

# Diagnostic Territorial de Santé Mentale de Haute-Garonne



Décembre 2019

# Table des matières

<b>Avant-propos</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Partie 1 – La planification des travaux en Haute-Garonne au regard de la réglementation</b> .....	<b>5</b>
<b>Partie 2 – La méthodologie d’élaboration du diagnostic</b> .....	<b>7</b>
2.1. Une gouvernance partagée .....	7
2.2. Approche méthodologique adoptée .....	9
2.3. Etapes d’élaboration du diagnostic .....	10
2.4. Participation des acteurs .....	12
2.5. Finalisation du diagnostic du PTSM 31 .....	17
<b>Partie 3 - Caractéristiques socio-démographiques du territoire</b> .....	<b>18</b>
3.1. Population et territoire .....	18
3.2. Situation socio-économique : emploi, pauvreté et précarité .....	20
<b>Partie 4 - Contexte sanitaire et offre en santé mentale sur le territoire</b> .....	<b>21</b>
4.1 Indicateurs de santé .....	21
4.2 Offre sanitaire et médico-sociale .....	23
4.3 Données complémentaires par priorité .....	42
<b>Partie 5 – Contributions des acteurs de terrain par priorité</b> .....	<b>61</b>
<b>Contributions sur la priorité 1 - Eléments généraux</b> .....	<b>62</b>
<b>Contributions sur la priorité 1 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires</b> .....	<b>65</b>
<b>Contributions sur la priorité 2 - Eléments généraux</b> .....	<b>72</b>
<b>Contributions sur la priorité 2 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires</b> .....	<b>76</b>
<b>Contributions sur la priorité 3 - Eléments généraux</b> .....	<b>81</b>
<b>Contributions sur la priorité 3 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires</b> .....	<b>85</b>
<b>Contributions sur la priorité 4 - Eléments généraux</b> .....	<b>90</b>
<b>Contributions sur la priorité 4 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires</b> .....	<b>96</b>
<b>Contributions sur la priorité 5 - Eléments généraux</b> .....	<b>103</b>
<b>Contributions sur la priorité 5 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires</b> .....	<b>108</b>
<b>Contributions sur la priorité 6 - Eléments généraux</b> .....	<b>113</b>
<b>Contributions sur la priorité 6 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires</b> .....	<b>117</b>
<b>Contributions de la Communauté Psychiatrique de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest</b> .....	<b>127</b>

---

<b>Contributions des services universitaires non sectorisés de la CPT au diagnostic territorial de Santé mentale de la Haute-Garonne.....</b>	<b>129</b>
<b>Partie 6 – Avis des Instances .....</b>	<b>133</b>
<b>Sigles .....</b>	<b>134</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>138</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>139</b>

# Avant-propos

**L**a Commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé de la Haute-Garonne décide, dès sa mise en place, de faire du projet territorial de santé mentale (PTSM) son objectif prioritaire en 2018.

Rapidement, la nécessité de constituer un comité de pilotage élargi est validée par le bureau. Permettre aux acteurs de la santé mentale ne siégeant pas dans cette instance d'être représentés est essentiel pour initier une démarche participative. Si une telle démarche se décrète, un temps d'appropriation s'avère indispensable pour dégager un consensus sur une méthodologie efficiente et pour établir un diagnostic partagé.

**La référence absolue choisie, celle d'un usager confronté à des difficultés, ne procède pas de l'évidence. Les habitudes sont tenaces, proportionnelles à l'engagement des acteurs, qui ancrent dans la richesse de leurs pratiques les convictions de leurs points de vue.**

Saisir la globalité des enjeux de la santé mentale et définir une unité d'action exprime l'ambition affichée du PTSM. Les usagers, les élus, les professionnels du sanitaire, du social, du médicosocial doivent inventer des espaces de coopérations. Ils s'inscrivent dans une clarification de la place et du rôle de chacun.

Les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie restent sans appel. En ce qui concerne les maladies, les troubles psychiques représentent le premier poste des dépenses nationales. Point essentiel, le coût des soins pour les troubles mentaux simples, dits fréquents, avoisine celui des soins hospitaliers lourds.

La Haute-Garonne, riche de ses forts contrastes territoriaux, les retrouve au niveau de l'offre de soins. Des enjeux d'accès aux soins, de fluidité des filières existent en tous les points de son territoire. En revanche des innovations organisationnelles s'expérimentent et montrent la pertinence d'aborder différemment les organisations de soins selon que l'on s'adresse aux pathologies mentales fréquentes ou aux troubles mentaux sévères et persistants.



Ainsi l'expérimentation de la CNAM sur le remboursement de thérapies non médicamenteuses s'adresse aux pathologies mentales légères à modérées. Il en va de même du Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie qui vise à améliorer les pratiques collaboratives entre la médecine générale et la psychiatrie. C'est une régulation possible d'un chaînon de la filière psychiatrique qui englobe outre les troubles simples et fréquents la prise en charge des troubles mentaux sévères et persistants.

Sa structuration est bien avancée autour des pratiques universitaires, des centres experts et d'une organisation de secteur dynamique. Les défis qu'elle relève sont de taille avec l'explosion de la demande de soins et la question du handicap psychique. Préciser les différences et les coopérations entre le sanitaire, le médicosocial, et le social trouve ici toute sa pertinence.

**De forts espoirs émergent pour ce PTSM. Il pourrait être le trait d'union entre la constitution des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et le monde hospitalier psychiatrique qu'il s'agisse de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) comme du gisement de l'offre de soins de l'hospitalisation privée, exceptionnellement riche dans notre département. Ce PTSM souhaite réduire les silos de fonctionnement, les fractures, les absences de coordination. Tous ces éléments incompréhensibles aux yeux de l'usager.**

*Maurice Bensoussan, Président de la Commission Santé Mentale  
du Conseil Territorial de Santé de la Haute-Garonne*



# Introduction

Les indicateurs relatifs à l'état de santé mentale de la population française sont préoccupants : haut taux de recours à l'hospitalisation complète, espérance de vie réduite des malades psychiques, retards de diagnostic, faible taux d'insertion des personnes handicapées psychiques sont pointés par l'OCDE. Classé en 2013 au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires, les troubles psychiques touchent près d'un quart des français, directement ou via leurs proches (CNAMTS, 2016).

La **loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016** définit la politique de santé mentale et introduit des dispositifs pour la décliner sur les territoires, dont le **projet territorial de santé mentale (PTSM)**.

**Le PTSM doit permettre de mieux répondre aux besoins des usagers en santé mentale en travaillant sur 6 priorités définies par décret :**

- 1/ le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;
- 2/ le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale ;
- 3/ l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- 4/ la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- 5/ le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ;
- 6/ l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

**La politique de santé mentale doit désormais être mise en œuvre dans un cadre découplé comprenant des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.**

Le PTSM inclut l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social ainsi que les représentants des usagers, les collectivités territoriales. Il tient compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et accompagnement les plus actuelles, quel que soit les troubles psychiques concernés.

Les acteurs de la santé mentale sont mobilisés pour formaliser le PTSM, fondé sur un diagnostic territorial partagé (cf références réglementaires en annexe 1).

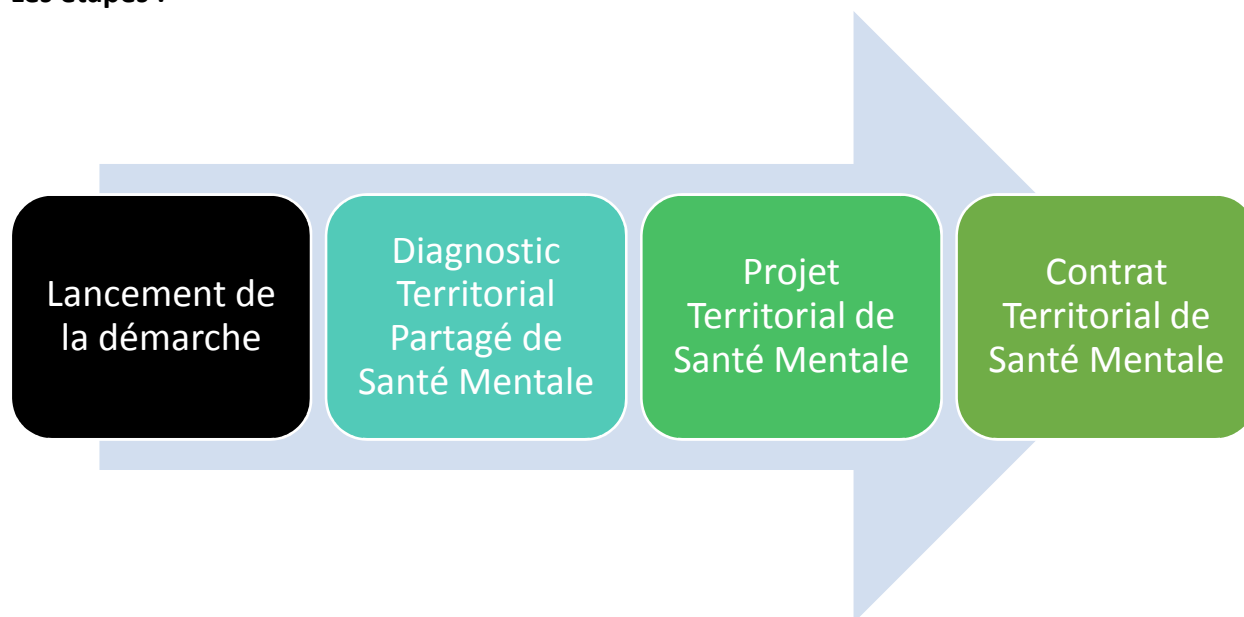
L'ARS valide les diagnostics et les P.T.S.M au plus tard en 2020, ceux-ci devant être en phase avec le projet régional de santé (2018-2022).

