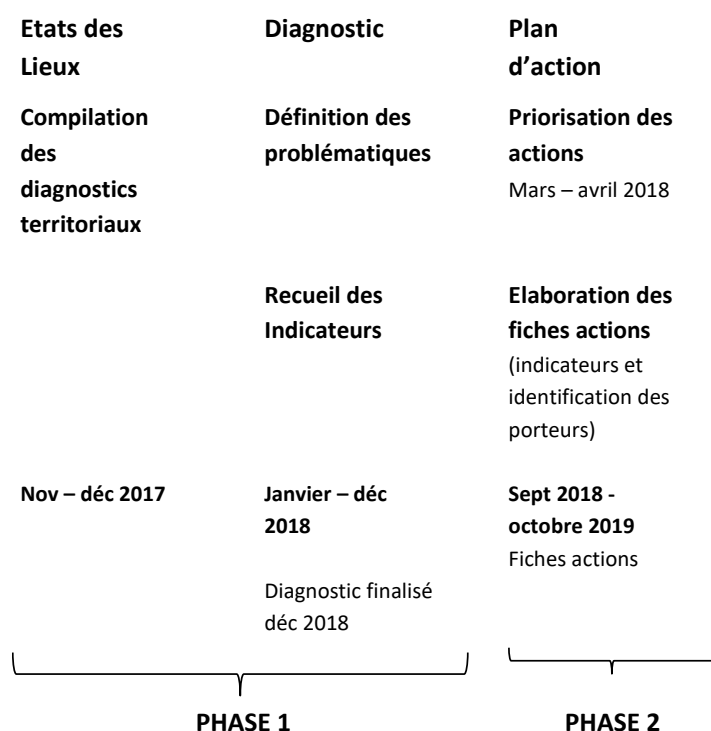
- **Des groupes de travail par filière** : **Enfant/Adolescent** – **Adulte/Addictologie** – **Personnes âgées** (cf annexes) : sont composés de représentants des acteurs des champs couverts par la santé mentale. Les groupes de travail sont organisés par filière et travaillent sur le diagnostic partagé et le plan d'actions.

L'animation et le suivi du Projet Territorial de Santé Mentale sont mis en œuvre par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PCPSM AU), portée par l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC), en lien avec la Délégation Territoriale ARS du Nord Franche-Comté. L'ARS a un rôle d'accompagnement et d'appui des acteurs du territoire qui doivent élaborer le PTSM. Elle sera garante des travaux au regard de la réglementation et du parcours santé mentale.

## 2.3 Calendrier

Le calendrier d'élaboration du PTSM s'étend sur l'ensemble de l'année 2017/2019, en deux phases :

1. Diagnostic territorial comprenant l'état de lieux et le repérage des problématiques territoriales et organisationnelles : de novembre 2017 à décembre 2018.
2. Elaboration du plan d'actions devant permettre l'identification des porteurs avant la contractualisation : de septembre 2018 à octobre 2019.



En phase 1, les travaux par filière se sont organisés comme suit :

PHASE 1 : états des lieux – Diagnostic territorial partagé				
Réunions	Ordre du jour	Enfant	Adulte - Addictologie	Personnes Agées
<b>COFIL PTSM</b>	<b>20/10/2017</b> (réunion d'installation)			
<b>GT 1</b>	<b>Etat des lieux et problématiques</b>	19.12.2017	14.12.2017	18.12.2017
<b>GT 2</b>	<b>Analyse des causes</b>	12.02.2018	09.02.2018	06.02.2018
<b>COFIL PTSM</b>	<b>20/03/2018</b> (présentation et validation des axes stratégiques du PTSM)			
<b>GT 3</b>	<b>Fiches actions</b>	29.03.2018	29.03.2018	26.03.2018
<b>CSM du CTS NFC</b>	<b>25/04/2018</b> (présentation du diagnostic)			

**En phase 2**, les travaux par filière se sont organisés comme suit :

<b>PHASE 2 : plan d'actions – Projet Territorial de Santé Mentale</b>				
<b>Réunions</b>	<b>Ordre du jour</b>	<b>Enfant</b>	<b>Adulte - Addictologie</b>	<b>Personnes Agées</b>
<b>GT 4</b>	<b>Lancement Phase 2</b>	28.11.2018	29.11.2018	03.12.2018
<b>GT 5</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	04.02.2019	23.01.2019	28.01.2019
<b>GT 6</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	04.03.2019	14.02.2019	25.02.2019
<b>GT 7</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	08.04.2019	28.03.2019	04.04.2019
<b>GT 8</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	20.05.2019	06.05.2019	27.06.2019
<b>COPIL PTSM CSM du CTS NFC</b>	<b>24/05/2019</b> (présentation de l'avancée des travaux, calendrier)			
<b>GT 9</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	01.07.2019	-	-
<b>GT 10</b>	<b>Finalisation des travaux</b>	23.09.2019	10.10.2019	02.10.2019
<b>COPIL PTSM CSM du CTS NFC</b>	<b>07/11/2019</b> (présentation du PTSM pour avis)			
<b>CTS NFC</b>	<b>26/11/2019</b> (présentation du PTSM pour avis)			
<b>Arrêté DGARS</b>	<b>Décembre 2019</b>			
<b>GT 11</b>	<b>Suivi PTSM</b>	02.12.2019	12.12.2019	04.12.2019
<b>Signature CTSM</b>	<b>Mars / Avril 2019</b>			

Des Concertations ont été organisées entre les porteurs des fiches actions du Contrat Local de Santé NFC et la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine afin d'assurer une mutualisation des compétences dans les actions à mettre en œuvre sur le territoire.

## 2.4 Indicateurs – Axes stratégiques du PTSM

Afin d'explorer les problématiques rencontrées sur le territoire dans le parcours (prévention-soin-accompagnement), l'utilisation de la rosace de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) est mobilisée :



Aussi, pour chacune des portes d'entrées, il est recueilli des informations qualitatives et des données quantitatives.

Pour l'aspect qualitatif, il est mis en place des groupes focus composés par filière. La composition des groupes est jointe en annexes.

Quant aux éléments quantitatifs, les indicateurs arrêtés sont les suivants :

- ✓ **Accès au diagnostic** : améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques
  - » Délais consultation CMP.
  - » Pourcentage rendez-vous non honorés.
- ✓ **Situations inadéquates** : mieux prendre en compte les spécificités de certaines populations
  - » Taux d'hospitalisation temps plein prolongé.

- » Taux de ré-hospitalisation à moins de 30 jours après sortie d'hospitalisation.
- ✓ **Accompagnements sociaux et médico-sociaux : optimiser les coopérations et l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**
  - » Délai de traitement des dossiers MDPH.
- ✓ **Soins Somatiques : favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique**
  - » Pourcentage de la file active hospitalière (CHS) sans médecin traitant.
- ✓ **Prévention et gestion de crise : mieux prévenir et gérer les épisodes aigus**
  - » Pourcentage d'hospitalisation temps plein suite à un passage aux urgences.
  - » Pourcentage de personnes hospitalisées sans consentement dans la file active.
  - » Pourcentage de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie. Après passage aux urgences et non suivi en psychiatrie ambulatoire depuis un an.

## 2.5 Approbation du PTSM

La commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé du Nord Franche-Comté, ainsi que le Conseil Territorial de Santé en réunion plénière seront consultés et émettront un avis sur le PTSM. Le diagnostic partagé et le projet territorial de santé mentale seront arrêtés par le Directeur Général de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, une fois ces avis obtenus, avant le 27 juillet 2020 pour une durée de 5 ans. A tout moment de son adoption, le PTSM peut être complété ou modifié. Il se veut évolutif.

## 2.6 Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM)

Le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des acteurs participant la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé Mentale.

L'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique définit le contrat territorial de santé mentale, qui précise aux signataires, à l'ARS et aux porteurs des actions à décliner sur le territoire : les missions, les engagements, les moyens et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre du PTSM. Un bilan annuel est à organiser (avant le 31 décembre) auprès de la commission spécialisée en santé mentale du CTS NFC et du CTS NFC, avec transmission auprès du Directeur Général de l'ARS.

Dès décembre 2019, les groupes de travail par filière du PTSM NFC assureront un suivi des actions à mettre en œuvre sur le territoire, animés par le Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine, en lien avec la Délégation Territoriale ARS du Nord Franche-Comté.



# PHASE 1

## DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

### 3. DONNÉES DE CADRAGE

#### 3.1 Contexte territorial

Le territoire du Nord Franche-Comté s'étend **sur trois départements : le Doubs, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort, entraînant une certaine non-uniformité de la logique territoriale.**

	Population en 2013	0-11	12-16	17-64	65 et plus	Densité
<b>Nord Franche-Comté</b>	<b>303 095</b>	<b>45 899</b>	<b>18 087</b>	<b>183 416</b>	<b>55 697</b>	<b>250</b>
Belfort	144 318	21 898	8 637	89 364	24 419	237
Montbéliard	125 707	19 216	7 385	74 332	24 774	447
Héricourt	33 070	4 785	2 062	19 720	6 504	77

Ce bassin de vie regroupe 198 communes pour un total de 303 095 habitants<sup>1</sup>, avec deux agglomérations dont la population dépasse les 100 000 habitants : Belfort et Montbéliard. La densité est de 250.2 habitants / km<sup>2</sup>. **Cette dernière est plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale (115) et trois fois supérieure à celle de la région<sup>2</sup>.**

	Population 2013	FDEP 09	Revenu Médian	Part des Bacheliers (pop + 15 ans)	Part d'ouvriers (pop active)	Taux de Chômage
<b>Nord Franche-Comté</b>	<b>303 095</b>	<b>1,02</b>	<b>17 498</b>	<b>35 %</b>	<b>32,2 %</b>	<b>14 %</b>
Belfort	144 318	0,59	18 046	37,7 %	28,4 %	13 %
Montbéliard	125 707	1,59	16 869	32 %	36,4 %	15,1 %
Héricourt	33 070	0,77	18 063	32,7 %	31,9 %	10,1 %

Le territoire repose sur des industries multipolaires et enregistre des migrations domicile-travail particulièrement élevées. Parallèlement, il est également marqué par d'importants contrastes sociaux et présente à la fois une forte proportion de personnes précaires,

<sup>1</sup> Données 2013

<sup>2</sup> Données issues du Diagnostic du Syndicat Mixte de l'Aire Urbaine

bénéficiant des minimas sociaux, et une forte proportion de cadres aux conditions de vie favorables.

L'indice de désavantage social (FDEP09) est particulièrement marqué avec une différence significative entre Belfort et Montbéliard. Ce dernier territoire comporte également le plus fort taux de chômage étant de 4 points supérieur à la moyenne nationale (10.9 %).<sup>3</sup>

Sur le champ de la santé mentale, le Nord Franche-Comté est marqué par l'existence d'un travail en réseau des différents acteurs intervenant sur la filière. L'AHBFC, établissement privé à but non lucratif, a repris en gestion les activités de psychiatrie de l'HNFC sur ce territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

### 3.2 Taux d'équipement et démographie médicale

#### 3.2.1 **Psychiatrie adulte et psychiatrie du sujet âgé**

En 2013, les établissements hospitaliers de psychiatrie adulte et du sujet âgé du Nord Franche-Comté comptaient 218 lits (hospitalisation complète) et 55 places (hospitalisation incomplète), soit un taux d'équipement de 1.14 lits et places pour 1 000 personnes de 17 ans ou plus. **Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (1,40) et régionale (1,53).**

HOSPITALISATION COMPLETE		
Adultes / Sujet Agé	Réf. Nat <sup>4</sup> .	Lits Installés
<b>Nord Franche-Comté</b>	<b>256</b>	<b>218</b>
Montbéliard		75
Héricourt		52
Bavilliers		91

HOSPITALISATION INCOMPLETE		
Adultes/ Sujet Agé	Réf. Nat. <sup>5</sup>	Places Installées
<b>Nord Franche-Comté</b>	<b>81</b>	<b>55</b>
HJA Belfort		15
HJA Montb.		15
Héri. 1 & 2 Jour		1
HJA Valent.		15

<sup>3</sup> Données INSEE 2013 – dernier trimestre

<sup>4</sup> 107 lits pour 100 000 habitants

<sup>5</sup> 34 places pour 100 000 habitants

### 3.2.2 Pédopsychiatrie

HOSPITALISATION COMPLETE		
Enfants / Adolescents	Réf. Nationale <sup>6</sup>	Lits Installés
Nord Franche-Comté	11	7

En 2013, la pédopsychiatrie du Nord Franche-Comté compte 38 lits et places, soit **un taux d'équipement (0.59), en deçà de la moyenne nationale (0.90)**.

HOSPITALISATION INCOMPLETE		
Enfants / Adolescents	Réf. Nationale <sup>7</sup>	Places Installées
Nord Franche-Comté	47	31
HJE Aire urbaine		21
HJ Ado Basquiat		5
HJ Ado Discus		5

Il apparait nécessaire de mettre en parallèle la capacité installée aux moyens médicaux. En effet, la démographie médicale (7.0 psychiatres pour 100 000 habitants) du territoire est déficitaire par rapport à la moyenne nationale (10.2 / 100 000), ce qui engendre des conséquences sur les réponses apportées.

Densité de psychiatres <sup>8</sup>	
Nord FC	7,0
Belfort	5,5
Montbéliard	8,0
Héricourt	3,0
AHBFC (AU + 70)	4,7
BFC	6,7
Fr. Métro	10,2

<sup>6</sup> 17 lits pour 100 000 habitants

<sup>7</sup> 74 lits pour 100 000 habitants

<sup>8</sup> Pour 100 000 habitants

Par ailleurs, une projection sur 5 ans, laisse apparaître près de 11 % de départ à venir, tout mode d'exercice confondu, plaçant le territoire du Nord Franche-Comté en tête des territoires BFC concernant les départs de médecins psychiatres.

## 4. CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE

---

### 4.1 Données relatives à l'organisation du sanitaire et à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux)

#### 4.1.1 Libéraux

Cette offre est répartie de manière homogène et cohérente sur le territoire (par rapport aux communes les plus denses). Elle s'appuie également sur plusieurs dispositifs d'offre coordonnée (six maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes, un centre de santé médical de 1<sup>er</sup> recours et de deux maisons médicales de garde<sup>9</sup>).

Avec 8.9 médecins généralistes libéraux pour 10.000 habitants, nous pouvons relever une densité légèrement en deçà de la moyenne régionale.

Nous notons également 273 médecins généralistes ayant une activité libérale dont près de 60% ont 55 ans et plus (soit 3 points de plus que la moyenne régionale qui est de 56%). A noter que 81 médecins généralistes risquent de cesser leur activité dans les 5 années à venir, soit près de 30%.

Ainsi, un point de vigilance est à noter car, à terme, le besoin dépasse les départs à la retraite. En effet, afin de se maintenir au-dessus du seuil de fragilité, qui est de 2.5 consultations par an et par habitant, il est nécessaire de recruter dans les 5 ans, 14.1 Equivalent Temps Plein de médecins généralistes libéraux.

#### 4.1.2 Hospitaliers

### **Pédopsychiatrie**

L'offre sanitaire est organisée autour d'un regroupement de deux anciens secteurs infanto-juvéniles territoriaux (Bavilliers et Montbéliard) et deux tranches d'âge distinctes, (enfants de 0 à 12 ans et des adolescents de 12 à 16 ans). Cette organisation par âge et par filière se veut lisible mais nécessite des médecins spécialistes de la tranche d'âge sur laquelle ils interviennent. **Une pénurie médicale** (pédopsychiatrie et secteur libéral) est notée, avec des postes recherchés mais non pourvus à l'heure actuelle. Cette pénurie est génératrice d'importants délais pour obtenir une consultation en CMP (3 à 8 mois d'attente pour une consultation en CMP en dehors d'une situation d'urgence).

---

<sup>9</sup> Elément de diagnostic territorial Aire Urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt 12/2016 – source ARS-BFC.

## Psychiatrie adulte

L'offre sanitaire sur l'Aire Urbaine est structurée autour de trois « pôles » distincts ayant des logiques organisationnelles propres :

- un, autour de Montbéliard comprenant notamment l'intersecteur de Soins Sans Consentement (SSC) de l'Aire Urbaine,
- un, autour de Belfort,
- un, autour de Héricourt comprenant notamment l'intersecteur de soins en addictologie.

Une unité de 16 lits de réhabilitation psycho-sociale est en cours de déploiement au sein du Centre de Psychiatrie Générale (CPG) d'Héricourt. Cette unité a pour vocation de permettre l'entraînement aux habilités psychosociales dans une logique de rétablissement (conservation ou développement de capacités d'autonomie) du patient à la vie en société.

Le CMP constitue le pivot des soins psychiatriques ; chaque bassin est doté d'un CMP qui reçoit et se déplace en fonction des demandes et des prescriptions médicales.

**La démographie médicale défavorable** (7 pour 100 000 contre 10.2 / 100 000 en France métropolitaine) et l'augmentation des demandes impactent la réactivité des CMP adultes (2 à 6 mois d'attente pour une consultation). Néanmoins, un entretien infirmier est réalisé, en 1ère intention, en moins de sept jours.

Une **consultation rapprochée** mise en place en mars 2014 au Centre Médico-Psychologique (CMP) de Montbéliard. Il s'agit d'une consultation unique d'évaluation pour les personnes dont l'hospitalisation n'était pas justifiée ou refusée. *Le but est de pouvoir réévaluer le patient rapidement après la crise, de porter ou de confirmer un diagnostic, d'instaurer ou de poursuivre un traitement. A l'issue, il s'agit d'orienter le patient vers une prise en charge plus durable auprès d'un médecin psychiatre, d'un psychologue ou du médecin traitant.* Pour des raisons d'organisation, cette consultation a été suspendue en juin 2018, cependant, une reprise d'activité est prévue d'ici la fin 2019 par une ½ journée hebdomadaire au CMP de Montbéliard.

En ce qui concerne le Territoire de Belfort, ce type de consultation existe dans les pratiques professionnelles des médecins psychiatres depuis de nombreuses années, cependant elles ne sont pas organisées de façon structurées. Des patients peuvent être reçus, soit pour une réévaluation de la mise en place d'un traitement thérapeutique, soit lorsque l'hospitalisation est différée, faute de lit vacant.

Enfin, le territoire Nord Franche-Comté présente la spécificité d'être pourvu d'une **Permanence d'Accès aux Soins de Santé, spécialisée en psychiatrie (PASS PSY)**, localisée au CHS de Bavilliers. La PASS PSY a pour missions : de favoriser l'accès aux soins pour des personnes adultes en situation de précarité sociale et pour lesquelles une pathologie psychiatrique est supposée ou avérée. La PASS PSY assure un rôle d'interface entre les secteurs de la psychiatrie et les institutions sociales ; en développant le travail en réseau et de partenariat avec les professionnels concernés par ce même public.

### **Psychiatrie du sujet âgé**

L'offre sanitaire est construite autour d'un intersecteur de psychiatrie du sujet âgé (personne + de 65 ans).

Celui-ci se structure sur le Nord Franche-Comté autour d'une :

- unité d'hospitalisation à temps complet de 30 lits située à Bavilliers,
- équipe mobile spécialisée intervenant à domicile et dans les établissements,
- offre extrahospitalière.

L'offre extrahospitalière est composée d'un hôpital de jour de 15 places et de quatre CMP répartis sur l'ensemble du territoire permettant, une couverture géographique de proximité : Belfort, Montbéliard, Héricourt et Valentigney. Des consultations sont également possibles à Bavilliers. Une Consultation mémoire est en voie de déploiement.

### **Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)**

Au niveau hospitalier, l'offre s'articule autour du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Nord Franche-Comté qui regroupe comme établissements publics de droit l'HNFC situé à TREVENANS et le CHSLD du Chenois situé à BAVILLIERS et qui associe les établissements de santé privés du territoire dont l'AHBFC qui gère la psychiatrie sur le Nord Franche-Comté.

Le Projet Médical Partagé travaille sur :

- la prise en charge psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent (en notant le contexte de pénurie médicale de pédopsychiatres), en s'attachant à l'accompagnement en matière de parentalité,
- la prise en charge psychiatrique de l'adulte et l'addictologie en développant la psychiatrie de liaison, en poursuivant la structuration de la prise en charge des urgences psychiatriques au sein de l'HNFC, notamment pour les Personnes Agées (PA) provenant des EHPAD, en participant à la mise en place d'une cellule de



gestion des situations individuelles complexes et en réalisant un état des lieux de la filière addictologie,

- la construction d'une filière gériatrique qui s'attachera à la prise en charge globale et transversale de la Personne Agée tant à l'HNFC que dans les EHPAD du territoire.

## 4.2 Données d'équipement (offre médico-sociale et sociale)

### 4.2.1 **Enfant – Adolescent**

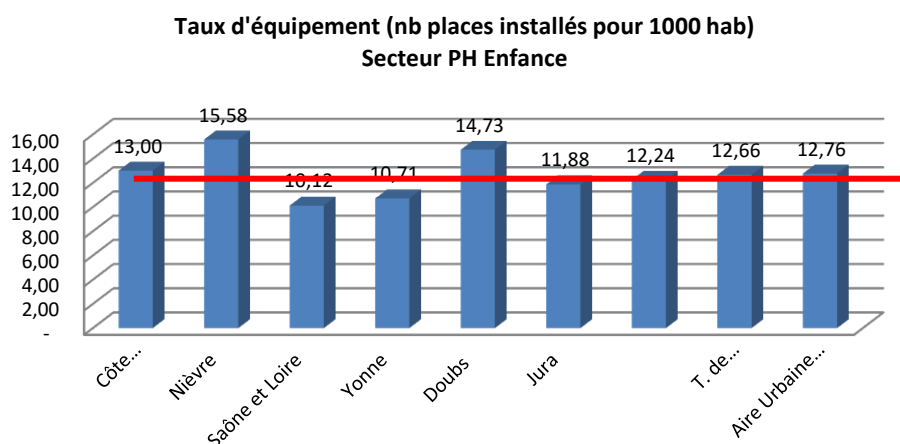
#### Offre médico-sociale

En termes d'offre médico-sociale pour le secteur enfant, le territoire Nord Franche-Comté compte :

	NOMBRE DE STRUCTURES	CAPACITE INSTALLEE (2017)
C.A.M.S.P.	1	-
C.M.P.P.	2	-
I.E.M.	1	75
I.M.E.	10	483
I.T.E.P.	2	38
ETAB. ENF. ADO. POLY (EEAP)	3	56
SESSAD	10	312
<b>TOTAL ENFANTS</b>	<b>29</b>	<b>964</b>

Nous pouvons également observer les taux d'équipement, bien que les listes d'attente seraient intéressantes à exploiter et refléteraient davantage l'activité des ESMS.

Secteurs	Nord FC	BFC	Fr. Métro
CMPP	-	-	-
CAMSP	-	-	-
SESSAD	3,9	4,5	3,1
IME	6,5	5,4	4,3
IEM	1,0	0,2	0,5
EEAP	0,8	0,5	0,3
ITEP	0,5	0,8	1,0
<b>TOTAL</b>	<b>12,8</b>	<b>12,5</b>	<b>9,1</b>



Nous constatons, sur le territoire, un taux d'équipement légèrement déficitaire concernant les structures SESSAD et ITEP.

Aussi, le mouvement de désinstitutionalisation entrepris au niveau national et la migration des solutions d'internat vers de l'accompagnement hors les murs doit pouvoir, sur le territoire Nord Franche-Comté, s'accompagner d'un renforcement des compétences d'externat tout en gardant des places d'hébergement, essentielles au parcours des enfants et adolescents.

Ce constat est également à mettre en parallèle avec les lois d'intégration qui incitent l'accompagnement en milieu ordinaire et l'état de l'offre sur le territoire. En effet, la médecine scolaire, véritable relais à la politique d'inclusion est très largement déficitaire sur le territoire (sur le département du Territoire de Belfort, par exemple : 1 seul médecin scolaire sur 3 postes).

### Offre sociale

L'offre sociale s'organise autour :

- des différents services des trois Conseils Départementaux du territoire Nord Franche-Comté (ASE, PMI),
- de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, avec un Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert et d'Investigation (STEMOI) basé à Belfort et à Montbéliard,
- de six associations gestionnaires regroupant 5 MECS, 4 centres éducatifs/foyers et 4 structures de milieu ouvert.

Des expérimentations territoriales permettent de proposer de nouvelles solutions mixtes mêlant, par exemple, différentes modalités d'accompagnement (ambulatoire, accueil de jour, accueil de nuit) et proposant des solutions d'accueil temporaire, ou encore mixant les typologies de suivis professionnels (dimension thérapeutique, éducative, etc...).

## 4.2.2 Adulte – Addictologie

### Addictologie

Concernant la filière addictologie, celle-ci s'articule autour d'une offre composée de :

- » 3 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) : chacun porté par trois associations : ALTAU, AHS-FC et ANPAA.
- » 1 Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) porté par ALTAU avec une antenne à Belfort et à Montbéliard. Un CAARUD mobile pour le territoire Nord Franche-Comté.
- » 19 lits d'hospitalisation à temps complet en addictologie au sein du CPG d'Héricourt (AHBFC), drainant l'ensemble de la population du territoire.
- » 1 Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) portée par l'AHBFC et composée de 2 ETP infirmiers, 0.50 ETP psychologue et 0.40 médecin.

Enfin, le Groupement Addictions Franche-Comté (GAFC) est devenu au 1er janvier 2019 : une union d'associations, avec une coordination locale Territoire Nord Franche-Comté à 0,50 ETP, dont le rôle est : d'animer la dynamique locale des acteurs confrontés intéressés par la problématique addictive, d'harmoniser les pratiques, d'apporter du soutien technique, formations aux professionnels, échanges de pratiques...

### Adultes

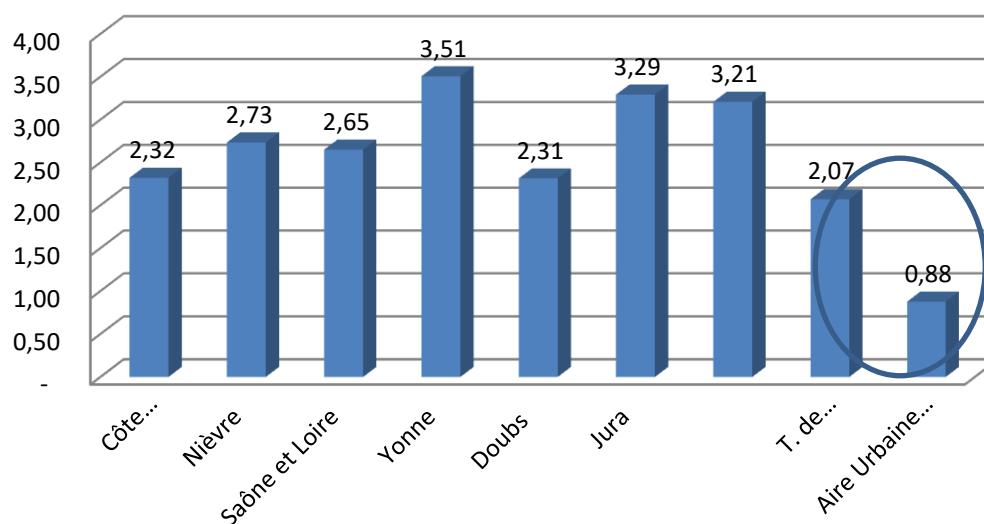
Au **niveau médico-social**, l'offre se compose comme suit :

Type de structures	Nombre de structures	Capacité
ESAT	5	724
Foyer de vie A.H.	6	172
Foyer Hébergement A.H.	7	224
Foyer Polyhandicapés A.H	2	29
FAM	4	69
MAS	4	177
SAMSAH	3	67
SAVS	3	402
<b>TOTAL Adultes</b>	<b>34</b>	<b>1864</b>

Concernant les taux d'équipement et en comparaison à la moyenne régionale et nationale, nous pouvons relever un taux moindre en places de Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : 0.45 /0.98 pour 1 000 sur le pôle métropolitain Nord Franche-Comté mais une surcapacité en place d'hébergement de type Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : 1.14 / 0.91.

Secteurs <sup>10</sup>	Nord FC	BFC	France Métro
MAS	1,14	0,91	0,83
FAM	0,45	0,98	0,80
SSIAD PH	-	0,26	0,19
SAMSAH	0,43	0,38	-
<b>Ss – total Adultes</b>	<b>0,88</b>	<b>2,73</b>	<b>2,19</b>
ESAT	4,67	4,16	3,52
<b>Total Adultes</b>	<b>4,16</b>	<b>6,88</b>	-

Taux d'équipement (nb places installés pour 1000 hab)  
Secteur PH Adulte



<sup>10</sup> Source : ARS-BFC

Pour autant, une enquête approfondie sur les délais d'attente en MAS et FAM serait intéressante à mener afin de mesurer l'effectivité de l'accès aux hébergements et aux accompagnements.

**L'offre sociale**<sup>11</sup> pour la filière adulte est circonscrite localement. En effet, les structures prenant en charge les personnes adultes s'établissent soit autour de Montbéliard, soit à proximité de Belfort.

Les services sociaux constituent un acteur important dans l'accompagnement des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique.

En premier lieu, les **UDAF** constituent un acteur majeur dans la prise en charge de ces personnes. En effet, la plupart d'entre-elles bénéficient d'une mesure de protection. Aussi, depuis la loi de 2005 et la reconnaissance du handicap psychique, le public type pris en charge par les UDAF a évolué, avec une augmentation des pathologies psychiatriques et une diminution des profils des personnes déficientes.

En deuxième lieu, nous retrouvons les services sociaux de secteurs. Les liens avec ces services sont développés de manière différente entre Montbéliard et Belfort. A Montbéliard, les relations sont davantage développées avec le CCAS, alors que sur Belfort, les Points Accueil Solidarité constituent les partenaires privilégiés de la psychiatrie.

Les acteurs de l'hébergement constituent, également, des partenaires de premier ordre de la psychiatrie. L'offre d'hébergement est structurée autour de :

- 1 CHRS à Montbéliard (CCAS de Montbéliard) / 2 CHRS à Belfort (Fondation de l'Armée du Salut / Solidarité Femmes).
- 1 Résidence Accueil à Valentigney (AHBFC).
- 1 Maison Relais à Sainte Suzanne (ARIAL) / 2 Pensions de famille à Belfort (ADOMA).
- 1 Maison Relais sénior à Sochaux (ARIAL ouverture probable en juin 2019).
- 1 Résidence sociale en trois bâtiments (2 Sochaux et 1 Audincourt - ARIAL) / 2 résidence sociale à Belfort (1 gérée par ADOMA et 1 par Habitat Jeunes moins de 30 ans).

---

<sup>13</sup> Diagnostic des PC-PSM

### 4.2.3 Personnes âgées

#### Offre médico-sociale

L'offre médico-sociale est essentiellement organisée autour d'une vingtaine d'EHPAD qui maillent le territoire avec une gestion à part égale privée et publique. Avec un taux d'équipement en deçà des moyennes : régionale et nationale. Le secteur médico-social pour personnes âgées semble offrir sur le territoire Nord Franche-Comté, des solutions d'hébergement et d'accompagnement en conformité avec son indice de vieillissement, (parmi les plus bas 74.3).

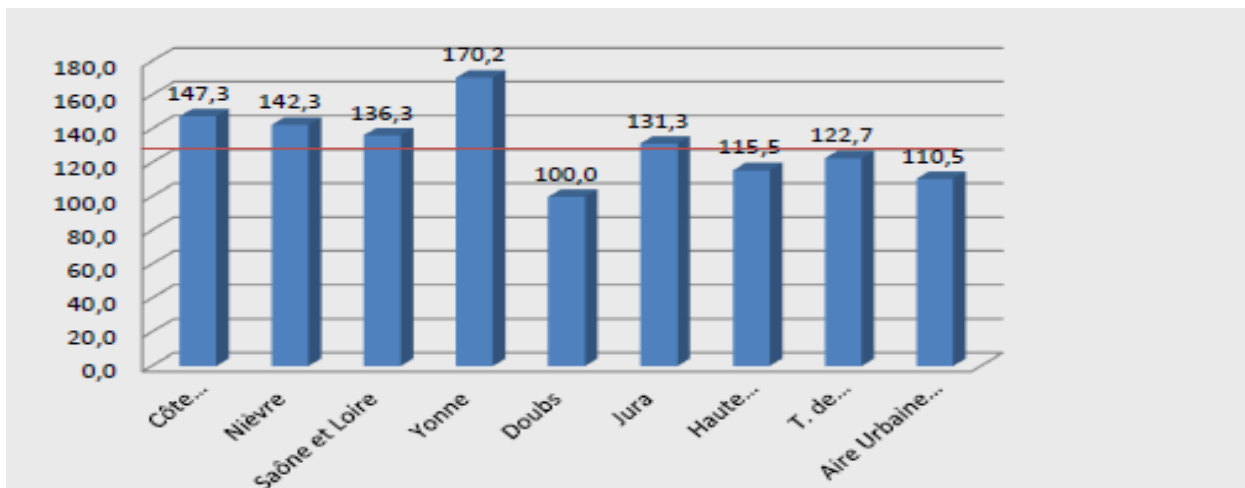
Toutefois, un « manque de places en EHPAD » est évoqué par les partenaires, qui se tournent vers les régions limitrophes pour une institutionnalisation plus rapide. Les délais d'attente pour entrer en établissement sont de l'ordre de quelques mois. Cette période pourrait être utilisée pour préparer une entrée en institution.

Secteurs <sup>12</sup>	Nord FC	BFC	France Métro
EHPAD	75.5	108.5	101.4
SSIAD PA	14.9	18.5	20.7
AJ	4.0	2.3	1.8
SPASAD	0.0	3.0	-
SSIAD + SPASAD	14.9	21.4	20.7
Héb. Temporaire	1.2	2.5	2.1
<b>Total Pers. Agées</b>	<b>110.5</b>	<b>134.7</b>	<b>126.0</b>

Enfin, les situations de fragilité sont très importantes sur ce territoire avec un taux de pauvreté à 60 ans (15.7%) dépassant de plus de 2.5 points la moyenne régionale et nationale. Cette situation défavorable surajoute de la complexité aux accompagnements et aux prises en soins, déjà délicates du fait de l'intrication des pathologies liées à l'avancée en âge.

---

<sup>12</sup> Source : ARS-BFC



### Offre sociale

L'offre sociale se structure essentiellement autour des services sociaux des Conseils Départementaux : Territoire de Belfort, Doubs et Haute-Saône ; ainsi qu'auprès des CCAS de Belfort, Montbéliard et Héricourt.

En outre, les associations d'aide à domicile sont nombreuses sur le territoire Nord Franche-Comté. Les professionnels du soin reconnaissent l'importance de ces acteurs qui peuvent réaliser, à travers leur accompagnement quotidien, une veille sur les répercussions de la pathologie psychiatrique dans le quotidien de la personne âgée.

Par ailleurs, des Logements Foyers sont présents sur le territoire :

- à Montbéliard, le Foyer Jean Boissière est porté par le CCAS de la Ville.
- sur le Territoire de Belfort, quatre résidences autonomie sont recensées : à Belfort, Danjoutin, Delle et Grandvillars.

Et l'ouverture prochainement d'une Maison Relais Seniors ARIAL située à Sochaux :  
*« destinée à l'accueil de personnes retraitées ou pré retraitées à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique rend impossible l'accès à un logement ordinaire ».*

### 4.3 Acteurs de la coordination et de l'intégration

Différents protocoles formalisés existent entre structures intervenant sur le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques pour fluidifier les échanges partenariaux.

#### 4.3.1 **Enfant – Adolescent**

Ainsi, la **pédopsychiatrie et la pédiatrie ont établi une convention** relative aux liens entre le pôle mère-enfant, le pôle de l'enfant et l'adolescent et du secteur de psychiatrie générale 90G03. Cette convention permet de travailler les indications de prises en charge vers la psychiatrie.

La **pédopsychiatrie a également formalisé ses collaborations avec certains acteurs médico-sociaux**, notamment dans le cadre d'interventions d'intérêt général de médecins au sein d'établissements.

Ces interventions permanentes en établissements contribuent fortement au partage d'une culture commune entre acteurs du sanitaire et du médico-social par la compréhension des contraintes et possibilités de chacun. Il semble par ailleurs que les circuits de soins soient davantage fluides avec moins d'hospitalisation du fait de la possible anticipation des périodes de crise. La recherche de fluidification des accompagnements et des prises en charge des mineurs en situation de crise est passée par l'élaboration et la mise en œuvre d'une convention à destination de la « prévention et de la gestion des épisodes aigus chez les mineurs ». Cette convention constitue une base de travail collaboratif qui devra, par la suite trouver une opérationnalité en routine.

**Groupe Technique d'Orientation (GTO) du Conseil Départemental du Doubs** pour l'accompagnement des enfants en danger (médecin psychiatre, PJJ, ASE, médecin de l'Education nationale, ESMS).

Le GTO est mis en place sur le département du Doubs uniquement (pour Montbéliard et Besançon). L'objectif de ce groupe est de partager mensuellement (1er jeudi de chaque mois) une situation individuelle entre les différents intervenants du parcours de vie, dans une logique de coresponsabilité des actions initiées autour de la situation du jeune. Ce groupe permet de travailler sur les aspects de confiance réciproque et d'anticipation des périodes de crise par un dialogue construit entre médico-social et sanitaire. La recherche d'un projet commun y est également travaillée.

**Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)** : c'est un dispositif national mis en œuvre dans le prolongement du rapport "zéro sans solution ». Il est porté par la Loi santé 2016-41 du 26 janvier 2016 (articles 44 et 89) qui modifie le Code de l'Action Sociale et des Familles donnant un cadre juridique légal à la mise en place d'un dispositif permanent d'orientation.



La Loi a institué les outils de ce nouveau dispositif d'orientation permanent : le Plan d'Accompagnement Global (PAG) et le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) (article L 146-8 du CASF alinéa 4). Le GOS est réuni à l'initiative du directeur de la MDPH ou à la suite d'une demande de la personne ou de son représentant légal d'établissement d'un PAG. Le GOS est chargé d'élaborer ou modifier le PAG (article L 114-1-1 dernier alinéa). Il est composé de professionnels, d'institutions ou de services susceptibles d'intervenir dans sa mise en œuvre.

**Réunion de synthèse ou de travail** : des temps de synthèse sont organisés à l'initiative des établissements ou des services de pédopsychiatrie de l'AHBFC, en présence de l'équipe pluridisciplinaire de pédopsychiatrie. Ces temps de synthèse s'effectuent soit en établissements soit à l'hôpital spécialisé. L'intérêt est que chacun puisse apporter son expertise sur la situation et co-élaborer le projet du jeune.

**Réunion Périnatalité (moins de 3 ans)** : sur le Territoire de Belfort, ces réunions informelles mensuelles sont organisées par la PMI autour des thématiques d'interaction mère/bébé. Elle est composée : des soignants du service maternité de l'HNFC, des médecins de PMI, d'un psychiatre adulte de l'AHBFC, d'un pédopsychiatre et d'un psychologue du service de pédopsychiatrie de l'AHBFC. Ces échanges permettent de réfléchir à certaines situations d'âge périscolaire (0-2 ans et demi).

**Réunion médecine scolaire, médecins de PMI et pédopsychiatrie (AHBFC)**: une réunion par mois, est organisée à l'initiative de la PMI sur la zone de Belfort uniquement. Ces réunions ouvertes sont l'occasion d'échanger si l'un des professionnels rencontre des difficultés avec un enfant ou adolescent en âge scolaire.

#### 4.3.2 Adulte – Addictologie

**La Cellule de Veille Sociale et Sanitaire (CVSS)**, portée par le CCAS de Montbéliard est une instance de concertation qui permet de repérer les personnes en souffrance psychique et d'élaborer un plan d'intervention opérationnelle, puis un suivi jusqu'à ce que la situation soit sortie du dispositif de veille. Ce dispositif permet une confrontation des logiques d'action et des limites de chaque intervenant. Elle constitue une instance permettant une intercompréhension.

L'intervention active de la Permanence d'accès aux soins de santé psychiatrique (PASS PSY) au sein de cette instance est reconnue comme clé de succès par les partenaires dans la recherche de solutions. Ce type d'instance de concertation n'existe aujourd'hui qu'à l'échelle de la ville de Montbéliard et son développement à l'échelle du Nord Franche-Comté serait pertinent en raison des situations rencontrées sur le territoire.

#### 4.3.3 Personnes âgées

**Une plateforme d'accompagnement et de répit de l'Aire Urbaine** portée par la fondation Arc-en-ciel s'adresse aux proches (conjoint, enfants, amis...) de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. L'objectif est de lutter contre l'épuisement de l'aidant et de favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle. Pour cela, elle organise, en lien avec les acteurs du Territoire : des activités sociales, culturelles et de loisirs, des groupes de paroles, de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire, des formations des aidants et du répit à domicile.

*Projet à venir de deux Plateformes de répit et de soutien aux proches aidants dites de « nouvelles générations » sur le Pays de Montbéliard / Héricourt et sur le Territoire de Belfort.*

**La Coordination de gérontologie du Pays de Montbéliard** qui a pour objectif de permettre la connaissance mutuelle des partenaires du champ de la gérontologie et de promouvoir des échanges d'expériences entre les acteurs de la gérontologie. Par ailleurs, elle favorise la mise en place d'une observation commune du vieillissement et propose le développement et la mise en œuvre d'actions innovantes en réponse aux besoins identifiés. Elle gère :

- le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Montbéliard,
- la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) Aire Urbaine – Villersexel,

L'Equipe Mobile Pluridisciplinaire d'Evaluation Gérontologique, créée suite à l'expérimentation « *Parcours de santé des personnes âgées* », qui avait pour objectif de fluidifier le parcours de santé en mettant en lien les acteurs du territoire et en organisant les concertations autour des situations les plus complexes.

#### 4.3.4 Transversales

La Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PCPSM AU), portée par l'AHBFC, existe depuis 2014. Ce dispositif de coordination agrège les acteurs du territoire en une communauté d'acteurs autour d'une stratégie territoriale en santé mentale. Elle met en œuvre un programme d'actions visant à :

- » Décloisonner les champs sanitaires sociaux et médico-sociaux.
- » Renforcer les complémentarités sur le parcours de vie et de soin des personnes (prévention/soins/accompagnement).
- » Déstigmatiser la pathologie mentale et psychiatrique.

## 4.4 Projets en cours

### 4.4.1 La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) / Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

La PTA issue de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 (article 74) est un dispositif à destination des professionnels de santé permettant de les accompagner lorsqu'ils se trouvent en difficulté dans la gestion d'une situation complexe. Elle a pour objet d'offrir un nouveau service pour améliorer la qualité et l'efficacité des parcours. La PTA est devenue DAC par la loi de santé publique du 24 juillet 2019.

Le fonctionnement d'une Plateforme Territoriale d'Appui / Dispositif d'Appui à la Coordination repose sur une intégration de tous les acteurs de santé du territoire assurant des missions de coordination d'appui, afin d'assurer la cohérence et la lisibilité du dispositif, au bénéfice de la population et des acteurs en santé de ce territoire. L'objectif est de mettre du lien entre les acteurs en organisant une plateforme intégrée.

La PTA/DAC propose un service polyvalent aux professionnels pour leur offrir une réponse globale quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap du patient. Les objectifs de la PTA / DAC sont de déployer une dynamique organisationnelle réactive et adaptée avec les ressources existantes du territoire et de structurer les dispositifs de coordination d'appui pour améliorer le service rendu.

L'outil de partage et d'échanges d'information nécessaire au déploiement de la PTA/DAC sera e-Ticss développé dans le cadre de TSN (territoire de santé numérique). La PTA / DAC est en cours d'organisation à l'échelle de l'ex Franche-Comté par la convergence des dispositifs d'appui existants ; une nouvelle structure porteuse du DAC sera créée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### 4.4.2 Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

En 2014, sont mis en place des parcours de santé pilotes pour personnes âgées sur la base d'un cahier des charges national. La démarche PAERPA a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, dénutrition, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

## **Un dispositif articulé autour de 5 actions clés :**

### **1. Renforcer le maintien à domicile**

La démarche PAERPA porte une coordination renforcée des professionnels de santé de premier recours, en lien avec les professionnels sociaux si besoin, au plus près de la personne âgée dès lors que sa situation médico-sociale le nécessite. Ainsi, le médecin traitant et un ou plusieurs professionnels de santé forment autour de la personne âgée, une coordination clinique de proximité.

### **2. Améliorer la coordination des intervenants et des interventions**

Un numéro unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux est mis en place. Cette plateforme d'information et d'orientation appuie notamment les professionnels pour organiser au mieux les offres de services proposées par les différents dispositifs/structures existants des territoires à destination des personnes âgées. Cette coordination territoriale d'appui (CTA) est effective sur tous les territoires PAERPA.

### **3. Sécuriser la sortie d'hôpital**

Pour les personnes âgées qui ont été hospitalisées, la sortie de l'hôpital fait l'objet de dispositifs spécifiques : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un service d'aide à domicile (SAAD) ou d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), transmission des informations au médecin traitant, appui de la coordination territoriale d'appui (CTA) si besoin.

### **4. Éviter les hospitalisations inutiles**

Le repérage, la circulation d'informations entre professionnels, sont des actions qui sont mises en place dans le cadre de PAERPA et qui permettent d'éviter les passages inutiles aux urgences et les hospitalisations mal préparées.

### **5. Mieux utiliser les médicaments**

La polymédication est fréquente chez les personnes âgées. Elle peut être justifiée, mais elle peut également être inappropriée, comporter des risques et entraîner des effets indésirables liés aux interactions médicamenteuses. Aussi, des actions de révision d'ordonnance sont mises en place notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

**Le programme « Parcours de Santé des Aînés – PAERPA » se déploie dans le Nord Franche-Comté (lancement en mars 2019), en continuité et en cohérence avec le développement du PAERPA sur le département du Doubs (intégré au dispositif en 2016).**

#### 4.4.3 Instance Territoriale de Concertation Opérationnelle (ITCO)

Un nouvel outil de concertation en santé mentale. Cette instance opérationnelle vise à favoriser le travail collaboratif et complémentaire des acteurs sur la continuité et la fluidité des parcours d'insertion sociale et professionnelle.

C'est un espace de concertation et de coopération autour de situations individuelles complexes, dont les réponses sont multipartenariales. En direction de toute personne majeure de moins de 65 ans, en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle présentant des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale. Une 1<sup>ère</sup> phase de déploiement sera organisée sur le Territoire de Belfort d'ici 2020.

## 5. PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE

### 5.1 Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Indicateurs PE1

- Délai de 1<sup>er</sup> rendez-vous en CMP avec un professionnel du soin
- Pourcentage de rendez-vous non honorés

#### Délai approximatif d'obtention d'un 1<sup>er</sup> rendez-vous auprès d'un professionnel en CMP

(audit téléphonique auprès des secrétaires médicales, données 2017)

	Délai approx. RV auprès médecin	% RV non honorés	Délai approx, RV auprès psychologue	% RV Non honorés	Délai approx. RV auprès infirmier	% RV non honorés
<b>CMPA Belfort</b>	3 mois	50%	4 mois	20%	inf à 7 jrs	0%
<b>CMP 90Z01 Belfort</b>	3 mois	0%	2 mois	NC	inf à 7 jrs	0%
<b>CMPA Mtbd</b>	6 mois	5%	2 mois	20%	7 jrs	0%
<b>CMP 90Z01 Mtbd</b>	3 mois	0%	15 jrs	0%	inf à 7 jrs	0%
<b>CMP Ado Discus</b>	2 mois	25%	2 mois	25%	PAS D'INFIRMIER	
<b>CMP Enf Discus</b>	8 mois	10%	15 jrs	0%	Educ : 15 jrs	0%
<b>CMPE Belfort</b>	8 mois	25%	7 jrs	0%	Educ : 15 jrs	0%
<b>CMPA Héricourt</b>	2 mois	30%	5 mois	NC	inf à 7 jrs	0%
<b>CMPA Valentigney</b>	1 mois	NC	1 an	NC	inf à 7 jrs	0%

#### Enfant - Adolescent

Un certain nombre de mineurs suivis en Hôpital de Jour peut être accompagné par un autre dispositif : Aide Sociale à l'Enfance, Éducation Nationale, Etablissements et services médico-sociaux,... En 2017, sur 115 enfants/adolescents pris en charge en hôpital de jour à l'Aire Urbaine : 9 sont scolarisés dans des classes spécialisées, 5 accueillis dans des établissements médico-sociaux, 4 ne le sont pas, 3 vivent en institution et 1 en famille d'accueil. Ces prises en charge multiples sont généralement le signe de situations psychologiques complexes, nécessitant la mise en place de schémas de fonctionnement au

cas par cas entre les différents intervenants. Cela peut-être également le signe d'un diagnostic tardif qui aurait nécessité une prise en charge en pédopsychiatrie plus précoce.

Malgré des délais de l'ordre de 3 à 8 mois, l'accès au diagnostic est relativement possible du fait de l'agencement des consultations en fonction des priorités cliniques. Toutefois, la difficulté se cristallise essentiellement dans la phase de post diagnostic, c'est-à-dire dans la mise en œuvre de la prise en charge indiquée. La saturation des dispositifs de type HDJ, par des mineurs en attente de place de SESSAD par exemple (taux d'équipement déficitaire), est en partie préjudiciable à la mise en œuvre des soins.

Si cet écueil de la temporalité entre le moment du diagnostic et de l'accès aux dispositifs de soins est très présent dans le secteur de l'enfant (moins de 12 ans) car l'enjeu du diagnostic précoce, n'est plus à démontrer, il n'en demeure pas moins chez l'adolescent. En effet, le risque de rupture semble plus important chez ces derniers, pour qui la notion de demande imminente et urgente est un mode de consommation des soins.

Il est également relevé, qu'avant l'âge scolaire, la PMI remplit ce rôle de repérage et de prise en charge car ce secteur semble bénéficier de moyens permettant ce travail. Toutefois, l'orientation rencontre quelques difficultés du fait de la saturation des dispositifs de second recours (CAMSP, CMP, HDJ). Cette difficulté est à pondérer lors de suspicions de pathologies graves (TED, etc...), qui paraissent mieux appréhendées par ces structures spécialisées.

### **Adulte - Addictologie**

Sur le segment de l'addictologie, les collaborations entre infirmiers, psychiatres et médecins généralistes fonctionnent. A Belfort et Montbéliard, les partenariats sont opérants avec l'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) et les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

Toutefois, au-delà des partenaires du premier cercle, la connaissance de la filière addictologie n'est aujourd'hui pas partagée par tous et il est fréquent que des orientations qui auraient pu s'opérer d'office le soient depuis les urgences. Ce constat témoigne de plusieurs facteurs :

- Le refus de soins constitue un frein : une personne présentant des troubles, accompagnée mais refusant de rencontrer un médecin. Accompagnement chronophage car parcours « chaotique » fait de rupture et de projets avortés. Suspicion de pathologie psychiatrique mais pas d'accès possible au diagnostic car refus.

- Les structures spécialisées ne sont pas dotées en médecins-psychiatres, l'évaluation reste compliquée. L'immédiateté des demandes inhérentes au public conduit à des ruptures dans l'accès au diagnostic : double évaluation pour permettre la prise en charge en addictologie associée à des comorbidités psychiatriques – ainsi le parcours ne semble pas optimisé (offre ambulatoire en journée) dans le diagnostic et la prise en charge/accompagnement en journée.
- Des difficultés liées à la lisibilité du fonctionnement (repérage et orientation) : méconnaissance des dispositifs d'une part et méconnaissance des traitements et des molécules d'autre part. Difficulté d'orientation par les professionnels de santé insuffisamment « informés ».
- L'absence de psychologue ou de médecin dans les structures ou dispositifs constitue un frein dans le diagnostic et l'évaluation psycho-sociale des situations. De ce fait, la mise en œuvre de « relais » alternatifs est recherchée en s'appuyant sur les dispositifs de second recours tels que les CMP et la PASS psychiatrique.

### **Personnes âgées**

Un manque de lisibilité des points d'entrée dans le soin (parcours) = un défaut de repérage au plus tôt :

- mauvaise indication d'orientation (quels dispositifs, quand et comment),
- manque de connaissance des processus et ressources du territoire,
- famille obstacle / Adhésion et consentement,
- manque de (in)formation des travailleurs médico-sociaux / accès aux soins.

Des difficultés d'implication du premier recours = un manque de diagnostic « initial » :

- manque de concertation et de coordination des interventions. Sur-sollicitation des équipes mobiles pour une évaluation initiale = absence de médecins généralistes,
- non connaissance par le médecin généraliste de la problématique,
- manque de temps / prise en charge du médecin générale = coordination des intervenants.

Saturation des dispositifs de second recours = une perte de réactivité due à un allongement des délais en CMP, malgré un aménagement en fonction des priorités cliniques :

- manque de ressources pour les consultations mémoire, CMP, équipe mobile.



- orientation par défaut sur le Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) :
  - pour avoir un « avis » : passage inadéquat générateur de « stress » pour les personnes et les professionnels = le cumul des difficultés précitées conduisent à l'inadéquation par rapport à l'accompagnement des personnes âgées,
  - absence de réponse par rapport à l'évaluation en amont et/ou prise en charge,
  - "crise" : conduit à mobiliser les urgences.

## 5.2 Situations inadéquates

### Indicateurs PE2

- **Taux d'hospitalisation temps plein prolongé (au-delà de 292 jours) :**
  - » **3.26 %** (46 patients supérieur à 292 jours et connus en 2016)
  
- **Taux de personnes ayant au moins eu une ré-hospitalisation non programmée après un passage aux urgences :**
  - » **Psychiatrie générale : 32.3 %** (328 patients)
  - » **Psychiatrie du sujet âgé : 3.24 %** (11 patients)

### Enfant - Adolescent

Inadéquation des dispositifs par rapport aux délais d'attente en SESSAD. Cloisonnement des dispositifs.

Besoin de renforcer les compétences en internat tout en déployant des solutions d'externat (réflexion perméable) = difficulté à accompagner certains jeunes souffrant de troubles psychiques, en internat.

Recours à des prises en charge multiples et coordonnées pour certains jeunes liées au mode d'hébergement collectif (week-ends, vacances scolaires,...).

### Adulte - Addictologie

Manque de vision partagée : difficulté pour un professionnel médico-social d'analyser la situation. Transmission des informations aux professionnels de même niveau : pas toujours le bon interlocuteur dans le médico-social ou le social (ex. IDE) : besoin de référent "expert" dans les établissements. Ce manque de vision partagée peut conduire à des hospitalisations itératives ou prématurées (taux de ré-hospitalisation à 30 jours pour un tiers des personnes).

Absence de réponse pour des problématiques particulières :

- prise en charge non adaptée : hébergements collectifs non adaptés aux troubles (troubles cognitifs, personnes avec des troubles liés à la consommation de toxiques),
- certains profils qui ne relèvent ni de la psychiatrie ni de résidence sociale, ni de CHRS,
- frein au logement (autonomie) et à l'hébergement (collectif) lié à la pathologie et/ou la personnalité.

## Personnes âgées

Le taux de ré-hospitalisation à 30 jours est faible : bon maillage par rapport à l'accompagnement en Soins Hospitaliers (SH).

Inadéquation des maintiens en hospitalisation :

- « attente » dans les services hospitaliers – défaut d'offre d'orientation en aval. Délais d'instruction (tutelle, expertise et magistrat, administratif),
- liste d'attente en institution,
- difficulté d'absorber les SH au domicile : maintien en hospitalisation ou retour compliqué à domicile et ré- hospitalisation.

Public 60 – 74 ans : insuffisances des réponses pour l'évaluation.

Les dispositifs actuels provoquent des effets de seuils engendrant une tension dans les relations partenariales ou a minima des difficultés de compréhension. En conséquent, la solution d'accès par défaut est la mobilisation de la PASS PSY.

L'absence de conditions d'accès homogènes : 60 ans pour les Conseils Départementaux, 65 ans pour la psychiatrie et 75 ans pour l'équipe mobile de gérontologie ce qui engendre une confusion et des difficultés dans la coordination des parcours.

Public âgé présentant une problématique d'addiction en institution ou à domicile = maintien à domicile compliqué à défaut d'une solution. Situations complexes débouchant sur des inadaptations d'accompagnement :

- méconnaissance du public (manque de repérage du public),
- structures du champ de l'addictologie n'ont pas connaissance des situations (pas leur public cible).

Modalités d'accompagnement non adaptées au public (déplacement dans la structure alors que la personne est en perte d'autonomie) :

- public avec troubles du comportement = peu de réponses institutionnelles en aval, maintien à domicile par défaut. Saturation des dispositifs UCC (Unité Cognitivo-Comportementale) avec des délais d'attente, d'environ 15 jours ; UHR (Unité d'Hébergement Renforcée), il en existe deux en Haute-Saône,
- public précaire (SDF) et troubles du comportement.

Situation d'inadaptation du logement = aggravation de la précarité par une inadaptation du logement, maintien à domicile devenant compliqué :

- épuisement des aidants professionnels et naturels,
- logement inadapté par rapport au vieillissement,
- pathologie conduisant à une inadaptation du logement (trouble du voisinage).

## 5.3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

### Indicateurs PE3

#### ➤ Délai de traitement des dossiers MDPH\*

	En année n-1	En année n
<b>Délais moyens de traitement des demandes «Enfants» (en mois)</b>	<b>2.9</b>	<b>3.3</b>
<i>Taux d'évolution entre n-1 et n (en %)</i>	<i>13.79</i>	
<b>Délais moyens de traitement des demandes «Adultes» (en mois)</b>	<b>3.3</b>	<b>3.8</b>
<i>Taux d'évolution entre n-1 et n (en %)</i>	<i>15.15</i>	

\* Données issues du rapport d'activité 2017 de la MDPH Territoire de Belfort

#### **Enfant - Adolescent**

Saturation des dispositifs (SESSAD, DITEP et SESSD IME) : taux équipement inférieur à la moyenne.

La période des week-ends et des vacances scolaires suspend l'accompagnement. Il y a un risque de rupture majeur du parcours de soins et d'accompagnement médico-social (exemple : un jeune avec des troubles psychiques mais également de parents avec pathologies).

Sortie des dispositifs ITEP ou autres : transition du passage de l'adolescence à l'âge adulte (secteur adulte ou milieu ordinaire) : mieux le préparer et trouver des relais pour ces jeunes vulnérables.

#### **Adulte - Addictologie**

Les difficultés identifiées au niveau de l'offre sanitaire sont étroitement liées aux difficultés en aval de l'hospitalisation. En effet, on rappelle ici l'effet d'engorgement constaté du fait du déficit de places en ESMS et notamment en MAS. Pour exemple, 66% des hospitalisations inadaptées relèvent d'une place en MAS.

#### **Hébergement / Logement**

Données du Territoire de Belfort : avec une forte densité d'hébergement social (plus de 133 logements sociaux pour 100000 habitants (moy. Nat. 93/100 000), le bassin de vie est bien doté. Toutefois :

- l'accès des personnes en souffrance psychique reste compliqué du fait de l'inadéquation de leur mode de vie à l'autonomie nécessaire. il est constaté que l'accessibilité à un logement/hébergement est un facteur clé de succès dans l'accompagnement.
- Saturation des dispositifs d'hébergement : par exemple à Montbéliard : 31 ménages en attente (au 14/12/2017 – données SIAO 25).
- Refus d'accès en hébergement compte tenu des difficultés liées aux addictions.
- Faute de solution en Maison Relais (MR) / Résidence Accueil (RA) : maintien du public psychiatrique / addiction en CHRS davantage que d'autres publics plus « insérables » - Marginalisation de ce public plus grande - stigmatisation. La prise en charge est longue dans les dispositifs.

= Nécessiter d'organiser et d'améliorer l'entrée en hébergement adapté. Renforcer l'accès et le maintien dans le logement en milieu ordinaire.

### **Accès à l'insertion professionnelle**

- Public ayant besoin d'avoir un cadre de travail flexible, non possible actuellement, ce qui les exclut de l'insertion par l'économie (alors que la valeur travail est très importante).
- Milieu protégé : le taux d'équipement en ESAT est supérieur à la moyenne régionale et nationale (4.67 vs 4.16 vs 3.52) mais présence d'un déficit de places ESAT Troubles psychiques : 35 places et 140 personnes en liste d'attente (données au 22/10/2018, ESAT site de Cravanche – ADAPEI 90).
- Manque de prise en compte de la pathologie dans le milieu du travail (ou de l'addictologie) : médecine du travail.

### **Manque de connaissance de l'offre des dispositifs d'addictologie**

- Manque de lisibilité de l'offre médico-sociale en addictologie pour permettre une orientation optimale des usagers par les partenaires (tous professionnels libéraux, sanitaire, social et médico-social) et une visibilité pour les usagers faisant la démarche seuls.

= Nécessité d'améliorer la lisibilité de l'offre : démarche en cours avec le rapprochement des associations ALTAU et Equinoxe à Montbéliard. Actions à poursuivre avec l'ANPAA 90 : guichet unique.

## Personnes âgées

Déficit d'offre d'hébergement et d'accompagnement = Délais d'attente allongés pour une entrée en institution (ATTENTION AU REGARD de l'indice de vieillissement cela paraît ajusté).

Vacance sur le Département du 90 (AJ et HT) / saturation à Montbéliard (AJ / HT).

Manque d'unité spécifique type SAS Chatelot (fermeture en août 2018) avec solution d'aval en relais.

### Accueils de jour :

- Saturation des accueils de jour à Montbéliard, alors qu'il y a de la vacance sur le Département du 90.
- Difficulté à recruter en milieu rural et problématique de transports = Problème de transport en accueil de jour : nécessité que les personnes soient autonomes pour monter dans le véhicule et peu dépendantes pendant la journée. Refus de troubles du comportement.
- Les médecins traitants préconisent rarement l'accueil de jour.

**Situation financière comme frein à l'institutionnalisation** = Précarité très forte avec difficultés familiales (cautionnement solidaires souvent difficile à faire signer), tous les EHPAD du Territoire de Belfort sont conventionnés aide sociale mais dans le Doubs, le nombre de places est limité.

- Isolement et précarité plus importants sur cette population compte tenu de la pathologie.

**Délais d'instruction auprès du Juge des Tutelles** = Engendrer un *statu quo*, des délais sur les situations :

- perte de réactivité / institutionnalisation ou accès aux soins ou accompagnements sociaux et médico-sociaux.

**Stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques en institution** = inquiétudes de certains opérateurs à accueillir les personnes (résidents ou professionnels), ce qui réduit d'autant l'offre d'hébergement ou d'accompagnement pour ce public :

- défaut de formation des personnels,
- famille réticente (stigmatisation),
- impossibilité de surveiller les publics avec des troubles du comportement : protection des autres résidents.

## 5.4 Accès aux soins somatiques

### Indicateurs PE4

- **Pourcentage de la file active hospitalière (CHS) sans médecin traitant\* :**
  - » Enfants : **30 %**
  - » Adultes : **10 %**
  - » Personnes âgées : **35 %**

\* Traçabilité de l'information observée uniquement dans les dossiers patients quant à l'absence de médecin traitant (tirage au sort réalisé par le DIM, sur l'ensemble de la active de l'hôpital, temps plein, temps partiel et ambulatoire) de 40 dossiers adultes, 20 dossiers enfants et 20 dossiers personnes âgées, un jour donné le 29/09/2017.

#### **Enfant - Adolescent**

Besoin en consultation dentaire, ophtalmologie et addictologie notamment.

La question de la prévention et de la promotion : comment sensibiliser les mineurs.

Consommation des soins dans le type « demandes urgentes » : quel relais construire avec la médecine libérale, rôle de la Maison de l'Adolescence (MDA) ?

Echange d'informations entre médecine généraliste et médecine psychiatrique : cloisonnement important avec risque de perte de vue.

#### **Adulte - Addictologie**

Besoin de concertation : manque de partage d'informations sur la situation des personnes accompagnées dans le quotidien : ce manque d'informations peut nuire à la continuité du soin et à la poursuite de l'accompagnement médico-social. Manque de temps, question du partage d'information (frein à lever, frilosité des médecins, méconnaissance des besoins des professionnels quant à la nature des informations à connaître).

Difficulté de transports pour se rendre en consultation (site Médian) – accessibilité plus compliquée pour les personnes en situation de précarité.

Echange d'information Médecin Généraliste (MG) et Médecin Psychiatre (MP) : les informations en entrée d'hospitalisation et en soins hospitaliers sont fluides pour les médecins libéraux. Le Dossier Médical Personnel (DMP) devrait également renforcer cette coordination MG / MP.



## **Personnes âgées**

Difficulté de transports pour se rendre en consultation (site Médian).

Echange d'informations médecine généraliste et médecine psychiatrique : les informations en entrée d'hospitalisation et en soins hospitaliers sont fluides pour les médecins libéraux. Connaissance des médecins généralistes par rapport à la thérapeutique médicamenteuse psychiatrique.

## 5.5 Prévention et gestion des situations de crise

### **Indicateurs PE5**

- **Pourcentage d'hospitalisation temps plein suite à un passage aux urgences : 52 %**
- **Pourcentage de personnes hospitalisées sans consentement dans la file active TP : 21.62 %**
- **Pourcentage de personnes hospitalisées à tps plein en psychiatrie après passage aux urgences et non suivies en psy ambulatoire depuis 1 an (année précédente) : 53 %**

### **Enfant - Adolescent**

Déficit de compétences dans la gestion de ce public : certaines équipes de professionnels ont besoin de monter en compétences par rapport à l'accompagnement : réflexion des Directions des Ressources Humaines à porter dans les plans de formation.

Déficit de soutien des équipes : place des réseaux de diffusion de BP.

Procédure non connue ou insuffisamment connue : par exemple : la CONVENTION RELATIVE AU REPERAGE, A LA GESTION ET A L'ACCOMPAGNEMENT DES EPISODES AIGUS CHEZ LES MINEURS.

### **Adulte - Addictologie**

Défaut d'échanges par rapport à la prévention :

- Manque de repérage et d'échanges d'informations au plus tôt. Situations complexes adressées à la PASS PSY. Mobilisation des acteurs lors de la CVSS de Montbéliard notamment.

Difficulté de recourir aux dispositifs existants :

- Certains organismes hésitent à recourir aux dispositifs et procédures mis en place : recours aux 15 et 17 compliqué dans la démarche notamment pour les travailleurs sociaux (culture professionnelle) et ce, malgré la production d'un guide des Soins Sans Consentement (SSC) dans le cadre d'un groupe de travail de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine.

Résultat aléatoire quant à l'aboutissement lors de la demande de soin en situation de crise :

- Culture professionnelle (pas forcément car cela dépend essentiellement des pratiques organisationnelles).
- Manque de protocole interne de gestion des épisodes aigus (positionnement institutionnel).

### **Personnes âgées**

Déficit de concertation en prévention :

- Echanges d'informations insuffisants préalables à la situation de crise.
- Epuisement des aidants.

Réponse à la gestion des situations aiguës :

- Consécutivement à un manque de concertation et au déficit de repérage au plus tôt, la gestion de ce type de situation semble « anxigène » dans la mise en œuvre.
- Méconnaissance des procédures, malgré un guide diffusé sur les SSC (PC-PSM AU).

## 5.6 Synthèse des constats par filière

Transversale aux filières

### Points forts

- ✓ **Existence d'un travail en réseau** des différents acteurs intervenant sur le champ de la santé mentale.
- ✓ **L'offre de soins en libéral homogène et cohérente** sur le territoire qui s'appuie sur plusieurs dispositifs d'offre coordonnée.
- ✓ **Présence d'une Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale** sur le territoire depuis 2014, portée par l'AHBFC.

### Points de vigilance

- ✓ **Démographie médicale** (7.0 psychiatres pour 100 000 habitants) du territoire **déficitaire** par rapport à la moyenne nationale (10.2 / 100 000) : conséquences sur les réponses apportées.
- ✓ **Projection à 5 ans** : près de **11 % de départ à la retraite de médecins psychiatres**, tout mode d'exercice confondu, plaçant le territoire du Nord Franche-Comté en tête des territoires de Bourgogne Franche-Comté.
- ✓ **Le besoin dépasse les départs à la retraite des médecins généralistes libéraux** du territoire.

Filière **Enfant / Adolescent**

### Points forts

- ✓ **Offre sanitaire organisée** autour d'un **regroupement de deux anciens secteurs infanto-juvéniles territoriaux** (Bavilliers et Montbéliard) avec **deux tranches d'âge distinctes**.
- ✓ **Expérimentations territoriales** proposent différentes modalités d'accompagnement (ambulatoire, accueil de jour, accueil de nuit) avec des accueils temporaires, prises en charge pluridisciplinaire (thérapeutique, éducative,...).
- ✓ **Différents protocoles formalisés existent** entre structures intervenant sur le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques pour fluidifier les échanges partenariaux : *convention entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie sur le Territoire de Belfort ; formalisation des collaborations de la pédopsychiatrie avec certains acteurs sociaux du territoire NFC ; Groupe Technique d'Orientation (GTO) du Conseil Départemental du Doubs ; Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) ; réunion de synthèse ou de travail : temps de synthèse organisés à l'initiative des établissements ou des services de pédopsychiatrie de l'AHBFC, en présence de*

*l'équipe pluridisciplinaire de pédopsychiatrie ; réunion Périnatalité (moins de 3 ans) organisées mensuellement par le PMI sur le Territoire de Belfort ; réunion médecine scolaire, médecins de PMI et pédopsychiatrie (AHBFC), organisée à l'initiative de la PMI une fois par mois, uniquement à Belfort.*

- ✓ **Accès au diagnostic** est **relativement possible** du fait de l'agencement des **consultations en fonction des priorités cliniques**.
- ✓ **Rôle de repérage** et de prise en charge rempli par la **PMI**.

### **Points de vigilance**

- ✓ **Taux d'équipement** (0.59), **en deçà de la moyenne nationale** (0.90) : **38 lits et places** : hospitalisation complète et incomplète.
- ✓ Organisation de l'**offre sanitaire par tranche d'âge** : nécessite des **médecins spécialisés**.
- ✓ **Pénurie médicale** (pédopsychiatrie et secteur libéral) : postes recherchés mais non pourvus. Importants délais pour obtenir une consultation en CMP (3 à 8 mois d'attente en dehors d'une situation d'urgence).
- ✓ **Taux d'équipement légèrement déficitaire** : structures **SESSAD** et **ITEP**.
- ✓ **Besoin d'un renforcement des compétences d'externat pour accompagner le mouvement de désinstitutionalisation** au niveau national, **tout en gardant des places d'hébergement** : essentielles au parcours des enfants et adolescents.
- ✓ **Médecine scolaire** très largement **déficitaire** sur le territoire.

### **AXE 1 : améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

- ✓ **Prises en charge multiples** : pédopsychiatrie, ASE, EN, ESMS,... d'enfants et d'adolescents signe de situations psychologiques complexes, ou encore d'un diagnostic tardif.
- ✓ **Difficulté essentiellement dans la phase de post diagnostic** : dans la mise en œuvre de la prise en charge indiquée avec une saturation des dispositifs de type HDJ, par des mineurs en attente de place de SESSAD.
- ✓ **Difficulté dans l'orientation** : saturation des dispositifs de 2<sup>nd</sup> recours : CAMSP, CMP, HDJ. A pondérer lors de suspicions de pathologies graves (TED,...), qui paraissent mieux appréhendées par ces structures spécialisées.
- ✓ **Risque de rupture plus important chez les adolescents** : pour qui la notion de demande imminente et urgente est un mode de consommation des soins.

### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Création d'une équipe mobile de liaison sanitaire et médico-sociale (adolescents).**
- » **Améliorer les réponses apportées aux situations de souffrance psychique repérées en structures dites primaires : PMI, santé scolaire, médecine générale, lieux d'accueil.**
- » **Renforcer la prise en compte des données psychiatriques au sein des MDPH.**

### Actions transversales aux trois filières :

- » **Mener des actions de promotion du territoire et soutenir la politique de ressources médicales.**

### **AXE 2 : mieux prendre en compte les spécificités de certaines populations**

- ✓ **Inadéquation des dispositifs** par rapport aux délais d'attente en SESSAD.
- ✓ **Cloisonnement des dispositifs.**
- ✓ **Besoin de renforcer les compétences en internat tout en déployant des solutions d'externat** = difficulté à accompagner certains jeunes souffrant de troubles psychiques, en internat.
- ✓ **Recours à des prises en charge multiples et coordonnées** pour certains jeunes **liées au mode d'hébergement collectif** (week-ends, vacances scolaires,...).

### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Mener une réflexion sur un parcours inter-institutionnel et des référents de parcours.**

### Actions transversales aux trois filières :

- » **Soutenir des consultations avancées en addictologie.**
- » **Former et soutenir les professionnels confrontés aux problématiques inhérentes aux addictions.**
- » **Actualiser et faire vivre des référents institutionnels santé mentale.**
- » **Participer à la structuration du Centre Régional Psychotraumatisme BFC.**

### **AXE 3 : optimiser les coopérations et améliorer l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

- ✓ **Saturation des dispositifs (SESSAD, DITEP et SESSD IME) : *taux équipement inférieur à la moyenne.***
- ✓ **Période des week-ends et des vacances scolaires suspend l'accompagnement. *risque de rupture majeur du parcours de soins et d'accompagnement médico-social.***

- ✓ **Sortie des dispositifs ITEP ou autres** : transition du passage de l'adolescence à l'âge adulte : mieux le préparer et trouver des relais.

#### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Sensibiliser les assistants familiaux sur les pathologies psychiatriques.**
- » **Participation à l'accompagnement des sorties de placement des jeunes de l'Aide Sociale à l'Enfance.**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Mettre en œuvre une formation aux pathologies mentales et à la prévention du suicide.**

### **AXE 4 : favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique**

- ✓ **Besoins repérés en consultation** : dentaire, ophtalmologie et addictologie.
- ✓ **Sensibiliser les mineurs** à la question de la **prévention et promotion de la santé.**
- ✓ **Relais à construire avec la médecine libérale** dans la consommation de soins « demandes urgentes ».
- ✓ **Cloisonnement** important entre la **médecine généraliste et la médecine psychiatrique.**

#### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Développer les compétences psychosociales des jeunes en situation de handicap liées aux addictions.**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Développer la coopération entre la médecine psychiatrique et les médecins généralistes.**

### **AXE 5 : mieux prévenir et gérer les épisodes aigus**

- ✓ **Déficit de compétences des professionnels** dans la gestion du public en situation de crise.
- ✓ **Déficit de soutien aux équipes.**
- ✓ **Procédure non connue ou insuffisamment connue**, notamment la convention relative au repérage, à la gestion et à l'accompagnement des épisodes aigus chez les mineurs.

### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Réactualiser la convention relative au repérage, à la gestion et à l'accompagnement des épisodes aigus chez les mineurs.**
- » **Création d'une unité de 5 lits d'hospitalisation complète avec espace d'apaisement pour adolescent en situation de crise sur l'Aire Urbaine.** En lien avec les mesures nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence.