**L'enjeu des P.T.S.M réside dans la capacité des acteurs de la santé mentale (professionnels, établissements et usagers) à collaborer pour réaliser le diagnostic partagé puis le projet.**

Dans une perspective où les A.R.S animent la démarche d'élaboration du P.T.S.M initiée et portée par les acteurs, ce travail se penche sur la mise en œuvre de cette démarche innovante.

# Partie 1 – La planification des travaux en Haute-Garonne au regard de la réglementation

## Les étapes :



### Une fois la démarche lancée, il s'agit de :

**1<sup>ère</sup> étape :** élaborer avec tous les acteurs concernés un diagnostic de ce qui fonctionne et de ce qui doit être amélioré sur le territoire - de septembre à décembre 2019.

**2<sup>ème</sup> étape :** bâtir un plan d'action concret, ambitieux et coconstruit avec l'ensemble des acteurs – de janvier à juin 2020.

**3<sup>ème</sup> étape :** traduire le PTSM en contrat d'action entre les acteurs signataires – de juillet à décembre 2020.

### Les objectifs du diagnostic partagé :

- La présentation d'un état des ressources disponibles sur le territoire ;
- L'identification des 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 ;
- La préconisation des actions pour y remédier (L3221-2 II du CSP).

### Les objectifs du projet territorial :

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

**Les populations à besoin spécifique sont à prendre en compte dans les travaux relatifs au PTSM :**

- Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents
- Les personnes ayant des conduites addictives
- Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion
- Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues
- Les personnes âgées en perte d'autonomie
- Les victimes de psycho-traumatisme
- Les personnes en situation de handicap, notamment les personnes ayant des besoins spécifiques en termes de compréhension et de communication, parmi lesquelles les personnes sourdes et malentendantes. Le Haut conseil de santé publique (HCSP) a émis une recommandation spécifique pour les personnes sourdes et malentendantes lors de son évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
- Les personnes isolées
- Les réfugiés et migrants
- Autres publics spécifiques

**Les objectifs du contrat territorial :**

Définir l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

**Echéances :**

**Le diagnostic territorial et le PTSM sont arrêtés par le directeur général de l'ARS. Le PTSM est arrêté pour une durée de 5 ans et peut être révisé ou complété à tout moment.**

La date limite de transmission au DG ARS du premier PTSM est fixée au 28 juillet 2020. Chaque PTSM fait l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale (CTSM)** dont la signature interviendra dans un délai de 6 mois suivant la finalisation du PTSM.

## Partie 2 – La méthodologie d'élaboration du diagnostic

L'ensemble des acteurs de la Haute-Garonne pouvant être amenés à répondre aux besoins des usagers sont concernés par ce projet : représentants d'usagers, aidant, professionnel du soin, du médico-social, du social (logement, insertion...), de l'éducation et des collectivités territoriale. Leurs contributions seront essentielles à la réussite du projet.

Quel que soit leur niveau d'intervention : prévention, prise en charge en santé mentale, réinsertion et réhabilitation sociale, ce qui inclut donc tous les acteurs, du monde éducatif, de la vie sociale, économique, éducative et culturelle etc...

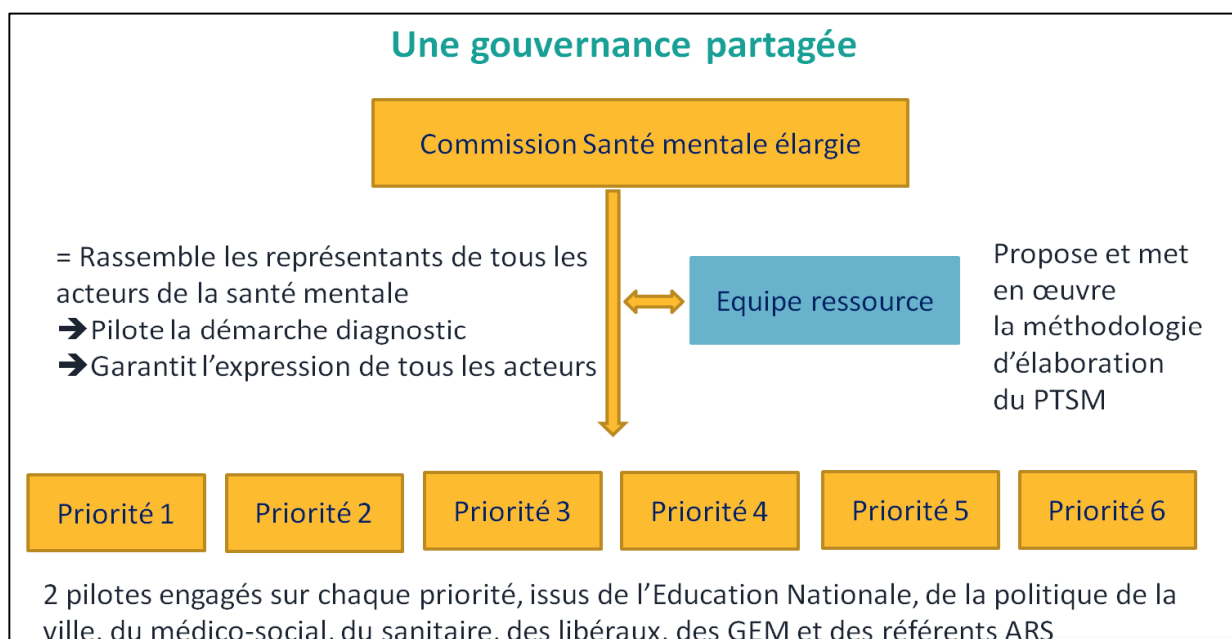
### 2.1. Une gouvernance partagée

Dans la Haute-Garonne, le projet est suivi et piloté par la commission santé mentale (cf liste des membres en annexe 2) qui a été élargie à d'autres acteurs jouant un rôle dans le parcours des personnes ayant des troubles psychiques. Cette commission émane du conseil territorial de santé (instance de démocratie sanitaire). Elle est garante de l'équilibre des représentations et l'expression de tous les acteurs.

Son rôle :

- Définir la stratégie
- Suivre et valider les grandes étapes du projet
- Transmettre le diagnostic et PTSM au DG ARS

La Commission Santé mentale élargie s'est réunie le 29 mars 2019, le 23 mai 2019, le 3 juillet 2019, le 12 septembre 2019 et le 4 décembre 2019.



**Une équipe ressource** a été mise en place en tant que comité technique. Elle est composée de 5 personnes issues de 5 structures différentes :

- URPS des médecins libéraux – Jonathan Plantrou, Directeur délégué de l'URPS des médecins libéraux
- CH Marchant - Carles De Bideran, Directeur-adjoint chargé des affaires générales, des partenariats et des projets
- Communauté Psychiatrique de Territoire - Julie Malaterre, Chargée de mission de la Communauté Psychiatrique de Territoire
- ARSEAA (médico-social) - Camille Hahn, Adjointe du Directeur Général Qualité, Développement, Communication ARSEAA
- ARS – DD31 – Laurence Bertherat, référente territorialisation de la politique régionale de santé et démocratie sanitaire

La composition de l'équipe ressource a été établie sur la base du volontariat des structures participantes à la Commission Santé Mentale élargie.

Il s'agit d'une équipe opérationnelle en charge de préparer les travaux du comité de pilotage.

L'équipe ressource s'est réunie le 28 mai, le 12, 21, 27 juin, le 2 juillet, le 30 août, le 5 septembre, le 20 septembre, 4 octobre, 30 octobre, 14 novembre, 25 novembre, 29 novembre.

Un travail d'échange régulier entre les réunions a été mené.

La co-construction du projet passe par l'association de l'ensemble des acteurs concernés par les problématiques de santé mentale. L'équipe ressource s'assure du bon déroulement de la démarche, et de coordonner les différentes étapes du projet en lien étroit avec le Comité de pilotage.

La Délégation Départementale de Haute-Garonne de l'ARS Occitanie anime, en lien avec l'équipe ressource, la démarche d'élaboration du diagnostic 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.

### **Des pilotes pour chaque priorité**

Un appel à candidatures a été organisé et diffusé via les membres de la commission santé mentale élargie. Au total ce sont 20 candidatures qui ont été reçues. L'enjeu était de diversifier les profils, les structures et les secteurs d'activités. La commission santé mentale élargie a validé la liste des pilotes lors de la réunion du 3 juillet 2019 (cf listing des 12 pilotes en annexe 3).

Les pilotes des groupes de travail s'inscrivent dans la démarche par l'animation d'ateliers / groupes de travail permettant la concertation avec l'ensemble des acteurs. Ils sont référents sur leur thématique et rendent compte des travaux/réflexions.

La Délégation Départementale 31 de l'Agence régionale de santé accompagne et appuie les pilotes dans la mise en œuvre du PTSM par le biais de 6 référents identifiés, un par priorité.

<i>Priorités</i>	<i>Nom des pilotes</i>	<i>Nom des référents ARS</i>
<b>1/</b> Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ;	Mme Cabanat - URPS des médecins Mme Capelle-Specq - Education Nationale	Myriam Thiebeaux - DD31
<b>2/</b> Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale ;	Mme Bourgois - Mairie de Toulouse Mme Roques - Clinique de santé Mailhol	Aurélia Pardo - DD31
<b>3/</b> L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;	Mme Rouch - CHU Toulouse M Massalaz - ASEI	François Nassiri - DD31
<b>4/</b> La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;	Mme Mathur - CHU Toulouse Mme Roques-Darroy - PSMP	Laurence Bertherat - DD31
<b>5/</b> Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ;	M Bourg - GEM Microsillon Mme Moncany - CH Marchant	Sophie Chabrière - DD31
<b>6/</b> L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.	Mme Santene – ARSEEA M Labrousse - UCRM	Nadia Gardelle - DD31

## 2.2. Approche méthodologique adoptée

En Haute-Garonne, dans le diagnostic, les acteurs ont décidé dès le départ des travaux de porter une attention particulière aux 10 éléments issus du décret (cf annexe 1) **par le biais des 6 priorités du PTSM** à savoir :

**Priorité 1 :** Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

**Priorité 2 :** Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale.

**Priorité 3 :** L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

**Priorité 4 :** La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

**Priorité 5 :** Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

**Priorité 6 :** L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

## 2.3. Etapes d'élaboration du diagnostic

### A. Capitalisation de tous les travaux et données – d'avril à novembre 2019

Recensement et analyse des principales caractéristiques du territoire et des ressources selon les 6 priorités ARS / IREPS ;

Rédaction de fiches de pré-diagnostic par l'équipe ressource pour chaque priorité :

A partir de la lecture et l'analyse de 5 documents socles identifiés :

- Travail exploratoire au Diagnostic du Projet Territorial de Santé Mentale – mai 2018 - Lisa Panassie ;
- Diagnostic du projet médical Partagé Santé mentale – Communauté de Psychiatrie de Territoire Haute-Garonne Tarn Ouest ;
- PRS Occitanie dont le PRAPS et les travaux préparatoires du PRS sur la santé mentale ;
- Compte-rendu de la réunion du 28 mars 2019 de la Commission Santé Mentale élargie ;
- Synthèse des questionnaires adressés aux structures de la Commission Santé Mentale élargie.

Par la lecture et l'analyse de textes complémentaires spécifiques à chaque priorité.

Les 6 priorités ont été réparties entre les 5 membres de l'équipe ressource et François Nassiri, médecin inspecteur à l'ARS.

Pour chaque priorité, la fiche de pré-diagnostic :

- présente une définition de la priorité telle qu'indiquée par le décret ;
- met en lumière les problématiques rencontrées, les bonnes pratiques et les leviers existants ;
- fait émerger des questionnements ou points à préciser par rapport aux 10 thématiques du décret ou aux populations à besoin spécifiques.

### B. Ouverture d'un questionnaire en ligne pour recueillir les contributions écrites – de septembre 2019 à novembre 2019

- Ouverture du questionnaire en ligne en date du 16 septembre 2019.
- **85 contributions écrites ont été recueillies** en date du 5 novembre 2019.
- Les acteurs ont pu s'exprimer via un questionnaire en ligne sur chacune des 6 priorités : les points forts, les faiblesses, les leviers identifiés.

### C. Réalisation d'un séminaire le 5 novembre 2019

Les acteurs ont pu participer à un **séminaire** qui s'est tenu à l'URPS des médecins qui a eu lieu le **5 novembre 2019**, au cours duquel les participants ont pu débattre des 6 priorités au sein d'ateliers. **101 personnes** ont participé au séminaire (cf listing des présents en annexe 4).

#### **Programme du séminaire**

(cf détail du programme en annexe 6)

#### **09h45 : séance plénière**

Présentation de la méthodologie d'élaboration du diagnostic du PTSM 31  
Témoignages de personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage  
Présentation de l'organisation des ateliers

#### **10h15 : ateliers**

#### **12h15 : pause repas (plateaux repas)**

**13h15 : témoignages de personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage****13h30 : ateliers****14h30 : pause****15h : restitution des ateliers en plénière****16h15 : clôture du séminaire**

12 ateliers (6 ateliers généraux + 6 ateliers spécifiques) ont été mis en place selon le format World Café.

Composition des ateliers :

Les groupes ont tous été constitués de 7 ou 8 personnes avec un représentant des usagers dans tous les groupes généraux et des représentants des autres secteurs (prévention, social, médico-social, sanitaire) répartis de manière équilibrée.

Pour les 57 personnes qui ont transmis leurs choix d'ateliers, les choix n°1 des acteurs ont été respectés à 72%, les choix n°2 à 23% et les choix n°3 à 5%. Il n'a pas été nécessaire de recourir à leurs choix 4, 5, 6 ou 7.

Pour les ateliers spécifiques, les groupes étaient constitués d'acteurs par typologie de publics (pour 5 groupes) et un groupe a porté sur les territoires :

- Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents
- Les personnes âgées en perte d'autonomie
- Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion et les personnes isolées
- Les personnes ayant des conduites addictives et les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues
- Les réfugiés et migrants et les victimes de psycho-traumatisme
- Groupe « territoires »

La question d'un groupe thématique sur « les personnes en situation de handicap, notamment les personnes ayant des besoins spécifiques en termes de compréhension et de communication » s'est posée mais compte tenu de la forte représentation des acteurs du secteur au sein du processus de construction du PTSM, les problématiques et spécificités par rapport à ce public ont été traitées dans le cadre des ateliers généraux.

Méthode « World Café » :

La méthode « **world café** », est un processus créatif qui vise à faciliter le dialogue constructif et le partage de connaissances et d'idées. Il est attendu un effet « boule de neige » qui permet de capitaliser les travaux en partant du travail du groupe précédent.

Objectif individuel : participer à 6 groupes de travail d'une durée de 25 mn sur la journée.

Objectif collectif : identifier les problématiques constatées par les acteurs, les bonnes pratiques déjà existantes et les leviers d'actions.

6 Ateliers GENERAUX :

Groupes	10h15-10h40	10h45-11h10	11h15-11h40	11h45-12h10	13h30-13h55	14h-14h25
Groupe A	Table 1 / Priorité 1	Table 2 / Priorité 2	Table 3 / Priorité 3	Table 4 / Priorité 4	Table 5 / Priorité 5	Table 6 / Priorité 6
Groupe B	Table 2 / Priorité 2	Table 3 / Priorité 3	Table 4 / Priorité 4	Table 5 / Priorité 5	Table 6 / Priorité 6	Table 1 / Priorité 1
Groupe C	Table 3 / Priorité 3	Table 4 / Priorité 4	Table 5 / Priorité 5	Table 6 / Priorité 6	Table 1 / Priorité 1	Table 2 / Priorité 2
Groupe D	Table 4 / Priorité 4	Table 5 / Priorité 5	Table 6 / Priorité 6	Table 1 / Priorité 1	Table 2 / Priorité 2	Table 3 / Priorité 3
Groupe E	Table 5 / Priorité 5	Table 6 / Priorité 6	Table 1 / Priorité 1	Table 2 / Priorité 2	Table 3 / Priorité 3	Table 4 / Priorité 4
Groupe F	Table 6 / Priorité 6	Table 1 / Priorité 1	Table 2 / Priorité 2	Table 3 / Priorité 3	Table 4 / Priorité 4	Table 5 / Priorité 5



Objectif : passer de table en table et donc de priorité en priorité

Pour chaque groupe : un rapporteur qui participe à l'atelier et qui restitue la synthèse du travail sur le support de son choix (paperboard, nappe, fiches A3) au groupe suivant

A la fin des 25 mn : le rapporteur reste à sa table et le reste du groupe se dirige vers la table suivante. Le rapporteur restitue les travaux du groupe précédent pendant 2 mn et le groupe enrichit la réflexion. Chaque atelier a été introduit par une question des usagers.

## 6 Ateliers SPECIFIQUES

Groupes	10h15-10h40	10h45-11h10	11h15-11h40	11h45-12h10	13h30-13h55	14h-14h25
<b>Groupe G - nouveaux-nés, enfants, adolescents</b>	Table 7 / Priorité 1	Table 8 / Priorité 2	Table 9 / Priorité 3	Table 10 / Priorité 4	Table 11 / Priorité 5	Table 12 / Priorité 6
<b>Groupe H - personnes âgées</b>	Table 8 / Priorité 2	Table 9 / Priorité 3	Table 10 / Priorité 4	Table 11 / Priorité 5	Table 12 / Priorité 6	Table 7 / Priorité 1
<b>Groupe I - personnes en situation de précarité</b>	Table 9 / Priorité 3	Table 10 / Priorité 4	Table 11 / Priorité 5	Table 12 / Priorité 6	Table 7 / Priorité 1	Table 8 / Priorité 2
<b>Groupe J - personnes ayant des conduites</b>	Table 10 / Priorité 4	Table 11 / Priorité 5	Table 12 / Priorité 6	Table 7 / Priorité 1	Table 8 / Priorité 2	Table 9 / Priorité 3
<b>Groupe K - réfugiés et migrants + personnes</b>	Table 11 / Priorité 5	Table 12 / Priorité 6	Table 7 / Priorité 1	Table 8 / Priorité 2	Table 9 / Priorité 3	Table 10 / Priorité 4
<b>Groupe L - groupe territoire</b>	Table 12 / Priorité 6	Table 7 / Priorité 1	Table 8 / Priorité 2	Table 9 / Priorité 3	Table 10 / Priorité 4	Table 11 / Priorité 5

6 groupes de travail qui ont une approche soit « Territoire » soit « Public » sur l'ensemble des priorités.