### Actions transversales aux trois filières :

- » **Soutenir les stages d'immersion.**
- » **Participer à un dispositif régional Franc-Comtois de prévention de la crise suicidaire.**

### **Filière Adulte / Addictologie**

#### **Points forts**

- ✓ **Surcapacité en place d'hébergement** (pour 1000 hab) de **type MAS** : 1.14 NFC / 0.91 en BFC / 0.83 moyenne nationale.
- ✓ **Offre sanitaire en psychiatrie structurée autour de trois « pôles »**, avec des logiques organisationnelles propres (un autour de Montbéliard avec notamment l'intersecteur des soins sans consentement, un autour de Belfort, un autour de Héricourt comprend l'intersecteur de soins en addictologie).
- ✓ Une **unité de 16 lits de réhabilitation psycho-sociale est en cours de déploiement** au sein du Centre de Psychiatrie Générale (CPG) d'Héricourt.
- ✓ **Chaque bassin est doté d'un Centre Médico-Psychologique (CMP).**
- ✓ **Des entretiens de 1<sup>ère</sup> intention sont réalisés en moins de 7 jours** dans les **CMP.**
- ✓ **Existence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé PSYchiatrique (PASS PSY)** sur le territoire.
- ✓ **Coordination locale sur le territoire Nord Franche-Comté**, assurée par le Groupement Addictions Franche-Comté (GAFC) : une union d'associations.
- ✓ **Les services sociaux et acteurs de l'hébergement partenaires de 1<sup>er</sup> ordre** dans l'accompagnement des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique.
- ✓ **Différents protocoles formalisés existent** entre structures intervenant sur le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques pour fluidifier les échanges partenariaux : *Cellule de Veille Sociale et Sanitaire (CVSS), portée par le CCAS de Montbéliard ; mise en place prochaine d'une instance de concertation opérationnelle (cellule de gestion de cas complexes) avec un 1<sup>er</sup> déploiement sur une partie du territoire Nord Franche-Comté.*



- ✓ **Sur le segment de l'addictologie** les **collaborations** entre infirmiers, psychiatres et médecins généralistes **fonctionnent**. Partenariats opérants : avec l'ELSA et les CSAPA.
- ✓ **Informations en entrée d'hospitalisation et en soins hospitaliers** sont **fluides** pour les **médecins libéraux**.
- ✓ **Renforcement de la coordination MG / MP** par le Dossier Médical Partagé (**DMP**).

### **Points de vigilance**

- ✓ **Taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale** (1,40) et régionale (1,53) : **1.14 lits et places pour 1 000 personnes** de 17 ans ou plus : hospitalisation complète et incomplète.
- ✓ **Taux d'équipement moindre en places de FAM** (pour 1000 hab) : 0.45 NFC / 0.98 en BFC / 0.80 moyenne nationale.
- ✓ **Nécessité de mener une enquête approfondie sur les délais d'attente en MAS et FAM** pour mesurer l'effectivité de l'accès aux hébergements et accompagnements.
- ✓ **Saturation des dispositifs d'hébergement et de logement adapté aux plus vulnérables.**
- ✓ **Démographie médicale** (7.0 psychiatres pour 100 000 habitants) du territoire **déficitaire** par rapport à la moyenne nationale (10.2 / 100 000) : **l'augmentation des demandes impactent la réactivité des CMP adultes** (2 à 6 mois d'attente pour une consultation).
- ✓ **Consultations post-urgences au CMP de Montbéliard suspendues** par manque de temps médical.

### **AXE 1 : améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

- ✓ **Connaissance de la filière addictologie pas partagée** par tous.
- ✓ **Fréquence des orientations depuis les urgences**, en raison de plusieurs facteurs : *le refus de soins ; les structures spécialisées ne sont pas dotées en médecins-psychiatres, l'évaluation reste compliquée ; des difficultés liées à la lisibilité du fonctionnement (repérage et orientation) ; l'absence de psychologue ou de médecin dans les structures ou dispositifs constitue un frein dans le diagnostic et l'évaluation psycho-sociale des situations.*

**Les acteurs du territoire expriment des difficultés relatives à l'évaluation des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Ces professionnels de première ligne se sentent, en effet, isolés, insuffisamment formés**

et impuissants. A l'échelon régional, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2022, évoque un renforcement du rôle et de la couverture territoriale des EMPP (Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité), autour de leurs deux missions : l'accompagnement des publics les plus démunis et l'accompagnement des professionnels de première ligne.

#### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Développer une offre de soins de réhabilitation psycho-sociale de proximité**
- » **Soutenir les consultations post-urgences**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Mener des actions de promotion du territoire et soutenir la politique de ressources médicales.**

### **AXE 2 : mieux prendre en compte les spécificités de certaines populations**

- ✓ **Manque de vision partagée** : difficulté pour un professionnel médico-social d'analyser la situation.
- ✓ **Absence de réponse pour des problématiques particulières** : *hébergements collectifs non adaptés aux troubles cognitifs, liés à la consommation de toxiques... ; frein au logement autonome lié à la pathologie,...*

#### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Développer une instance de concertation opérationnelle.**
- » **Soutenir les aidants par la formation et développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP).**

#### Actions transversales aux deux filières : adulte et personnes âgées :

- » **Améliorer la concertation en cours et en sortie d'hospitalisation.**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Soutenir des consultations avancées en addictologie.**
- » **Former et soutenir les professionnels confrontés aux problématiques inhérentes aux addictions.**
- » **Actualiser et faire vivre des référents institutionnels santé mentale.**
- » **Participer à la structuration du Centre Régional Psychotraumatisme BFC.**

### AXE 3 : optimiser les coopérations et améliorer l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

- ✓ **Difficultés identifiées au niveau de l'offre sanitaire étroitement liées aux difficultés en aval de l'hospitalisation** : effet d'engorgement constaté du fait du déficit de places en ESMS et notamment en MAS.
- ✓ Données du Territoire de Belfort : **densité d'hébergement social** (plus de 133 logements sociaux pour 100000 habitants (moy. Nat. 93/100 000) : **bassin de vie est bien doté, toutefois** : l'accès des personnes en souffrance psychique reste compliqué du fait de l'inadéquation de leur mode de vie ; refus d'accès en hébergement compte tenu des difficultés liées aux addictions ; maintien du public psychiatrique / addiction en CHRS - Marginalisation de ce public plus grande stigmatisation = **Nécessiter d'organiser et d'améliorer l'entrée en hébergement adapté. Renforcer l'accès et le maintien dans le logement en milieu ordinaire.**
- ✓ **Nécessité d'un cadre de travail flexible.**
- ✓ Milieu protégé : **taux d'équipement en ESAT supérieur** à la moyenne régionale et nationale (4.67 vs 4.16 vs 3.52) mais **déficit de places ESAT Troubles psychiques : 35 places.**
- ✓ **Manque de prise en compte de la pathologie dans le milieu du travail** (ou de l'addictologie) : médecine du travail.
- ✓ **Manque de lisibilité de l'offre médico-sociale en addictologie** : orientation optimale et visibilité pour les partenaires et les usagers = **Nécessité d'améliorer la lisibilité de l'offre.**

#### Actions engagées sur le territoire :

- » **Créer une résidence accueil à Belfort.**
- » **Mener un état des lieux sur les dispositifs d'accès et au maintien dans l'emploi.**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Mettre en œuvre une formation aux pathologies mentales et à la prévention du suicide.**

### AXE 4 : favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique

- ✓ **Manque de partage d'informations** sur la situation des personnes accompagnées dans le quotidien.
- ✓ **Difficultés de transport pour se rendre en consultation** (site Médián) : *personnes en situation de précarité.*

### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Structurer un accueil adapté aux personnes présentant des troubles psychiatriques dans les consultations spécialisées.**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Développer la coopération entre la médecine psychiatrique et les médecins généralistes.**

### **AXE 5 : mieux prévenir et gérer les épisodes aigus**

- ✓ **Manque de repérage et d'échanges d'informations au plus tôt** dans les stations rencontrées : orientation des situations complexes à la PASS PSY.
- ✓ **Difficultés à recourir aux dispositifs existants et procédures mises en place** : *appel du 15 et 17 ; production d'un guide des soins sans consentement dans le cadre d'un groupe de travail de la PCPSM de l'Aire Urbaine.*
- ✓ **Résultat aléatoire** quant à l'**aboutissement** lors de la **demande de soin en situation de crise** : *culture professionnelle ; manque de protocole interne de gestion des épisodes aigus.*

### **Actions engagées sur le territoire :**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Soutenir les stages d'immersion.**
- » **Participer à un dispositif régional Franc-Comtois de prévention de la crise suicidaire.**

### **Filière Personnes âgées**

#### **Points forts**

- ✓ **Offre sanitaire construite autour d'un intersecteur** de psychiatrie du sujet âgé (personne de + de 65 ans) : une unité d'hospitalisation de 30 lits, une équipe mobile spécialisée à domicile et en établissements, une offre extrahospitalière : hôpital de jour de 15 places et 4 CMP.
- ✓ Une **consultation mémoire en cours de déploiement.**
- ✓ **Au niveau hospitalier, l'offre s'articule autour du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Nord Franche-Comté.**
- ✓ **Le secteur médico-social offre des solutions d'hébergement et d'accompagnement en conformité avec son indice de vieillissement.**

- ✓ **Offre sociale se structure essentiellement autour des services sociaux** des Conseils Départementaux : Territoire de Belfort, Doubs et Haute-Saône ; ainsi qu'auprès des CCAS de Belfort et Montbéliard.
- ✓ **Reconnaissance de l'importance des associations d'aide à domicile** par les professionnels du soin.
- ✓ **Ouverture prochaine d'une Maison Relais Seniors ARIAL** à Sochaux.
- ✓ **Différents protocoles formalisés existent** entre structures intervenant sur le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques pour fluidifier les échanges partenariaux : présence sur *le territoire d'une plateforme d'accompagnement et de répit Aire Urbaine, avec le projet de deux Plateformes de répit et de soutien aux proches aidants dites de « nouvelles générations » du Pays de Montbéliard / Héricourt et du Territoire de Belfort ; un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Pays de Montbéliard ; la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) Aire Urbaine – Villersexel ; L'équipe mobile pluridisciplinaire d'évaluation gériatrique.*
- ✓ **Lancement en mars 2019 du programme « Parcours de santé des aînés – PAERPA ».**
- ✓ Informations en entrée d'hospitalisation et en soins hospitaliers sont fluides pour les médecins libéraux.
- ✓ Connaissance des médecins généralistes par rapport à la thérapeutique médicamenteuse psychiatrique.

### **Points de vigilance**

- ✓ **En psychiatrie, taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale** (1,40) et régionale (1,53) : **1.14 lits et places pour 1 000 personnes** de 17 ans ou plus : hospitalisation complète et incomplète.
- ✓ **En EHPAD, taux d'équipement en deçà** des moyennes régionale et nationale : 75.5 NFC / 108.5 BFC / 101.4 moyenne nationale. « **Manque de places en EHPAD** » est **évoqué** par les partenaires, qui se tournent vers les **régions limitrophes pour une institutionnalisation plus rapide.**
- ✓ **Situations de fragilité** très importantes sur le NFC : taux de pauvreté à 60 ans (15.7%) dépassant de plus de 2.5 points la moyenne régionale et nationale.
- ✓ **Intrication des pathologies** liées à l'avancée en âge.
- ✓ **Difficultés rencontrées par les services d'aide à domicile** : pour l'accès équitable à l'aide à domicile sur l'ensemble du territoire, notamment pour les publics les plus fragiles ; les couts liés aux conditions d'intervention ; le recrutement, la qualification et la professionnalisation des salariés (accès à la formation). **Volonté des acteurs du**

territoire d'engager une réflexion sur le maintien à domicile lors des prochaines réunions du groupe de travail PTSM NFC.

### AXE 1 : améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

- ✓ **Un manque de lisibilité des points d'entrées dans le soin (parcours)** = un défaut de repérage au plus tôt.
- ✓ **Difficultés d'implication du premier recours** = un manque de diagnostic « initial ».
- ✓ **Saturation des dispositifs de second recours** = une perte de réactivité due à un allongement des délais en CMP, malgré un aménagement en fonction des priorités cliniques.

#### Actions engagées sur le territoire :

- » **Diffuser un logigramme sur l'organisation.**
- » **Organiser le dispositif de consultation mémoire.**
- » **Développer la télémédecine.**

#### Actions transversales aux trois filières :

- » **Mener des actions de promotion du territoire et soutenir la politique de ressources médicales.**

### AXE 2 : mieux prendre en compte les spécificités de certaines populations

- ✓ **Faible taux de ré-hospitalisation** à 30 jours : bon maillage.
- ✓ **Inadéquation des maintiens en hospitalisation** : « attente » dans les services hospitaliers : à défaut d'offre d'orientation, délais d'instruction des mesures de protection juridique, liste d'attente en institution, difficulté d'aborder les soins hospitaliers à domicile.
- ✓ **Insuffisance des réponses pour l'évaluation du public 60 – 74 ans** : mobilisation de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé PSYchiatrique.
- ✓ **Absence de conditions d'accès homogènes** : 60 ans pour les Conseils Départementaux, 65 ans pour la psychiatrie et 75 ans pour l'équipe mobile de gérontologie.
- ✓ **Public âgé présentant une problématique d'addiction en institution ou à domicile** = maintien à domicile compliqué à défaut d'une solution.
- ✓ **Modalités d'accompagnement non adaptées au public** : troubles du comportement et public précaire, saturation des dispositifs UCC.
- ✓ **Situation d'inadaptation du logement** : maintien à domicile compliqué avec épuisement des aidants et inadaptation du logement.

### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Soutien aux aidants.**

Actions transversales aux deux filières : adulte et personnes âgées :

- » **Améliorer la concertation en cours et en sortie d'hospitalisation.**

Actions transversales aux trois filières :

- » **Soutenir des consultations avancées en addictologie.**
- » **Former et soutenir les professionnels confrontés aux problématiques inhérentes aux addictions.**
- » **Actualiser et faire vivre des référents institutionnels santé mentale.**
- » **Participer à la structuration du Centre Régional Psychotraumatisme BFC.**

### **AXE 3 : optimiser les coopérations et améliorer l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

- ✓ **Déficit d'offre d'hébergement et d'accompagnement** = délais d'attente allongés pour une entrée en institution.
- ✓ **Manque d'unité spécifique** type SAS Chatelot (fermeture en août 2018).
- ✓ **En accueil de jour : saturation** des accueils de jour à **Montbéliard**, **vacance** sur le **Département du 90** ; **difficulté à recruter** en milieu rural et **problématique de transports** ; médecins traitants préconisent rarement l'accueil de jour.
- ✓ **Situation financière** comme **frein à l'institutionnalisation.**
- ✓ **Délais d'instruction** auprès du Juge des Tutelles.
- ✓ **Stigmatisation** des personnes atteintes de troubles psychiatriques en institution.

### **Actions engagées sur le territoire :**

- » **Maintenir des séjours de rupture dans les services de psychiatrie pour des résidents d'EHPAD.**
- » **Expérimentation d'unité psychiatrie de la personne âgée en EHPAD.**

Actions transversales aux trois filières :

- » **Mettre en œuvre une formation aux pathologies mentales et à la prévention du suicide.**

#### **AXE 4 : favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique**

- ✓ **Difficulté de transports**, pour se rendre en consultation (site Médián).

##### Actions transversales aux trois filières :

- » **Développer la coopération entre la médecine psychiatrique et les médecins généralistes.**

#### **AXE 5 : mieux prévenir et gérer les épisodes aigus**

- ✓ **Manque de concertation et de repérage** : *préalable à la situation de crise, épuisement des aidants.*
- ✓ **Méconnaissance des procédures.**

##### Actions transversales aux trois filières :

- » **Soutenir les stages d'immersion.**
- » **Participer à un dispositif régional Franc-Comtois de prévention de la crise suicidaire.**



# PHASE 2

**PLAN D' ACTIONS : PROJET  
TERRITORIAL DE SANTE  
MENTALE**

## 6. PLAN D' ACTIONS : PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

### 6.1 Présentation des fiches actions

#### 6.1.1 Filière **Enfant - Adolescent**

### AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

#### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action n° 1

#### « Créer une équipe mobile de liaison sanitaire et médico-sociale (adolescents) »

#### Motivation de l'action, contexte

La notion de parcours défendue avec force par les politiques publiques et les associations entraîne des changements importants dans l'organisation des réponses à apporter aux usagers. Pour mieux accompagner les personnes les plus fragiles, une réponse inter institutionnelle est préconisée.

L'idée d'équipe mobile en pédopsychiatrie n'est pas nouvelle et fait l'objet d'un certain consensus quant à son utilité. Monsieur Laforcade, dans son rapport relatif à la santé mentale, évoque le fait que « le centre de gravité du dispositif de soins doit devenir le domicile », plus globalement, il s'agit « d'aller vers ». L'expérimentation menée depuis plusieurs années par les ITEP pour transformer les établissements en dispositif participe à cette logique. Les établissements « fermés », qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, ne peuvent dans leur forme actuelle répondre à l'ensemble des besoins d'un usager. Si la transformation de l'offre au sein de chaque dispositif repose notamment sur une plus grande inter disciplinarité, la transformation de l'offre à l'échelle d'un territoire doit reposer sur le concept « d'inter-institutionnalité ».

Il existe encore trop de situations où les acteurs se renvoient la responsabilité d'un accompagnement plutôt que de le penser à plusieurs. Il est pointé le manque de travail entre les structures d'accueil et de prise en charge d'enfants avec des troubles psychiques ou psychiatriques. Cette absence de préparation est pointée unanimement, tant par les acteurs du médico-social que du sanitaire, du judiciaire et du champ social : « nous interagissons pendant les situations de crise mais nous n'anticipons jamais ». Au moment de la crise, les institutions médico-sociales se trouvent démunies et regrettent leur manque de formation.

Le diagnostic partagé du PTSM NFC de la filière met en lumière à la fois le besoin d'une coopération mieux organisée entre les acteurs mais également la fragilité des équipes face aux adolescents en crise. Le manque de médecins pédopsychiatres dans les structures médico-sociales augmente cette fragilité. Le nombre de jeunes nécessitant un accompagnement partagé entre sanitaire, médico-social et social est devenu important. On sait par exemple qu'environ 40% des adolescents suivis en hôpital de jour sont aujourd'hui également accompagnés par un autre dispositif (ASE, PJJ, ESMS etc...). Au sein des établissements pour enfants de la Fondation (IME, ITEP) 40% des jeunes bénéficient d'une mesure ASE et 25% ont un accompagnement sanitaire au titre de leurs troubles psychiques.

Le groupe de travail régional réuni par l'ARS autour du parcours « psychiatrie santé mentale » partage également le manque d'articulation entre les secteurs sanitaires, médico-éducatifs et sociaux et met également en avant la problématique de l'adolescent dit « l'incasable » qui cumule des problématiques multiples.

<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général</b> : favoriser l'accès aux soins des adolescents qui en sont éloignés.</p> <p><b>Objectifs spécifiques</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir les professionnels de premier recours / Etablissements médico-sociaux / Familles.</li> <li>- Intervenir en amont, ou en aval, des périodes de crises afin d'éviter toute rupture de parcours.</li> <li>- Eviter les hospitalisations inappropriées.</li> <li>- Contribuer à diffuser une culture partagée.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé</b> : création d'une équipe mobile de liaison composée de professionnels issus de deux institutions, afin de mieux accompagner les adolescents de l'Aire Urbaine souffrant de troubles psychiques. Le service de pédopsychiatrie de l'adolescent 25102 est identifié comme porte d'entrée du dispositif par le biais d'une fiche de saisine en direction des partenaires. Le recours à une équipe mobile, permettant aux professionnels soignants et éducatifs de se déplacer sur le lieu de vie de l'utilisateur, est à encourager autant que faire se peut, a fortiori pour des adolescents dont on sait qu'il s'agit là d'une population souvent difficile à faire entrer dans un quelconque parcours (soins et de vie).</p> <p>Choix de limiter l'action aux adolescents car ils sont particulièrement exposés aux risques de crises et de ruptures.</p> <p>L'équipe mobile dans un contexte d'expérimentation sera de petite taille et devra couvrir un territoire important. Il semble donc impératif de se concentrer sur le public dont l'accompagnement est le plus délicat et qui peut potentiellement mobiliser de nombreux acteurs.</p> <p>Porte d'entrée pour une par le pédopsychiatre par le biais d'une fiche de saisine</p> <p><b>Les missions</b> :</p> <p>Conforter l'offre d'accompagnement et de soins sur l'ensemble de l'Aire Urbaine, Belfort-Montbéliard-Héricourt, dans le cadre d'un réseau de prévention et de suivi coordonné.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Soutenir les professionnels de premier recours et procéder à une évaluation et à une orientation pour les cas les plus compliqués. Elle pourrait dans ce cadre et sur une période déterminée assurer le rôle de « référent de parcours ». Elle intervient vient en complément de, et ne se substitue pas à un accompagnement existant.</li> <li>✓ Elle interviendra en amont, ou en aval, des périodes de crises afin d'éviter toute rupture de parcours. Elle n'a pas vocation à intervenir en urgence, il ne s'agit pas d'un SMUR pédopsychiatrique.</li> <li>✓ Elle favorisera l'accès aux soins des adolescents qui en sont éloignés.</li> <li>✓ Elle évitera des hospitalisations inappropriées.</li> <li>✓ Elle contribuera à diffuser une culture partagée en termes d'accompagnement de jeunes souffrant de troubles psychiques.</li> <li>✓ Elle interviendra sur les lieux de vie des jeunes, notamment dans les institutions scolaires, sociales et médico-sociales.</li> </ul> <p><b>L'équipe pluridisciplinaire</b></p> <p>Elle est composée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0.10 ETP de pédopsychiatre en charge à la fois du diagnostic et du soin mais également garant du projet de soins global de l'équipe (issu de l'AHBFC secteur adolescents) ;</li> <li>• 0.50 ETP de psychologue clinicien en charge de l'évolution et de l'accompagnement psychologique des adolescents (issu de l'AHBFC) ;</li> <li>• 1 ETP d'infirmière (issue de l'AHBFC) interviendra sur le terrain, éventuellement en binôme avec l'éducateur ou le psychologue ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ETP d'éducateur spécialisé (issu de la Fondation Arc en Ciel), qui interviendra sur le terrain, éventuellement en binôme avec l'infirmière et le psychologue ;</li> <li>• 0.50 ETP de secrétaire en charge de l'accueil téléphonique et de la tenue des dossiers.</li> </ul> <p>En cas de besoins, l'équipe pourra faire appel à tout autre personnel travaillant dans l'une ou l'autre des institutions, tels que les enseignants spécialisés, assistant de service social, psychomotriciens ou orthophonistes par exemple. L'équipe sera rattachée au service de pédopsychiatrie de l'adolescent 25102 et encadrée par le cadre de santé de ce service.</p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> toutes deux adhérentes de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP), dont elles partagent les valeurs, l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté et la Fondation Arc-en-Ciel.</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> professionnels de premier recours, établissements médico-sociaux, familles.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> des adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiques entravant leur intégration scolaire et sociale dont le domicile, ou l'institution qui les accueille, est situé géographiquement dans le ressort de l'intersecteur de psychiatrie de l'adolescent 25102.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limiter les ruptures de parcours (soins et de vie)</li> <li>- Apporter une qualité de prise en soin adaptée aux besoins</li> <li>- Etre dans une dynamique « d'aller vers »</li> <li>- Améliorer l'interconnaissance</li> <li>- Faciliter le travail en réseau</li> <li>- Améliorer les pratiques professionnelles</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Courant 2019
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> 175 000 €  <b>Financement ARS :</b> 175 000 €  <b>Co-financement :</b> les locaux sont mis à disposition gracieusement par l'AHBFC.  Une convention entre l'AHBFC et la FAEC viendra déterminer, notamment, les modalités de remboursement de salaires des professionnels mis à disposition.</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quantitatifs (nombre de situations orientées)</li> <li>- qualitatifs (satisfaction des pistes d'action proposées, fluidité du parcours, plus-value dans l'accompagnement proposé par les acteurs)</li> <li>- de mise en œuvre (aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> comité de suivi</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté et la Fondation Arc-en-Ciel installeront un comité de suivi composé de membres des équipes de direction. Il aura pour mission de procéder à l'évaluation du fonctionnement de l'équipe et de faire évoluer ce dispositif au plus près des besoins du public cible. Il sera notamment en charge de valider le bilan annuel et de fixer de nouveaux objectifs. Une convention régira les règles de coopération entre les deux structures.</p>

<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Groupe de travail régional ARS autour du parcours « psychiatrie et santé mentale »</li><li>- Projet institutionnel 2017-2021 de l’AHBFC</li><li>- Projet médical partagé du GHT Nord Franche-Comté</li><li>- Groupe de travail de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l’Aire Urbaine (PC-PSM AU)</li></ul>
---	---

## AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action n° 2

#### « Améliorer les réponses apportées aux situations de souffrance psychique repérées en structures dites primaires : PMI, santé scolaire, médecine générale, lieux d'accueil... »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Il est constaté un point de difficulté dans la phase de post diagnostic, c'est-à-dire dans la mise en œuvre de la prise en charge indiquée. La saturation des dispositifs de type Hôpital de Jour, par des mineurs en attente de place de SESSAD par exemple (taux d'équipement déficitaire), est en partie préjudiciable à la mise en œuvre des soins.</p> <p>Si cet écueil de la temporalité entre le moment du diagnostic et de l'accès aux dispositifs de soins ou médico-sociaux est très présent dans le secteur de l'enfant (moins de 12 ans) car l'enjeu du diagnostic précoce, n'est plus à démontrer, il n'en demeure pas moins chez l'adolescent. En effet, le risque de rupture semble plus important chez ces derniers, pour qui la notion de demande imminente et urgente est un mode de consommation des soins.</p> <p>Il est également relevé, qu'avant l'âge scolaire, la PMI remplit ce rôle de repérage et de prise en charge car ce secteur semble bénéficier de moyens permettant ce travail, en particulier pendant la période périnatale. Toutefois, l'orientation rencontre quelques difficultés du fait de la saturation des dispositifs de second recours (CAMSP, CMP, HDJ), mais aussi d'une méconnaissance de l'offre de soins et des dispositifs existants, du besoin d'une aide à l'accompagnement pour ces structures dites primaires : <i>médecine générale, lieux d'accueil,...</i> Cette difficulté est à pondérer lors de suspicions de pathologies graves qui paraissent mieux appréhendées par les structures spécialisées.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> améliorer les réponses apportées aux situations de souffrance psychique repérées en structures dites primaires : PMI, santé scolaire, médecine générale lieux d'accueil,..., tout en renforçant la lisibilité de l'organisation de l'offre de soins et d'accompagnement social et médico-social d'enfants et d'adolescents.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Informer, orienter et accompagner les professionnels de terrain (médecine générale, lieux d'accueil,...).</li><li>- Accéder à un interlocuteur dans un parcours de soin.</li><li>- Sensibiliser les acteurs médicaux du territoire.</li><li>- Prendre en charge de façon graduée des situations de la petite enfance à l'adolescent.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Constitution d'un groupe de travail, en présence de médecins de la santé scolaire, de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) des trois départements, de représentants de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), ainsi que des médecins-chefs des pôles : enfant et adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (90101 - 25102) :</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Cartographier l'ensemble des acteurs concernés sur le territoire.</li><li>✓ Recenser les attentes et besoins des acteurs concernés.</li></ul>

	<p>En fonction des données : engager une réflexion autour d'actions communes, avec dans un 1<sup>er</sup> temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'élaboration d'un outil « territorialisé » : guide (glossaire – annuaire) en direction des professionnels du champ de l'enfance et de l'adolescence : repérage et orientation d'enfants et d'adolescents manifestant une souffrance psychique.</li> </ul> <p><b>La présence de l'ensemble des porteurs concernés est indispensable à la bonne réalisation de cette action.</b></p> <p><b>Porteur de l'action :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> AHBFC : pôles : enfant et adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (90I01 - 25I02), Conseils Départementaux du Territoire de Belfort, du Doubs et de la Haute-Saône : PMI, MDPH, Education Nationale : santé scolaire des 3 départements, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS ML), professionnels de santé libéraux (médecins et autres), établissements et services médico-sociaux, Maison de l'adolescence de l'Aire Urbaine, CAMSP, CMPP, HNFC,...</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> enfants et adolescents du territoire de 0 à 16 ans.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer les réponses apportées.</li> <li>- Favoriser l'interconnaissance.</li> <li>- Faciliter le travail en réseau.</li> <li>- Améliorer les pratiques professionnelles.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée du PTSM
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'acteurs concernés.</li> <li>- Nombre de réunions organisées / Professionnels présents.</li> <li>- Nature des réflexions engagées.</li> <li>- Formalisation l'outil. Mesure de la connaissance de l'outil et des points d'amélioration (auprès des professionnels – questionnaire de satisfaction).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source :</b> cartographie du territoire / recensement des besoins et attentes des professionnels du territoire / Questionnaire de satisfaction adressé par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU), aux professionnels concernés par l'outil.</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Projet Régional de Santé (PRS) Bourgogne Franche-Comté 2018-2022

## AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action n°3

#### « Renforcer la prise en compte des données psychiatriques »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées sont devenues les nouveaux partenaires incontournables dans l'organisation des parcours de vie des personnes. Vu l'ensemble des missions confiées par la loi du 11 février 2005, vu la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, qui introduit dans son art 89 la mise en place du dispositif d'orientation permanent, les MDPH doivent construire tout particulièrement pour le handicap psychique, des relations partenariales, en appui à la mission d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, avec notamment les services de pédopsychiatrie.</p> <p>Les modes de collaboration entre les MDPH et les acteurs de la santé mentale ne sont pas prévus par la loi.</p> <p>Sur le territoire Nord Franche-Comté, il est constaté pour la MDPH du Territoire de Belfort et du Doubs : une absence de pédopsychiatre en équipe pluridisciplinaire ; un manque d'indentification des interlocuteurs ; une communication pas assez efficace ; une réelle volonté de travailler pour apporter des réponses adaptées : être en capacité de sélectionner plusieurs dossiers complexes, lacunaires.</p> <p>Concernant, la MDPH de Haute-Saône : les liens entre équipes d'évaluation de la MDPH et le service de pédopsychiatrie de Haute-Saône sont historiquement forts avec une bonne connaissance mutuelle des acteurs et des fonctionnements respectifs, une communication régulière, et surtout une participation de longue date des pédopsychiatres aux équipes pluridisciplinaires "enfant" selon un rythme mensuel.</p> <p>Le dispositif RAPT (réponse accompagnée pour tous) et la mise en place de référents dans les MDPH doit permettre de travailler en amont au repérage des situations préoccupantes ; la collaboration inter partenariale est alors un outil essentiel. Flécher les situations permettrait de ne pas solliciter la pédopsychiatrie dans des délais courts - Délais de réponse souvent très longs faute d'une bonne compréhension de la situation. Demandes de bilans par manque d'expertises existantes.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général</b> : Travailler au repérage des situations, et des facteurs de risque : ANTICIPER.</p> <p>Identifier les situations complexes demandant des réponses modulaires. Repérer les situations avec risque de rupture. Incrire les personnes dans une logique de parcours.</p> <p><b>Objectifs spécifiques</b> : Détecter rapidement les cas les plus problématiques pour élaborer des réponses co-construites. Considérer l'éventail des solutions envisageables selon la notion de dispositif. Contractualiser autour de la situation afin que chacun des partenaires s'engage : PERSONNALISER.</p>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé</b> : Réunir les acteurs autour d'une équipe de coordination multidirectionnelle (médico-sociale, psychologique, somatique) tous les trimestres pour repérer les situations complexes ou risquant de le devenir afin d'anticiper des prises en charge et définir des propositions adaptées au parcours des enfants/jeunes ciblés.</p>



	<p>Grâce au SI harmonisé des MDPH et aux codages plus précis des pathologies et donc des besoins de prise en charge, les professionnels seront mieux informés des dossiers nécessitant un suivi particulier en lien avec les services de psychiatrie.</p> <p>S'appuyer sur les équipes mobiles et leurs interventions pour soutenir les professionnels et les familles.</p> <p>Elaborer des fiches de suivi de ces situations et établir un bilan de prise en charge.</p> <p><b>Porteurs de l'action</b> : Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC) / Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Territoire de Belfort.</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : Conseils Départementaux : MDPH du Territoire de Belfort, du Doubs et de la Haute-Saône, la Protection Maternelle et Infantile, l'Aide Sociale à l'Enfance, le sanitaire, l'Education Nationale,...</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : enfants et jeunes en risque de rupture de prise en charge.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	Une collaboration interinstitutionnelle efficace favorisant une meilleure connaissance des capacités des uns et des autres et des possibilités de suivis adaptés et plus rapidement induits
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : accompagnement coordination poste RAPT 52 000€/an montant mutualisé sur les 3 MDPH.</p> <p><b>Co-financement</b> : recherche à effectuer par la MDPH 90.</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> : nombre de réunions mises en place/ nombre de situations repérées.</p> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle</p> <p><b>Source</b> : MDPH</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : référent PAG RAPT / Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action n° 4

#### « Mener une réflexion sur un parcours inter-institutionnel et des référents de parcours »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p><b>Fiche action n°17 « Formalisation d'un dispositif inter institutionnel » travaillée dans le cadre du Contrat Local de Santé NFC</b> <b>AXE 3 : Améliorer les parcours de santé / Thématique : déclinaison du parcours de la personne en situation de handicap.</b></p> <p>Actuellement, les acteurs du secteur du handicap constatent une difficulté d'articulation des différents dispositifs constituant l'offre médico-sociale dans le champ du handicap.</p> <p>Or, force est de constater que la prise en charge de certains usagers serait considérablement améliorée par la mise en œuvre d'une coordination des dispositifs afin d'adapter la réponse institutionnelle aux besoins de l'individu.</p> <p>Si une coopération informelle existe actuellement entre les acteurs du territoire, sa formalisation permettra d'entériner la démarche initiée et de la consolider en vue de tendre vers une fluidification du parcours des usagers des structures médico-sociales du territoire Nord Franche-Comté.</p> <p>Une coopération inter institutionnelle est nécessaire en amont, et en prévention des ruptures de parcours. Elle s'inscrit ainsi parfaitement dans la démarche RAPT.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Améliorer la réponse institutionnelle aux besoins de l'enfant et de l'adulte en situation de handicap pour offrir une prise en charge plus adaptée aux besoins</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b> Constitution d'un réseau inter institutionnel</p>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> participation de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC) au Comité de pilotage, en présence des Directions des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux.</p> <p>Constitution d'un réseau autonome par la désignation d'un référent de parcours par association :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- constitution d'un groupe de référents avec la nomination d'un coordonnateur (gouvernance)</li><li>- élaboration d'un cadre d'action avec les objectifs poursuivis par le réseau, mission des membres, niveaux d'intervention et de décision, moyens disponibles etc...</li><li>- élaboration d'un plan d'action</li></ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC) / Fondation Arc-en-Ciel / Association des Paralysés de France.</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> ASE – ADAPEI 90-25-70 – Fondation Arc-en-Ciel – APF – les Eparses – APAJH – AHSFC – AHBFC – SESAME autisme – ASEA – CMPP – CAMSP</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>

<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- constitution d'un réseau autonome par la désignation d'un référent de parcours par association (profil cadre)</li> <li>- signature d'une convention</li> <li>- reconnaissance du dispositif inter institutionnel par l'ARS formalisé par la convention</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2019
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> à moyens constants des structures
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de parcours réussis par rapport au nombre de situations accompagnées</li> <li>- Nombre de partenaires associés</li> <li>- Convention signée</li> <li>- Nombre de référents participant au réseau</li> <li>- Nombre de réunions du réseau</li> <li>- Taux de participation aux réunions</li> </ul> <p><b>Valeur initiale :</b> 0</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> Annuelle</p> <p><b>Source :</b> Signataires de la convention / activité du réseau</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC) / Fondation Arc-en-Ciel / Association des Paralysés de France / ARS</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Contrat Local de Santé Nord Franche-Comté

**AXE 4 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

**Fiche action n° 5**

**« Sensibiliser les assistants familiaux sur les pathologies psychiatriques »**

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Un certain nombre de mineurs suivis par les services de pédopsychiatrie de l'Aire Urbaine peut être accompagné par un autre dispositif (ASE, ESMS, EN,...). Sur le Territoire de Belfort, le recours au placement familial par rapport au placement en établissements est plus important. « Les missions exercées à domicile nécessitent d'être appuyées, soutenues pour en garantir la qualité et la pérennité, dans l'intérêt des enfants concernés »<sup>13</sup>. A travers le <i>schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance</i> » 2017-2021, le Conseil Départemental du Territoire de Belfort souhaite soutenir l'exercice des missions des assistants familiaux agréés. Certains d'entre eux n'ont pas encore été « formés » lors de l'accueil d'un premier enfant.</p> <p>L'organisation d'actions en direction du service des mineurs confiés du Conseil Départemental 90 : information / sensibilisation aux pathologies psychiatriques pourraient contribuer aux besoins de renforcement des compétences et d'accompagnement des assistants familiaux.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> soutenir l'exercice professionnel des assistants familiaux agréés dans l'accompagnement d'enfants et d'adolescents présentant des pathologies psychiatriques.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins AHBFC de la filière ENFANTS/ADOLESCENTS du territoire.</li> <li>- Apporter des repères aux professionnels sur les pathologies psychiatriques et de la santé mentale.</li> <li>- Développer les compétences d'un professionnel (réfèrent ASFAM du CD 90) dit « ressource ».</li> <li>- Améliorer la compréhension mutuelle et l'échange de pratiques.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Présentations des services » : connaissance de l'existant, modalités prise de rendez-vous... du pôle de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine : pôle enfant de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (90I01) et pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (25I02) lors d'une réunion annuelle en septembre de la Direction Enfance et Famille et Parentalité : pôle des mineurs confiés, en présence, notamment d'assistants familiaux et d'éducateurs de placement.</li> <li>- Renforcement des compétences du réfèrent ASFAMS du Conseil Départemental 90 par des stages d'immersion au sein des pôles de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (0-12 ans / 12-16 ans).</li> <li>- Proposition de stages d'immersion dans les services de pédopsychiatrie AHBFC aux psychologues ASE du Conseil Départemental 90.</li> <li>- Proposition de participation aux assistants familiaux et aux éducateurs de placement à l'action « Après-midi des pratiques », en direction des</li> </ul>