Présence autour de la table des pilotes de chaque thématique sur l'ensemble de la journée.

A la fin des 25 mn : l'ensemble du groupe se dirige vers la table suivante.

## 2.4. Participation des acteurs

En vue de bénéficier d'une participation large et diversifiée des acteurs, la Commission Santé Mentale élargie a fait le choix de développer une stratégie de communication. Plusieurs outils ont été élaborés à savoir :

- le **logo du PTSM31** (réalisé par la CPAM 31 et soumis à un vote en ligne)
- une **lettre d'information** diffusée au mois d'août 2019 (cf annexe 7),
- un **site Internet** ([www.ptsm31.org](http://www.ptsm31.org)) pour disposer d'informations et accéder au **questionnaire en ligne** (cf annexe 5) pour les contributions écrites, et une **pré-inscription pour le séminaire**.

The image displays two screenshots of the PTSM31 website. The left screenshot shows the 'Projet Territorial de Santé Mentale Haute-Garonne' page, featuring a navigation menu with 'Accueil', 'Qu'est-ce que le PTSM?', 'Élaboration du PTSM', and 'Ressources'. The main content area includes a title, a brief description of the project, and buttons for 'Pré-inscription administrative' and 'Questionnaire diagnostic'. The right screenshot shows the 'Élaboration du PTSM' page, also with the same navigation menu. It features three main sections: 'Méthodologie' with buttons for 'Note de cadrage du projet', 'Présentation méthodologique', and 'Travaux exploratoires'; 'Diagnostic' with buttons for 'Fiche de pré-diagnostic' and 'Priorité 1' through 'Priorité 4'; and 'Préconisations' with a button for 'Espace en cours de création'.

Les membres de la Commission Santé Mentale élargie ont participé à la diffusion de l'ensemble des informations par transmission de contacts ou diffusion via leurs réseaux.

#### D. Participation dynamique des membres de la Commission Santé Mentale élargie :

Les membres de la Commission Santé Mentale élargie participent aux travaux tout au long de leur mise en œuvre avec la possibilité de transmettre des documents, de faire part de remarques, observations, demandes dans le cadre des réunions ou en dehors via la chargée de mission ARS, l'équipe ressource ou le Président de la Commission.

Ainsi, ils ont pu contribuer directement aux travaux :

- Lors de la réunion du 28 mars 2019 de la Commission Santé Mentale élargie où les participants se sont exprimés sur les difficultés qu'ils avaient rencontrées ou eu écho dans leur pratique (19 participants au brainstorming)
- Par écrit :  
En répondant à un questionnaire sur les points forts, points faibles et leviers qu'ils ont complétés et dont une synthèse a été réalisée dans le cadre de la Commission au mois de mars 2019 (14 questionnaires recueillis) ;  
En complétant les données du document intitulé « Principales caractéristiques du territoire et de ses ressources » qui fait partie intégrante du diagnostic (parties 3 et 4) entre septembre et novembre 2019.

Ils ont également contribué à :

- La validation de chaque étape d'élaboration du diagnostic du PTSM ;
- L'identification de l'équipe ressource et des pilotes au sein des membres de la Commission Santé mentale élargie ;
- La communication auprès de sa structure d'appartenance et de son réseau des informations relatives au PTSM : site internet, lettre d'information, questionnaire en ligne, etc. ;
- La transmission d'un avis sur le diagnostic.

Certains acteurs ont participé au séminaire et/ou contribué en sus via le questionnaire en ligne.

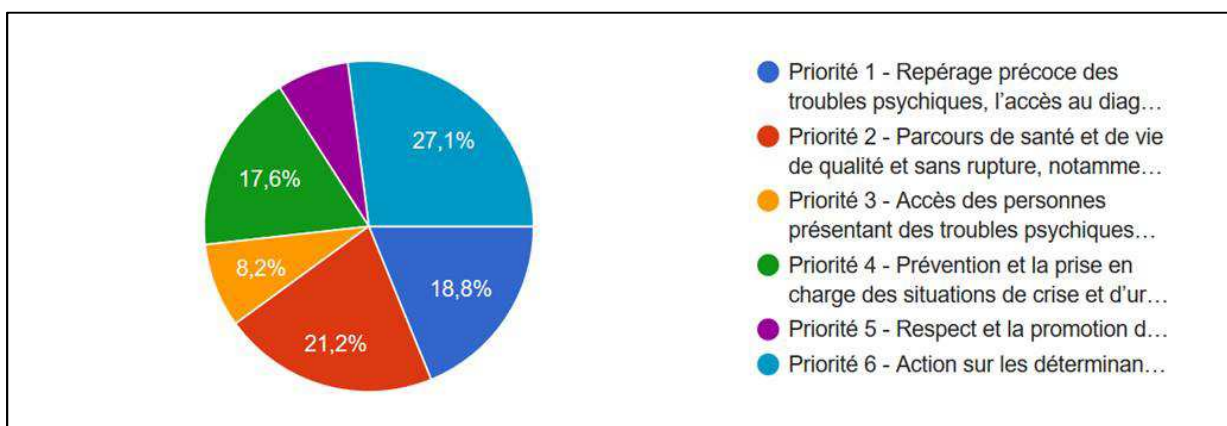
#### E. Participation de l'ensemble des acteurs :

##### Via le questionnaire en ligne

L'ensemble des acteurs a pu participer via le questionnaire en ligne. Certains acteurs se sont regroupés pour répondre de manière à apporter une réponse étayée collective (ex : CLSM de Toulouse).

85 contributions écrites ont été recueillies en date du 5 novembre 2019 :

- **80,7 % réponse collective** au nom d'une institution d'un établissement / d'une association ou d'un groupe de travail (cf liste des contributeurs collectifs en annexe 8)
- **19,3% réponse individuelle.**



### Via le séminaire

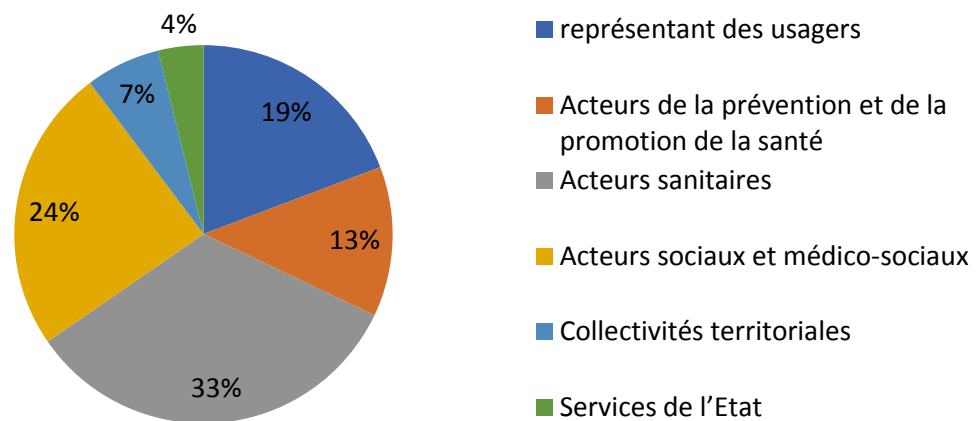
Le nombre d'acteurs concernés par le PTSM en Haute-Garonne étant très élevé, le choix a été fait de cibler les participants selon les critères suivants :

- La diversité des structures
- La diversité des publics
- La diversité des territoires
- La rapidité dans la pré-inscription (en dernier lieu)

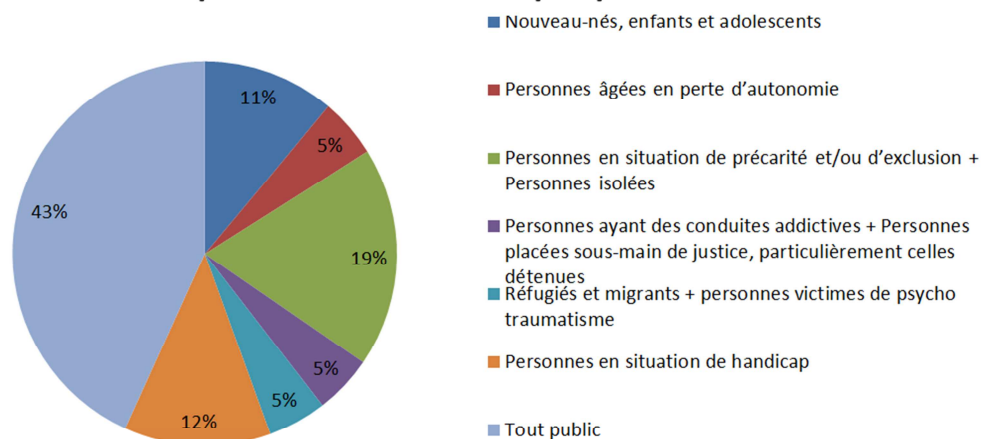
Les membres de la Commission Santé Mentale élargie, ont accepté qu'en cas de choix à effectuer par catégorie d'acteurs, ils ne soient pas prioritaires étant donné leur participation aux étapes d'élaboration (contributions écrites existantes) et de validation du diagnostic du PTSM.

136 acteurs se sont pré-inscrits pour le séminaire via une pré-inscription en ligne (questionnaire Solenne) sur le portail du PTSM 31 entre le 16 septembre et le 15 octobre 2019. Au final, **101 personnes** ont participé au séminaire (cf listing des présents en annexes) répartis comme suit :

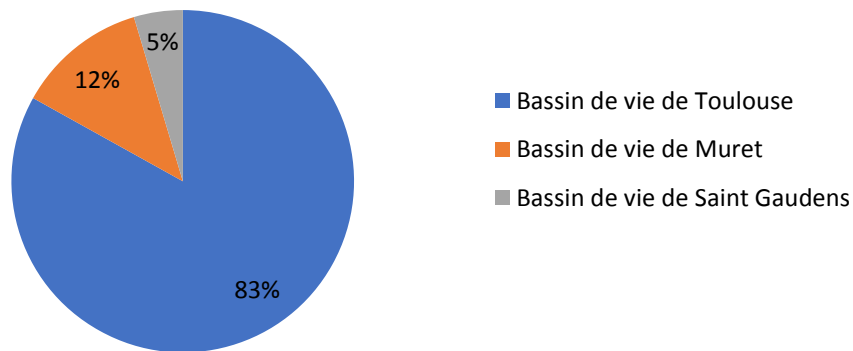
#### Répartition des acteurs par typologie de structures



#### Répartition des acteurs par public

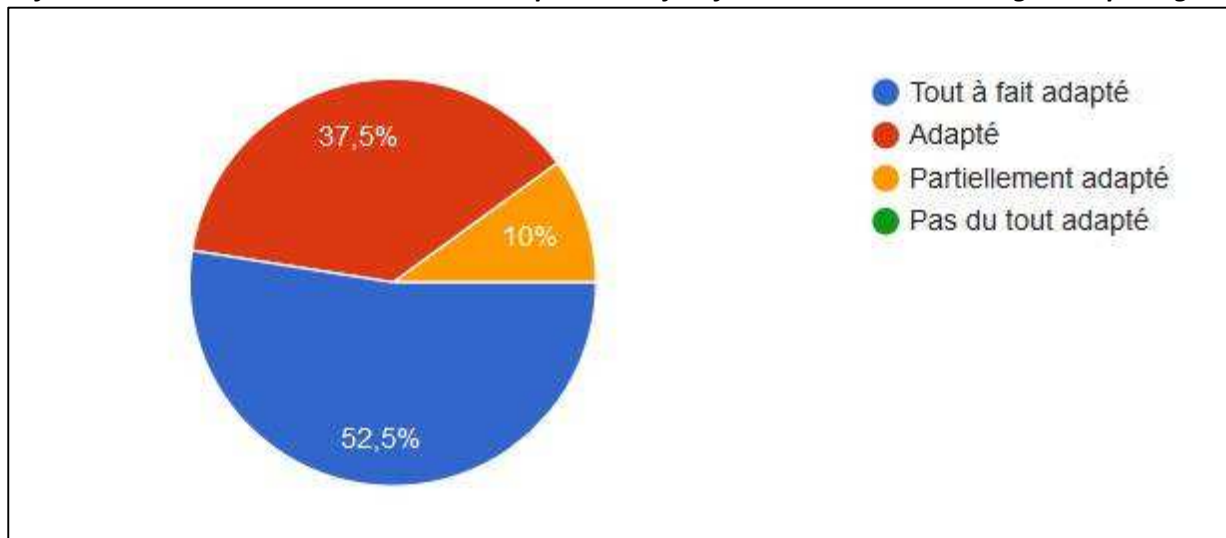


### Répartition des acteurs par territoire



A l'issue du séminaire, une évaluation a été transmise aux participants. 41 personnes ont répondu :

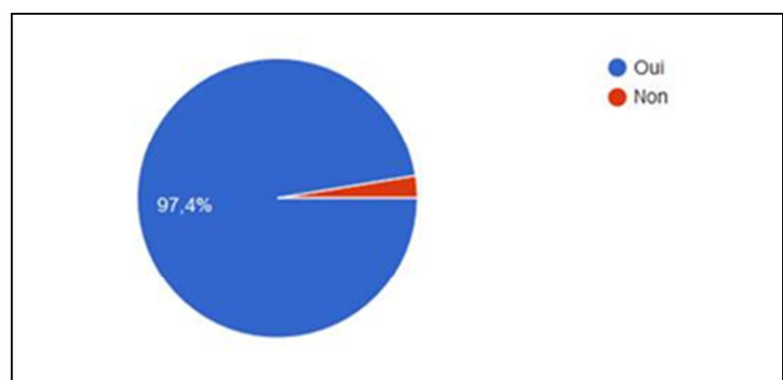
### ***Le format du séminaire vous semblait-il adapté aux objectifs de construction du diagnostic partagé ?***



Soit un niveau de « satisfaction » de 90 %.

Les commentaires sont dans l'ensemble positifs et témoignent d'une réussite globale du séminaire. Il a été également mis en évidence la bonne organisation du séminaire. La méthodologie a été saluée pour son efficacité malgré un timing serré. A la marge, certains participants auraient préféré un format plus classique (groupe de travail d'1h30).

### ***A la question « Souhaiteriez-vous participer à la construction future du plan d'action » ; 97,4 % des participants ont répondu OUI***



## F. Participation des personnes ayant des troubles psychiques, de leurs proches et de leurs représentants

Concernant la participation des personnes ayant des troubles psychiques, la Commission Santé Mentale élargie a mis en évidence la nécessité de solliciter directement les associations de représentants des usagers.

Pour ce faire, la commission des usagers du Conseil Territorial de Santé du 31 s'est saisi du sujet et a organisé une réunion de la commission des usagers élargie aux représentants des personnes ayant des troubles psychiques en date du 3 septembre 2019 puis une autre le 10 octobre 2019.

Objectif : définir les modalités de recueil de la parole des usagers

Poser la question : quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ? Dans quel contexte (lieu de vie...) ?

A l'issue de ces deux réunions, il a été convenu de :

- Privilégier la participation des représentants des usagers au séminaire tout en laissant la possibilité aux usagers d'y participer ;
- Prévoir un temps, lors de la séance plénière du séminaire, consacré à l'expression des usagers :
  - Témoignages audio du GEM Microsillons
  - Deux témoignages du GEM Bipoles 31 : celui de Marc, la parole d'une personne concernée par les troubles psychiques et celui de Corinne, la parole d'une aidante
- Afficher une dizaine de textes issus du recueil d'écriture et l'ouvrage de Bernard Aoustin du GEM Bon Pied Bon Œil ;
- Introduire chaque atelier par une question (définie en amont) des personnes ayant des troubles psychiques.

Cela a permis d'interpeller les professionnels par ces questions :

**Priorité 1** : Il faut parfois des années pour poser un diagnostic. Comment permettre un **accompagnement dès les premiers signes** pour un accès au diagnostic sans errance ?

**Priorité 2** : Le parcours est long et difficile et la réhabilitation est progressive. L'accès au logement, à l'emploi, aux études, à la culture, aux loisirs... est **spécifique à chaque individu et à chaque territoire**. Comment accompagner les personnes sur leur territoire de vie ? Comment mieux **soutenir les familles et les proches** ?

**Priorité 3** : comment favoriser l'accès aux soins somatiques en prenant en compte les contraintes, les difficultés et le **mode de vie des personnes présentant des troubles psychiques** ?

**Priorité 4** : La crise et l'urgence apparaissent dans les témoignages comme la résultante d'une prise en charge inadaptée en amont. Les périodes de crise et d'urgence sont particulièrement difficiles pour la personne et son entourage. Comment **mieux prévenir** la crise et l'urgence et comment mieux gérer ces situations traumatisantes (notamment lorsqu'il est fait appel aux forces de l'ordre) et y répondre dans les meilleurs délais ?

**Priorité 5** : Le droit à l'anonymat est ressorti dans les témoignages ainsi que l'acceptation des spécificités dans les différents milieux et notamment au travail. Comment prendre en compte les **spécificités de chacun sans les stigmatiser** et les contraintes de l'aidant dans son cadre de vie ?