<sup>13</sup> Fiche-action n°4 « Soutenir l'exercice des missions des assistants familiaux agréés (ASFAM) » ; Schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance 2017-2021 – Conseil Départemental du Territoire de Belfort

	<p>professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire Aire Urbaine dans le cadre de l'action PTSM « <i>Soutenir les stages d'immersion</i> », proposée par la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine : organisation de rencontres trimestrielles thématiques (addictologie, handicap,...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmission des événements organisés dans le cadre de la Plateforme de coordination (colloque,...) au service des mineurs confiés.</li> </ul> <p><b>Porteurs de l'action</b> : Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC) / Conseil Départemental du Territoire de Belfort.</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : Conseils Départementaux du Doubs et de la Haute-Saône ; pôle enfant de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (90I01) et pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (25I02).</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : assistants familiaux agréés et éducateurs de placement du Pôle des mineurs confiés – Direction Enfance, Famille et Parentalité du Conseil Départemental du Territoire de Belfort.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure compréhension des fonctionnements institutionnels.</li> <li>- Montée en compétences des acteurs engagés dans l'action.</li> <li>- Eviter les ruptures de parcours de soins</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p><u>Présentations des services de pédopsychiatrie</u>: échanges sur le plan organisationnel entre la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale, en lien avec les services de pédopsychiatrie et la Direction de l'Enfance, Famille et de la Parentalité (CD90).</p> <p><u>Propositions de stages d'immersion</u> (réfèrent ASFAM/psychologues ASE) : utilisation du questionnaire de satisfaction dédié à l'action « <i>Soutenir les stages d'immersion</i> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de stages organisés</li> <li>- Typologie de professionnels concernés</li> <li>- Mesurer l'impact de l'amélioration des pratiques / les points d'amélioration généraux</li> </ul> <p><u>Propositions de participation aux assistants familiaux et éducateurs de placement à l'action « Après-midi des pratiques »</u> avec des acteurs du territoire : utilisation du questionnaire de satisfaction dédié à l'action « <i>Soutenir les stages d'immersion</i> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de rencontres organisées</li> <li>- Nombre de participants</li> <li>- Typologie de professionnels concernés</li> <li>- Mesurer l'utilité dans les pratiques professionnelles / les points d'amélioration généraux (questionnaires de satisfaction en direction des participants)</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p>

	<p><b>Source :</b> questionnaires de satisfaction de l'action « <i>soutenir les stages d'immersion</i> », adressés et analysés par la Plateforme de coordination, en lien avec les services de pédopsychiatrie et la Direction de l'Enfance, Famille et de la Parentalité (CD90).</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC) / Direction de l'Enfance, Famille et de la Parentalité (Conseil Départemental du Territoire de Belfort).</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>« <i>Schéma départemental de la prévention et protection de l'enfance</i> » 2017/2021 – Conseil Départemental du Territoire de Belfort.</p>

**AXE 4 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

**Fiche action n° 6**

**« Participer à l'accompagnement des sorties de placement des jeunes de l'Aide Sociale à l'Enfance »**

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Une partie des jeunes sortant de l'Aide Sociale à l'Enfance connaît une situation de grande précarité au moment de la majorité ou à la fin d'un « contrat jeune majeur ». Il convient d'anticiper un projet d'autonomie, de donner des perspectives pour ne pas provoquer des sorties non préparées. Le passage à la vie autonome peut s'avérer rapide et brutal. En effet, les jeunes sortant de l'Aide Sociale à l'Enfance doivent faire face à des transitions liées : au logement, à l'insertion sociale et professionnelle, à la santé,... Les jeunes accueillis en établissements seraient mieux préparés à certaines situations d'autonomie.</p> <p>La question de la rupture du parcours de ces jeunes suscite aujourd'hui une attention particulière des politiques publiques. Pour limiter les sorties non préparées pour des jeunes de l'Aide Sociale à l'Enfance, le gouvernement entend aider les Conseils Départementaux et contractualise avec eux sur cinq engagements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ la préservation du lien social et le choix d'un référent de parcours pour chaque jeune. Ils restent positionnés dans les situations et doivent être connus des acteurs qui entourent le jeune,</li> <li>✓ l'accès à un logement stable,</li> <li>✓ l'accès aux droits et à des ressources financières,</li> <li>✓ l'insertion sociale et professionnelle,</li> <li>✓ <b>l'accès à la santé.</b></li> </ul> <p>Les Conseils Départementaux, signataires des contrats avec l'État pour la mise en œuvre de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, sont engagés dans trois grands objectifs : la suppression dès 2019 des sorties sèches de la protection de l'enfance et l'accès aux droits et à l'insertion. Les signatures seront effectives avec tous les départements d'ici la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2019. L'Etat se positionnera notamment sur l'adhésion à la :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) pour tous les jeunes avant leurs 18 ans, afin de leur garantir une couverture santé dès leur sortie de l'Aide Sociale à l'Enfance. Cette mesure sera prioritairement mise en œuvre dans les territoires démonstrateurs de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.</li> </ul> <p>Lors de cette transition du passage de l'adolescence à l'âge adulte autour de la thématique santé, la question de l'organisation d'un relais entre le pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (25I02 / 12-16 ans) et de psychiatrie générale se pose.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> améliorer la transition de l'adolescence vers l'âge adulte autour de la thématique « santé » afin de favoriser une démarche de soins pour des jeunes sortant des dispositifs de protection de l'enfance.</p>

	<p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticiper et accompagner des sorties de placement (Conseils départementaux).</li> <li>- Sensibiliser les équipes médicales et soignantes des secteurs et intersecteurs de psychiatrie afin d'assurer un relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale.</li> <li>- Mutualiser les compétences entre partenaires d'un même territoire.</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale, en lien avec le pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine, aux réflexions et/ou aux groupes de travail sur la thématique « santé », engagés par les trois Conseils Départementaux (90 – 25 – 70).</li> <li>- Engagement d'une réflexion sur la question du relais entre le pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine et les services de psychiatrie générale AHBFC.</li> </ul> <p><b>La présence de l'ensemble des porteurs concernés est indispensable à la bonne réalisation de cette action.</b></p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté) / Conseils Départementaux : du Territoire de Belfort, du Doubs et de la Haute-Saône.</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Conseils Départementaux du Doubs et de la Haute-Saône / AHBFC : pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine ; intersecteur de psychiatrie générale du Territoire de Belfort (90G03) ; secteur de psychiatrie générale du Pays d'Héricourt (70G02) ; secteur de psychiatrie générale du Pays de Montbéliard (25G07).</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> mineurs de plus de 16 ans pris en charge par le pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (25I02) et sortant des dispositifs de protection de l'enfance.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure connaissance de l'offre de soins proposée sur le territoire par le public cible concerné.</li> <li>- Favoriser une adhésion dans les soins.</li> <li>- Eviter les ruptures de parcours de soins.</li> <li>- Favoriser le partenariat.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.



<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b>  Nombre de jeunes concernés / Nombre de réunions organisées / Nature des réflexions engagées.</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> Conseils départementaux  Le CD 90, en ce qui le concerne pourra répertorier les jeunes qui bénéficient d'un suivi en pédopsychiatrie entre 16 ans et la sortie de l'ASE (18 ans ou +) et mesurer si ces suivis ont perduré à la sortie.</p> <p>Département de l'Information Médicale (DIM) - AHBFC</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine, en lien avec le pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (25102) / Les Conseils Départementaux du Territoire de Belfort, du Doubs et de la Haute-Saône.</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Schémas départementaux de prévention de protection de l'enfance » - Conseils Départementaux du Territoire de Belfort, du Doubs et de la Haute-Saône.</li> <li>- Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.</li> </ul>

**AXE 4 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique**

**Fiche action n° 7**

**« Développer les compétences psycho-sociales des jeunes en situation de handicap liées aux addictions »**

**Motivation de l'action, contexte**

**Fiche action n°1 « Renforcement de la qualité des programmes de développement des compétences psycho-sociales (CPS) » travaillée dans le cadre du Contrat Local de Santé NFC**

**AXE 1 : Développer la prévention et la promotion de la santé / Thématique : Prévention et promotion de la santé.**

L'action fait suite aux réflexions territoriales collectives, engagées par le Conseil Territorial de Santé (CTS) du Pôle Métropolitain Nord Franche-Comté, sur les besoins de la population du territoire et sur les pistes de travail à envisager pour y répondre.

Le groupe de travail des acteurs de la Prévention et de la Promotion de la santé qui s'est réuni en 2017 a créé des sous-groupes de travail sur les thématiques prioritaires et notamment sur le développement des compétences psychosociales (CPS).

Constat est fait, par les acteurs du territoire, que les actions sur la thématique des CPS sont portées par de multiples acteurs et bénéficient de financements divers. La

couverture du territoire est très hétérogène. Il convient donc de changer l'approche

et de construire une offre de prévention de qualité et accessible à tous.

**Fiche action n°2 « Le développement des compétences psycho-sociales (CPS des jeunes en situation de handicap » travaillée dans le cadre du Contrat Local de Santé NFC**

**AXE 1 : Développer la prévention et la promotion de la santé / Thématique : Prévention et promotion de la santé.**

Les actions d'éducation et de promotion de la santé se développent dans le secteur du handicap et la santé est de plus en plus envisagée sous un angle qui ne se limite pas aux incapacités et aux problèmes de santé directement liés au handicap. L'approche globale et transversale sur les facteurs de protection individuels et sociaux, et sur les compétences psychosociales (CPS), est parfois privilégiée auprès des jeunes en situation de handicap afin de favoriser un mieux-être et une meilleure compréhension du risque et des comportements à risque.

En revanche comparativement aux jeunes en milieu ordinaire, les jeunes en situation de handicap sont peu rejoints par les actions de prévention, promotion de la santé menées dans le territoire Nord Franche-Comté.

Aussi afin de développer les actions sur les CPS auprès de ce public il apparaît nécessaire de s'appuyer sur les données probantes disponibles et d'envisager la production et le transfert de nouvelles connaissances sur les interventions en vue d'améliorer la qualité des projets visant le développement des CPS des jeunes en situation de handicap.

<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> Mener une recherche interventionnelle portant sur le développement des compétences psychosociales des enfants et adolescents en situation de handicap, déficients intellectuels avec troubles associés (DI) et troubles du comportement (TC).</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser une étude de faisabilité technique et financière</li> <li>- Construire et mettre en œuvre le projet de recherche interventionnelle</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> mutualisation des compétences des membres des groupes de travail CLS et PTSM. En fonction des besoins repérés, participation de certains membres du groupe de travail PTSM – Filière ENFANTS/ADOLESCENTS aux groupes de travail dans le cadre du CLS. L'objectif recherché est une garantir une cohérence dans les organisations.</p> <p><u>1. Réaliser une étude de faisabilité technique et financière pour déterminer les leviers et les freins éventuels à la mise en place du projet.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution d'une équipe de recherche : rencontre et mise en synergie des compétences, expertises, des différents partenaires de la recherche : des acteurs de la promotion de la santé, les usagers et/ou représentants d'usagers, et les chercheurs de disciplines différentes (sociologie, psychologie, anthropologie...).</li> <li>- Définition des modalités de partenariat et de collaboration.</li> </ul> <p><u>2. Les étapes de la construction du projet de recherche interventionnelle</u></p> <p><i>2.1 Mettre en œuvre une démarche partenariale, collaborative et une dynamique intersectorielle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontre entre les partenaires de la recherche pour faciliter l'interconnaissance, le partage d'une culture commune sur la recherche interventionnelle en PS et sur les CPS</li> </ul> <p><i>2.2 Préciser et valider le domaine de la recherche, le public visé et le milieu d'intervention :</i> les CPS des jeunes en situation de handicap, déficients intellectuels avec troubles associés et troubles du comportement accueillis en institution.</p> <p><i>2.3 Construire la problématique et définir la question de recherche et les hypothèses</i></p> <p><i>2.4 Elaborer l'intervention support permettant de vérifier l'objet de la recherche</i></p> <p><i>2.5 Définir la méthodologie de recherche :</i> définition des méthodes d'investigation,</p> <p><i>2.6 Finaliser la recherche, formaliser et communiquer les résultats.</i></p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> IREPS / ALTAU / AHS-FC / ANPAA 90 / AHBFC</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Centre de prévention et d'éducation familiale 90, universités, chercheurs, structures médico-sociales</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> Jeunes, en institution, présentant une déficience intellectuelle avec troubles associés et des troubles du comportement.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<p>Production et transfert de nouvelles connaissances sur les interventions en vue d'améliorer la qualité des projets visant le développement des CPS des jeunes en situation de handicap.</p>

<b>Calendrier prévisionnel</b>	2019
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet : CPOM ARS / IREPS BFC</b>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corpus de connaissances sur le(s) intervention(s) en PPS et CPS</li> <li>- Transférabilité</li> <li>- Utilité sociale</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Étude de faisabilité 1<sup>er</sup> trimestre 2019</li> <li>- Évaluation continue et rapport final à l'issue de la recherche</li> </ul> <p><b>Source :</b> Partenaires de la recherche interventionnelle</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> IREPS BFC</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Contrat Local de Santé Nord Franche-Comté

## AXE 5 : MIEUX PREVENIR ET GERER LES EPISODES AIGUS

Thématique : Prévention et gestion des situations de crise

### Fiche action n° 8

#### « Réactualiser la convention relative au repérage, à la gestion et à l'accompagnement des épisodes aigus chez les mineurs »

##### Motivation de l'action, contexte

La plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM Aire Urbaine), portée par l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC), a mené au cours de l'année 2015 un groupe de réflexion multi-partenarial sur la filière de psychiatrie Infanto-Juvenile.

Ce groupe de travail s'est réuni à huit reprises. La finalité de ce projet est d'organiser l'accompagnement et la gestion des épisodes aigus chez les mineurs pris en charge par les services de placement et confiés soit à une structure médico-sociale (ITEP, SESSAD etc...), soit sociale (CEP ou une MECS) ou encore accompagnés par l'ASE ou les services de la PJJ.

Cette convention s'élabore dans un contexte à la fois de rationalisation des moyens et de déficit de la démographie médicale. De même, en 20 ans, les formes cliniques ont changé allant vers un glissement du public pris en charge initialement par le champ sanitaire auprès du secteur médico-social.

Dès lors, les objets de cette convention sont :

- apporter une réponse concertée aux situations des mineurs présentant un risque de décompensation psychique en organisant l'accompagnement et la prise en charge,
- rendre lisibles et cohérentes les interfaces entre les champs social - médico-social et sanitaire,
- limiter les situations de « crise » en travaillant de manière préventive.

Enfin, les équipes éducatives participent pleinement à travers leur évaluation quotidienne auprès des mineurs qui leurs sont confiés au repérage et à l'évaluation de leur état de santé mentale. Pour ce faire, il est nécessaire de partager des outils communs (référentiels, protocoles, outils de liaison) favorisant la coordination et la transmission d'informations entre structures et visant, in fine, à apporter un mieux-être aux mineurs. La réponse apportée se veut graduée tout au long du parcours des personnes ciblées par cet accord.

Le public ciblé par cette convention est les personnes mineures présentant un risque de crise psycho-pathologique et qui bénéficient :

- soit d'un accompagnement au sein d'un organisme œuvrant dans le champ social ou médico-social, tel que défini à l'article L. 312 – 1 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- soit d'un accompagnement administratif ou judiciaire dispensé par les services de placements des conseils départementaux ou par la protection judiciaire de la jeunesse.

**Le territoire géographique** d'application de la présente convention s'étend sur l'ensemble des communes couvertes par les secteurs et intersecteurs psychiatriques relevant du CHS de Saint- Rémy et Nord Franche-Comté dans les départements du Territoire de Belfort, du Doubs et du Sud- Est de la Haute-Saône. Ce périmètre géographique est dénommé : Aire Urbaine.

**La finalité de cette convention-cadre** est de structurer une organisation permettant de :

- Prévenir les épisodes aigus chez les personnes mineures accompagnées par les services sociaux et médico-sociaux, en développant le repérage et la

	<p>concertation autour des situations à risques,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître la fluidité dans la gestion et la prise en charge des épisodes aigus, en se référant à un parcours balisé en cas de recours au système hospitalier,</li> <li>- Structurer la transmission d'informations en amont des prises en charge, au cours de l'hospitalisation et en sortie par l'utilisation d'une fiche de liaison.</li> </ul> <p><b>Les modalités de travail</b> : il existe deux procédures organisationnelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prévention et repérage des situations inquiétantes.</li> <li>2. Gestion et accompagnement des épisodes de « crise ».</li> </ol> <p>Comme il est précisé dans la convention : « <i>un bilan est prévu après une année d'expérimentation puis au terme de chaque période triennale afin d'en mesurer l'efficience et l'impact</i> ». Une évaluation doit être réalisée dans ce cadre.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général</b> : mener une évaluation institutionnelle auprès de chaque signataire de la convention.</p> <p><b>Objectifs spécifiques</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer un plan d'action</li> <li>- Créer une fiche d'évaluation</li> <li>- Expérimenter l'outil afin de vérifier sa pertinence et l'ajuster si nécessaire</li> <li>- Rédiger une synthèse</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction et expérimentation d'un outil d'évaluation.</li> <li>- Mesure de l'efficience et de l'impact de la convention relative au repérage, à la gestion et à l'accompagnement des épisodes aigus chez les mineurs en direction de chaque signataire de la convention.</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : AHBFC, HNFC, ADAPEI du Doubs, ADAPEI du Territoire de Belfort, Association EPONA, Association de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte du Nord Franche-Comté, Association SERVIR, Conseil Départemental du Doubs, Conseil Départemental du Territoire de Belfort, Fondation Arc-en-Ciel, Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de Franche-Comté.</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Par l'utilisation de cette convention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des réponses concertées aux situations des mineurs présentant un risque de décompensation psychique en organisant l'accompagnement et la prise en charge.</li> <li>- Amélioration de la lisibilité et des cohérences des interfaces entre les champs social, médico-social et sanitaire.</li> <li>- Limitation des situations de « crise » en travaillant de manière préventive.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Dernier trimestre 2019
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions

<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser l'outil : fiche d'évaluation</li> <li>- Mesurer la connaissance et l'utilisation de la convention (auprès des professionnels – fiche d'évaluation)</li> <li>- Mesurer l'impact de l'amélioration des pratiques</li> <li>- Mesurer les points d'amélioration généraux</li> <li>- Mesurer la pertinence d'une poursuite</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle si poursuite. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source :</b> fiche d'évaluation adressée aux acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>Plan d'actions des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, initiés en novembre 2014 : <i>convention relative au repérage, à la gestion et à l'accompagnement des épisodes aigus chez les mineurs.</i></p>

## AXE 5 : MIEUX PREVENIR ET GERER LES EPISODES AIGUS

Thématique : Prévention et gestion des situations de crise

### Fiche action n° 9

#### « Création d'une unité de 5 lits d'hospitalisation complète avec espace d'apaisement, pour adolescent en situation de crise sur l'Aire Urbaine »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Le constat qui est fait par les groupes de travail du PTSM NFC, met en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- une évolution des situations liées à la grande souffrance psychique des adolescents se manifestant par différents troubles comportementaux (hétéro agressivité et ou auto-agressivité),</li><li>- une prévention de la crise suicidaire, à développer, sur des publics plus jeunes et en post tentative de suicide &lt;1mois (recommandations nationales),</li><li>- une demande croissante des partenaires de parcours de soins envers les structures de pédopsychiatrie, la PJJ, l'éducation nationale, le médico-social et le département – ASE et les familles,</li><li>- une carence d'offre d'hospitalisation complète (non programmée) qui se reporte sur la demande ambulatoire qui ne peut répondre à ce type de besoins (face à l'impossibilité d'hospitalisation non programmée), des demandes en urgence,</li><li>- une capacité de lits d'hospitalisation programmés de pédopsychiatrie insuffisante (7 lits) en comparaison au taux d'équipement national,</li><li>- un recours inadapté à la psychiatrie adulte pour les phases aiguës,</li><li>- une équipe mobile mise en place en 2019 à destination des acteurs médico-sociaux.</li></ul> <p>La prise en charge non programmée d'adolescents sur l'Aire Urbaine en crise et/ou en situation complexe n'est pas organisée à ce jour. Par ailleurs, aucune solution contenantante spécifique pour eux n'existe sur ce secteur.</p> <p>Il apparaît donc raisonnable de mettre en œuvre une réponse adaptée aux besoins observés en articulation avec l'ensemble du dispositif. Ce projet s'inscrit dans la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie (orientations de pédopsychiatrie du PRS BFC).</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> l'enjeu est de structurer un parcours de soins cohérent et lisible permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- d'apporter une réponse de qualité à la prise en soin des états aigus ou de crise,</li><li>- de réduire les délais d'admissions et favoriser des prises en charge précoces afin, à terme, d'en diminuer la durée,</li><li>- de favoriser la continuité des soins et la coordination des équipes médico soignantes,</li><li>- de différencier la prise en charge aiguë et programmée, désamorcer précocement les situations aiguës,</li><li>- d'éviter les prises en charge dans les secteurs adultes.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Création d'un dispositif de prise en charge jour/nuit pour des adolescents en crise et/ou en situation complexe nécessitant une prise en charge contenantante en complément de l'hospitalisation complète, incomplète et de l'extrahospitalier sur l'Aire Urbaine.</li></ul>



	<p>Cet ensemble formera un espace thérapeutique permettant l'apaisement, la rupture avec le quotidien et le rétablissement des adolescents.</p> <p>Plus précisément, une structure existe déjà à Montbéliard, le DISCUS, et s'adresse aux adolescents. L'AHBFC gère 2 services de soins sans consentement et à ce titre accueille des adolescents en crise, et constate l'inadéquation des solutions proposées avec ce public.</p> <p>Le projet repose sur la création d'une unité de lieu et d'équipe, sous un pilotage commun permettant une prise en charge rapide et graduée dans une filière de soins coordonnée de l'ambulatoire jusqu'à l'hospitalisation complète.</p> <p>Cet objectif est soutenu par le regroupement des activités et des équipes sur un même lieu, permettant d'adapter la prise en charge aux besoins personnalisés du jeune, dans un environnement de travail très flexible, par la création de 5 lits d'hospitalisation complète et un espace d'apaisement pour adolescents en situation de crise ou complexe nécessitant une prise en charge « en continu et contenant » dans le cadre d'un projet de soin individuel nécessitant un temps de rupture avec leurs lieux de vie (familles, foyers, et ou familles d'accueil).</p> <p>Ce projet sera adossé à la structure existante par une extension architecturale.</p> <p>Cette unité ne pourra être créée que par un complément de financement, elle vient en plus des différents dispositifs existants.</p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé BFC / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC) - Pôle de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine : pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine (25102).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> l'ensemble des acteurs du projet territorial de santé mentale Nord Franche-Comté, les secteurs de psychiatrie de l'Aire Urbaine, les familles, les médecins généralistes, l'Education Nationale, les institutions médico-sociales et sociales, la Maison de l'adolescence...</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> adolescents en crise et/ou en situation complexe nécessitant une prise en charge contenant.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté. Situé géographiquement dans le ressort de l'intersecteur de psychiatrie de l'adolescent 25102.</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Une diminution des hospitalisations dans les structures fermées adultes de soins sans consentement, mais aussi une réponse globale du parcours « adolescent » sur le territoire de l'Aire Urbaine avec une réduction des risques et des délais.</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>2021</p>
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet au-delà de l'expérimentation :</b></p> <p>L'enveloppe financière doit couvrir des besoins en termes d'investissement et de fonctionnement :</p> <p>- <u>L'investissement :</u></p> <p>Il s'agit de créer une extension de l'ordre de 200 m<sup>2</sup> au bâtiment existant. Le coût de l'opération tout compris (travaux et mobiliers) est estimé à 600 000 €. Il sera financé par le biais de l'autofinancement ; seul, le coût de l'amortissement sera intégré à l'enveloppe, soit :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26 200 € d'amortissement du bâtiment.</li> <li>• 7 150 € d'amortissement du mobilier.</li> </ul> <p>- <u>Le fonctionnement</u> :</p> <p>La mise en œuvre d'un tel dispositif nécessite une organisation forte, compte tenu du profil des adolescents pris en charge. Ainsi le personnel nécessaire est le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ETP médecin généraliste : 147 000 €</li> <li>- 1 ETP de psychiatre : 148 000 €</li> <li>- 17 ETP IDE : 816 000 €</li> <li>- 4 ETP Aide-soignant : 156 000 €</li> <li>- 2 ETP Educateur spécialisé : 90 000 €</li> <li>- 2 ETP Agent Service Hospitalier : 64 000 €</li> <li>- 0,5 ETP Psychologue : 28 300 €</li> </ul> <p>Soit un total de : 1 449 300 €</p> <p>Les coûts sont des coûts moyens estimés.</p> <p>Les frais liés aux soins (charges directes), la logistique générale (eau, électricité, chauffage, blanchisserie, restauration...) sont estimés à 75 600 € par an.</p> <p>Les temps de formation et les coûts pédagogiques peuvent être estimés à 15 K€ par an.</p> <p>Auxquels s'ajouteront les équipements particuliers de la salle d'apaisement estimés à 3 K€ la première année.</p> <p><b>Le coût total annuel : 1 576 250 €. Crédits sollicités en sus : 1 576 250 € / an.</b></p> <p><b>Financement ARS : 740 000€.</b></p> <p>Il est à noter que cette opération se fait par mutualisation des moyens existants pour les services supports.</p> <p>Il n'est pas envisagé de co-financement.</p>
<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b></p> <p><b>Indicateurs quantitatifs</b> : nombre d'adolescents accueillis, nombre de journées réalisées, nombre d'adolescents accueillis dans l'espace d'apaisement.</p> <p><b>Indicateurs qualitatifs</b> : suivi du parcours des adolescents accueillis, évaluation de la qualité du réseau partenarial.</p> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle</p> <p><b>Source</b> : AHBFC, réseau partenarial</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Agence Régionale de Santé BFC / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet Régional de Santé BFC (orientations de pédopsychiatrie).</li> <li>- Mesures nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour l'année 2019 : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence.</li> <li>- La Conférence de consensus de l'ANAES d'octobre 2000 sur « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » fait état de la nécessité de pouvoir hospitaliser tout adolescent suicidant pour pouvoir le calmer, contenir et protéger.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Document HAS « Outil pour l'amélioration des pratiques – mise en place d'espaces d'apaisement » publié en septembre 2016 précise la finalité d'un espace d'apaisement : « permettre aux patients de prévenir leurs moments de violence, lorsque des tensions internes apparaissent » et « limiter autant que possible le recours aux mesures de contention et d'isolement ».</li><li>- « Le recours aux espaces de calme-retrait, d'apaisement » de l'ANSEM rappelle le cadre juridique et les bonnes pratiques professionnelles des lieux de calme-retrait et d'apaisement.</li></ul>
--	--

**AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES**

**Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

**Fiche action n° 1**

**« Développer une offre de soins de réhabilitation psycho-sociale de proximité »**

**Motivation de l'action, contexte**

La création de cette nouvelle unité répond à un besoin spécifique sur l'Aire Urbaine, elle est un des axes prioritaires, dans le cadre de la santé mentale, du projet institutionnel 2017/2021 du Centre Hospitalier Spécialisé de Saint Rémy et Nord Franche-Comté.

Il est constaté, en unité d'amission, au travers de situations cliniques, le manque d'un espace/temps transitionnel entre celui consacré à l'état d'urgence de la gestion de la crise aigüe et celui dédié à la prise en charge extrahospitalière.

En effet, confrontés à la question de la réinsertion de la personne au sein de son environnement, alors que celle de la crise n'est plus d'actualité mais dont la psychopathologie l'y entrave, il est observé pour certains cas le syndrome de la « porte tournante » (hospitalisations itératives) et d'autres cas, une institutionnalisation asilaire. Ces phénomènes viennent compromettre le projet de réinsertion en milieu ordinaire de la personne alors qu'elle paraît posséder des ressources pour y parvenir, projet qui demanderait à développer d'autres potentiels et nécessiterait un temps de reconstruction physique.

Ainsi, pour que ce projet, dit de réhabilitation, puisse être mis en œuvre, cela demanderait un étayage spécifique et particulier au sein d'un lieu structurant, capable de proposer, au travers de ses services, un accompagnement dynamique pour aider la personne à les retrouver et à les développer tout en respectant son temps psychique. C'est suite à ces observations, accompagnées d'un travail de réflexion qu'est née l'idée de créer une unité d'hospitalisation dite de "réhabilitation psychosociale". Où, au travers d'une philosophie humaniste où les questions d' "accueil" et de "relation humaine" sont primordiales, les enjeux thérapeutiques viseraient "à promouvoir la réinsertion sociale de la personne malade, l'apprentissage de la vie en commun, l'acceptation de l'autre par des échanges structurant faisant sens dans la quotidienneté". Il s'agirait de donner pendant un temps asile, au sens de refuge, d'abri, de protection à ces personnes, d'aller à leur rencontre et de s'engager auprès d'elles en les soutenant, les accompagnant, les assistant au sein de leur projet de (ré)insertion (psycho-sociale), tout en leur redonnant une dimension de responsabilisation et responsabilité.

Ce projet de RPS était initialement destiné aux patients hospitalisés au CPG d'Héricourt, au 2<sup>ème</sup> étage, patients hospitalisés au moyen ou long cours, pour lesquels un projet de vie visant à respecter, préserver, voire améliorer leur autonomie et leur insertion était recherchée et construite, tout en tenant compte des troubles psychiques. Il s'agissait avant tout, à travers ce projet et son accompagnement, de soutenir un processus de reconstruction psychique.

	<p>Au-delà du projet en lui-même, c'est surtout sa préparation ainsi que le travail en amont de sa réalisation qui sont essentiels, afin de répondre au mieux aux attentes du patient, de manière réaliste et réalisable, et de ne pas faire du projet un unique projet de lieu de vie mais bien l'occasion d'un travail psychique et donc de création de nouveaux aménagements avec les indispensables renoncements qui y sont inhérents.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> offrir des soins et des services de réhabilitation psycho-sociale favorisant le processus de rétablissement de la personne.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser un travail psychique et d'autonomisation, au sens de rendre possible les différentes capacités de la personne, et qui vise donc l'autre comme fin en soi et dans sa possibilité d'exister.</li> <li>- Amener à une autonomisation à différents niveaux : dans les actes de la vie quotidienne, administrative, financière, dans les déplacements, et autonomie psychique. Car en recouvrant une autonomie fonctionnelle, c'est le rétablissement psychique qui est alors soutenu.</li> <li>- Accompagner la personne dans l'élaboration et l'accomplissement de son projet individuel. Définition d'une démarche de soins personnalisée avec la personne concernée.</li> <li>- Rendre le patient acteur de sa prise en soin tout en veillant à ne pas nous déresponsabiliser. En effet, laisser la personne choisir, et soutenir le projet sont deux choses différentes.</li> <li>- Réaliser une évaluation pluridisciplinaire de ses compétences et de son autonomie. Evaluation des capacités du patient et par le patient.</li> <li>- Tenir compte de la psychopathologie de la personne, de son désir et de son projet, identifier les ressources de la personne, les maintenir, les renforcer et les développer en vue de l'accompagner vers une réinsertion dans le(s) environnement(s) de son choix tout en aménageant les soutiens nécessaires pour mener à bien son travail d'autonomisation et de rétablissement et l'aider à progresser vers la réalisation de ses objectifs de réinsertion.</li> <li>- Promouvoir la vie sociale, la vie en commun, la responsabilisation.</li> <li>- Maintenir la poursuite et le suivi des soins et du traitement. Préparer à la sortie.</li> <li>- Informer, sensibiliser, soutenir l'entourage et les différents partenaires.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Labélisation par l'ARS BFC d'une unité intersectorielle de réhabilitation psycho-sociale, d'une capacité de 16 lits (14 lits d'hospitalisation complète et 2 lits d'hospitalisation séquentielle) au CPG HERICOURT – SECTEUR 70G02.</li> </ul> <p>L'unité de réhabilitation psycho sociale est un des acteurs du réseau de soin et d'accompagnement, aux côtés des partenaires extérieurs, grâce à un travail de partenariat.</p> <p><b>Critères d'admission</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique ou de troubles psychiques sévères et persistants, en phase stabilisée, pathologie ou trouble altérant leur autonomie et pour lesquels le maintien à domicile et/ou l'environnement socio-professionnel est possible.</li> <li>✓ Personnes ayant perdu en autonomie suite à une hospitalisation longue durée.</li> <li>✓ Personnes ayant un projet de réadaptation réaliste et réalisable en vue d'une réinsertion dans le milieu environnant de leur choix.</li> </ul>

	<p><b><u>Contre-indications à l'admission</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Troubles neurodégénératifs, démentiels.</li> <li>✓ Troubles addictifs, s'ils sont au premier plan ou si la poursuite de la consommation génère des troubles du comportement ou des actes médico-légaux.</li> <li>✓ Etat de dépendance psychique et/ou physique nécessitant constamment le recours à une tierce personne pour les gestes de la vie courante.</li> <li>✓ Besoin d'une assistance et/ou surveillance médicale constante.</li> <li>✓ Pathologie psychiatrique ou trouble psychique sévère et persistant n'altérant pas l'autonomie et où le seul projet serait un projet social.</li> </ul> <p><b><u>Modalités d'adressage</u></b></p> <p>Seules les demandes pour une prise en soins émanant d'un professionnel sont prises en compte : médecins extérieurs, structures extrahospitalières (CMP, HDJ, CATT, SAMSAH,...) et services d'hospitalisations.</p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé BFC / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> l'Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté. Le réseau de soins : médecins traitants, psychiatres libéraux ; Suivis extrahospitaliers : CMP, Hôpitaux de jour, CATT ; ELSA, CSAPA ; Infirmières libérales, SSIAD. Autres partenaires extérieurs : Mandataires judiciaires à la protection des majeurs (ATMP, UDAF) ; Logement : foyers d'hébergement, foyer de vie, FAM, MAS, foyers occupationnels, Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS), Maisons Relais, Résidence Accueil, Foyers logement, maisons de retraite,... ; Services d'accompagnement : SAMSAH, SAVS, SAMN,... ; CCAS (portage des repas à domicile) ; CMS (suivis sociaux) ; Services d'aide à domicile ; Travail adapté : ESAT, Chantiers d'insertion, Mission Locale,... ; Activités et loisirs adaptés : GEM, SATP,... ; Associations : UNAFAM, UNAPEI,...</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> cette unité a vocation d'être intersectorielle, pour la population âgée de 18 à 64 ans de l'Aire Urbaine, souffrant d'un trouble psychiatrique stabilisé sur le plan clinique et responsable d'un handicap psychique. L'équipe prend en soins les personnes relevant des trois secteurs de l'Aire Urbaine : 70G02, 25G07, 90G03.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	Développement d'une offre de soins cohérente et structurée sur le territoire.
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet : 140 000€</b>, qui correspond à 0,50 ETP de psychiatre + 0,10 ETP de médecin généraliste + 0,50 ETP de neuropsychologue. Une partie de l'équipe est organisée par redéploiement et par une modification de l'organisation du travail pour les autres fonctions.</p> <p><b>Financement ARS : 60 000 €</b></p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p>Un bilan annuel sera réalisé au regard des indicateurs suivants : Patients / Activités / Qualité, avec l'appui du Département d'Information Médicale (DIM)</p> <p>Formations des personnels pluridisciplinaires. Partenariat</p>

	<p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle</p> <p><b>Source</b> : rapport d'activité de la structure de soins</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Agence Régionale de Santé BFC / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet institutionnel 2017-2021 de l'AHBFC.</li> <li>- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires</li> <li>- Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée au Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie du 28 juin 2018.</li> <li>- Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.</li> <li>- Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69.</li> </ul>

## AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action n° 2

#### « Soutenir les consultations post-urgences »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>En mars 2014, une <b>consultation rapprochée de post-crisis</b> avait été mise en place au Centre Médico-Psychologique (CMP) de Montbéliard de manière hebdomadaire. Il s'agissait d'une consultation unique d'évaluation pour les personnes dont l'hospitalisation n'était pas justifiée ou refusée. <i>Le but est de pouvoir réévaluer le patient rapidement après la crise, de porter ou de confirmer un diagnostic, d'instaurer ou de poursuivre un traitement. A l'issue, il s'agit d'orienter le patient vers une prise en charge plus durable auprès d'un médecin psychiatre, d'un psychologue ou du médecin traitant.</i> Elle était assurée alternativement par l'ensemble des médecins psychiatres des secteurs de psychiatrie générale 70G02 et 25G07. Pour des raisons d'organisation, cette consultation a été suspendue en juin 2018, cependant, une reprise d'activité est prévue d'ici début décembre par une ½ journée hebdomadaire au CMP de Montbéliard.</p> <p>En ce qui concerne le Territoire de Belfort, ce type de consultation existe dans les pratiques professionnelles des médecins psychiatres depuis de nombreuses années, cependant elles ne sont pas organisées de façon structurées. Des patients peuvent être reçus, soit pour une réévaluation de la mise en place d'un traitement thérapeutique, soit lorsque l'hospitalisation est différée, faute de lit vacant.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> optimiser les dispositifs existants afin d'améliorer les réponses apportées aux patients (urgences psychiatriques, CMP,...).</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Améliorer l'accès aux soins.</li><li>- Travailler le lien post-urgences.</li><li>- Contribuer à la continuité du parcours de soins en renforçant l'articulation entre le service des urgences psychiatriques et les services de psychiatrie générale.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Engagement d'une réflexion en interne sur la question de l'organisation de consultations rapprochées de post-crisis sur les secteurs et intersecteurs de psychiatrie générale AHBFC.</li></ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Direction Générale AHBFC, secteurs et intersecteurs de psychiatrie générale AHBFC, HNFC.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> toute personne de 16 à 64 ans, vue aux Urgences, présentant tout type de problématique psychiatrique et pour laquelle il est nécessaire de réévaluer l'état psychique ou la situation de crise rapidement.</p>



	<b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté (secteurs et intersecteurs de psychiatrie générale du CHS).
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réévaluation du patient rapidement après la crise.</li> <li>- Porter ou confirmer un diagnostic.</li> <li>- Instaurer ou poursuivre un traitement.</li> <li>- Orientation du patient vers une prise en charge plus durable.</li> <li>- Réduction du recours aux Urgences.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b>  0.10 ETP de psychiatre (1/2 journée par semaine) 13 800 € / 0.10 ETP de secrétaire 3120 € : 16 920€ x 2 = 33 840 €</p> <p><b>Financement ARS :</b> 33 840 €</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de réunions organisées / Professionnels concernés et présents.</li> <li>- Nature des réflexions engagées.</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> nature des réflexions engagées / recensement des besoins / attentes du territoire et des professionnels concernés.</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Projet institutionnel 2017-2021 de l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action n° 3

#### « Développer une instance de concertation opérationnelle »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Le Projet Régional de Santé de l'ARS Franche-Comté 2012-2016 a inscrit dans ses orientations répondant à des enjeux de transversalité, de décloisonnement et d'organisation des parcours, et notamment dans son volet « Psychiatrie et santé mentale », la création d'un dispositif permanent de coordination entre partenaires à l'échelle institutionnelle : les plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale (PCPSM).</p> <p>Ayant initialement vocation à travailler sur la coordination entre partenaire à échelle institutionnelle afin de fluidifier les parcours de santé des personnes ayant des troubles psychiatriques ou de santé mentale, ces dispositifs voient leurs missions étendues dans le cadre du Projet Territorial de santé mentale (PTSM) institué par un décret du 29 juillet 2017.</p> <p>L'objectif du projet territorial de santé mentale est de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Ces derniers avaient mis en évidence notamment en ce qui concerne la filière Adulte (personne de moins de 65 ans), l'absence d'instance de coordination à visée opérationnelle, traitant de façon collégiale de situations individuelles complexes.</p> <p>Aussi et au regard du bassin de vie : le territoire du Nord Franche-Comté s'étend sur trois départements : le Territoire de Belfort, le Doubs et la Haute-Saône entraînant une certaine non-uniformité de la logique territoriale, impactant la qualité des accompagnements des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de santé mentale et d'une "sectorisation" spécifique à chaque institution (Conseil Départemental, Psychiatrie...), complexifiant les prises en charge. L'expérimentation d'une instance territoriale de concertation opérationnelle, venant en complémentarité des dispositifs existants et notamment de la Cellule de Veille Sociale et Sanitaire de Montbéliard (CVSS), paraît pertinente.</p> <p>Cette instance de réflexion ressource est dénuée de toute forme juridique, elle est composée des partenaires de la filière Adulte de la PCPSM de l'Aire Urbaine. Elle ne se substitue en aucune mesure aux différentes instances décisionnelles (cellule de garantie jeune, dispositif RSA, MDPH, Réponse Accompagnée Pour Tous,...) ou opérationnelles (commission SIAO, Cellule de Veille Sociale et Sanitaire (CVSS) de Montbéliard...) du territoire mais vient en complémentarité des dispositifs existants (Permanence d'Accès aux Soins de Santé PSYchiatrique PASS PSY) pour fluidifier les parcours de Santé (au sens de l'OMS*)<sup>14</sup>.</p> <p>La dimension expérimentale de cet outil suppose une évolution probable des modalités telles qu'elles sont définies dans la charte de fonctionnement au regard de la démarche évaluative qui sera mise en œuvre.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<b>Objectif général :</b> favoriser le travail complémentaire et collaboratif des partenaires sur la continuité et la fluidité des parcours d'insertion sociale et professionnelle pour des situations complexes et dont les réponses sont multipartenariales.