**Priorité 6** : Les troubles psychiques touchent tous les milieux de vie mais les **ressources diffèrent d'un territoire à l'autre et d'une personne à l'autre**. Comment réduire les inégalités territoriales et sociales

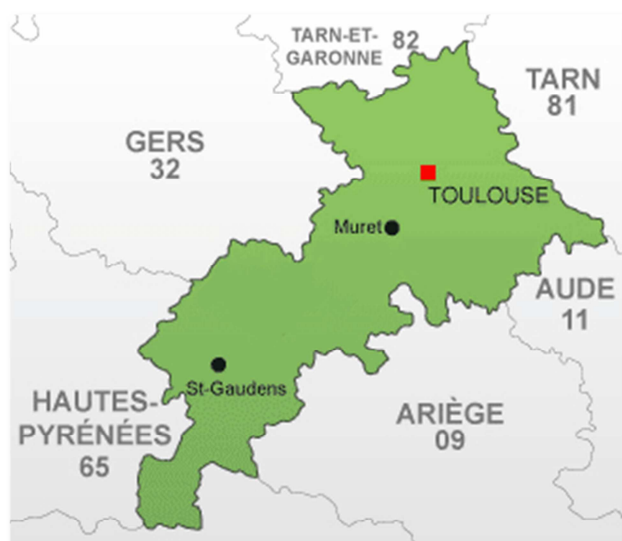




## Partie 3 - Caractéristiques socio-démographiques du territoire

### 3.1. Population et territoire

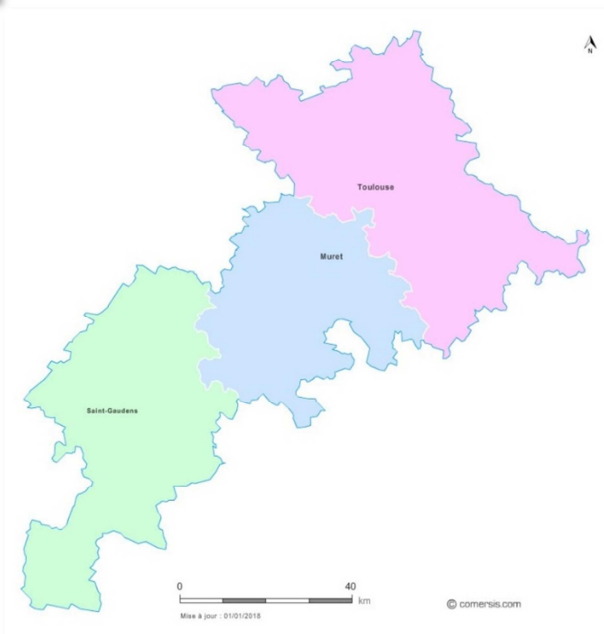
#### A. Un dynamisme démographique, principalement autour de l'agglomération toulousaine



La Haute-Garonne est l'un des treize départements qui constituent la région Occitanie. La ville de Toulouse, chef-lieu de la région, est la préfecture du département.

Le rythme de croissance démographique du département entre 2011 et 2016 de +1,4 % par an a été considérable. Au niveau national, il a été de +0.4% par an selon l'INSEE.

Le département est composé de trois arrondissements, Toulouse, Muret et Saint-Gaudens, qui se découpent en 27 cantons et 586 communes.



En tête des départements les plus peuplés de la région, la Haute-Garonne compte 1 390 500 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2019<sup>1</sup>. En 8 ans (2011-2019), la population haut-garonnaise a connu une hausse de plus de 10 % (130 270 habitants).

<sup>1</sup> Insee, RP 01/01/2019

La répartition de la population au sein du département est très contrastée : le nord du département, avec sa métropole toulousaine et son agglomération, dispose d'un fort pouvoir attractif, alors que le sud est plus faiblement peuplé<sup>2</sup>.

	Population en 2015	% de la population totale du département
<b>Bassin de Toulouse</b>	1 038 764	78 %
<b>Bassin de Muret</b>	218 871	16 %
<b>Bassin de Saint-Gaudens</b>	77 468	6 %

### B. Une répartition hétérogène de la population selon l'âge

	2016	
	Nombre	%
<b>0 à 14 ans</b>	238 116	17,5
<b>15 à 29 ans</b>	288 147	21,8
<b>30 à 44 ans</b>	278 493	21,2
<b>45 à 59 ans</b>	258 213	19,3
<b>60 à 74 ans</b>	180 764	12,5
<b>75 ans et plus</b>	104 451	7,7
<b>Ensemble</b>	1 348 183	100

Environ 39 % de la population a moins de 30 ans et près de 80% de la population haut-garonnaise a moins de 60 ans. Le vieillissement est modéré, moins rapide que dans les autres départements de la région.

Cependant, cette répartition est très hétérogène sur le territoire : près de 68 % de la population du bassin de Toulouse a moins de 45 ans, contre moins de 46 % pour le bassin de Saint-Gaudens. Ce dernier compte 34,5 % de personnes de 60 ans ou plus, contre 16,9 % pour le bassin de Toulouse<sup>3</sup>.

	2015 (en %)		
	Bassin de Toulouse	Bassin de Muret	Bassin de Saint-Gaudens
<b>0 à 14 ans</b>	14,6	17	15,2
<b>15 à 29 ans</b>	32,1	18	16,4
<b>30 à 44 ans</b>	21,5	19,3	14,1
<b>45 à 59 ans</b>	14,9	22,2	19,9
<b>60 à 74 ans</b>	10,2	15,2	17,8
<b>75 ans et plus</b>	6,7	8,3	16,7

### Une augmentation importante de la population d'ici à 2050

Selon les prévisions, le département comptera environ 1 767 000 habitants d'ici à 2050, soit une augmentation d'environ 27 % entre 2019 et 2050 ce qui placerait le département au 6<sup>ème</sup> rang des départements les plus peuplés de France métropolitaine.

<sup>2</sup> Insee, RP 01/01/2015

<sup>3</sup> Insee, RP 01/01/2015



### 3.2. Situation socio-économique : emploi, pauvreté et précarité

#### Une situation économique qui semble favorable...

Dans le département, la part des cadres et des professions intellectuelles supérieures est plus élevée qu'en région, 24,9 % contre 14,4 % (cf annexe n°10).

Le taux de pauvreté en Haute-Garonne (12,6 % en 2014 cf annexe n°11) est inférieur au reste de la région mais il existe des « poches de pauvreté » très importantes. La situation sociale de la population haute-garonnaise au regard des taux de bénéficiaires de dispositifs d'aide tels que le RSA, la CMU-C, l'ACS ou encore l'AME semble plus favorable que sur le territoire régional et national (cf annexes n°12, 13, 14, 15).

Au 1<sup>er</sup> trimestre de l'année 2018, le taux de chômage en Haute-Garonne est de 8,1 %, soit un taux légèrement inférieur à la moyenne régionale (10,8 %) ainsi qu'à la moyenne nationale (8,8 %). A l'image de la région Occitanie et de la France, les jeunes haut-garonnais de 15 à 24 ans sont particulièrement touchés par le chômage (22,4 %) (cf annexe n°17).

La progression du nombre d'emplois en Haute-Garonne est deux fois plus rapide qu'en Occitanie sur cette période. Entre 2009 et 2014, les emplois suivent une progression moyenne de 1,4 % par an, soit 8 500 emplois supplémentaires (cf annexe n°17).

#### ... mais qui cache des inégalités sociales et territoriales

Cette croissance économique ne bénéficie pas à l'ensemble du département. La Haute-Garonne se situe au 11<sup>ème</sup> rang des départements de province les plus inégalitaires et au 3<sup>ème</sup> rang dans la région. Ainsi, le nord du département profite d'une situation confortable, plus particulièrement autour de l'agglomération toulousaine, ce qui n'est pas le cas de l'extrémité nord du département. Au sud, les zones sont plus fragiles et le dynamisme économique est modéré en raison de la prédominance du secteur agricole et d'un tourisme saisonnier. La population y est donc plus précaire.

	2016	
	Nombre	%
Ménages d'une personne	242 646	39,0 %
Autres ménages sans famille	21 471	3,5 %
Ménages avec famille(s) dont la famille principale est :	358 203	57,6 %
Un couple sans enfants	149 532	24,0 %
Un couple avec enfant(s)	152 091	24,4 %
Une famille monoparentale	56 580	9,1 %

Le département se caractérise par une proportion importante de personnes isolées, avec un taux de 39 %. La part des familles monoparentales dans la population représente 9,1 %, ce qui correspond à la moyenne régionale (9 %)⁴.

En Haute-Garonne, on dénombre 19 quartiers prioritaires de la politique de la ville. Ces poches de pauvreté urbaine regroupent 19 % de la population des quartiers prioritaires d'Occitanie et 5 % de la population du département. Ils se situent tous dans les unités urbaines de Toulouse et de Saint-Gaudens. Avec 31 700 habitants, le quartier du Grand Mirail au sud de Toulouse est de loin le plus peuplé de la région. Il se situe au 5<sup>ème</sup> rang des quartiers prioritaires de province⁵.

⁴ INSEE, RP 01/01/2016

⁵ Source : Insee, Dossier Occitanie n°8, Octobre 2018

# Partie 4 - Contexte sanitaire et offre en santé mentale sur le territoire

Les données relatives à la santé mentale sur le département de la Haute-Garonne, à la fois en termes d'indicateurs de santé et de ressources pour la prise en charge, semblent plutôt favorables. Cependant, leur analyse détaillée laisse entrevoir des inégalités sociales de santé ainsi que des inégalités territoriales dans l'offre de prise en charge en santé mentale.