<sup>14</sup> «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

	<p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'appuyer sur des dispositifs locaux pour une coordination efficiente des parcours et une équité d'accès à l'offre sur le territoire.</li> <li>- Partager une vision commune et complémentaire de la réalité des situations =&gt; Comprendre les logiques d'intervention respectives.</li> <li>- Apporter des pistes d'action pour des personnes en-dehors du cadre d'intervention des dispositifs existants.</li> <li>- Renforcer la continuité des parcours en favorisant le lien avec les acteurs du territoire.</li> <li>- Etre vecteur d'information aux besoins identifiés sur les territoires ruraux.</li> </ul> <p><i>L'instance s'engage à apporter autant que possible du soutien au professionnel orientant. Ce dernier reste le référent et donc toujours positionné dans la situation amenée.</i></p>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b></p> <p><u>La gouvernance</u> se décline comme suit :</p> <p><b>Comité de pilotage</b> : il s'agit du comité de pilotage local de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale (PCPSM) de l'Aire Urbaine, mis en place lors de la création du dispositif en 2014. Il a pour mission de garantir et valider le fonctionnement de l'instance lors du bilan annuel.</p> <p><b>Comité technique</b> : il est <b>composé du « référent santé mentale »</b> (interlocuteur de la plateforme, désigné en interne au niveau de chaque structure partenaire, lors de la mise en place de la plateforme), des <b>membres permanents suivants =</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AHBFC (Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté)</li> <li>- DDCSPP 90/25/70 (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations)</li> <li>- Conseil Départemental 90/25/70</li> <li>- Médico-social (1 à 2 structures pour Adultes par territoire)</li> <li>- CVSS (Cellule de Veille Sociale et Sanitaire) de Montbéliard</li> </ul> <p>La PC-PSM (Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale) est le "facilitateur organisationnel" du comité technique.</p> <p><b>Instance de concertation opérationnelle : elle est composée de membres permanents du comité technique : référent santé mentale ou son représentant, ainsi que de membres occasionnels, invités en fonction des situations rencontrées</b> = membres du comité technique et autres partenaires associés en fonction des situations rencontrées : UDAF, ATMP, Cap emploi, Insertion +, Mission Locale, CCAS, bailleurs sociaux, ADAPEI, Fondation Arc en Ciel, Fondation Armée du Salut, UNAFAM, AHS-FC, ALTAU, ANPAA, MDPH, HNFC, PASS PSY, médecine du travail,...</p> <p>Tout autre partenaire, par le biais du « référent santé mentale », peut solliciter l'instance au regard des critères définis et/ou y participer en tant que structure/service positionné (e) sur la situation.</p> <p><u>Les critères</u></p> <p>Les situations présentées requièrent plusieurs critères cumulatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>la pluri-intervention</b> : les pistes de réflexion/d'action entre les partenaires n'ont pas permis d'apporter jusque-là des réponses satisfaisantes ou adaptées. Tous les dispositifs internes propres à chaque instance/structure devront avoir été mobilisés en amont.</li> </ul>

➤ **la rupture du parcours d'insertion (santé, logement, emploi, gestion du budget)** avec mise en échec ou questionnement de ce qui a pu être posé jusqu'à présent.

➤ **le risque d'aggravation de la situation** par l'absence de réponses appropriées et l'absence de perspectives .

#### Les modalités de fonctionnement

**L'instance se réunit de façon trimestrielle.** Cette organisation étant expérimentale, les modalités de fonctionnement restent évolutives. Les réunions se tiennent sur une demi-journée.

Deux à trois situations maximum seront étudiées collégalement.

*Le nombre de membres permanents et invités n'excédera pas 15 personnes dans un souci d'efficacité et de circulation de la parole. Seuls les membres permanents participent à l'intégralité de la réunion, les invités ne sont présents que lors du traitement de la situation les concernant.*

#### EN AMONT DE L'INSTANCE

**1. Recueil de la demande :** la Direction Générale de l'AHBFC réceptionne la demande du référent santé mentale de la structure partenaire, ainsi que les services de psychiatrie de l'AHBFC, par le biais d'une **fiche de saisine** et en informe la PCPSM.

La situation proposée doit répondre aux critères indiqués à l'article 8 de la Charte.

**2. Mise en lien avec le partenaire orientant :** la PCPSM formule une réponse validant/refusant l'orientation, par mail, après concertation avec le Direction Générale.

Si une validation est prononcée, la PCPSM se charge de contacter le partenaire pour recueillir des informations complémentaires sur la situation exposée (**fiche de traçabilité**).

**3. Sollicitation par la PCPSM du comité technique (référént santé mentale)** qui, lors de la tenue d'une réunion en amont de l'instance opérationnelle, procède à la validation de l'orientation ou au rejet de la demande au regard des critères définis.

**4. Organisation par la PCPSM de la tenue de l'instance en lien avec le comité technique et le partenaire orientant.**

#### L'INSTANCE

**1. Invitation par la PCPSM des partenaires (en fonction des problématiques rencontrées) à la réunion de concertation - situations présentées sous réserve de la présence du partenaire orientant.**

**2. Tenue de l'instance :**

- la PCPSM veille à la dimension organisationnelle de la réunion (date, lieu, participant,...).
- le partenaire qui a sollicité l'instance opérationnelle présente la situation aux membres permanents et invités concernés.
- les partenaires conviés échangent autour de la situation – le comité technique (référént santé mentale ou représentant de la structure membre) est susceptible d'apporter des axes de réflexion posés en amont.
- le comité technique (référént santé mentale ou représentant de la structure membre), valide avec les acteurs présents un positionnement consensuel sur les pistes d'actions à travailler.

	<p>- à l'issue de la réunion de l'instance, la PCPSM rédige une synthèse des pistes de travail identifiées en spécifiant les structures/services concernés par ces dernières (<a href="#">fiche de synthèse/suivi</a>).</p> <p><b><u>LE SUIVI</u></b></p> <p>Dans un premier temps, les <b>partenaires concernés par ces pistes de travail s'engagent à faire un retour <u>au référent santé mentale de la structure orientante</u></b> dans un objectif de co-responsabilité et de suivi de parcours de la personne "prise en charge", et ce, dans un <b>délai défini</b> lors de la réunion de l'instance et consigné dans la synthèse.</p> <p>Dans un deuxième temps, <u>le partenaire orientant s'adresse à la plateforme, identifiée comme référent organisationnel en termes de coordination, de transversalité et en charge de recueillir un certain nombre d'indicateurs.</u></p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté (ARS) / Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser : Comité technique :</b> AHBFC (Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté) / DDCSPP (Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations) / Conseil Départemental 90 / 25 / 70 / Médico-social / CVSS (Cellule de Veille Sociale et Sanitaire). <b>Membres occasionnels :</b> UDAF, ATMP, Cap emploi, Insertion +, Mission Locale, CCAS, bailleurs sociaux, ADAPEI, Fondation Arc en Ciel, Fondation Armée du Salut, UNAFAM, AHS-FC, ALTAU, ANPAA, MDPH, HNFC, PASS PSY, médecine du travail,...</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> toute personne majeure de moins de 65 ans, en difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle présentant des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Territoire de Belfort pour une 1<sup>ère</sup> phase de déploiement de 6 à 12 mois. A l'issue d'une évaluation, l'instance de concertation pourra ensuite s'étendre au Pays de Montbéliard Agglomération et aux Pays d'Héricourt.</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limiter les ruptures de parcours (soins et de vie)</li> <li>- Améliorer l'interconnaissance</li> <li>- Faciliter le travail en réseau</li> <li>- Décloisonnement des secteurs</li> <li>- Améliorer les pratiques professionnelles</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2 <sup>ème</sup> semestre 2019
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet : 0.50 ETP.</b></p> <p><b>Financement ARS :</b> 20 000 € (extension de la Plateforme de coordination financement ARS 85 000€).</p> <p><b>Co-financement :</b> Conseils Départementaux et État.</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombre de situations orientées)</li> <li>✓ <b>qualitatifs</b> (satisfaction des pistes d'action proposées, fluidité du parcours, plus-value dans l'accompagnement proposé par les partenaires)</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel)</li> </ul>

	<p><b>Fréquence de mesure</b> : un bilan de l'activité et une analyse des indicateurs seront présentés annuellement lors des réunions du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source</b> : deux outils : la <i>fiche de saisine</i> renseignée par le partenaire orientant qui sollicite l'instance – la <i>fiche de synthèse et de suivi</i> rédigée par la PC-PSM à l'issue de l'instance.</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté (ARS) / Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2022 – Projet Régional de Santé BFC 2018-2022.</li> <li>- Plan d'actions des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, initiés en novembre 2014.</li> <li>- Charte de fonctionnement de l'instance.</li> </ul>

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action n° 4

#### « Soutenir les aidants par la formation et développer l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>L'éducation thérapeutique a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladie chronique. Elle s'adresse aux patients mais également à leur entourage, bien souvent démunis face à la maladie psychique et aux difficultés quotidiennes rencontrées. Reconnue comme une composante indispensable de la prise en charge, son développement est soutenu par l'AHBFC, notamment par la mise en place d'une Unité Transversale pour l'Education du Patient (UTEP). L'UTEP se définit comme une équipe de professionnels ressources que tout soignant désirent s'informer, se former, développer des actions d'ETP, peut solliciter.</p> <p>Les actions « Soutien aux Familles » de l'AHBFC sont une ouverture vers les familles, leur offrant la possibilité d'obtenir de l'information, d'apprendre à mieux vivre aux côtés de leur proche malade. Elles sont réalisées sur deux sites dans l'Aire Urbaine (Belfort et Montbéliard). Deux types d'actions seront proposés :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Des actions d'information et de soutien aux proches de personnes souffrants de troubles psychiques sans qu'il y est déjà un diagnostic posé. Interventions brèves, proposées de façon individualisée systématique, et précocement aux aidants. <i>Projet en construction.</i></li><li>2) Des actions de psychoéducation : Déploiement du programme PROFAMILLE, programme de psychoéducation destiné aux proches de personnes malades souffrant de troubles schizophréniques et apparentés. Il permet aux aidants familiaux de mieux réagir face à la maladie de leur proche et de mieux les accompagner en leur donnant les clés de compréhension. Le programme Profamille a démontré son efficacité en réduisant les ré-hospitalisations des malades, en favorisant leur accès à l'emploi, en améliorant la qualité de vie et la santé des familles et en réduisant le nombre de tentatives de suicides des malades. C'est actuellement le programme de psychoéducation le plus utilisé dans le monde francophone et le seul qui ait fait l'objet d'évaluations.</li></ol>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Permettre aux aidants familiaux de mieux réagir face à la maladie de leur proche et de mieux les accompagner.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amener des informations prioritaires aux familles.</li><li>- Informer les aidants sur les dispositifs d'aide existants, les motiver à se faire aider, notamment par les associations d'usagers.</li><li>- Comprendre et savoir faire face à des symptômes difficiles à gérer (opposition, manque d'initiative, manque d'envie, dépression...).</li><li>- Apprendre à réduire les conséquences du stress sur soi et sa propre santé (anxiété, sentiment de culpabilité, tristesse, désespoir).</li></ul>

<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'actions de soutien à destination des familles de patients souffrant de troubles psychiques – AHBFC :</li> <li>✓ <b>Intervention brève unifamilial</b> (en construction) : 3 séances avec un groupe unifamilial animé par 2 professionnels soignants. Intervention possible d'un bénévole de l'UNAFAM durant la dernière séance.</li> <li>✓ <b>Psychoéducation des familles</b> : <i>programme PROFAMILLE</i> : 14 séances de 4 heures la première année et 3 séances de soutien la deuxième année. Groupe de 10 à 12 personnes animé par 2 professionnels soignants.</li> </ul> <p>- Développement d'une équipe de personnes ressources en Education Thérapeutique pour le Patient (ETP) – AHBFC. Equipe réunie au sein de l'Unité Transversale pour l'Éducation du Patient (UTEP), au service des professionnels de l'AHBFC pour promouvoir, développer coordonner l'ETP et le soutien aux aidants.</p> <p><b>Porteur de l'action</b> : Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : acteurs du soin et du domicile, associations d'usagers : UNAFAM, acteurs institutionnels (collectivités territoriales et locales, ARS,...) et de la santé (HNFC, consultations mémoires, URPS, professionnels libéraux,...),...</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : familles et/ou proches souffrant de troubles psychiques.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encourager le recours à l'aide pour les aidants.</li> <li>- Amélioration de la qualité de vie des aidants.</li> <li>- Amélioration des relations interpersonnelles avec diminution du niveau des émotions négatives exprimées au quotidien.</li> <li>- Renforcement de « l'empowerment » (pouvoir de décider et d'agir) des familles et de leurs proches atteints de troubles psychiques.</li> </ul>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>Projet « intervention brève unifamilial » en construction. 2019 - Programme « PROFAMILLE » : 1 session par an à MONTBÉLIARD et BELFORT.</p>
<p><b>Financement</b></p>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Intervention brève unifamilial</b> : coût intégré dans la prise en soin : cotation acte pour la communauté.</li> <li>- <b>Programme « PROFAMILLE »</b> : coût de la psychoéducation intégrée dans la prise en soin : cotation acte pour la communauté (coût estimé 20 000 € par groupe).</li> </ul> <p><b>Financement ARS</b> : 20 000 €</p>
<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Intervention brève unifamilial</b> : évaluation annuelle du nombre de personnes accompagnées. Recueil de la satisfaction des participants. L'échelle CES-d « impressions ressenties » permet d'évaluer l'humeur de la personne.</li> <li>✓ <b>Programme « PROFAMILLE »</b> : questionnaire d'évaluation des pensées et des émotions dominantes ; questionnaire de COPING.</li> </ul> <p>Évaluation annuelle du nombre de personnes accompagnées. Recueil de la satisfaction des participants.</p> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle</p>



	<p><b>Source :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Intervention brève unifamilial</b> : outil d'intervention et projet en construction.</li> <li>✓ <b>Programme « PROFAMILLE »</b> : pour le suivi des actions : mise à jour d'un classeur qualité et bilan publié dans le rapport annuel de l'UTEP. Evaluation initiale, intermédiaire et finale au Réseau Profamille. Dans la mesure du possible, participation au Congrès annuel Profamille.</li> </ul> <p><b>Responsables du suivi</b> : AHBFC - Unité Transversale pour l'Education du Patient (UTEP) / Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>Projet institutionnel 2017-2021 de l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.</p>

**AXE 3 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

**Fiche action n° 5**

**« Créer une Résidence Accueil à Belfort »**

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	Les opérateurs (ADOMA, Fondation de l'Armée du Salut) constatent que des personnes présentant des troubles psychiques sont logées ou hébergées par leurs soins alors qu'elles devraient être admises dans une structure plus adaptée dans laquelle elles trouveraient un accompagnement adapté à leurs difficultés.
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> répondre aux besoins de logement des personnes présentant un handicap psychique stabilisé.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre aux résidents de réintégrer une vie sociale et de faciliter leur quotidien et l'accès au droit commun.</li> <li>- Assurer la coordination et le relais avec les réseaux et partenaires du territoire pour garantir la continuité des soins et de l'accompagnement sociale, notamment avec les secteurs et intersecteurs de psychiatrie.</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Création d'une résidence accueil à Belfort :</b> 26 places en logement accompagné.</li> </ul> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations du Territoire de Belfort (DDCSPP 90) / Fondation de l'Armée du Salut (FADS).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> UNAFAM 90, ADAPEI du Territoire de Belfort, Groupe d'Entraide Mutuelle de Belfort.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> personnes (hommes / femmes) présentant un handicap psychique stabilisé.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Répondre aux besoins diversifiés des personnes souffrant de troubles psychiques.</li> <li>- Faire de la réinsertion sociale par le logement.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Début des travaux 2020, livraison 2021
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet : financement crédit État -</b> 1 500 000 € pour l'investissement et un budget d'exploitation sur la base de 16 € par jour et par personne.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b> bilan quantitatif et qualitatif global et évaluation des projets des personnes et de leur réalisation.</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> chiffres du rapport d'activité de la résidence accueil.</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Fondation de l'Armée du Salut (FADS) / Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations du Territoire de Belfort (DDCSPP 90).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et volonté de l'Etat de développer les pensions de famille et les résidences accueil. Objectifs fixés par la DRDJSCS.

## AXE 3 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

**Thématique : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

### Fiche action n° 6

#### « Etat des lieux sur les dispositifs d'accès et au maintien dans l'emploi »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>« Les problèmes de santé mentale sont devenus l'une des principales causes d'absentéisme au travail et de retraite anticipée. La récession économique actuelle et ses effets sur le marché du travail vont probablement aggraver les problèmes d'emploi et de qualité de la vie chez les personnes atteintes de troubles mentaux et leur familles » (OMS – 2010).</p> <p>Une prise de conscience des pouvoirs publics et des employeurs est en cours afin de trouver des solutions adaptées et faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi. Le diagnostic territorial du PTSM NFC souligne le besoin de s'intéresser à la prise en compte des troubles psychiatriques et/ou de santé mentale dans le milieu du travail. Des aménagements sont favorables : souplesse des horaires de travail, organisation des tâches management soutenant, reconnaissance...</p> <p>Des dispositifs d'aide à l'accès et au maintien dans l'emploi existent, il convient de les identifier sur le territoire Nord Franche-Comté :</p> <p>Dans un premier temps, l'étude vise à réaliser un état des lieux des dispositifs d'accès et de maintien dans l'emploi existants sur le Nord Franche-Comté, pour ensuite, identifier les modes de collaboration entre les différents acteurs.</p> <p>Dans un second temps, l'objectif est d'établir un listing des actions menées pour aboutir à l'identification des personnes les plus « à risque » au regard des caractéristiques des personnes engagées dans une démarche d'accès ou de maintien dans l'emploi (genre, âge, niveau de qualification, secteur d'activité, département de résidence...).</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Améliorer la connaissance des dispositifs existants d'accès et de maintien dans l'emploi</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter l'accès, accompagner l'intégration à un emploi et en favoriser son maintien.</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recenser les dispositifs d'accès et de maintien dans l'emploi en Nord Franche-Comté.</li> <li>- Identifier les modes de collaboration entre les différents acteurs.</li> <li>- Etablir un listing des actions.</li> <li>- Identifier les personnes les plus « à risque ».</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> DIRECCTE (Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés - PRITH), DRJSCS (Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale), ARS, AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées), SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés), FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique), CAP</p>

	<p>EMPLOI, Insertion + /ADAPEI 90, ADAPEI du Doubs : pôle travail insertion professionnelle, AFTC du Doubs, COMETE France, Conseils Départementaux : MDPH, Pôle emploi, Mission locale / IDEIS, CARSAT, CNAMTS, CPAM, MSA, RSI, Service de santé au travail.</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : tous professionnels des différents secteurs : sanitaire, social et médico-social.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lisibilité et visibilité des dispositifs existants sur le territoire</li> <li>- Permettre l'accès à un interlocuteur</li> <li>- Faciliter le travail en réseau</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2021
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombre de dispositifs existants)</li> <li>✓ <b>qualitatifs</b> (modes de collaboration utilisées entre les différents acteurs, fluidité du parcours, plus-value dans l'accompagnement proposé...)</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : un rapport d'état des lieux avec une analyse des indicateurs seront présentés lors d'un Comité de pilotage de la Plateforme en 2021.</p> <p><b>Source</b> : rapport de l'état des lieux rédigé par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine, en concertation avec les acteurs à mobiliser.</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2022.</li> <li>- Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.</li> </ul>

**AXE 4 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique**

**Fiche action n° 7**

**« Structurer un accueil adapté aux personnes présentant des troubles psychiatriques dans les consultations spécialisées »**

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Fiche action n°18 « Création d'un dispositif HANDICONSULT » travaillée dans le cadre du Contrat Local de Santé NFC  <b>AXE 3 : Améliorer les parcours de santé / Thématique : Parcours Personnes Handicapées</b></p> <p>Constat est dressé que, pour les patients handicapés, tant en structure qu'à domicile, l'accès aux consultations spécialisées est souvent très difficile ; les personnes handicapées ne disposent pas des informations nécessaires pour s'adresser au service hospitalier adéquat. Les horaires dédiés aux consultations, le déroulement même de la consultation (manque de temps) ne sont pas adaptés aux besoins et au fonctionnement particulier des patients handicapés. Les situations de renoncement aux soins dans ce contexte sont fréquentes.</p> <p>Le dispositif « Handident », présent sur le territoire NFC depuis plus de cinq ans, a permis d'améliorer considérablement la prise en charge des patients en situation de handicap. Etendre cette offre à d'autres spécialités contribue à l'amélioration de la prise en charge globale en santé des personnes en situation de handicap vivant sur le territoire.</p> <p>Le diagnostic territorial du PTSM NFC fait état d'un besoin d'accès aux consultations spécialisées proposées par l'HNFC via le dispositif HANDICONSULT pour des personnes présentant des troubles psychiatriques.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> Améliorer l'accès aux soins hospitaliers des personnes présentant des troubles psychiatriques par des consultations spécialisées dans un temps dédié et organiser la coordination des soins spécialisés.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en œuvre des consultations spécialisées dans le cadre du dispositif Handiconsult à destination des personnes en situation de handicap</li> <li>- Créer une coordination pluri professionnelle pour proposer des soins spécialisés coordonnés</li> <li>-</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> invitation de la coordinatrice de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale au <b>groupe de travail à l'HNFC "accès aux soins des personnes handicapées"</b> et plus spécifiquement sur le projet HANDICONSULT.</p> <p>Création d'un dispositif type HANDICONSULT à l'Hôpital Nord Franche-Comté.  HANDICONSULT : un dispositif à deux étages  1°/ des consultations spécialisées, organisées pour les personnes handicapées.  Les spécialités ciblées prioritairement : gynécologie, urologie, neurologie, ORL, médecine physique et fonctionnelle.  2°/ des soins coordonnés (notamment lors de recours à l'anesthésie générale).</p>

	<p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé BFC / Hôpital Nord Franche-Comté (HNFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Représentants du secteur associatif PH, Etablissements sanitaires et établissements et service, Maison départementale des personnes handicapées, représentants des usagers, médecins libéraux, service et professionnels intervenant à domicile.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> personnes en situation de handicap</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Mise en place de consultations spécialisées et soins coordonnés de qualité des patients handicapés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ouverture de créneaux de consultations spécialisées</li> <li>- programmation consultations /examens (soins coordonnés)</li> <li>- Diminution des situations de rupture de parcours de soins</li> <li>- Diminution des situations de renoncement aux soins</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2019
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b></p> <p><b>Montant aide ARS :</b> 50 000 € / an dans le cadre du CLS NFC</p> <p><b>Cofinancements :</b></p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de consultations réalisées dans le cadre du dispositif Handiconsult</li> <li>- Répartition des consultations réalisées par spécialité</li> <li>- Nombre de professionnels de santé adhérents à Handiconsult</li> <li>- Répartition par spécialité</li> <li>- Nombre de PH ayant bénéficié de consultations dans le cadre de Handiconsult</li> <li>- Répartition des patients par lieu de vie (établissement médico-social / domicile</li> <li>- Niveau de satisfaction des patients et de leurs accompagnants par rapport à la qualité des soins</li> </ul> <p><b>Valeur initiale :</b> 0</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> Annuelle</p> <p><b>Source :</b> Rapports d'activité de Handiconsult</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> HNFC, établissements sociaux et médico-sociaux et ARS</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Contrat Local de Santé Nord Franche-Comté

### 6.1.3 Filière personnes âgées

## AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action n° 1

#### « Diffuser un logigramme sur l'organisation »

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Les évolutions démographiques (vieillessement de la population, développement des pathologies), liées aux évolutions sociétales (institutionnalisation de plus en plus tardive) sont à l'origine de nouveaux besoins qui nécessitent des réponses adaptées.</p> <p>Ainsi, sur le Territoire Nord Franche-Comté, il est peut être constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une mauvaise indication d'orientation (quels dispositifs, quand, comment ?).</li> <li>- un manque de connaissance des processus et ressources du territoire.</li> <li>- un manque d'information des secteurs sociaux et médico-sociaux sur la thématique : accès aux soins.</li> </ul> <p><i>Pour rappel, les prises en charge en psychiatrie dans l'Aire Urbaine ont lieu :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans les secteurs de psychiatrie générale, pour les personnes adultes de moins de 65 ans,</li> <li>- à l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé, pour les personnes de 65 ans et plus.</li> </ul>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> renforcer la lisibilité de l'offre dans l'entrée d'un parcours de soins.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer les portes d'entrée selon les territoires pour accéder aux parcours de soins (comment accéder à une évaluation, à un diagnostic).</li> <li>- Construire l'outil de communication (fiche pratique).</li> <li>- Expérimenter l'outil afin de vérifier sa pertinence et l'ajuster si nécessaire.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction et expérimentation d'un outil</li> <li>- Repérage et orientation plus efficaces des personnes âgées de 60 ans et plus présentant des pathologies frontalières de type neurologique ou troubles psychiques.</li> </ul> <p><b>Porteurs de l'action :</b> MAIA Aire Urbaine / Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> professionnels de santé libéraux (médecins et autres); CCAS du Nord Franche-Comté; Conseils Départementaux: CMS d'Héricourt; Service Autonomie de Montbéliard; Service Personnes Agées du Territoire de Belfort; Gestionnaires de cas MAIA; EHPAD; Equipes mobiles gériatrie du GHT; Consultations avancées de gériatrie HNFC; Intersecteur de psychiatrie du sujet âgé 90Z01; Intersecteur de psychiatrie générale 90G03; Equipe mobile pluridisciplinaire d'évaluation gérontologique de la CGPM; Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD); Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD); Services mandataires (UDAF, ATMP, AT 70); neurologie.</p>

	<p><b>Population bénéficiaire :</b> Personnes âgées du Nord Franche-Comté</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Améliorer l'interconnaissance. Faciliter le travail en réseau. Permettre l'accès à un interlocuteur dans un parcours de soin. Améliorer les pratiques professionnelles.</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Fin 2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser l'outil</li> <li>- Mesurer la connaissance de l'outil (auprès des professionnels – questionnaire de satisfaction)</li> <li>- Mesurer l'impact de l'amélioration des pratiques (questionnaire de satisfaction)</li> <li>- Mesurer les points d'amélioration généraux</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source :</b> questionnaire de satisfaction adressé aux acteurs de première ligne par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU).</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> MAIA Aire Urbaine / Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	



## AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action n° 2

#### « Organiser le dispositif de consultation mémoire »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	Sur le territoire, il est constaté une saturation des dispositifs de second recours avec un manque de ressources pour les consultations mémoires. En raison de la labellisation par l'ARS d'une consultation mémoire sur l'Aire Urbaine, l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine souhaite organiser ce dispositif.
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> dépister et de diagnostiquer dès les premiers symptômes une pathologie de la mémoire afin d'orienter et de proposer via le médecin traitant une prise en soins adaptée.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Confirmer ou non la présence de symptômes relevant d'une maladie neurodégénérative ou d'un autre trouble.</li><li>- Déterminer précisément la maladie afin d'adapter un protocole d'accompagnement thérapeutique adapté.</li><li>- Evaluer le stade de la maladie.</li><li>- Organiser la prise en soins.</li><li>- Accompagner le patient mais aussi sa famille.</li><li>- Sensibiliser les médecins traitants.</li><li>- Aide aux aidants familiaux.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <p>La consultation mémoire permet de dépister et de diagnostiquer dès les premiers symptômes une pathologie de la mémoire pour orienter et proposer via le médecin traitant une prise en charge du patient par une structure qui proposera une prise en soins adaptée.</p> <p>Elle peut également permettre de rassurer une personne ressentant une fragilité de la mémoire sans qu'elle présente pour autant une pathologie cognitive avérée.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Labellisation par l'ARS d'une consultation mémoire sur l'Aire Urbaine.</li><li>- Les patients sont orientés par le médecin traitant avec les éléments médicaux (antécédents, traitements, évolution) qui pourront étayer une base de réflexion.</li><li>- La consultation initiale se fait auprès d'un gériatre. L'objectif étant d'assurer un premier contact, d'évaluer la plainte du patient et de réaliser un bilan de base à l'aide d'outils psychométriques.</li><li>- Dans un second temps un bilan neuropsychologique peut être proposé auprès d'un neuropsychologue, en complément de la consultation médicale, selon le résultat pré-établi.</li><li>- La synthèse médicale, neuropsychologique, la proposition d'examen complémentaires et de prise en charge seront adressées via un courrier médical au médecin traitant.</li></ul> <p>Cette consultation mémoire est inscrite dans le parcours de soins coordonné du patient : c'est une étape que l'AHBFC propose dans la perspective d'un relais auprès du médecin traitant qui assurera la continuité du suivi.</p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p>

	<p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> HNFC, professionnels de santé libéraux (médecins et autres) ; CCAS du Nord Franche-Comté ; Conseils Départementaux : CMS d'Héricourt ; Service Autonomie de Montbéliard ; Service Personnes Agées du Territoire de Belfort ; Gestionnaires de cas MAIA ; EHPAD ; Equipes mobiles gériatrie du GHT ; Consultations avancées de gériatrie HNFC ; Intersecteurs et secteurs de psychiatrie générale AHBFC ; Equipe mobile pluridisciplinaire d'évaluation gérontologique de la CGPM ; Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) ; Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ; Services mandataires (UDAF, ATMP, AT 70)...</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> la consultation mémoire s'adresse à des personnes de tout âge, présentant une plainte et/ou des troubles de la mémoire, associés ou non à une défaillance plus ou moins prononcée d'autres fonctions cognitives. <b>Cette consultation ne s'adresse pas aux personnes dont les troubles cognitifs sont connus et où le diagnostic est déjà posé.</b></p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage et diagnostic efficaces.</li> <li>- Meilleure organisation de la prise en soins.</li> <li>- Eviter les ruptures de parcours de soin.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Fin 2019
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b></p> <p><b>Financement cible ARS : 118 000€</b></p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b> activité de l'année disponible sur la Banque Nationale Alzheimer (âge moyen, sex-ratio de la consultation ; la file active : nombre de patients suivis dans l'année ; le nombre de nouveaux patients reçus à la consultation ; le pourcentage des patients adressés par un médecin généraliste, un spécialiste ou autre ; la répartition des diagnostics étiologiques...)</p> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> exportation de données vers la Banque Nationale Alzheimer (outil pour la surveillance épidémiologique des démences en France).</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> AHBFC / ARS.</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Projet institutionnel 2017-2021 de l'AHBFC

## AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action n° 3

#### « Développer la télémédecine »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Un projet de télémédecine permettant d'assurer des vacations de psychiatre auprès des établissements médico-sociaux régionaux est en cours de déploiement à l'AHBFC. Ce projet fonctionne avec une solution de visioconférence sur un réseau entièrement sécurisé indépendant reliant les établissements supports et les différents sites retenus. Un protocole spécifique en définit la mise en œuvre technique et conduit à assurer la sécurisation des échanges en déterminant le type de réseau, la segmentation du système d'information, la technologie retenue, ainsi que l'organisation des dessertes réseau. Le dispositif de téléconsultation en direction des EHPAD doit encore être déployé.</p> <p>Environ 40 % des sujets âgés institutionnalisés souffrent de troubles dépressifs, dont la moitié n'est pas diagnostiquée. Lorsque le diagnostic est porté, un patient sur deux ne bénéficierait pas d'une prise en charge adaptée.</p> <p>Des études préliminaires tendent à montrer que les diagnostics portés devant des troubles du comportement dans un contexte de pathologie psychiatrique chez des résidents d'EHPAD au cours d'une téléconsultation, seraient plus fiables que lorsqu'ils sont portés au cours d'une consultation hospitalière : dans le lieu de vie, en présence du patient et de personnels soignants.</p> <p><b>Fiche action n°26 « Développement de la télémédecine » travaillée dans le cadre du Contrat Local de Santé NFC</b> <b>AXE 4 : renforcer l'accès aux soins / Thématique : Accès aux soins.</b></p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> faciliter l'accès aux soins</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Trouver une réponse organisationnelle et technique aux défis épidémiologiques du vieillissement et à la courbe démographique descendante des professionnels de santé.</li><li>- Maintenir, voire étendre la couverture médicale spécialisée des EHPAD, en rendant les interventions médicales plus nombreuses.</li><li>- Améliorer les liens entre médecins traitants, médecins coordonnateurs, personnels soignants des EHPAD et services spécialisés.</li><li>- Rendre les interventions plus précoces, afin de diminuer la fréquence des hospitalisations des résidents d'EHPAD concernés.</li><li>- Éviter les déplacements itératifs des résidents (consultations, hospitalisations) afin de limiter les facteurs de perturbation supplémentaires.</li><li>- Participer à l'amélioration de la performance du système de santé.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Développement du dispositif de téléconsultation.</b></li></ul> <p>EHPAD des secteurs couverts par l'AHBFC avec financement du matériel leur incombant (appel à candidatures ARS 2019 télémédecine en EHPAD en Bourgogne Franche-Comté). Les dossiers peuvent être déposés et étudiés après la date de fin de l'appel à projet.</p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p>

	<p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine, EHPAD du territoire, professionnels de santé libéraux.</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : établissements médico-sociaux EHPAD. Personnes âgées de plus de 65 ans, présentant un trouble psychiatrique hors troubles psycho comportementaux évoluant dans un contexte de pathologie neuro dégénérative.</p> <p>Les bénéficiaires des actes de télémédecine ne seront pas exclusivement des résidents d'EHPAD mais aussi un point d'appui télémédecine pour les professionnels de santé.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration du dépistage et de la prise en soin auprès de résidents d'EHPAD.</li> <li>- Renforcement des liens entre médecins traitants, médecins coordinateurs, personnels soignants des EHPAD et services spécialisés.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Appel à projet 2019
<b>Financement</b>	<b>Financement ARS</b> : financement de l'installation dans le cadre de l'appel à projet 2019.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de conventions</li> <li>- Nombre de téléconsultations</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle</p> <p><b>Source</b> : ARS (e-santé), AHBFC</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté (ARS AT) / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet institutionnel 2017-2021 de l'AHBFC</li> <li>- Plan d'égal accès aux soins « renforcer l'accès territorial aux soins »</li> </ul>

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action n° 4

#### « Soutien aux aidants »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Les familles des usagers de psychiatrie occupent depuis peu une place de plus en plus significative dans les services de soins.</p> <p>Tout d'abord par rapport aux patients en tant que partenaire de soin, autour de questions d'accès aux soins jusqu'au partage de connaissances et de savoir-faire humain et personnel. Mais aussi pour prévenir le risque de rechute des patients, améliorer la prise en charge des patients (observance, présence aux rendez-vous, continuité des soins, diminution des psychotropes), désengorger les urgences en connaissant les personnes à prévenir.</p> <p>Ensuite, comme personnes en difficulté dans l'accompagnement de leur proche dans la pathologie psychique, mais aussi parce qu'ils souffrent eux-mêmes de la situation et qu'ils peuvent dès lors être en demande de soins. La prise en charge des aidants a ainsi pour but d'éviter un épuisement de l'aidant.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> informer, soutenir les aidants sur la maladie psychiatrique de leur proche.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- informer, guider dans l'accompagnement de leur proche.</li><li>- apporter des outils pour faire face aux situations pénibles ou angoissantes (suicide, trouble du comportement, etc.).</li><li>- prévenir l'épuisement physique et psychologique.</li><li>- guider les familles face à leurs difficultés.</li><li>- rompre l'isolement.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> une psychologue à temps plein dédiée aux proches de patients de plus de 65 ans souffrant de troubles psychiatriques propose une prise en charge globale :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>entretien psychologique,</b></li><li>- <b>entretiens familiaux et thérapie de couple,</b></li><li>- <b>groupe de parole,</b></li><li>- <b>dispositif d'information sur la maladie, reconnu comme étant de l'éducation thérapeutique.</b></li></ul> <p>Echanges avec les deux Plateformes de répit et de soutien aux proches aidants dites de « nouvelles générations » du Pays de Montbéliard / Héricourt et du Territoire de Belfort.</p> <p><u><a href="#">Le soutien psychologique</a></u></p> <p>Le soutien psychologique, au sens large du terme (entretien psychologique individuel de couple ou familial) apparaît comme l'une des principales attentes des familles, compte tenu du fort investissement de l'aidant. La prise en charge quotidienne est souvent difficilement vécue par la famille. Etant donné les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans la prise en charge de maladie psychique, les personnes ont besoin de pouvoir exprimer leur souffrance, besoin d'être souvenues et surtout de savoir comment gérer leurs émotions.</p>

### **Objectif**

Le soutien psychologique apporté aux aidants a pour objectif de leur apprendre à se protéger, et à rompre leur isolement, accepter la réalité, prêter attention aux signaux d'alarme, garder du temps pour soi, apprendre à gérer le stress.

En apprenant à la famille à tolérer une mauvaise humeur, un manque d'envie, une maladresse, on repousse ainsi les limites du maintien à domicile de la personne malade.

D'autres objectifs sont importants comme les aider à restaurer un équilibre au quotidien et à réaménager les liens du couple et/ou de la famille.

### **Moyens**

Le soutien psychologique se fait principalement sous forme d'entretiens individuels et de psychothérapies brèves fait une psychologue dédiée aux familles. Ils ont lieu au pavillon Mondrian à Bavilliers pour les personnes hospitalisées ou habitant Belfort ou sur les différents CMP du secteur : Montbéliard, Héricourt, Valentigney afin d'être au plus proche des personnes.

### **Une permanence en service d'hospitalisation**

Une permanence pour les familles en unité hospitalière par une psychologue dédiée aux familles a été créée afin de leur permettre de prendre contact, d'échanger et de savoir quelles aides ils ont à leur disposition.

Les familles désireuses peuvent rencontrer la psychologue présente soit pour un entretien, ou une prise de rendez-vous.

### **Objectif**

L'objectif de cette permanence est de faciliter les rencontres avec les familles. Ainsi celles-ci ont un interlocuteur qui leur est propre. Les familles peuvent ainsi s'entourer de l'aide d'autres personnes ou services dont ils ont besoin. Ils ont leur propre espace.

### **Moyens**

Cette permanence a lieu dans un bureau en unité d'hospitalisation (Henry EY) à Bavilliers, le jeudi après-midi de 15h00 à 17h30 et le lundi après-midi de 14h00 à 17h30.

### **Un dispositif d'aide aux aidants**

Un dispositif d'aide aux aidants est un cycle d'information et d'échange sur la maladie. Deux cycles existent : un spécialisé dans les troubles de l'humeur (dépression et bipolaire) et un pour les troubles psychotiques. La prise en soins s'appuie sur un projet sous forme de séances de 2h00, limitées dans le temps, établies par l'équipe, en collaboration avec les intervenants médico-sociaux. A chaque séance un intervenant membre de l'équipe pluridisciplinaire fait une présentation sur un thème défini. Ainsi, les psychiatres, gériatres, infirmiers de l'équipe mobile et de l'hôpital de jour, neuropsychologues, et assistante sociale participent à ce programme.

### **Objectifs**

Le dispositif a été créé afin de faciliter la compréhension de la maladie aux familles. En effet, la perception de la maladie n'est pas facile, car il y a des aprioris sur cette maladie, difficile à combattre. Les aidants, sont souvent seuls face à la maladie de leur proche et n'ont pas forcément d'explication sur le fonctionnement de celle-ci. Cela pourra leur permettre d'acquérir des outils pour gérer le quotidien. De plus, le fait de pouvoir connaître ou reconnaître les signes peut prévenir le risque de rechutes des patients.

Par rapport à eux, ce dispositif leur permet de rompre l'isolement, de déculpabiliser, et leur apprendre à prendre du temps pour soi, le tout en parlant de ses sentiments avec d'autres.

### Moyens

Le dispositif a lieu de 14h30 à 16h30 les vendredis en semaine paire à partir du mois de septembre. Il comporte 11 séances. Une psychologue anime ce dispositif et à chaque séance des intervenants (psychiatre, neuropsychologue, assistante sociale, infirmière...) font une présentation du sujet.

A chaque séance différents thèmes sont abordés :

- Pour les troubles de l'humeur : Accueil ; Connaître et comprendre les troubles dépressifs ; Connaître et comprendre les troubles bipolaires ; La crise suicidaire ; Les répercussions cognitives des troubles de l'humeur ; Les traitements médicamenteux ; Les traitements non médicamenteux ; La gestion des émotions ; Accompagnement social et thérapeutique ; Accompagner son proche : quelles répercussions pour la famille ? ; Conclusion.
- Pour les troubles psychotiques : Accueil ; Connaître et comprendre les manifestations de la maladie ; Connaître et comprendre les différents modes d'hospitalisation ; La crise suicidaire ; Les répercussions cognitives des troubles psychotiques ; Les traitements médicamenteux ; Les traitements non médicamenteux ; La gestion des émotions ; Les habilités sociales ; Accompagnement social et thérapeutique ; Accompagner son proche : quelles répercussions pour la famille ? ; Conclusion.

### Un groupe de parole

Les groupes de parole permettent aux participants de rencontrer des personnes confrontés aux mêmes problèmes, de partager des impressions, des émotions et de voir comment les autres résolvent leurs problèmes.

### Objectifs

Il a été mis en évidence, que les aidants souffrent de la maladie de leur conjoint ou parent. Un groupe de parole a été créé, afin que les aidants puissent exprimer leurs émotions, leurs problématiques, leurs difficultés au quotidien. Ainsi que de recevoir des conseils appropriés sur la prise en soin de leur famille.

De plus, ce groupe de parole permet de rompre leur isolement, d'éviter la culpabilité, et de se sentir moins seul face aux difficultés rencontrées avec la maladie. Il sert aussi à approfondir collectivement les difficultés propres de l'aidant.

Les familles pourront bénéficier d'une entraide régulière et prendre du recul face à la maladie.

### Moyens

Le groupe de parole a lieu le vendredi matin en salle de réunion de Mondrian de 10h00 à 12h00.

Le groupe de parole sera animé par la psychologue référente famille.

**Porteur de l'action** : Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).

**Partenaires, acteurs à mobiliser** : équipe pluridisciplinaire de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine (90Z01).

**Population bénéficiaire** : aidants de patients de plus de 65 ans souffrant de troubles psychiatriques.

**Territoire concerné** : Nord Franche-Comté

<p><b>Résultats attendus</b></p>	<p>La prise en charge des aidants va permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>1/</b> Diminuer le risque de rechutes des patients âgés souffrant de troubles bipolaires et de dépression</li> <li><b>2/</b> Améliorer la prise en charge / Meilleur investissement dans la prise en charge, et en soin : meilleur observance / présence au rendez-vous / continuité des soins.</li> <li><b>3/</b> Améliorer la qualité de vie et diminuer l'anxiété des patients et de leurs familles</li> <li><b>4/</b> Améliorer la relation aidant/patient</li> </ul> <p><b>1/</b> Ainsi si les familles ont une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la maladie les rechutes seront moins fréquentes, moins aiguës et moins invalidantes. On part de l'hypothèse que les aidants connaissant mieux la maladie, <u>sauront voir les signes plus rapidement</u> et avec une meilleure connaissance du système sauront <u>prévenir plus vite</u> et la maladie n'aura pas le temps de s'installer en aigue.</p> <p><b>2/</b> Si les familles ont une meilleure compréhension de la maladie et une bonne alliance thérapeutique, la prise en soins des patients sera plus efficace (observance, présence aux rendez-vous et continuité des soins). En effet, si les aidants sont d'accord et ont une bonne compréhension de la prise en soins, ils encourageront le patient à suivre le traitement, à avoir <u>une continuité des soins</u> que ce soit avec l'hôpital de jour, la présence aux rendez-vous, ou l'observance thérapeutique.</p> <p><b>3/</b> Si les personnes sont plus à l'aise avec la maladie, avec une meilleure connaissance et compréhension, les personnes (que ce soit malade ou patient) accepteront plus la maladie et vivront mieux. Ainsi ils auront une meilleure qualité de vie. De plus, si les rechutes sont moins importantes alors la qualité de vie augmentera et l'anxiété sera moins importante.</p> <p><b>4/</b> Le dispositif d'aide aux aidants a une partie sur la gestion des émotions, la reconnaissance des émotions avec des mises en pratique de savoir communiquer. Ainsi, s'il y a une meilleure communication entre les aidants et les patients leur relation sera améliorée. De plus, une meilleure connaissance de la maladie va permettre aux aidants de comprendre les réactions de leur proche malade et ainsi améliorer leur relation.</p>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>Février 2019</p>
<p><b>Financement</b></p>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> coût d'1 ETP psychologue brut annuel : 50 000 €.</p> <p><b>Financement ARS :</b> 50 000€</p>
<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description :</b></p> <p>Un recueil de données est adressé à l'inscription afin d'obtenir des données empiriques : l'âge, le sexe, mais également le nombre d'années de la maladie, le nombre de rechutes, le nombre d'hospitalisations et de tentatives de suicide en 6 mois et en un an. Demande de quantifier le nombre de rendez-vous avec le psychiatre et le psychologue.</p> <p>Un questionnaire complet est donné aux participants : connaissances de la maladie, les attitudes face à celle-ci et les pratiques. S'ajoute à cela une échelle de la qualité de vie le Whoqol26 qui reconnaît et étalonne. Une échelle d'épuisement</p>



	<p>de l'aidant le Zarit qui est également reconnue et étalonnée.</p> <p>Ces mêmes questions seront posées au début du dispositif juste après la fin du dispositif des aidants, à 6 mois puis à 1 an.</p> <p><b>Fréquence de mesure</b> : six mois – un an.</p> <p><b>Source</b> : AHBFC – Département d'Information Médicale (DIM).</p> <p><b>Responsables du suivi</b> : intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine (90Z01 - AHBFC).</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<p>- Projet institutionnel 2017-2021 de l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.</p>

**AXE 3 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

**Fiche action n° 5**

**« Maintenir des séjours de rupture dans les services de psychiatrie pour des résidents d'EHPAD »**

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Une convention relative au suivi psychiatrique des résidents d'EHPAD a été élaborée par l'AHBFC et proposée à plusieurs EHPAD du territoire. Cette convention a pour objet de définir les modalités du partenariat établi entre l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine et l'EHPAD, dans un objectif partagé d'améliorer le parcours de soins des patients et résidents en favorisant les synergies et les complémentarités dans les prises en charge médicale et soignante.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> améliorer le parcours de soins des patients et des résidents d'EHPAD.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- permettre l'accès à l'EHPAD.</li> <li>- favoriser un parcours de soins adapté.</li> <li>- renforcer les liens entre les professionnels de santé des services spécialisés et des EHPAD.</li> <li>- Rendre les interventions plus précoces, afin de diminuer la fréquence des hospitalisations des résidents.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b> Signature d'une convention relative au suivi psychiatrique de résidents d'EHPAD (AHBFC / EHPAD du territoire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Engagement de l'EHPAD :</u> L'EHPAD accepte d'accueillir, dans la limite de ses places disponibles, des patients soignés dans les services de psychiatrie du CHS dont l'état de santé est stabilisé et permet une admission en EHPAD. L'EHPAD désigne un médecin et un cadre soignant référents qui seront les interlocuteurs privilégiés des professionnels du CHS pour la bonne application de la présente convention.</li> <li>- <u>Réhospitalisation des résidents connus des services de psychiatrie :</u> Lorsque l'état de santé psychique d'un résident ne permet plus son maintien en EHPAD, son transfert en vue d'une hospitalisation en service de psychiatrie est alors décidé dans le respect de la procédure suivante :             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contact entre le médecin référent de l'EHPAD et le médecin référent du CHS, éventuellement confirmé par une visite sur place, pour évaluation de l'état de santé précis du résident et de son évolution prévisible.</li> <li>✓ Décision de la date de transfert.</li> <li>✓ Information des autres intervenants (équipes soignantes) et de la famille.</li> </ul> </li> </ul> <p>Le CHS s'engage à réhospitaliser, en fonction des places disponibles, tout résident connu de ses services de psychiatrie dont le comportement est incompatible avec les conditions de vie en EHPAD. Cette réhospitalisation doit toutefois être envisagée dans la perspective d'un retour du résident à l'EHPAD.</p>

	<p>En cas de décompensation importante ne permettant pas à l'EHPAD d'attendre l'intervention du service psychiatrique, le résident doit être adressé au service des urgences de l'Hôpital Nord Franche-Comté (HNFC).</p> <p>Le CHS pourra proposer à l'EHPAD, en fonction de ses places disponibles et en dehors de toute situation d'urgence, des hospitalisations séquentielles de résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Actualisation du listing des établissements signataires de la convention</u>, en direction des acteurs concernés du territoire.</li> </ul> <p><b>Porteur de l'action :</b> Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine (90Z01) / Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du territoire, signataires de la convention relative au suivi psychiatrique de résidents.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> personnes âgées de plus de 65 ans, résidents d'EHPAD connus ou non des services de psychiatrie et présentant un trouble psychiatrique hors troubles psycho comportementaux évoluant dans un contexte de pathologie neuro dégénérative.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation d'un partenariat entre les services de psychiatrie de l'intersecteur du sujet âgé de l'Aire Urbaine et des EHPAD du territoire.</li> <li>- Contribuer à l'amélioration du parcours de soins des patients et résidents d'EHPAD.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2019
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombre de conventions signées,...)</li> <li>✓ <b>qualitatifs</b> (nombre de contacts entre partenaires, nombre de réhospitalisations de résidents d'EHPAD, ...)</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle entre signataires : actualisation. Chaque partenaire peut toutefois interpeler l'autre à tout moment en cas de dysfonctionnement manifeste et en vue d'un réajustement de leur collaboration.</p> <p><b>Source :</b> Département d'Information Médicale – DIM / AHBFC.</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> AHBFC - Intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine.</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

**AXE 3 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

**Fiche action n° 6**

**« Expérimentation d'unité psychiatrie de la personne âgée en EHPAD »**

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Face aux évolutions démographiques et à la prévalence des troubles psychiatriques chez le sujet âgé, l'ARS Bourgogne Franche-Comté souhaite promouvoir la mise en place d'une offre de prise en charge adaptée à l'avancée en âge des personnes présentant des troubles psychiatriques. Sur le territoire Nord Franche-Comté, il est mis en évidence un manque d'unité spécifique, ainsi qu'une inquiétude de certains opérateurs à accueillir des personnes atteintes de troubles psychiatriques en institution, ce qui réduit inévitablement l'offre d'hébergement ou d'accompagnement pour ce public.</p> <p>L'appel à candidatures s'adresse aux EHPAD de la région Bourgogne Franche-Comté, non spécialisés dans la prise en charge de résidents présentant des troubles psychiatriques.</p> <p>Il s'agit de proposer une offre de service nouvelle, supplémentaire à celle existante aujourd'hui :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- par la création d'unité ou la reconnaissance d'unité ayant fait l'objet d'une expérimentation antérieure (via une transformation de lits existants, il n'est pas envisagé la création de lits),</li><li>- et qui s'inscrit dans le réseau de prise en charge psychiatrie du sujet âgé existant (liens indispensables avec CHS, ou une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé, équipe mobile soins palliatifs, HAD, etc...).</li></ul> <p>Les publics ciblés par ce projet sont principalement les personnes vieillissantes présentant des troubles psychiatriques. En l'absence de création stricto sensu de lits, les Unités Psychiatrie de la Personne Agée pourront accueillir dès leur mise en place les actuels résidents des EHPAD avec profils pathologies psychiatriques, avant de pouvoir s'ouvrir progressivement à de nouveaux arrivants en fonction des places se rendant disponibles.</p> <p>Dans l'immédiat, il est projeté une unité par département (le Territoire de Belfort étant traité au niveau de l'Aire Urbaine), mise en place à partir de 2020. L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans. La prolongation sera soumise aux résultats de l'évaluation de cette expérimentation.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> proposer une offre de service nouvelle répondant aux besoins du territoire.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apporter une expertise psychiatrique pour adapter la prise en charge des troubles psychiatriques chez le sujet âgé.</li><li>- Améliorer la qualité de vie des résidents en intégrant la spécificité du soin psychique au projet de vie.</li><li>- Limiter les durées de séjour en secteur sanitaire et les hospitalisations évitables.</li><li>- Apporter une double expertise gériatrique et psychiatrique.</li><li>- Fluidifier le parcours de la personne âgée, décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social.</li></ul>

<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé : DISPOSITIF ATTENDU</b></p> <p><b>Dimensionnement et architecture des unités</b>  L'unité de base comprend au minimum 12 lits et au maximum 14 à 15 lits, la borne haute ayant un caractère indicatif.  Les chambres individuelles sont à privilégier, elles devront être majoritaires et pouvoir être à terme proposées à l'ensemble des résidents accueillis dans l'unité.  L'unité est individualisée, ouverte, et centrée sur un espace de vie communautaire dédié où se déroulent les activités, et disposant d'un espace repas commun à l'unité.  L'espace de vie doit donner directement sur un espace extérieur, jardin clos ou terrasse.  Un espace calme, qui permet l'apaisement doit également être prévu.  En fonction de l'organisation et de l'architecture de l'établissement, l'unité comprendra aussi un local polyvalent permettant des entretiens médicaux, somatiques et psychiques, mais pas forcément dédié à l'unité.</p> <p><b>Parcours de la personne âgée (admission – sortie – projet de soins – accompagnement)</b>  Le projet d'établissement doit prévoir les conditions d'entrée mais également les conditions de maintien dans l'unité, ainsi que les conditions de sortie selon le type de parcours de la personne âgée.  La procédure d'admission devra être précisée :  - Phase de préadmission (quelles modalités) : Viatrajectoire ou dossier cerfa d'admission en EHPAD, dont la partie médicale est renseignée par un psychiatre avec descriptif des symptômes et des troubles psychiatriques. L'admission est décidée par le médecin psychiatre de l'unité.  - Phase préalable à l'accueil permettant la prise en compte des spécificités du patient compte tenu de sa vulnérabilité face au changement (visite, période d'acclimatation, place laissée à la personne, etc...).</p> <p>Le parcours de la personne accueillie dans l'unité spécialisée pourra être de plusieurs ordres :  - Période transitoire avant intégration dans un service d'EHPAD dit conventionnel,  - Prise en charge limitée : de 6 mois à 1 an.  Le cas échéant, le changement d'unité fera l'objet d'une information préalable auprès des proches (livret d'accueil, entretien avec la famille).</p> <p>Une prise en charge globale est indispensable, la personne âgée étant souvent poly-pathologique.</p> <p>Une collaboration médicale entre le gériatre de l'EHPAD et le psychiatre doit se mettre en place avec des temps de rencontre organisés en fonction des besoins et des priorités tout comme des temps d'échange entre le personnel soignant formés à la prise en charge psychiatrique.</p> <p>L'équipe soignante formée à la prise en soins psychiques s'implique au sein de l'unité, mais également peut intervenir dans les autres unités de l'EHPAD auprès de patients le nécessitant ; de même, le psychiatre peut donner un avis sur l'état de santé de résidents d'autres unités ayant des troubles psychiatriques hors maladies neurodégénératives, et les IDE peuvent s'impliquer dans les autres unités, en lien avec la psychiatrie de liaison et sur prescription médicale du psychiatre. A la faveur de la mise en œuvre d'une UPPA, il s'agira d'acculturer le personnel soignant dans sa globalité afin de lui permettre de mieux appréhender la prise en soins de résidents présentant des troubles psychiques dans l'établissement.</p> <p>L'espace de vie dédié évoqué au point précédent devra permettre d'accueillir un véritable projet d'activités à visée thérapeutique, qui fait partie intégrante du</p>
-------------------------------------	--

projet de soins et d'accompagnement, facteur de stabilité pour le résident ; il doit concerner l'ensemble de l'équipe de l'unité.

Les modalités d'élaboration des projets individualisés (ou de groupe) devront être précisés dans la réponse à l'appel à candidatures.

#### **Personnel et formation**

Outre le personnel de l'EHPAD (gériatre, personnel soignant, diététique, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, APA, secrétariat,...), le fonctionnement de cette unité bénéficie :

- de vacances hebdomadaires d'un psychiatre, d'où la nécessité de passer une convention avec un médecin psychiatre de l'établissement référence du secteur,
- de temps infirmier (IDE) bénéficiant d'une formation adaptée à la prise en soin de résidents présentant une symptomatologie psychiatrique,
- d'un temps de neuropsychologue,
- d'un temps d'assistant de service social.

Les membres de l'équipe de l'UPPA devront bénéficier de formations adaptées à la prise en charge et l'accompagnement des sujets âgés présentant des troubles psychiatriques.

Les autres services, y compris le personnel de nuit, pourront également recevoir des formations, notamment sur la gestion de l'agitation physique/verbale agressive, les troubles de la personnalité, la prise en soins des troubles psychiatriques, etc....

Le plan de formation proposé devra être transmis à l'appui de la réponse au présent AAC.

Idéalement, il devra prévoir, outre les apports théoriques, des séquences de retour d'expérience et d'analyses des pratiques en lien avec les temps de psychiatre et psychologue dédiés (exemple de formations/actions, stages croisés, etc...).

#### **Partenariat**

La proximité avec le Centre Hospitalier Spécialisé du territoire, ou l'unité Psychiatrie d'un centre hospitalier est indispensable pour mettre en place de nouvelles modalités de partenariat et coopération, tout en tenant compte de l'éloignement géographique des ressources expertes.

Une juste appréciation des temps de déplacement acceptables permettra d'investir des EHPAD qui aujourd'hui ne sont pas géographiquement suffisamment proches de centre expert pour que les coopérations soient déjà naturellement installées.

Un modèle de charte de partenariat est joint en annexe de l'appel à candidature (Charte de partenariat portée par la FHF et la conférence nationale des PCME de CHS pouvant servir de base à la rédaction de conventions entre les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les Etablissements spécialisés en psychiatrie).

**Porteurs de l'action :** Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté ; Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).

**Partenaires, acteurs à mobiliser :** les secteurs de psychiatrie générale, l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine, les EHPAD du territoire, professionnels de santé libéraux.

**Population bénéficiaire :** les publics ciblés sont les personnes vieillissantes présentant des troubles psychiatriques, qui ont bénéficié d'une prise en soin psychiatrique préalable soit hospitalière, soit ambulatoire, dont la ou les pathologies psychiatriques sont globalement stabilisées ou présentent une symptomatologie à « bas bruit », mais nécessitent un suivi psychiatrique régulier et dont les troubles du comportement ne sont pas adaptés à la vie en collectivité à

	<p>l'EHPAD ou en milieu ordinaire. Les résidents pourront être accueillis à partir de 60 ans, avec à l'appui un diagnostic psychiatrique et une orientation prononcée depuis le secteur sanitaire hospitalier ou de ville. Ces critères sont cumulatifs ; les profils cliniques couplés avec démence sont exclus.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation d'un partenariat entre les secteurs de psychiatrie générale, l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé de l'Aire Urbaine et des EHPAD du territoire.</li> <li>- Proposer une offre de prise en charge adaptée à l'avancée en âge des personnes présentant des troubles psychiatriques.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet dans le cadre de l'appel à candidature 2019 ARS BFC :</b> le budget alloué par projet est au maximum de 80 000 € à 100 000 € / an. Il permettra de couvrir les dépenses de personnel, des moyens nécessaires à l'animation, et de formation.</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <p>L'évaluation sera réalisée à partir d'un rapport d'activité comprenant les indicateurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de bénéficiaires accueillis</li> <li>- Origine des bénéficiaires (hospitalier, autres ESMS, domicile, autre)</li> <li>- Moyenne d'âge des résidents accueillis</li> <li>- Taux d'occupation</li> <li>- Durée moyenne de séjour</li> <li>- GMP/PMP de l'unité sur la période</li> <li>- Nombre de sorties (décès, retour à domicile, autre établissement : type d'établissement)</li> </ul> <p>(Pré requis : Convention avec le secteur sanitaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autres conventions</li> <li>- Nombre d'hospitalisation en psychiatrie, et nombre de patients ré hospitalisés en psychiatrie</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle (avec un rapport intermédiaire à 6 mois la première année de mise en place). Une analyse des conditions d'accueil, de prise en charge des résidents, et de fonctionnement de l'unité mettra en évidence les forces-faiblesses, contraintes et opportunités du dispositif mis en place et précisera les actions correctives à engager.</p> <p><b>Source :</b> ARS</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté (ARS ATS) / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appel à candidature 2019 ARS BFC : expérimentation d'unité psychiatrie pour la personne âgée.</li> </ul>

<b>AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS</b>	
<b>Thématique : situations inadéquates</b>	
<b>Fiche action transversale n° 2</b>	
<b>« Améliorer la concertation en cours et en sortie d'hospitalisation »</b>	
<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>L'accompagnement des personnes vulnérables atteintes de troubles psychiques oblige l'ensemble des acteurs à coordonner leurs interventions pour améliorer les prises en charge et éviter autant que possible les ruptures d'accompagnement et de soins.</p> <p>Chaque partenaire ne pouvant se suffire à lui-même dans ces accompagnements singuliers et complexes, la collaboration entre les équipes du CHS et mandataires judiciaires semble un des facteurs clé dans la réussite du travail engagé auprès des usagers.</p> <p>Ainsi, cette fiche action est l'aboutissement de plusieurs années de travail conjoint et d'une réflexion visant à renforcer les complémentarités à travers la concertation et le partage d'information, en direction de majeurs placés sous mesure de protection juridique (ou d'accompagnement), présentant soit un risque éventuel de violence et/ou un risque de rupture dans l'accompagnement. Ce travail a été initié par l'élaboration et la signature d'une convention de partenariat, le 1<sup>er</sup> janvier 2018 entre l'Union Départementale des Associations de Familles (UDAF du Doubs) – Antenne de Montbéliard et l'Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> renforcer la collaboration entre les services de psychiatrie et les services de protection juridique des majeurs.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anticiper les ruptures dans l'accompagnement en organisant au mieux l'accès aux soins.</li> <li>- renforcer la concertation autour du parcours de vie et du projet de sortie d'hospitalisation en articulant les interventions de chacune des parties.</li> <li>- faciliter la vie quotidienne des patients hospitalisés et bénéficiant d'une mesure juridique.</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b>  <i>Modalités de collaboration</i>  <b>Information au début de l'hospitalisation</b></p> <p>En cas d'hospitalisation d'une personne visée par l'accord sur les secteurs de psychiatrie, les équipes du CHS, <u>prioritairement l'assistant de service social, ou à défaut le secrétariat médical</u>, préviennent l'équipe de mandataires judiciaires, dans les meilleurs délais, afin de pouvoir mettre en œuvre les modalités de collaboration prévues. Cette information s'effectue, par courriel, aux adresses institutionnelles suivantes : <a href="mailto:udafmontbeliard@udaf25.fr">udafmontbeliard@udaf25.fr</a> / <a href="mailto:contact@atmp25.org">contact@atmp25.org</a>  Elles précisent les conditions de son hospitalisation (date d'entrée, lieu d'hospitalisation).</p> <p>L'équipe de mandataires judiciaires transmet au bureau des entrées du CHS, les données administratives et les pièces nécessaires (sécurité sociale, mutuelle, copie pièce d'identité etc...).</p> <p>Dans la mesure du possible, l'UDAF 25 / l'ATMP et l'unité d'hospitalisation</p>



conviennent des modalités pour provisionner de l'argent ou faire transmettre, lorsque c'est possible, les effets personnels ou objets usuels et non contre indiqués médicalement nécessaires à la qualité de vie quotidienne du majeur protégé (vêtement, tabac etc...).

#### **Concertation en cours d'hospitalisation**

Durant la prise en soin des personnes visées par l'accord, des contacts téléphoniques et des rencontres physiques entre le service de protection juridique et les équipes du CHS peuvent avoir lieu dans le but de coordonner leurs interventions et d'assurer la continuité de la prise en charge par une bonne information réciproque des partenaires.

L'objectif étant de faciliter la gestion du quotidien du majeur protégé au cours de son séjour, et de préparer la sortie d'hospitalisation.

#### **Concertation en sortie d'hospitalisation**

La décision de sortie d'hospitalisation est prise par les médecins référents.

Elle est communiquée autant que faire se peut au service de protection juridique avec un délai minimum de prévenance compris entre 24 et 48 heures.

Lors de sortie d'hospitalisation contre avis médical ou sur décision judiciaire, le délai n'a pas lieu d'être tenu. Toutefois, une information aux services doit être faite dans les meilleurs délais par le secrétariat médical. Cette information s'effectue, par courriel, aux adresses institutionnelles suivantes : [udafmontbeliard@udaf25.fr](mailto:udafmontbeliard@udaf25.fr) / [contact@atmp25.org](mailto:contact@atmp25.org).

Pour préparer au mieux la sortie d'hospitalisation, une rencontre est organisée au besoin entre les équipes du CHS et les mandataires judiciaires pour préciser le déroulé de l'hospitalisation et définir les préconisations pour la prise en soin du majeur protégé, ainsi que les modalités du suivi extra hospitalier.

Ces synthèses ont lieu avant la sortie effective du patient, afin de la préparer dans les meilleures conditions.

Enfin, concernant la recherche d'hébergement ou de logement, l'article 459-2 du code civil prévoit que : « *La personne protégée choisit le lieu de sa résidence (...). En cas de difficulté le juge statue* » ; ainsi, les services de protection juridique assisteront ou représenteront la personne, pour les démarches à réaliser dans ce cadre, en fonction du mandat exercé, et sous réserve de la viabilité du projet.

Ces démarches s'effectueront en concertation et en collaboration avec l'assistant de service social de l'unité, et l'équipe pluridisciplinaire des secteurs de psychiatrie.

Le consentement de la personne est recherché. Lors d'une hospitalisation, le patient signe un document intitulé « *Consentement du patient* » avec plusieurs items à renseigner.

#### **Visite conjointe Infirmier CMP / Mandataire Judiciaire**

Lorsque les personnes visées par l'accord bénéficient en sortie, sur décision médicale et indication thérapeutique, d'un suivi ambulatoire, il est convenu que les visites au domicile des infirmiers du CMP peuvent se faire de manière conjointe avec le mandataire judiciaire en charge de la mesure de protection juridique (ou d'accompagnement).

La fréquence du passage infirmier à domicile, s'il y a lieu, relève d'une prescription médicale. Aussi, les infirmiers du CMP ne peuvent y déroger. Ainsi, l'organisation des visites conjointes s'effectue en bonne intelligence entre l'équipe soignante du CMP et le mandataire judiciaire en respectant le cadre médicalement posé.

En cas de rupture du suivi ambulatoire, les équipes des CHS préviennent le mandataire judiciaire. Il est également possible, sur décision médicale, et à la demande du mandataire, d'aller conjointement à la rencontre de la personne protégée (ou accompagnée), si indication précise à cet effet.