## 4.1 Indicateurs de santé

### A. Indicateurs généraux de santé

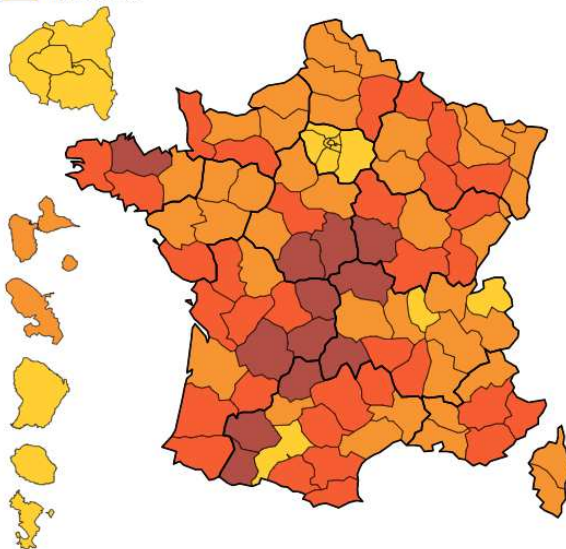
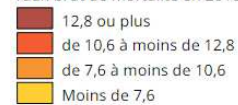
#### Espérance de vie à la naissance<sup>6</sup>

Haute-Garonne		France métropolitaine	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
81,2 ans	86,1 ans	79,4 ans	85,3 ans

Le département se situe parmi les départements de France métropolitaine ayant une espérance de vie à la naissance la plus élevée.

#### Mortalité générale<sup>7</sup>

Taux brut de mortalité en 2018 (en ‰)



La Haute-Garonne est l'un des départements de France ayant un taux brut de mortalité parmi les plus faibles : 7 pour 1000 habitants (en comparaison, celui de la France métropolitaine est de 9,3 pour 1000 habitants).

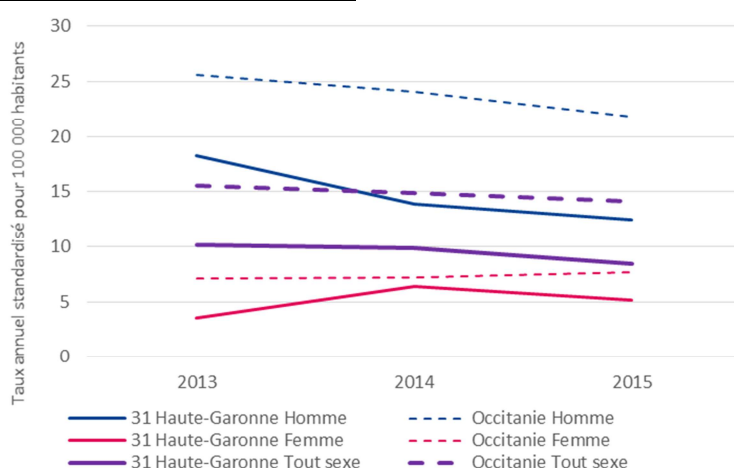
<sup>6</sup> INSEE, chiffres clés, 27/02/2019

<sup>7</sup> INSEE, Chiffres clés, 10/04/2019

**Mortalité prématurée<sup>8</sup>**

	Haute-Garonne	Occitanie	France métropolitaine
<b>Hommes</b>			
Toutes causes dont :	193,71 (-)	235,99 (-)	243,5
Tumeurs	69 (-)	84,32 (-)	89,8
Appareil circulatoire	18,82 (-)	30,95 (-)	32,7
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	27,26 (-)	43,2 (+)	41,2
Dont suicides	9,9 (-)	16,8 (-)	18,6
Dont accidents de transport	6,35 (ns)	9,78 (+)	7,2
Liée à l'alcool	11,31 (-)	19,84 (-)	25,4
<b>Femmes</b>			
Toutes causes dont :	101,45 (-)	114,38 (ns)	115,9
Tumeurs	46,51 (-)	55,75 (ns)	56,7
Appareil circulatoire	7,75 (-)	10,16 (-)	11,0
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	7,85 (-)	13,16 (+)	12,1
Dont suicides	3,37 (-)	5,66 (ns)	5,5
Dont accidents de transport	0,98 (-)	2,46 (+)	1,8
Liée à l'alcool	2,95 (-)	4,75 (-)	6,3

Pour les hommes, comme pour les femmes, en Haute-Garonne, les mortalités prématurées sont significativement plus faibles que sur la région Occitanie et le territoire métropolitain.

**B. Indicateurs spécifiques sur la santé mentale****Mortalité prématurée par suicide<sup>9</sup>**

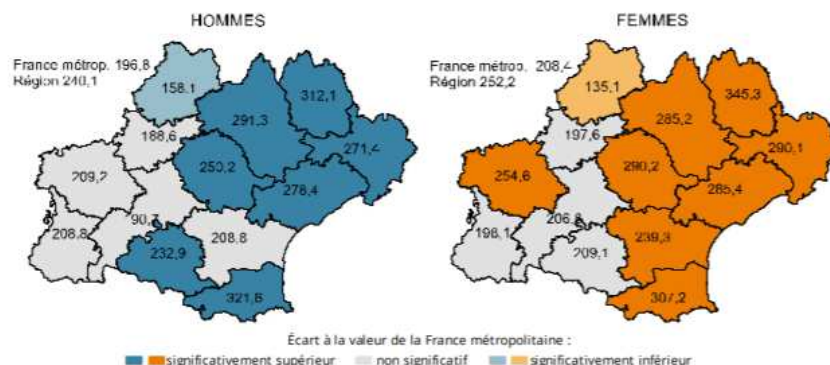
Le département de la Haute-Garonne a un taux de mortalité prématurée par suicide inférieur au taux moyen enregistré sur la région Occitanie.

<sup>8</sup> Taux comparatifs de mortalité prématurée (Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2013-2014-2015. Source : INSERM, CépiDc ; INSEE, recensement de la population - Exploitation Fnors

<sup>9</sup> Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants), standardisés sur l'âge et le sexe en Haute-Garonne et en Occitanie, 2013-2015 / Source : CépiDc, Inserm, années 2013 à 2015, population des 10 ans et plus

## **Incidence des Affections de Longue Durée pour affections psychiatriques<sup>10</sup>**

**Carte 46.** Taux standardisés d'incidence\* des ALD pour affection psychiatrique (1) par département selon le sexe, en 2011-2013



Le taux standardisé d'incidence des Affections de Longue Durée pour affections psychiatriques pour 100 000 habitants (2011-2013) sur le département de la Haute-Garonne est de 190,7 pour les hommes et 206,8 pour les femmes. Ce taux est bien inférieur à celui de la région mais similaire au taux national.

### **4.2 Offre sanitaire et médico-sociale**

L'offre en matière de prévention et de promotion de la santé est traitée au travers des priorités, en fonction des thématiques et domaines d'intervention.

L'organisation de la prise en charge des troubles psychiques sur le département repose sur de multiples acteurs, de champs différents (prévention, sanitaire, médicosocial), de statuts différents (libéral, public, privé, associatif), de modalités de prises en charge différentes (prise en charge ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet).

La Communauté psychiatrique de territoire, structure innovante créée par la loi du 16 janvier 2016 pour prendre en compte les spécificités de la psychiatrie au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire, fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture. Ainsi, elle constitue un espace de discussion, d'expression et de proposition ayant vocation à rassembler l'ensemble des acteurs privés et publics du territoire.

Par courrier en date du 15 février 2017, l'ARS a validé la création de la CPT au sein du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest. Il s'agit de la première CPT constituée en Occitanie. Trois établissements membres du GHT sont à l'origine de la CPT : le Centre hospitalier Gérard Marchant en tant qu'établissement support, le CHU de Toulouse et le centre hospitalier de Lavaur. Récemment, la CPT a souhaité associer à ses travaux, le Centre hospitalier de Muret et le Centre hospitalier de Lannemezan.

Le projet médical propre à la psychiatrie, élaboré dans le cadre de la CPT est inclus dans le projet médical du GHT.

<sup>10</sup> Source : Travaux préparatoires au PRS Occitanie, Parcours Santé mentale, avril 2017

Les différents acteurs de la santé mentale en Haute-Garonne et Tarn Ouest se sont rapidement engagés sur des thématiques de travail partagées. La CPT a également créé des espaces de discussion avec les tutelles afin de faire valoir les difficultés de la filière psychiatrique publique et la particularité du territoire, caractérisé par une démographie et une offre de soins atypique.

## A. L'offre sanitaire en santé mentale

L'offre sanitaire comprend l'offre des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé (publics et privés).

### a) L'offre libérale

*Démographie des professionnels de santé exerçant en libéral ou salariés<sup>11</sup> :*

Le territoire haut-garonnais attire de nombreux professionnels de santé : la densité de médecins généralistes, psychiatres, psychologues, pédiatres et gériatres y est plus importante que sur la région Occitanie et sur le territoire métropolitain.