De manière générale, les équipes soignantes sont disponibles pour conseiller et soutenir les mandataires dans la prise en charge des personnes protégées ou accompagnées. Réciproquement, les mandataires se tiennent à disposition des

	<p>équipes soignantes pour informer, et former les équipes soignantes sur l'exercice des mesures de protection (et d'accompagnement) juridique des personnes vulnérables.</p> <p><u>Procédure d'inclusion</u> Les services de protection juridique, par la voie des responsables, demandent à intégrer dans cet accord toute personne remplissant les conditions précitées à l'item « <i>population bénéficiaire</i> ». Pour ce faire, ces derniers sollicitent une réunion de concertation avec l'AHBFC, en présence du médecin psychiatre référent. La composition des professionnels présents à ce temps d'échange n'est pas fixée préalablement, et peut varier, selon l'intérêt que représentent leurs présences dans la compréhension de la situation.</p> <p><b>Porteurs de l'action</b> : Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC) ; Union Départementale des Associations de Familles (UDAF du Doubs) – Antenne de Montbéliard ; Association Tutélaire des Majeurs Protégés (ATMP) de Montbéliard.</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : UDAF 90, UDAF 70, Association tutélaire de la Haute-Saône (AT 70).</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : majeurs placés sous mesure de protection juridique (ou d'accompagnement), bénéficiant de soins dispensés par le Centre Pierre Engel, Jean Messagier et le Centre de Psychiatrie Générale de Héricourt ; présentant soit un risque éventuel de violence et/ou un risque de rupture dans l'accompagnement du fait du cumul des difficultés inhérentes aux pathologies psychiatriques.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : le territoire géographique d'application s'étend sur l'ensemble des communes couvertes par les secteurs et intersecteurs de psychiatrie relevant du CHS de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté.</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la continuité des parcours, en organisant au mieux l'accès aux soins pour les patients bénéficiant d'une mesure de protection juridique (ou d'accompagnement).</li> <li>- Amélioration de la concertation autour du projet de sortie d'hospitalisation.</li> <li>- Proposer cette expérimentation aux services de protection juridique du Territoire de Belfort et de la Haute-Saône.</li> </ul>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>2020</p>
<p><b>Financement</b></p>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.</p>
<p><b>Indicateurs</b></p>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Indicateurs quantitatifs</i> : nombre de majeurs placés sous mesure de protection juridique (ou d'accompagnement) concernés.</li> <li>- <i>Indicateurs qualitatifs</i> : satisfaction des modalités de collaboration, fluidité des parcours, plus-value dans l'accompagnement proposé aux majeurs protégés.</li> <li>- <i>Indicateurs de mise en œuvre</i> : aspect organisationnel.</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle. Présentation de l'évaluation annuelle lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source</b> : réunion annuelle d'évaluation organisée par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU), en présence des Directions respectives. Rédaction d'un bilan avec une analyse des</p>

	<p>indicateurs. Transmission pour information aux Juges des Tutelles de Montbéliard / Besançon / Belfort et Vesoul.</p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU).</p>
<p><b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'actions des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, initiés en novembre 2014.</li> <li>- Convention de partenariat l'AHBFC / UDAF 25 – Antenne de Montbéliard (1<sup>er</sup> janvier 2018).</li> </ul>

## 6.1.5 Multi-Filières

### AXE 1 : AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

#### Thématique : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

#### Fiche action transversale n° 1

#### « Mener des actions de promotion du territoire et soutenir la politique de ressources médicales »

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p><b>Fiche action n°22 « Rencontre avec les internes en médecine » travaillée dans le cadre du Contrat Local de Santé NFC</b>  <b>AXE 4 : Renforcer l'accès aux soins / Thématique : Accès aux soins</b></p> <p>Sur le territoire du Nord Franche-Comté, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants est 89 alors qu'elle est de 105 au niveau national. En plus d'une densité faible, le Nord Franche-Comté est confronté à une population médicale vieillissante. Au 31/12/2017, 62% des médecins généralistes ont plus de 55 ans.</p> <p>La problématique de la démographie médicale trouve sa source dans deux causes principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la perte d'attractivité de l'exercice libéral auprès de la jeune génération (crainte de l'exercice isolé)</li> <li>- la question de l'attractivité territoriale</li> </ul> <p>Le Nord Franche-Comté doit faire face à un contexte de démographie médicale tendu, qui va s'accroître dans les années à venir avec le départ en retraite de plusieurs professionnels de santé (17 % ont + de 65 ans). Pour favoriser les installations de nouveaux professionnels, il est indispensable de mener une politique globale de promotion du territoire afin, notamment, de valoriser la qualité de vie.</p> <p>Cette action vise à contribuer à lutter contre la désertification médicale. Le Territoire mise donc sur les atouts qui peuvent inciter un jeune professionnel de santé à s'y installer, à savoir la qualité de vie, le réseau de professionnels existants et les plateaux techniques à disposition.</p> <p>Cette action s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan d'accès aux soins.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général</b> : garantir un égal accès aux soins sur le territoire.</p> <p><b>Objectifs spécifiques</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'installation de médecins sur le Nord Franche-Comté.</li> <li>- Contribuer à proposer un cadre et des conditions d'exercice attractifs pour les médecins.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé</b> : Organisation d'une rencontre avec les internes (de l'HNFC, de médecine générale, de psychiatrie) une fois par semestre d'affectation dans les locaux de l'internat de l'Hôpital Nord Franche-Comté.</p> <p>La rencontre porte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur l'attractivité du territoire en déclinant ses spécificités, sa richesse, ses atouts économiques, culturels et touristiques,</li> <li>- sur les aides à l'installation et l'accompagnement du projet professionnel,</li> <li>- sur des échanges avec les médecins représentant les différents modes d'exercice possible sur le Nord Franche-Comté,</li> </ul>

	<p><b>Porteur de l'action</b> : Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : Hôpital Nord Franche-Comté, Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté, conseils de l'ordre des médecins, URPS médecins libéraux, FEMASCO, professionnels de santé de divers modes d'exercice, Collège régional des généralistes enseignants, Département de médecine générale, UFR Bourgogne et Franche-Comté.</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : les internes de l'Hôpital Nord Franche-Comté, de l'AHBFC en psychiatrie et de médecine de ville ainsi que les médecins remplaçants.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	Augmentation du nombre d'installation de médecins sur le territoire
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2019
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : 2 000€/an</p> <p><b>Montant aide ARS</b> : 2 000€/ an financé dans le cadre du CLS NFC</p> <p><b>Cofinancements</b> : mise à disposition de locaux, temps de travail des partenaires, offre de Pass culture et loisirs... par les EPCI et les collectivités.</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de rencontres réalisées</li> <li>- nombre d'internes participants</li> <li>- nombre d'installation effective</li> <li>- nombre de professionnels de santé mobilisés</li> <li>- Nombre de médecins généralistes exerçant une activité libérale ou mixte sur le territoire (indicateur ORS)</li> </ul> <p><b>Valeur initiale</b> : 1ere rencontre le 31/01/2018</p> <p><b>Fréquence de mesure</b> : Annuelle</p> <p><b>Source</b> : RPPS, tableau de bord de suivi des rencontres</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : ARS et Pôle Métropolitain</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Contrat Local de Santé Nord Franche-Comté

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action transversale n° 3

#### « Soutenir les consultations avancées en addictologie »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Il est constaté des zones géographiques dépourvues d'offre de soin et des difficultés d'accessibilité pour les personnes de se rendre au sein des CSAPA. La mise en place de consultations avancées en addictologie sur les dites zones participe à une meilleure couverture de l'offre de soin sur le Territoire Nord Franche-Comté.</p> <p>Expériences: Dans le cadre d'une démarche stratégique, les Associations gestionnaires, ADDSEA, AHS-FC et ALTAU des trois CSAPA, SOLEA, EQUINOXE et LE RELAIS ainsi que du CAARUD Entr'actes ont mis en place des consultations avancées sur les territoires de Delle, Pont de Roide, l'Isle sur le Doubs et Ornans. Villes représentées par des secteurs péri-urbains ou semi-ruraux, où les niveaux de consommation de substances psychoactives sont élevés et où l'accès aux dispositifs de soins, de réduction des risques et de prévention en addictologie n'est pas garanti. Un flyer commun a été créé pour gagner en visibilité sur les différents secteurs des consultations avancées.</p> <p>Depuis plusieurs années, l'ANPAA a noué un partenariat avec le Centre Hospitalier du Territoire de Belfort, puis avec l'HNFC. La première étape a été de proposer une antenne d'alcoologie portée par les médecins du centre en lien étroit avec le service de gastro-entérologie. Ce partenariat perdure et s'est étoffé par la mise en place de permanences d'intervenants en addictologie, une fois par semaine, en coordination avec différents services. D'autres interventions se déploient au sein de la maison d'arrêt de Belfort et de Montbéliard par les différents acteurs en addictologie (1 à 2 ½ journées par semaine) et dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, dans différents lieux de vie fréquentés par les jeunes (UTBM, IUT, Epide, MDA).</p> <p>Il existe encore des zones géographiques blanches qu'ils semblent importantes à couvrir par la mise en œuvre de consultations avancées en addictologie. Il convient de souligner que la consultation avancée est une consultation ouverte au moins une demi-journée par semaine ou une journée tous les 15 jours. La consultation avancée va au-delà de la permanence d'un intervenant en addictologie vers un autre partenaire dans la mesure où elle doit offrir une prise en charge pluridisciplinaire (travailleur social, psychologue, infirmier).</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> proposer une répartition territoriale des antennes et consultations avancées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- coordonnée, complémentaire et non redondante avec un autre CSAPA,</li><li>- s'assurant du maillage territorial,</li><li>- privilégiant un accompagnement pluridisciplinaire (médical, psychologique et social), dans une démarche « d'aller-vers ».</li></ul> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- apporter nos compétences conjointes sur le secteur des consultations avancées en mutualisant nos moyens.</li><li>- apporter aux professionnels de première ligne (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, acteurs de l'insertion...) rencontrant des usagers en difficulté, dans des zones peu ou mal couvertes, un soutien technique et logistique pour améliorer l'accès aux soins et à la réduction des risques.</li><li>- permettre aux usagers d'avoir accès à un traitement de substitution en lien avec le médecin de la structure et le médecin traitant.</li></ul>

<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé</b> : améliorer l'accès aux soins en addictologie dans les zones dépourvues de structures spécialisées.</p> <p>Les consultations avancées permettent d'offrir à une population décentralisée des grands centres urbains et des équipements qu'ils proposent, une réponse concrète en matière de prise en charge, d'accompagnement et d'orientation si nécessaire en addictologie.</p> <p><b>Porteurs de l'action</b> : associations ALTAU - Le Relais / EQUINOXE AHS-FC / ANPAA 90.</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : un travail spécifique doit être engagé avec les professionnels de santé (médecins, infirmières, pharmaciens...) et du secteur social (CMS, CCAS...). Celui-ci a vocation à développer un partenariat local nous permettant, dans le cadre de nos permanences, de nous appuyer sur ces professionnels en fonction des problématiques repérées chez nos patients.</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : usagers de substances psychoactives, usagers en situation de précarité présentant une problématique addictive et/ou ne disposant pas de structures de premier recours à proximité (zones blanches), parents, proches.</p> <p>Soutien technique aux professionnels et acteurs de terrain du territoire.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visibilité de l'offre sur un territoire donné.</li> <li>- Augmentation du nombre de demandes de suivis dans les zones blanches.</li> <li>- Augmentation de demandes de soins spécialisés en addictologie (ex : démarrage de traitement de substitution).</li> <li>- Coordination des professionnels autour de la prise en charge.</li> <li>- Implication des professionnels du secteur médico-social dans le dispositif des consultations avancées.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée du PTSM
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : cout d'une consultation avancée 15 000 €.</p> <p><b>Financement ARS</b> : mesures nouvelles sur l'ONDAM des personnes en difficultés spécifiques.</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> : Utilisation de l'outil ProGdis pour Equinoxe et Le Relais pour évaluation quantitative et qualitative de l'action (nombre d'usagers, indicateurs signalétiques et sociaux, nombre et nature des actes effectués, niveau du partenariat...).</p> <p>L'ANPAA utilise un outil statistique qui lui est propre et permet de répondre à plusieurs indicateurs (nombre d'usagers, nombre d'actes réalisés, typologie du public touché).</p> <p><b>Fréquence de mesure</b> : tous les ans (rapport DGS) mais également autant de fois que de besoin.</p> <p><b>Source</b> :</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : associations ALTAU-Le Relais / EQUINOXE AHS-FC / ANPAA 90.</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<p>PRS 2018-2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lutter contre les inégalités d'accès aux soins.</li> <li>- Renforcer l'accès aux soins en développant les synergies dans les territoires en mobilisant un panel de dispositifs et d'outils.</li> </ul>

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action transversale n° 4

#### « Former et soutenir les professionnels confrontés aux problématiques inhérentes aux addictions »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	La valeur ajoutée de la filière addictologie est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge des personnes ayant une conduite addictive. Toutefois, au-delà des partenaires du premier cercle, la connaissance de la filière n'est aujourd'hui pas connue de tous. L'offre proposée par l'AHBFC et le GAFC (Groupement Addictions Franche-Comté) contribue à la diffusion de la culture addictologie et à la formation des professionnels.
<b>Objectifs de l'action</b>	<b>Objectif général</b> : améliorer les articulations entre les acteurs du secteur médico-social, de la ville, du sanitaire et des réseaux addictions.  <b>Objectifs spécifiques</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Recenser l'offre de formation en addictologie sur le territoire Nord Franche-Comté.</li><li>- Construire un outil (calendrier de formation).</li><li>- Expérimenter l'outil afin de vérifier sa pertinence et l'ajuster si nécessaire.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<b>Résumé</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>- Faire un état des lieux des formations dispensées par des acteurs de l'addictologie sur le territoire Nord Franche-Comté.</li><li>- Etablir un calendrier commun des formations existantes sur le territoire, en direction de professionnels des différents secteurs : sanitaire, social et médico-social.</li><li>- Réaliser un questionnaire de satisfaction qui sera adressé aux professionnels lors de la diffusion du calendrier par mail pour mesurer le taux de satisfaction de cette action.</li><li>- Organiser une rencontre entre le service de formation de l'AHBFC et le GAFC afin de convenir d'une possible mutualisation d'outils lors de formations.</li></ul> <b>Porteurs de l'action</b> : Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC) / Groupement Addictions Franche-Comté (GAFC).  <b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires, Conseils Départementaux, CCAS du Nord Franche-Comté, services mandataires, bailleurs sociaux, ...  <b>Population bénéficiaire</b> : tous professionnels des différents secteurs : sanitaire (y compris les professionnels de santé libéraux), social et médico-social.  <b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté



<b>Résultats attendus</b>	Améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre de soins en addictologie. Permettre l'accès aux soins. Renforcer les liens entre les acteurs / Faciliter le travail en réseau. Améliorer les pratiques professionnelles.
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b> via le questionnaire de satisfaction</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombre de réunions organisées entre service de formation AHBFC / GAFC, taux de satisfaction,...)</li> <li>✓ <b>qualitatifs</b> (formalisation niveau de l'outil, pertinence de l'outil, points d'amélioration généraux,...).</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source :</b> questionnaire de satisfaction adressé aux professionnels lors de la diffusion du calendrier par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU).</p> <p><b>Responsables du suivi :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet institutionnel 2017-2021 de l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.</li> <li>- Missions du GAFC .</li> </ul>

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action transversale n° 5

#### « Actualiser et faire vivre des référents institutionnels en santé mentale »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>En 2014, lors de l'accompagnement à la mise en place de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine, certaines actions ont été constituées afin de répondre aux enjeux d'articulation professionnelle et de coordination institutionnelle. Deux d'entre elles se sont orientées vers la construction d'un annuaire interactif et exhaustif des acteurs locaux et la définition de référents en santé mentale dans les structures participant à la Plateforme de coordination, ceci dans une volonté d'améliorer la lisibilité de l'offre à l'ensemble des filières.</p> <p>Le principe de ces actions a été la création d'un annuaire précisant les missions et les limites d'intervention de chaque structure intervenant dans le parcours de vie (social, sanitaire, médico-social, institutionnel). Structures concernées par le champ de la santé mentale sur le territoire de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale avec la diffusion d'une fiche « <i>identification structure et fonctionnement</i> » et la désignation d'un référent santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Identification d'un référent santé mentale</u> dans chacune des structures signataires de la charte constitutive de la Plateforme.</li></ul> <p>Ce référent sera l'un des <u>interlocuteurs privilégiés</u> de la plateforme de coordination avec pour principales missions :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- la participation aux groupes de travail et désignation des personnes les plus à même de participer aux groupes ;</li><li>- la diffusion des informations au sein de la structure ;</li><li>- la transmission des indicateurs à la plateforme de coordination ;</li><li>- la remontée de toutes difficultés et pistes d'amélioration dans les coopérations.</li></ul> <p>Il convient aujourd'hui de procéder à une actualisation des référents institutionnels en santé mentale.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Optimiser les coopérations et développer un socle de culture commune</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Améliorer la lisibilité des dispositifs existants sur le territoire</li><li>- Développer le travail en réseau</li><li>- Améliorer la compréhension mutuelle et l'échange de pratiques</li><li>- Œuvrer pour une déstigmatisation du public (handicap psychique)</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Actualiser la fiche « <i>identification structure et fonctionnement</i> » avec l'<i>identification d'un référent santé mentale</i>.</li><li>- Adresser par mail la fiche actualisée aux Directions des structures concernées par le champ de la santé mentale sur le territoire de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale.</li><li>- A la suite de ces retours, mettre à jour le site internet des Plateformes de coordination de Franche-Comté, consultable par le grand public.</li><li>- Maintenir les groupes de travail par filière (Enfants/Adolescents – Adultes – Personnes âgées) dans le cadre de la Plateforme de coordination.</li></ul>

	<p><b>Porteur de l'action</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : structures concernées par le champ de la santé mentale sur le territoire de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale (services de l'État, collectivités locales, établissements de santé, acteurs médico-sociaux, représentants d'usagers...).</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : la visée est professionnelle et accessible au grand public via le site internet des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale de Franche-Comté.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure remontée des problématiques et enjeux</li> <li>- Point d'entrée auprès des structures</li> <li>- Identification des référents santé mentale pour les professionnels</li> <li>- Décloisonnement des secteurs</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2019
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : investissement des professionnels dans le cadre de leurs missions.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de référents déterminés / Nombre de structures dans l'annuaire</li> <li>- Nombre de référents inscrits à des groupes de travail</li> <li>- Identification des remontées ayant abouti à des actions</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle. Présentation du listing des référents santé mentale lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source</b> : chaque début d'année, sollicitation de la Plateforme par mail aux structures concernées pour une actualisation du listing des référents institutionnels santé mentale.</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Plan d'actions des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, initié en novembre 2014.

## AXE 2 : MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS

### Thématique : Situations inadéquates

#### Fiche action transversale n° 6

#### « Participer à la structuration du Centre Régional Psychotraumatisme BFC »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Le contexte national fait état d'un nombre important de personnes victimes de violences conjugales (psychiques et/ou sexuelles), de mineurs victimes de violences sexuelles, ou encore de victimes d'attentats, ainsi que des personnes concernées par un parcours de migration traumatique.</p> <p>Ces situations peuvent conduire à : des comportements à risque, des pathologies somatiques, de l'échec scolaire, etc...Qui nécessitent une prise en charge globale du psychotraumatisme, auprès des personnes (adultes et enfants) exposés à ces violences.</p> <p>Dans le cadre de l'appel à projet national lié à la prise en charge du psychotraumatisme, le projet de Centre de référence de psychotraumatisme Bourgogne Franche-Comté (CPT) a été retenu. Les missions de ce centre sont de coordonner les compétences régionales en psychotraumatisme pour les adultes et les enfants, définir les parcours individualisés de prise en charge, uniformiser la formation et développer la recherche en psychotraumatisme.</p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> soutenir le centre de ressources du psychotraumatisme BFC, dans la coordination du dispositif construit autour des parcours (médico-psychologique, social, judiciaire,...) des personnes victimes. Favoriser l'amélioration du parcours des personnes victimes de violences.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Etablir des liens entre les partenaires territoriaux et le centre de ressources du psychotraumatisme.</li><li>- Travailler l'accès aux professionnels (médecins, psychologues, infirmiers,...) à la formation spécifique du psychotraumatisme.</li><li>- Communiquer sur le psychotraumatisme.</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> Participer à la structuration du dispositif de prise en charge du psychotraumatisme, en mobilisant les acteurs du territoire autour notamment des besoins des formations auprès des professionnels.</p> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé BFC / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine, les établissements de santé publics ou privés qui disposent d'un service d'accueil des urgences et d'unités de psychiatrie (population générale adultes, enfants et adolescents), URPS médecins, IDE et sages-femmes libéraux.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> professionnels du territoire amenés à prendre en charge les situations de psychotraumatisme : les établissements de soins publics et privés (services d'accueil des urgences, unités de psychiatrie adultes et enfants, unités de victimologies, CUMP, UMJ....) et les professionnels libéraux (médecins, IDE, sages-femmes, psychologues...), les instances institutionnelles telles que les Conseils Départementaux, la police, la gendarmerie, les SDIS, l'Education nationale, etc... Le secteur associatif : aide aux victimes, accompagnement,...</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>

<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Montée en compétences des professionnels concernés par la prise en charge du psychotraumatisme.</li> <li>- Participer au développement d'une offre de soins spécialisée sur le territoire.</li> <li>- Partager une culture commune sur la thématique.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> enveloppe fléchée régionale suite à l'appel à projet national.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Recueil d'indicateurs quantitatifs auprès du CPT</b> (nombre de formations, de professionnels participants ...).</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> annuelle</p> <p><b>Source :</b> Centre de référence de psychotraumatisme Bourgogne Franche-Comté (CPT)</p> <p><b>Responsables du suivi :</b> Centre de référence de psychotraumatisme Bourgogne Franche-Comté (CPT)</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruction ministérielle du 18 juin 2018 relative à l'appel à projet national prises en charge globale du psychotraumatisme (19/06/2018).</li> <li>- PRS BFC 2018-2022.</li> </ul>

**AXE 3 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**

**Fiche action transversale n° 7**

**« Mettre en œuvre une formation aux pathologies mentales et à la prévention du suicide »**

<p><b>Motivation de l'action, contexte</b></p>	<p>Un grand nombre d'acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont amenés à accompagner des personnes présentant des troubles en santé mentale / psychiatriques. Toutefois, il est constaté le besoin de renforcer les connaissances de ces professionnels insuffisamment formés pour leur permettre de monter en compétences.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général :</b> renforcer les compétences de professionnels accompagnant des personnes en situation de souffrance psychique pour leur permettre de développer une posture professionnelle adaptée aux situations rencontrées.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir des connaissances sur les pathologies mentales afin de mieux comprendre les comportements des personnes accueillies en psychiatrie.</li> <li>- Améliorer le repérage et le diagnostic précoce des signes de crise suicidaire :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Identifier les patients à risque.</li> <li>o Reconnaître les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte suicidaire.</li> <li>o Désamorcer la crise suicidaire.</li> </ul> </li> <li>- Développer une attitude professionnelle adaptée aux situations rencontrées.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueillir les besoins en formation des structures partenaires des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine et de Haute-Saône.</li> <li>- Diffusion du catalogue de formation AHBFC aux acteurs du territoire par les Plateformes de coordination.</li> <li>- Organisation par les Plateformes de coordination de groupes de formation pluri-professionnels (issus des différentes structures) sur ces deux thématiques, en lien avec le service formation AHBFC. Permettre aux professionnels de bénéficier de formations graduées en fonction des connaissances initiales (sensibilisation, consolidation).</li> <li>- Organisation par les Plateformes de coordination de l'AHBFC d'une journée dédiée à la thématique : prévention de la crise suicidaire (échéance 2021), en direction des professionnels des territoires.</li> </ul> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Plateformes de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine et de la Haute-Saône (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> les structures partenaires des Plateformes de coordination, service formation AHBFC.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> tous professionnels des différents secteurs : sanitaire, social et médico-social.</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Haute-Saône et Nord Franche-Comté</p>

<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement des connaissances et compétences.</li> <li>- Ajustement des pratiques professionnelles.</li> <li>- Renforcement de la continuité du parcours (gestion des situations de crise).</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p>2020 (hors plan de formation) : recueil des besoins + Groupes de formation.  2021 : journée d'étude sur la thématique de la prévention du suicide.</p>
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b>  <b>15 000 € par an</b> : organisation de trois groupes de formation par an et d'une journée dédiée à la prévention du suicide.</p> <p><b>Financement ARS</b> : 15 000€</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b>  ✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombre de groupes de travail, de participants,...).  ✓ <b>qualitatifs</b> (questionnaire en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles).  ✓ <b>de mise en œuvre</b> (questionnaire sur l'aspect organisationnel).</p> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage des Plateformes.</p> <p><b>Source</b> : questionnaires de satisfaction (<i>un en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles et un sur l'aspect organisationnel</i>) adressés aux professionnels par les Plateformes de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine et de la Haute-Saône, ainsi qu'un recueil (tableau excel) du service formation AHBFC.</p> <p><b>Responsables du suivi</b> : Plateformes de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine et de la Haute-Saône (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'actions des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, initiés en novembre 2014.</li> <li>- Projet institutionnel 2017-2021 de l'Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté.</li> </ul>

**AXE 4 : OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**Thématique : Favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique**

**Fiche action transversale n° 8**

**« Développer la coopération entre la médecine psychiatrique et les médecins généralistes »**

**Motivation de l'action, contexte**

Localement et malgré un contexte démographique des professionnels de santé peu favorable, il y a cette volonté de développer la coopération entre la médecine psychiatrique et les médecins généralistes. Avec des besoins repérés tels que :

- un accès à un avis / à un conseil spécialisé ou à un adressage,
- un accès aux soins somatiques et/ou un relais dans le cadre d'une prise en charge globale.
- un échange et partage d'informations, avis, conseils, adressage dans le cadre d'un suivi conjoint.

Sur le Nord Franche-Comté, déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) au nombre de 4 : 2 sur le Territoire de Belfort ; 1 sur le Doubs et 1 sur le Doubs et la Haute-Saône.

Les CPTS sont définies par l'article L1434-12 du code de santé publique : afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé, sous réserve pour les professionnels du service de santé des armées de l'autorisation du ministre de la défense.

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. Le projet de santé est réputé validé, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé ».

L'Assurance Maladie accorde des financements incitatifs aux professionnels qui s'organisent en CPTS. Dans le cadre de l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel) de l'Assurance Maladie, il est attendu des CPTS de remplir des missions socles et des missions optionnelles pour pouvoir bénéficier d'un financement pérenne.

Les missions socles identifiées sont:

2 missions « Accès aux soins » :

- La mission « Accès au médecin traitant » (création d'un dispositif visant à la recherche d'un médecin traitant pour les patients, recensement de ces



	<p>patients par un organisme, attention particulière pour les patients « fragiles »).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mission « Accès aux soins non programmés » (organisation permettant la prise en charge le jour-même ou dans les 24h suite à la demande d'un patient en situation d'urgence non vitale).</li> </ul> <p><u>1 mission « Parcours/coordination »</u> : Gestion coordonnée des parcours en effectuant des liens entre les professionnels de santé et les établissements de santé, et proposer des parcours-patients répondant aux besoins des territoires.</p> <p><u>1 mission « Prévention »</u> : Définition des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluri-professionnelle constitue un gage de réussite.</p> <p>Les thèmes retenus seront donc variables d'une communauté professionnelle à l'autre.</p> <p>Les missions optionnelles sont : Missions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins / Accompagner les professionnels de santé sur le territoire.</p>
<p><b>Objectifs de l'action</b></p>	<p><b>Objectif général</b> : faciliter l'accès aux soins en psychiatrie à l'ensemble de la population du Nord Franche-Comté (secteurs et intersecteurs de psychiatrie du CHS)</p> <p><b>Objectifs spécifiques</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer et orienter les médecins généralistes exerçant en ville (libéraux ou salariés).</li> <li>- Accéder à un avis/conseil spécialisé ou à un adressage.</li> <li>- Répondre à un besoin de concertation : échange et partage d'informations.</li> <li>- Développer un travail partenarial avec les CPTS.</li> </ul>
<p><b>Description du projet</b></p>	<p><b>Résumé</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'une rencontre, en présence de représentants de l'Union Régionale des Professionnels de Santé BFC, des médecins-chefs des pôles : enfant et adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l'Aire Urbaine, des secteurs et intersecteurs de psychiatrie générale et de l'intersecteur de psychiatrie du sujet âgé, de la Direction AHBFC et de la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recenser les attentes et besoins des acteurs concernés.</li> </ul> </li> </ul> <p>En fonction des données : engager une réflexion autour d'actions communes, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler sur la lisibilité de l'offre de soins en psychiatrie auprès des médecins généralistes exerçant en ville : construction d'un annuaire de ressources recensant l'offre de soins en psychiatrie AHBFC avec coordonnées et numéros utiles.</li> <li>- Organisation d'un évènement en soirée par la Plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine, en direction des médecins généralistes du territoire, exerçant en ville, en partenariat avec l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté et la Délégation Territoriale ARS BFC Nord Franche-Comté.</li> </ul> <p><b>Porteurs de l'action</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC) / Union Régionale des Professionnels de Santé BFC (URPS médecins libéraux).</p>

	<p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : union Régionale des Professionnels de Santé BFC (URPS médecins libéraux) ; médecins généralistes exerçant en ville (libéraux ou salariés) ; le pôle enfant de psychiatrie infanto-juvénile de l’Aire Urbaine (90I01) ; le pôle adolescent de psychiatrie infanto-juvénile de l’Aire Urbaine (25I02) ; les secteurs et intersecteurs de psychiatrie générale ; l’intersecteur de psychiatrie du sujet âgé et la Délégation Territoriale ARS BFC Nord Franche-Comté ; les associations de Communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS).</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : enfants, adolescents, adultes, personnes âgées du Nord Franche-Comté (secteurs et intersecteurs de psychiatrie du CHS).</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter l’accès aux soins.</li> <li>- Améliorer les réponses apportées.</li> <li>- Améliorer la concertation et la coopération</li> <li>- Faciliter le travail en réseau.</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée du PTSM
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : 1000€ frais de communication</p> <p><b>Financement ARS</b> : 1000€</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de professionnels concernés.</li> <li>- Nombre de réunions organisées / Professionnels présents.</li> <li>- Nature des réflexions engagées.</li> <li>- Formalisation de l’outil. Mesure de la connaissance de l’outil et des points d’amélioration (auprès des professionnels – questionnaire de satisfaction).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source</b> : recensement des besoins et attentes / Questionnaire de satisfaction adressé par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l’Aire Urbaine (PC-PSM AU), aux professionnels concernés par l’outil.</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l’Aire Urbaine (PC-PSM AU)</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	

## AXE 5 : MIEUX PREVENIR ET GERER LES EPISODES AIGUS

Thématique : Prévention et gestion des situations de crise

### Fiche action transversale n° 9

#### « Soutenir les stages d'immersion »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Si globalement sur le territoire, les professionnels interagissent entre eux, la frontière entre cultures médico-sociale et sanitaire reste très marquée, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- l'absence de vocabulaire commun entre les différents secteurs sanitaire, social et médico-social conduisant à des incompréhensions.</li><li>- un manque de connaissance des particularités d'intervention/compétences/limites de chacun des acteurs : au sein même d'un même secteur.</li><li>- un manque de connaissance des procédures administratives propres à une entité (ex : accès aux soins sans consentement, adressage pédopsychiatrie par la médecine scolaire, fonctionnement d'un SESSAD, procédure de mise sous protection,...).</li></ul>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> Optimiser les coopérations et développer un socle de culture commune.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Améliorer la compréhension mutuelle et l'échange de pratiques.</li><li>- Améliorer la lisibilité des dispositifs en place pour les professionnels et les personnes avec troubles de la santé mentale.</li><li>- Travailler sur la formalisation des coopérations.</li><li>- Œuvrer pour une déstigmatisation du public (handicap psychique)</li></ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b> par le biais d'une convention générale entre l'AHBFC et une structure partenaire (signataire de la charte constitutive) : organisation de stages d'observation de quelques jours au sein d'un service/établissement pour vivre de l'intérieur les pratiques professionnelles. La Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine assure la centralisation des demandes de stage en lien avec les secteurs et intersecteurs de psychiatrie concernés et les structures partenaires. Une fois les dates de stage validées, la Plateforme de coordination les communique au service Formation de l'AHBFC. Par ailleurs, des stages d'immersion entre partenaires sont possibles (hors AHBFC), pour cela, chaque année (civile), les Directions adressent à la Plateforme de coordination le nombre de stages effectués.</p> <p>En parallèle, présentations de service des structures partenaires à la Plateforme de coordination sont organisées tous les trois mois environ. Cette organisation étant expérimentale, les modalités de fonctionnement restent évolutives. Les rencontres se tiennent sur une demi-journée. Une inscription est demandée au préalable.</p> <p>La Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine assure toute la partie organisationnelle de ces rencontres thématiques (recherche de partenaires, programmation de date, réservation de salle, envoi des invitations,...).</p> <p><b>Porteur de l'action :</b> Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>

	<p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser</b> : établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires, Conseils Départementaux, CCAS du Nord Franche-Comté, services mandataires, bailleurs sociaux,...</p> <p><b>Population bénéficiaire</b> : tous professionnels des différents secteurs : sanitaire, social et médico-social.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure compréhension du fonctionnement des entités</li> <li>- Création de liens interpersonnels</li> <li>- Décloisonnement des secteurs</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	Durée du PTSM
<b>Financement</b>	<p><b>Estimation du montant prévisionnel global du projet</b> : 1 000 € frais d'organisation.</p> <p><b>Financement ARS</b> : 1 000 €</p>
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de stages organisés</li> <li>- Typologie des établissements / services concernés</li> <li>- Typologie de professionnels concernés</li> <li>- Mesurer l'impact de l'amélioration des pratiques / les points d'amélioration généraux (questionnaires de satisfaction en direction des stagiaires)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de rencontres organisées</li> <li>- Nombre de participants</li> <li>- Typologie des établissements / services concernés</li> <li>- Typologie de professionnels concernés</li> <li>- Mesurer l'utilité dans les pratiques professionnelles / les points d'amélioration généraux (questionnaires de satisfaction en direction des participants)</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure</b> : annuelle. Présentation des résultats lors du Comité de pilotage de la Plateforme.</p> <p><b>Source</b> : questionnaire de satisfaction (version éditable) adressé aux stagiaires, avec en copie les Directions lors de l'organisation du stage par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU). Le questionnaire est à renvoyer par mail à la Plateforme dans les 15 jours qui suivent la fin du stage d'immersion.</p> <p style="padding-left: 40px;">: questionnaire de satisfaction (à chaud) adressé aux participants à la fin de la rencontre par la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (PC-PSM AU).</p> <p><b>Responsable du suivi</b> : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale de l'Aire Urbaine (AHBFC).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'actions des Plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, initiés en novembre 2014.</li> <li>- Projet institutionnel 2017 – 2021 de l'AHBFC</li> </ul>

## AXE 5 : MIEUX PREVENIR ET GERER LES EPISODES AIGUS

Thématique : Prévention et gestion des situations de crise

### Fiche action transversale n° 10

#### « Participation à un dispositif régional Franc-Comtois de prévention de la crise suicidaire »

<b>Motivation de l'action, contexte</b>	<p>Les taux de décès par suicide en Bourgogne Franche-Comté ainsi que les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont plus élevés que les taux nationaux.</p> <p>Partant du constat que les réponses aux appels téléphoniques en dehors des heures d'ouverture des CMP ne sont pas harmonisées, que les messages enregistrés sur répondeur ne sont pas toujours adaptés, ou encore que l'appelant ne peut pas toujours laisser de message, l'Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC) souhaite trouver une réponse réactive pour limiter les risques de rupture dans le parcours de soins, en mettant en place un dispositif de veille « <i>VigilanS</i> » : <i>un programme de recontact post-hospitalier des personnes ayant fait une tentative de suicide.</i></p>
<b>Objectifs de l'action</b>	<p><b>Objectif général :</b> contribuer à une baisse de la mortalité et morbidité par suicide sur le territoire, auprès de personnes suicidantes.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des modalités de prise en charge du suicide et prévention de la récurrence.</li> <li>- Améliorer la permanence des soins par l'accueil téléphonique du patient.</li> <li>- Organiser une réponse téléphonique adaptée aux besoins de soins ou de conseils, par un professionnel de santé.</li> <li>- Eviter les récurrences après un passage à l'acte suicidaire.</li> <li>- Assurer un suivi rapproché en sortie des urgences ou en sortie d'hospitalisation à tout patient suicidant.</li> </ul>
<b>Description du projet</b>	<p><b>Résumé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse régionale - Participation à la mise en œuvre en région d'un dispositif de veille « <i>VigilanS</i> » : <i>un programme de recontact post-hospitalier des personnes ayant fait une tentative de suicide.</i></li> </ul> <p><b>Porteurs de l'action :</b> Agence Régionale de Santé BFC / Association Hospitalière de Bourgogne Franche-Comté (AHBFC).</p> <p><b>Partenaires, acteurs à mobiliser :</b> Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche-Comté, médecine libérale et psychiatrie.</p> <p><b>Population bénéficiaire :</b> toute personne suicidante</p> <p><b>Territoire concerné :</b> Nord Franche-Comté</p>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuer à la mise en place d'un dispositif de veille innovant sur le territoire dans la prise en charge des conduites suicidaires.</li> <li>- Contribuer à la baisse de la mortalité et morbidité par suicide.</li> <li>- Maillage de l'ensemble du territoire.</li> <li>- Pérennité du dispositif.</li> </ul>

<b>Calendrier prévisionnel</b>	2020
<b>Financement</b>	<b>Estimation du montant prévisionnel global du projet :</b> <b>Financement ARS :</b> 225 000 € pour l'équipe Franc-Comtoise.
<b>Indicateurs</b>	<p><b>Description :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>d'indicateurs quantitatifs</b> (nombres de patients concernés par le dispositif Vigilans : primosuicidants / récidivistes, nombre de patients suivis, nombres de patients suicidants interpellés par le dispositif site : urgences, taux de récidives,...)</li> <li>✓ <b>qualitatifs</b> (connaissance du dispositif sur le territoire, acceptabilité et utilisation du dispositif par les professionnels, acceptabilité de la procédure chez les patients, évolution dans le temps du nombre d'hospitalisations en MCO pour tentative de suicide sur le territoire, estimation du nombre de décès à 12 mois pour lesquelles il y a eu activation du dispositif Vigilans,...).</li> <li>✓ <b>de mise en œuvre</b> (aspect organisationnel du dispositif).</li> </ul> <p><b>Fréquence de mesure :</b> trimestrielle.</p> <p><b>Source :</b> Nécessité d'une transmission d'un tableau de bord trimestriel : analyse descriptive par les professionnels de santé du dispositif vigilans : <i>nombre de patients suivis, nombre de patients perçus en crise suicidaire, nombre de patients n'allant pas au bout de la procédure d'alerte,...</i></p> <p><b>Responsable du suivi :</b> Centre Hospitalier Spécialisé de Saint Ylie (Jura).</p>
<b>Liens avec la politique de santé et/ou autres démarches de partenaires</b>	Projet institutionnel 2017 – 2021 de l'AHBFC (fiche action « Prévention du suicide »).

Le PTSM avec ses fiches actions constituent le Contrat Territorial de Santé Mentale. Les actions seront mises en œuvre par les porteurs et déclinées sur le Nord Franche-Comté dans les 5 ans, afin de remédier aux problématiques rencontrées et améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Les parties signataires du Contrat Territorial de Santé Mentale, s'engagent à participer et à suivre la bonne réalisation des actions identifiées.

Un bilan annuel de la mise en œuvre des actions sera présenté, avant le 31 décembre aux membres de la commission spécialisée en santé mentale du CTS NFC, au bureau du Conseil Territorial de Santé Nord Franche-Comté, et transmis au Directeur Général de l'ARS BFC.

Le : ././....

**Président,**

**Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé NFC**

**Monsieur Arnaud REMOND**

**Président,**

**Conseil Territorial de Santé du Nord Franche-Comté**

**Monsieur Loïc GRALL**

**Directeur Général,**

**Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté**

**Monsieur Pierre PRIBILE**

## **7. ANNEXES**

---

**Annexe 1** : *Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.*

**Annexe 2** : *Instruction n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.*

**Annexe 3** : *Composition Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé Nord Franche-Comté.*

**Annexe 4** : *Composition du comité de pilotage du PTSM NFC.*

**Annexe 5** : *Composition des groupes de travail PTSM NFC : Enfant/Adolescent – Adulte/Addictologie – Personnes âgées*

**Annexe 6** : *Calendrier de travail – PTSM NFC.*

**Annexe 7** : *listing des fiches actions du PTSM NFC.*



**Annexe 1** : *Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.*

JORF n°0176 du 29 juillet 2017

Texte n°16

**Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale**

NOR: SSAH1710848D

Publics concernés : établissements de santé autorisés en psychiatrie ; professionnels de santé ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; représentants des usagers et des familles ; psychologues ; agences régionales de santé ; collectivités territoriales.

Objet : modalités d'élaboration et priorités du projet territorial de santé mentale.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret fixe les priorités du projet territorial de santé mentale. Il précise également la méthodologie et les délais maximum de son élaboration, en définissant notamment le rôle des agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 114-1-1 et L. 114-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3221-2, L. 3221-5-1 et L. 3221-6 ;

Vu la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, notamment son article 5 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

## Article 1

Le titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article R. 3224-1 devient l'article R. 3225-1 ;

2° Il est rétabli un chapitre IV comprenant les articles R. 3224-1 à R. 3224-10 ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Projet territorial de santé mentale

« Art. R. 3224-1.-I.-Le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 :

« 1° Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;

« 2° Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;

« 3° Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

« II.- La coordination de second niveau permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées mentionnées au I de l'article L. 3221-2 lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie.

« III.- Les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

« IV.- Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de cinq ans. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

« Art. R. 3224-2.-I.-Lorsque des acteurs de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 travaillant dans le champ de la santé mentale sur un territoire prennent l'initiative de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, ils adressent au directeur général de l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence.

« II.- Pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale, les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale sur ce territoire :

« 1° S'assurent de la participation des communautés psychiatriques de territoire mentionnées au VI de l'article L. 3221-2, lorsqu'elles existent ;

« 2° Veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale ;

« 3° Tiennent compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

« III.- L'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant.

« IV.- Le défaut d'élaboration d'un projet territorial de santé mentale par les acteurs est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de dix-huit mois à compter de la date d'échéance du délai de cinq ans suivant la décision du directeur général de l'agence régionale de santé ayant arrêté le précédent projet territorial de santé mentale.

« Art. R. 3224-3.-Pour établir l'état des ressources disponibles, identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et préconiser des actions pour y remédier, le diagnostic partagé prévu au II de l'article L. 3221-2 prend en compte les éléments suivants :

« 1° L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques ;

« 2° L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ;

« 3° Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ;

« 4° La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ;

« 5° Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ;

« 6° L'accès aux droits ;

« 7° L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques ;

« 8° La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations ;

« 9° L'organisation de la permanence des soins ;

« 10° L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

« Le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

« Art. R. 3224-4.-Le projet territorial de santé mentale organise l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10.

« Art. R. 3224-5.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

« A ce titre, il prévoit l'organisation de :

« 1° L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;

« 2° L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;

« 3° L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

« II.- Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :

« 1° La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;

« 2° Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;

« 3° Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;

« 4° Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.

« III.- Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.

« Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;

« 2° Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.

« II.- Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

« Art. R. 3224-7.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

« A ce titre, il veille à ce que soient prévus :

« 1° L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;

« 2° En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;

« 3° L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

« Art. R. 3224-8.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;

« 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.

« 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;

« 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

« Art. R. 3224-9.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité 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 de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

« A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 1114-1 du code de l'action sociale et des familles.

« II.- Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

« 1° Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;

« 2° L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;

« 3° Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;

« 4° La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.

« Art. R. 3224-10.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

« A ce titre, il vise à :

« 1° Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;

« 2° Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. »

## **Article 2**

Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l'article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret.

## **Article 3**

La ministre des solidarités et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 juillet 2017.

Edouard Philippe

Par le Premier ministre :

La ministre des solidarités et de la santé,  
Agnès Buzyn

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées,  
Sophie Cluzel

**Annexe 2 : Instruction n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.**



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ**

**Direction générale de l'offre de soins**

Sous-direction Régulation de l'offre de soins  
Bureau prises en charge post-urgences, pathologies chroniques  
et santé mentale (R4)

Personne chargée du dossier : Céline DESCAMPS

Tél. : 01 40 56 54 30

Mél. : [celine.descamps@sante.gouv.fr](mailto:celine.descamps@sante.gouv.fr)

**Direction générale de la cohésion sociale**

Sous-direction autonomie, personnes handicapées et âgées  
Bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie  
des personnes handicapées (3B)

Personne chargée du dossier : Dr Sylvia GUYOT

Tél : 01 40 56 82 46

Mél : [sylvia.guyot@social.gouv.fr](mailto:sylvia.guyot@social.gouv.fr)

**Direction générale de la santé**

Sous-direction de la santé des populations et  
de la prévention des maladies chroniques  
Bureau de la santé mentale (SP4)

Personne chargée du dossier : Marie-Hélène DECHAUX

Tél. : 01 40 56 45 48

Mél. : [marie-helene.dechaux@sante.gouv.fr](mailto:marie-helene.dechaux@sante.gouv.fr)

La directrice générale de l'offre de soins  
Le directeur général de la cohésion sociale  
Le directeur général de la santé

à

Madame et Messieurs les préfets de région  
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé  
Mesdames et Messieurs les préfets de département

*Copie :*

- Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs des Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- Monsieur le directeur de la DRIHL [pour les politiques le concernant]
- Mesdames et messieurs les directeurs des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale



**INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale**

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : **SSAH1815648J**

Classement thématique :

**Validée par le CNP le 25 mai 2018 - Visa CNP 2018-41**

**Publiée au BO** : oui

**Déposée sur le site [circulaire.legifrance.gouv.fr](http://circulaire.legifrance.gouv.fr)** : oui

<b>Catégorie</b> : Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application
<b>Résumé</b> : La présente instruction vise à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale. En application du décret relatif au projet territorial de santé mentale, elle précise les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets. Elle renvoie par ailleurs à une « boîte à outils » en ligne sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé pour décliner et illustrer les priorités du décret.
<b>Mots-clés</b> : parcours de santé et de vie, besoins des personnes, prévention et promotion de la santé, soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux, services, co-construction, diagnostic territorial partagé, contrat territorial de santé mentale
<b>Textes de référence</b> : Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69 Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville
<b>Annexes</b> : Annexe 1 : Les acteurs partie prenante du projet territorial de santé mentale Annexe 2 : Le recueil de données dans le cadre du diagnostic territorial partagé : exemples de données à mobiliser
<b>Diffusion</b> : ARS, établissements et professionnels de santé, URPS, établissements et services sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales, conseils départementaux, services de l'Etat en région et dans les départements (DDCS-PP, DDT, Délégués du Préfet), MDPH, recteurs d'académie.

**Site Internet du Ministère :**

« Boîte à outils » : Les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale - Exemples de mise en œuvre : <http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

## Introduction

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre sur les territoires de projets territoriaux de santé mentale élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique.

En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 a fixé les six priorités que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale ; il a précisé la méthodologie et les délais maximum d'élaboration du projet territorial, le rôle des Agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

En prolongement du décret, la présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale sur les territoires, en précisant la déclinaison des priorités en actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en soins, accompagnements et services attendus (I) ; en explicitant les modalités de définition du territoire, de mobilisation et d'association des acteurs, ainsi que le rôle des ARS (II) ; et en fixant le calendrier et les modalités de contractualisation, de suivi et d'évaluation du projet (III).

Déclinée sur le site Internet du ministère, cette instruction vise à proposer aux acteurs les outils de co-construction des projets territoriaux de santé mentale et à favoriser l'émergence de réponses centrées sur les besoins et aspirations des personnes, intégrant les objectifs de prévention, notamment du suicide, et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et de progrès des connaissances.

Elle doit aider les acteurs à élaborer des projets partagés, réalistes et progressifs en réponse aux enjeux de santé mentale identifiés sur les territoires, afin de permettre à ces projets d'améliorer concrètement les parcours des personnes concernées.

### **1. Les actions de prévention et de promotion de la santé, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale**

L'article L3221-2 du Code de la santé publique dispose que le projet territorial de santé mentale « *organise les conditions d'accès de la population :*

*1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;*

*2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;*

*3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale ».*

Pour organiser cet accès, le projet territorial de santé mentale tient compte des six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017. Ces priorités sont déclinées selon une logique qui part, non des acteurs et des structures, mais des besoins et aspirations des personnes dans le cadre de leur parcours.

Elles ont vocation à être mises en œuvre selon des modalités diversifiées déterminées par les acteurs, en lien avec les ARS, pour tenir compte des caractéristiques du territoire, des besoins et des attentes des personnes concernées et de leurs familles, de l'offre existante et de la dynamique des acteurs.

Elles répondent aux orientations du décret relatif au projet territorial de santé mentale, favorisant « *la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire* » et visant « *la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion de leurs capacités et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active* ».

Elles s'adressent à la fois :

- à la population générale, pour ce qui concerne la promotion de la santé mentale et l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ;
- aux personnes présentant une souffrance et/ou des troubles psychiques - incluant les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, car présentant des troubles sévères et persistants, ainsi que les personnes les plus vulnérables cumulant les problématiques de santé ;
- et à leurs proches et aidants, pour l'ensemble des priorités

Elles contribuent aux réponses apportées aux personnes présentant certains troubles neuro-développementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Une « boîte à outils », conçue pour aider les acteurs dans la mise en œuvre des priorités, est disponible sur le site du Ministère :

Les six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017 sont déclinées en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins, accompagnements sociaux et médico-sociaux et services attendus, et sont illustrées par des exemples de réponses construites et proposées par des professionnels de terrain, dans une logique de boîte à outils. Ces exemples ont vocation à faire partager des dynamiques de réponses déjà à l'œuvre sur les territoires à l'initiative des acteurs locaux ; ils ne constituent pas une recommandation formelle d'organisation.

Ces exemples seront progressivement enrichis.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

## **2. Les modalités de définition des territoires, de mobilisation et d'association des acteurs et le rôle des Agences régionales de santé**

### 2.1 Le territoire du projet

Le territoire de santé mentale, tel que défini à l'article L.3221-2, correspond à la notion de **territoire suffisant** pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale (représentants des personnes concernées et des familles, établissements de santé autorisés en psychiatrie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupes d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne).
- l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Le territoire de santé mentale est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité. A l'inverse, ce n'est pas le territoire d'organisation des parcours en proximité (échelon local), ni le territoire de planification et d'allocation des ressources (échelon régional). Il est important de noter qu'il s'agit avant tout d'un territoire de projet et d'engagement des acteurs, même si ses contours doivent pouvoir être définis.

A titre indicatif, le niveau départemental peut constituer un niveau territorial pertinent, à la fois pour les acteurs sanitaires (présence de la délégation territoriale de l'ARS et de un à plusieurs groupements hospitaliers de territoire), et pour les acteurs sociaux et médico-sociaux, en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Le territoire de démocratie sanitaire, s'il est différent du niveau départemental, peut également être retenu, en cohérence avec celui du Conseil territorial de santé et de sa commission spécialisée en santé mentale. Le niveau de l'agglomération ou de la métropole, quand il existe, pourra également être adapté dans les territoires caractérisés par une forte densité populationnelle.

Le territoire est défini de manière consensuelle entre les différentes catégories d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

## 2.2 Les acteurs à mobiliser pour participer à la démarche de diagnostic territorial partagé et de projet territorial de santé mentale

L'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale constitue une démarche partenariale rassemblant l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale. Elle doit permettre d'établir des constats partagés entre ces acteurs et **de co-construire un projet territorial centré sur la réponse aux besoins et aspirations** des personnes. Les acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale sont :

- Les représentants des personnes et des familles ;
- Les acteurs sanitaires, dont les acteurs de la psychiatrie et les professionnels de santé libéraux ;
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- Les collectivités territoriales ;
- Les services préfectoraux, dont la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ;
- Les acteurs de la promotion de la santé mentale et de la prévention, notamment ceux travaillant dans la prévention du suicide
- Les acteurs de la lutte contre les addictions ;
- Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion, dont les acteurs des PRAPS ;
- Les acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »<sup>1</sup> ;
- Les autres acteurs concourant à la politique de santé mentale, notamment pour une continuité scolaire, d'apprentissage, d'études adaptées et choisies
- Le Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale
- Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale ;
- Les Centres de ressources pour le handicap psychique (CRéHPsy) et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes présentant des troubles psychiques

L'annexe 1 décline plus précisément ces catégories.

<sup>1</sup> Cf. Page sur le site du Ministère : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-santé-mentale>

### 2.3 La matérialisation de l'initiative

L'initiative de l'élaboration du projet territorial de santé mentale est prise par des acteurs de santé mentale. Elle peut en particulier émaner du Conseil territorial de santé et de sa Commission spécialisée en santé mentale ou, à défaut, de toute autre forme d'instance de concertation en santé mentale présente sur un territoire.

La démarche associe d'emblée des représentants de l'ensemble des acteurs concernés, *a minima* des acteurs de la psychiatrie et des acteurs du champ social et médico-social et des représentants des personnes concernées et des familles. Les représentants des élus sont particulièrement invités à participer à cette initiative.

Les porteurs de l'initiative ainsi réunis se concertent pour délimiter le territoire, identifier les autres acteurs de ce territoire à associer et proposer un mode de gouvernance du projet.

Avant l'engagement de la démarche de diagnostic territorial, ils adressent au Directeur général de l'Agence régionale de santé un document précisant :

- La délimitation du territoire proposé
- La liste des acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet territorial de santé mentale conformément au paragraphe 2.2 de la présente instruction

Si cette initiative n'est pas conforme aux dispositions prévues par les textes, le directeur de l'Agence régionale de santé sollicite auprès des acteurs une modification du territoire envisagé ou de la liste des acteurs identifiés.

Avec le soutien de l'Agence régionale de santé, les porteurs de l'initiative sollicitent la participation des autres acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet. Les catégories d'acteurs se caractérisant par un nombre important de membres pourront être invitées à organiser les modalités de leur représentation collective.

### 2.4 La gouvernance du projet

Les modalités de gouvernance et de pilotage du projet permettent une représentation du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, afin de garantir la prise en compte des besoins de santé et d'accompagnement. La gouvernance intègre des représentants des usagers et des familles et des représentants des collectivités territoriales.

Elle permet la circulation de l'information nécessaire entre les pilotes du projet et l'ensemble des acteurs associés. La mise en place d'un comité de pilotage territorial peut être recommandée à cette fin.

Elle peut s'intégrer dans un cadre juridique, par exemple un GCS ou un GCSMS<sup>2</sup> déjà existants, une communauté psychiatrique de territoire élargie aux autres acteurs, une association...

### 2.5 La première étape : le diagnostic territorial partagé

L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue **une démarche participative et qualitative** qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale.

<sup>2</sup> Groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)

L'élaboration du diagnostic territorial tient compte des axes d'analyse cités à l'article R 3224-3 du Code de la santé publique.

Le diagnostic territorial s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offre, qui pourra notamment se nourrir des informations produites par l'ATIH<sup>3</sup>, la DREES<sup>4</sup> et les observatoires régionaux de santé. L'annexe 2 propose une liste indicative de ces données et indicateurs. Il s'appuie également sur les documents et schémas existants<sup>5</sup>.

Dès la finalisation du document, les pilotes du projet transmettent le diagnostic territorial partagé au Directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité.

## 2.6 La deuxième étape : le projet territorial de santé mentale

Le projet territorial de santé mentale est élaboré sur la base des constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic, en tenant compte des priorités énoncées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de leur déclinaison en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnements à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

Le projet territorial de santé mentale est concrétisé par un document opérationnel décrivant les projets et les actions retenus par les acteurs afin de prendre en compte les six priorités fixées par le décret pour la durée du projet territorial. Il prévoit la priorisation des actions dans le temps, les modalités opérationnelles de leur mise en œuvre et les acteurs concernés. Il prévoit en outre les modalités et les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du projet, ainsi qu'une mesure T0 de ces indicateurs.

Les pilotes du projet transmettent le projet territorial de santé mentale au directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité, avant l'expiration de la période mentionnée au 3.1 de la présente instruction.

Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP<sup>6</sup> dans le cadre du projet « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires » (publication en décembre 2016) pourront utilement être mobilisés par les acteurs, ainsi que le Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (CNSA-ANCREAI<sup>7</sup>, avril 2016).

<sup>3</sup> Agence technique de l'information hospitalière

<sup>4</sup> Atlas de la santé mentale en France (DREES-IRDES), enquêtes SAE, ES-Handicap et enquête ES-Difficulté sociale

<sup>5</sup> Projet régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées et de la protection de l'enfance, projets des conseils locaux de santé mentale, des contrats locaux de santé, des équipes de soins primaires, des communautés territoriales professionnelles de santé, des plates-formes territoriales d'appui, plans départementaux de lutte contre la pauvreté et pour l'insertion sociale, plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, plans locaux d'habitat, contrats de ville...

<sup>6</sup> Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

<sup>7</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie- Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

### 2.7 Le rôle des agences régionales de santé dans l'animation, le suivi et la validation de la démarche

Conformément à l'article R. 3224-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires et au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant. A ce titre, le directeur général de l'agence :

- S'assure que la définition du territoire proposée par les acteurs contribue à la couverture globale du territoire régional par des projets territoriaux de santé mentale
- S'assure que l'ensemble des catégories d'acteurs concernés sont parties prenantes de la démarche et sollicite, si nécessaire, les acteurs manquants
- S'assure d'une gouvernance équilibrée du diagnostic et du projet territorial de santé mentale
- Mobilise les délégations départementales et/ou les référents thématiques (santé mentale, handicap, précarité, prévention/promotion de la santé, addictions, santé des détenus, personnes âgées, politique de la ville...), qui contribuent notamment à mettre à disposition les données nécessaires à la réalisation du diagnostic territorial, participent aux instances de gouvernance et, le cas échéant, aux travaux
- S'assure de la prise en compte des priorités fixées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de la conformité du projet avec le projet régional de santé et la stratégie nationale de santé.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête le diagnostic, puis le projet territorial de santé mentale après avoir sollicité pour chaque document l'avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, conformément à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

## **3. Calendrier, modalités de contractualisation, suivi et évaluation**

### 3.1 Calendrier

Le projet territorial de santé mentale a une durée de 5 ans à compter de la date à laquelle il est arrêté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

La date limite de transmission au directeur général de l'ARS du premier projet territorial de santé mentale est le 28 juillet 2020<sup>8</sup>. A cette date, si aucun projet ne lui a été adressé, le directeur général de l'Agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le projet territorial de santé mentale.

Pour les suivants, à compter de la date d'échéance de chaque projet territorial de santé mentale, le délai maximum d'élaboration d'un nouveau projet territorial est de 18 mois. Passé ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le nouveau projet territorial de santé mentale.

Les projets territoriaux de santé mentale d'une même région peuvent être arrêtés à des temps différents.

<sup>8</sup> Soit 3 ans à compter de la parution au JO du décret relatif au projet territorial de santé mentale.

### 3.2 Modalités de déclinaison et de contractualisation de la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale

Les agences régionales de santé utiliseront les outils à leur disposition afin de faciliter la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

#### *3.2.1 Le contrat territorial de santé mentale*

Conformément aux dispositions de l'article L3221-2 du Code de la santé publique, le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs participant à la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de 6 mois suivant l'arrêt du projet territorial de santé mentale.

Le contrat territorial de santé mentale précise pour chacune des actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial :

- Les acteurs responsables
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Les moyens consacrés par les acteurs
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation

#### *3.2.2 La déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des GHT*

Le directeur général de l'ARS s'assure que les établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les groupements hospitaliers de territoire déclinent au sein de leur projet stratégique (projet d'établissement ou de service, projet médical partagé) les actions du projet territorial de santé mentale qui les concernent. Il sollicite le cas échéant leur actualisation par voie d'avenant.

Conformément aux dispositions du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016, les communautés psychiatriques de territoire dont l'un des membres est partie à un GHT s'assurent de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

#### *3.2.3 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*

Autant que de besoin, les actions permettant la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale peuvent être déclinées au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le directeur général de l'ARS et chaque établissement sanitaire, et établissement et service médico-social, ainsi qu'au sein des contrats liés à la mise en œuvre d'actions financées par le Fonds d'intervention régional.

#### *3.2.4 Les autres outils de déclinaison et de contractualisation*

Le projet territorial de santé mentale est décliné autant que de besoin au sein :

- Des contrats de ville ;
- Des contrats locaux de santé ;



- Des projets des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter de santé mentale ;
- Des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

### 3.3 Suivi et évaluation

Le suivi de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration de la première génération des PTSM au sein des régions sera réalisé par les services des ministres chargées des solidarités, de la santé et des personnes handicapées, en lien avec les ARS.

Par ailleurs, les acteurs inscrivent au sein du projet territorial de santé mentale des indicateurs d'évaluation correspondant aux six priorités fixées par le décret et visant prioritairement à mesurer l'amélioration du parcours des personnes au sein de chaque territoire .

Ces indicateurs font l'objet d'un suivi régulier, par les pilotes du projet, sur sa durée de mise en œuvre. Leur évolution est communiquée à l'ensemble des acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale. Reflétant la responsabilité partagée des acteurs du projet territorial de santé mentale dans le parcours, ils ont vocation à être interprétés et interrogés collectivement.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction aux acteurs de santé mentale. Nos services se tiennent à votre service en cas de difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation

**Signé**

Cécile COURREGES  
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

**Signé**

J-Ph. VINQUANT  
Directeur général de la cohésion sociale

Pour la ministre et par délégation

**Signé**

Jérôme SALOMON  
Directeur général de la santé

Pour la ministre et par délégation

**Signé**

Sabine FOURCADE  
Secrétaire générale  
des ministères chargés des affaires sociales

**Annexe 3 : Composition Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé Nord Franche-Comté.**

Collège 1-a, 1-g (1 à 4)	M. REMOND Arnaud, Président
	Mme TECHER Marlène
	Dr SCHNEIDER Françoise
	<i>1 poste à pourvoir</i>
Collège 1-b (1 à 3)	M. BREUZARD Frédéric
	Dr FLESCHE Philippe
	Mme BERTON Valérie
Collège 1-c (1)	M. NOVELLI Thierry
Collège 1-d-e-f-h (1 à 4)	1 siège réservé pour CPT
	Dr BOBEY Pierre
	Dr GRIESMANN Luc
	<i>1 poste à pourvoir</i>
Collège 2-a (1 à 2)	Mme BITTARD Marie-Jo
	M. LEBEAU François
Collège 2-b (1 à 2)	M. GENEVIEVE Gilbert
	M. MEROTTO Francesco
Collège 3 a-b-c-d-e (1 à 3)	Mme DUPUIS Béatrice
	M. PICARD Alain
	<i>1 poste à pourvoir</i>
Collège 4 a-b (1 à 2)	Mme la Préfète du Territoire de Belfort ou son représentant : <i>nouvelle désignation</i>
	Mme GOGUILLOT Helga

#### **Annexe 4 : Composition du comité de pilotage du PTSM NFC**

##### **Membres du COPIL PTSM NFC :**

ANCEL Pascale, IREPS BFC  
BERREGAD Saâdia (Dr), CDS L. Blum  
BERTHET Pascale, CD25  
BITTARD Marie-Jo, UNAFAM  
BORDET Anne-Marie, UNAFAM  
BRANDT Guy, Préfecture Doubs  
BURGGRAF Isabelle, DSDEN 90  
CAVERZASIO Maud, ALTAU 90  
CHOLET Philippe, CD25  
COSSEC Estelle, HNFC  
DECKMIN Maurice, UNAPEI  
DICHAM Cédric, CCAS Montbéliard  
DUBILLARD Catherine, CD 25  
DUPUIS Béatrice, CD90  
DYSLI Roland, FAEC-IME  
GAILLARD Florie, Fédération des Acteurs de la Solidarité BFC  
GRESSET Catherine, ADAPEI 25  
GRIESMANN Luc (Dr), URPS  
GUERRIN Rémi, DDCSPP 90  
LAZAR Gilles (Dr), ALTAU 70  
MARCHAND Jean-Pierre, CCAS Belfort  
NIGGLI Christian, SESAME AUTISME  
NOVELLI Thierry, FADS Belfort  
PANISSET Michèle, CCAS Montbéliard  
PARCELLIER Alain (Dr), CCAS Héricourt  
PEQUIGNOT Françoise, CGPM  
SCHNEIDER Françoise (Dr), AHBFC  
SEYFRITZ Hélène, ADAPEI 90 — SAMSAH  
TECHER Marlène, CHSLD le Chênois  
THEVENOT Marie-Christine, DASEN 25  
THIERRY Raphaël, Préfecture Territoire de Belfort  
VOISINET Jeanine, CCAS Belfort  
ZELLER Séverine, CCAS Héricourt

**Annexe 5** : Composition des groupes de travail PTSM NFC : *Enfant/Adolescent Adulte/Addictologie - Personnes âgées.*

**Enfant - Adolescent**

- » BERREGAD Saâdia (Dr) – **CDS Léon Blum**
- » BERTON Valérie, attachée de direction – **ANPAA 90**
- » CARTERET Aline, Coordinatrice PC-PSM Aire Urbaine / **Pilote PTSM NFC – AHBFC**
- » CHARMOILLE Alain, Directeur Adjoint – **PJJ**
- » COSSEC Estelle, Directrice des Affaires Générales – **HNFC**
- » COUTANT Rémy, Directeur Pôle Enfance – **ADAPEI 90**
- » DAMBRA Sébastien, Directeur Général – **Sésame Autisme**
- » DUPUIS Béatrice (Dr), Directrice PMI - **Co-pilote filière enfant/adolescent PTSM - Conseil Départemental du Territoire de Belfort**
- » DYSLI Roland, Directeur Pôle Enfance – **Co-pilote filière enfant/adolescent PTSM - Fondation Arc-en-ciel**
- » ECOFFEY Rachel, éducatrice – CSAPA Montbéliard – **AHS-FC**
- » FERRAND Michel (Dr) – **Fondation Arc-en-ciel**
- » GARCIN Pascal, Directeur Enfance Famille – **Conseil Départemental du Territoire de Belfort**
- » GUTHWASSER Maëva, psychologue – **ANPAA 90**
- » KNOEPFLIN Sophie, Directrice MDPH – Conseil Départemental du Territoire de Belfort
- » MILLOT Jean-Luc, Directeur Adjoint Pôle Enfant – **ADAPEI du Doubs**
- » MONNET Luc, Directeur– **ASEANFC**
- » OLIVIER Jean-Paul (Dr), médecin psychiatrie, Chef de service 25102 – **AHBFC**
- » PEQUIGNOT Françoise, coordinatrice de la Maison de l'Adolescence de l'Aire Urbaine - **AHBFC**
- » REMOND Arnaud, Directeur Délégué aux Etablissements de l'Aire Urbaine – **Président de la Commission spécialisée en Santé Mentale du CTS NFC - AHBFC**
- » THOMAIN Cécile (Dr), médecin psychiatrie, cheffe du service 90101 – **AHBFC**
- » ROCHE Julien, Conseiller Technique ASH – **Education Nationale**

**Adulte – Addictologie**

- » AVOUNDOGBA Geneviève, responsable action sociale– **Conseil départemental du Doubs**
- » BERGER Jean-Pierre, chef de service – **SIAO 25**
- » BERTON Valérie, attachée de direction – **ANPAA 90**
- » BITTARD Marie-Jo, bénévole / co-responsable – UNAFAM Section Belfort
- » BONNOT-SAUTRE Dominique (Dr), médecin Direction Autonomie – CD du Doubs
- » BRYON-RIGAL Caroline (Dr), médecin addictologue 70G02– **AHBFC**
- » CARTERET Aline, coordinatrice PC-PSM Aire Urbaine / **Pilote PTSM NFC - Co-pilote filière adulte – AHBFC**
- » CAVERZASIO Maud, directrice / **Co-pilote filière adulte/addictologie PTSM – ALTAU**
- » COSSEC Estelle, directrice des Affaires Générales – **HNFC**
- » ECOFFEY Rachel – CSAPA Montbéliard – **AHS-FC**
- » EUVRARD Hubert, directeur Etablissement– **ADAPEI du Doubs**
- » GRENOT Baptiste, directeur adjoint – **Sésame Autisme**
- » GUTHWASSER Maëva, psychologue – **ANPAA 90**

- » KNOEPFLIN Sophie, directrice MDPH – **Conseil Départemental du Territoire de Belfort**
- » JENNY Linda, responsable service social – **CCAS Montbéliard**
- » MEYER Gilles, directeur – **Les Eparses**
- » NOVELLI Thierry, directeur – **Fondation Armée du Salut de Belfort**
- » REMOND Arnaud, directeur Délégué aux Etablissements de l'Aire Urbaine – **Président de la Commission spécialisée en Santé Mentale du CTS NFC – AHBFC**
- » RICHARDET Laurent, responsable antenne de Montbéliard – **UDAF du Doubs**
- » SCHNEIDER Françoise (Dr), médecin psychiatre cheffe de service 90G03 – **AHBFC**
- » SEYFRITZ Hélène, directrice secteur Adulte– **ADAPEI du Territoire de Belfort**
- » ZELLER Séverine, responsable **CCAS – Ville d'Héricourt**

### **Personnes Agées**

- » BERTON Valérie, attachée de direction – ANPAA 90
- » BARBIER Anne, cadre de santé EHPAD Maison Blanche – **Fondation Arc-en-Ciel**
- » BAUGEY Aline, responsable CMS Héricourt – **Conseil Départemental Haute-Saône**
- » BONNOT-SAUTRE Dominique (Dr), médecin Direction Autonomie – **CD Doubs**
- » CARTERET Aline, coordinatrice PC-PSM Aire Urbaine / **Pilote PTSM NFC – AHBFC**
- » COSSEC Estelle, Directrice des Affaires Générales – **HNFC**
- » DAMBRA Sébastien, Directeur Général – **Sésame Autisme**
- » DETTEWEILER Françoise, chef de service Autonomie – DTSHM de Montbéliard – **Conseil Départemental du Doubs**
- » GAUTHIER Julie, directrice adjointe Autonomie/Personnes âgées – **Conseil Départemental du Territoire de Belfort**
- » HANS Arlette (Dr), médecin Gériatre – **CHSLD « Le Chênois »**
- » HICKEL Julia (Dr), médecin psychiatre, Cheffe de service 90Z01 – **AHBFC**
- » JEANNEROT Nathalie, responsable SSIAD / ESA infirmière coordinatrice – **CCAS de Montbéliard**
- » PERNOT Françoise (Dr), médecin coordinateur – **ANPAA**
- » REMOND Arnaud, directeur Délégué aux Etablissements de l'Aire Urbaine – **Président de la Commission spécialisée en Santé Mentale du CTS NFC – AHBFC**
- » RICHARDET Laurent, responsable antenne de Montbéliard – **UDAF du Doubs**
- » PIOTTE (Dr), médecin – **URPS – ML**
- » POINSIGNON Cindy – responsable de secteur – **HSAP**
- » STEHLIN Pierre (Dr), gériatre – **AHBFC**
- » ZELLER Séverine, responsable **CCAS – Ville d'Héricourt**

**Annexe 6 : Calendrier de travail – PTSM NFC**

<b>PHASE 1 : états des lieux – Diagnostic territorial partagé</b>				
Réunions	Ordre du jour	Enfant	Adulte - Addictologie	Personnes Agées
<b>COPIL PTSM</b>	<b>20/10/2017</b> (réunion d'installation)			
<b>GT 1</b>	<b>Etat des lieux et problématiques</b>	19.12.2017	14.12.2017	18.12.2017
<b>GT 2</b>	<b>Analyse des causes</b>	12.02.2018	09.02.2018	06.02.2018
<b>COPIL PTSM</b>	<b>20/03/2018</b> (présentation et validation des axes stratégiques du PTSM)			
<b>GT 3</b>	<b>Fiches actions</b>	29.03.2018	29.03.2018	26.03.2018
<b>CSM du CTS NFC</b>	<b>25/04/2018</b> (présentation du diagnostic)			
<b>PHASE 2 : plan d'actions – Projet Territorial de Santé Mentale</b>				
Réunions	Ordre du jour	Enfant	Adulte - Addictologie	Personnes Agées
<b>GT 4</b>	<b>Lancement Phase 2</b>	28.11.2018	29.11.2018	03.12.2018
<b>GT 5</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	04.02.2019	23.01.2019	28.01.2019
<b>GT 6</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	04.03.2019	14.02.2019	25.02.2019
<b>GT 7</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	08.04.2019	28.03.2019	04.04.2019
<b>GT 8</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	20.05.2019	06.05.2019	27.06.2019
<b>COPIL PTSM CSM du CTS NFC</b>	<b>24/05/2019</b> (présentation de l'avancée des travaux, calendrier)			
<b>GT 9</b>	<b>Élaboration des fiches actions</b>	01.07.2019	-	-
<b>GT 10</b>	<b>Finalisation des travaux</b>	23.09.2019	10.10.2019	02.10.2019
<b>COPIL PTSM CSM du CTS NFC</b>	<b>07/11/2019</b> (présentation du PTSM pour avis)			
<b>CTS NFC</b>	<b>26/11/2019</b> (présentation du PTSM pour avis)			
<b>Arrêté DGARS</b>	<b>Décembre 2019</b>			
<b>GT 11</b>	<b>Suivi PTSM</b>	02.12.2019	12.12.2019	04.12.2019
<b>Signature CTSM</b>	<b>Mars / Avril 2019</b>			

## Annexe 7 : listing des fiches actions du PTSM NFC.

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE NORD FRANCHE COMTE				
AXES STRATEGIQUES	FILIERE ENFANT/ADOLESCENT	FILIERE ADULTE - ADDICTOLOGIE	FILIERE PERSONNES AGEES	
<b>AMELIORER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES</b> 1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	FA 1 « Créer une équipe mobile de liaison sanitaire et médico-sociale » (adolescents) AHBFC / Fondation Arc-en-Ciel	FA 1 « Développer une offre de soins de réhabilitation psycho-sociale de proximité » ARS / AHBFC	FA 1 « Diffuser un logigramme sur MAIA Aire Urbaine / PC-PSM (AHBFC) ARS	
	FA 2 « Améliorer les réponses apportées aux situations de souffrance psychique repérées en structures dites primaires : PMI, santé scolaire, médecine générale, lieux d'accueil » PC-PSM (AHBFC)	FA 2 « Soutenir les consultations post-urgences » AHBFC	FA 2 « Organiser le dispositif de consultation mémoire » ARS / AHBFC	
	FA 3 « Renforcer la prise en compte des données psychiatriques au sein des MDPH » PC-PSM (AHBFC) / MDPH 90		FA 3 « Développer la télé-médecine » ARS / AHBFC	
<b>MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFICITES DE CERTAINES POPULATIONS</b> 2. Situations inadéquates	FA 4 « Mener une réflexion sur un parcours inter-institutionnel et des référents de parcours » PC-PSM (AHBFC) / Fondation Arc-en-Ciel / APF	FA 3 « Développer une instance de concertation opérationnelle » ARS / PC-PSM (AHBFC)	FA 3 « Soutenir des consultations avancées en addictologie » ALTAU / AHS-FC / ANPAA 90	
		FA 2 « Améliorer la concertation en cours et en sortie d'hospitalisation » AHBFC / UDAF 25 / ATMP	FA 4 « Former et soutenir les professionnels confrontés aux problématiques inhérentes aux addictions » AHBFC / Groupement Addictions Franche-Comté (GAFC)	
<b>OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX</b> 3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	FA 5 « Sensibiliser les assistants familiaux sur les pathologies psychiatriques » CD 90 (ASE) / AHBFC	FA 4 « Soutenir les aidants par la formation et développer l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) » AHBFC	FA 5 « Actualiser et faire vivre des référents institutionnels santé mentale » PC-PSM (AHBFC)	
	FA 6 « Participer à l'accompagnement des sorties de placement des jeunes de l'Aide Sociale à l'Enfance » PC-PSM (AHBFC) / CD 90 - 25 - 70		FA 4 « Soutenir les aidants » AHBFC	FA 6 « Participer à la structuration du Centre Régional Psychotraumatisme BFC » ARS / AHBFC
	FA 7 « Développer les compétences psychosociales des jeunes en situation de handicap liées aux addictions » IREPS / ALTAU / AHS-FC / ANPAA 90 / AHBFC	FA 5 « Créer une Résidence Accueil à Belfort » DCSPP 90 / Fondation Armée du Salut	FA 5 « Créer une Résidence Accueil à Belfort » DCSPP 90 / Fondation Armée du Salut	FA 7 « Mettre en œuvre une formation aux pathologies mentales et à la prévention du suicide » PC-PSM (AHBFC)
<b>OPTIMISER LES COOPERATIONS ET AMELIORER L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX</b> 4. Favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique ou en situation de handicap psychique	FA 8 « Réactualiser la convention relative au repère, à la gestion et à l'accompagnement des épisodes aigus chez les mineurs » PC-PSM (AHBFC)	FA 6 « Etat des lieux sur les dispositifs d'accès et au maintien dans l'emploi » PC-PSM (AHBFC)	FA 6 « Expérimentation d'unité psychiatrique de la personne âgée en EHPAD » ARS / AHBFC	
	FA 9 « Création d'une unité de 5 lits d'hospitalisation complète avec espace d'apaisement pour adolescent en situation de crise sur l'Aire Urbaine » ARS / AHBFC		FA 7 « Structurer un accueil adapté aux personnes présentant des troubles psychiatriques dans les consultations spécialisées » ARS / HNF	FA 8 « Développer la coopération entre la médecine psychiatrique et les médecins généralistes » PC-PSM (AHBFC) / URPS (ML)
<b>MIEUX PREVENIR ET GERER LES EPISODES AIGUS</b> 5. Prévention et gestion des situations de crise			FA 9 « Soutenir les stages d'immersion » PC-PSM (AHBFC)	
			FA 10 « Participation à un dispositif régional Franc-Comtois de prévention de la crise suicidaire » ARS / AHBFC	