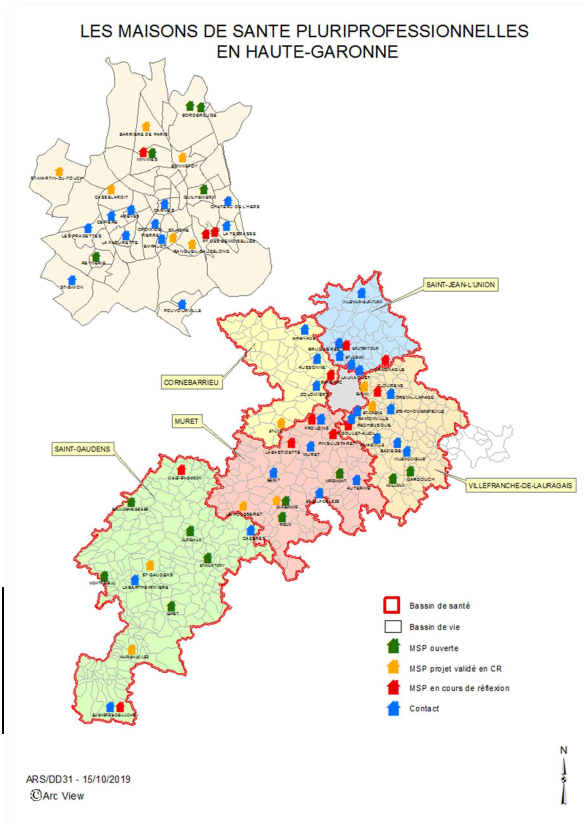
	Haute-Garonne		France métropolitaine	
	Nombre	densité	nombre	densité
Médecins généralistes	1 938	143,7	84 728	131,4
Psychiatres	331	24,6	12 636	19,6
Psychologues	1 781	132,1	60 424	93,7
Pédiatres <sup>(1)</sup>	201	84,2	6 925	59,0
Gériatres <sup>(2)</sup>	26	25,2	1 751	29,2

Malgré une situation a priori favorable, il est important de noter que des disparités existent entre le nord et le sud du département. Sur le territoire Pays Comminges Pyrénées, le nombre de professionnels de santé connaît une importante baisse. De plus, quel que soit la profession, la part des praticiens âgés de 60 ans ou plus est plus élevée sur le territoire que sur le reste du département et de la région. L'Accessibilité Potentielle Localisée sur le territoire du Pays Comminges Pyrénées reste dans la moyenne régionale mais est plus faible que celle du département<sup>12</sup>.

De même ; il existe une nette disparité entre urbain et péri-urbain et le reste du département ainsi qu'au sein même de l'agglomération toulousaine : certains quartiers constituent des déserts médicaux.

<sup>11</sup> Sources : Site Data.Dress, Adeli 2017 – pour les effectifs de psychologues  
Insee, RP 2016 – pour le calcul des densités

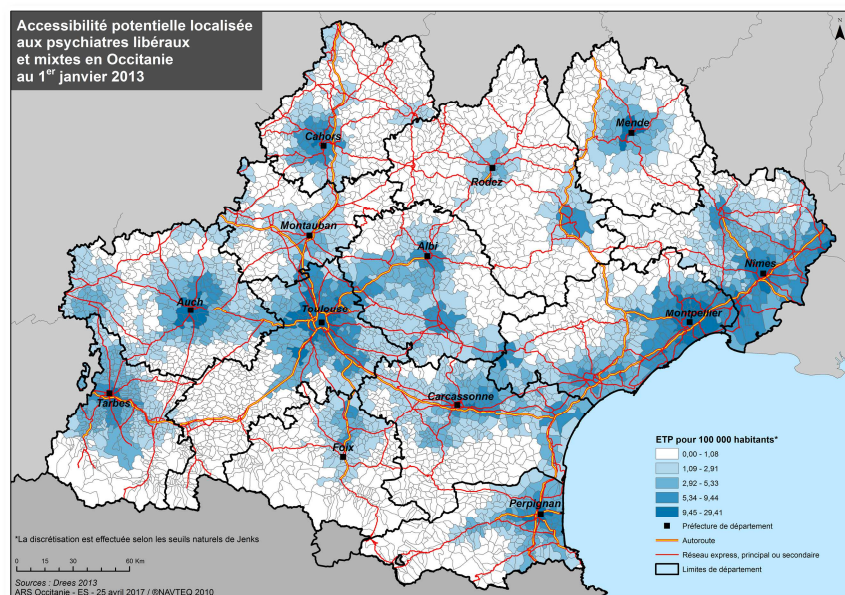
<sup>12</sup> Source : Profil Santé Pays Comminges Pyrénées, CREAL-ORS Occitanie, 2018



L'exercice pluri-professionnel et coordonné (MSP, CPTS) se développe en Haute-Garonne (cf carte en annexe 18). La majorité des MSP a intégré dans son projet de santé des psychologues. Certaines actions spécifiques sont conduites par les MSP autour de la parentalité, des troubles de l'apprentissage et du comportement, de l'obésité infantile, des addictions chez les jeunes enfants (prévention écran,...). Des partenariats avec des structures médico-sociales (MECS), des CMP... sont mis en place.

Pour les psychiatres libéraux, l'agglomération toulousaine et le nord du département ont une accessibilité potentielle aux psychiatres libéraux ou mixtes très favorable. Elle est limitée pour l'est du département. Quant au sud du département, il est confronté à une problématique de désertification médicale.

A noter que la part des psychiatres de plus de 55 ans est élevée, laissant penser à de potentiels départs à la retraite importants dans les années à venir<sup>13</sup>.



<sup>13</sup> Travaux préparatoires au PRS Occitanie, Parcours Santé mentale, avril 2017

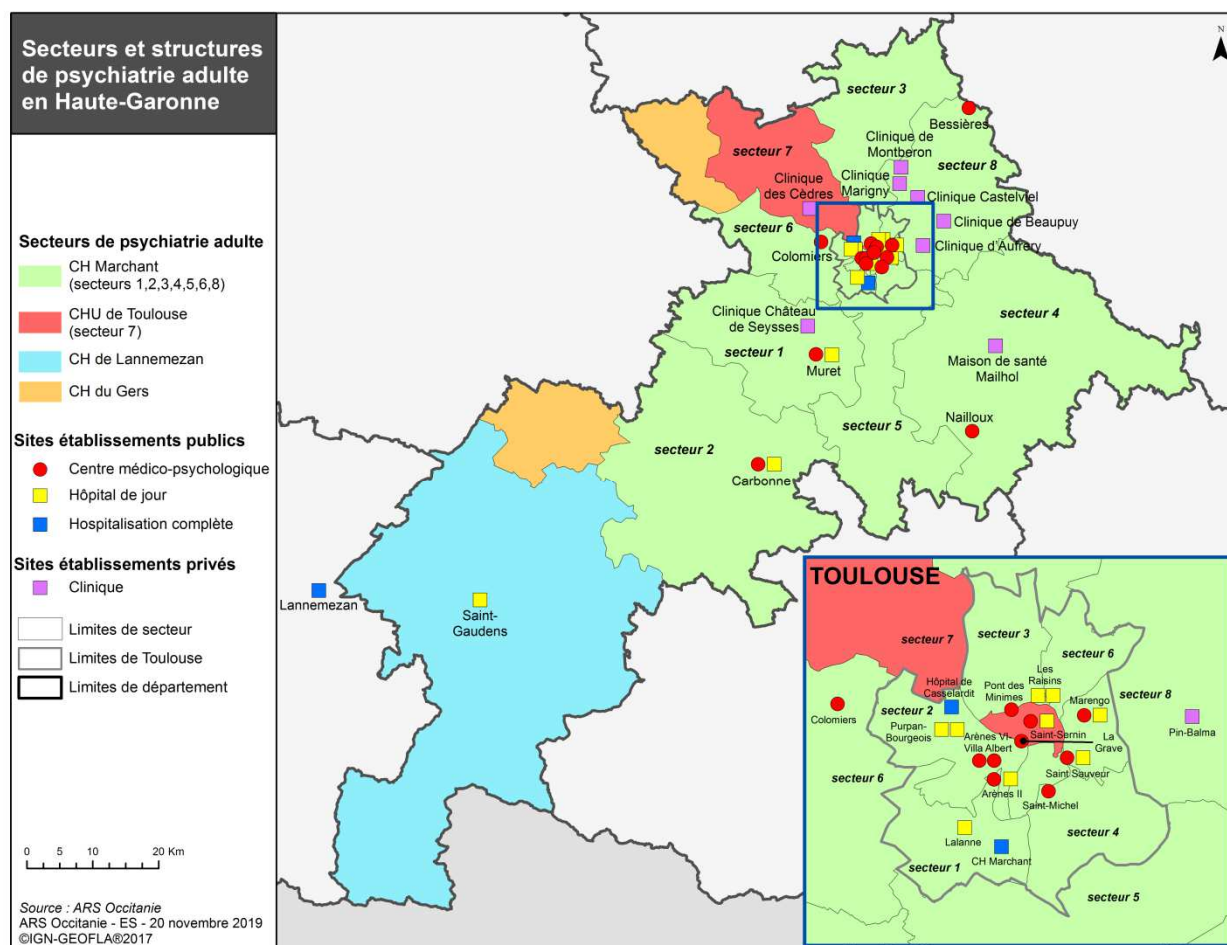


## b) L'organisation par secteurs pour les établissements de santé publics

### i. La psychiatrie adulte

L'offre publique en psychiatrie générale suit un découpage en secteurs. Les huit secteurs de psychiatrie générale sont gérés, pour sept d'entre eux par le CH Marchant et un par le CHU de Toulouse. Le même découpage est en place sur Toulouse intra-muros. Particularité de la Haute-Garonne, le sud du département dépend du CH Lannemezan (département des Hautes-Pyrénées).

Carte de la psychiatrie adulte en Haute-Garonne (cf annexe 19) :



La répartition de l'offre publique d'hospitalisation complète se caractérise par une situation quasi monopoliste dans les départements périphériques à la Haute-Garonne, avec une inversion de tendance dans notre département (3/4 de lits privés<sup>14</sup>). Cette situation renforce la segmentation des activités entre le public et le privé avec, pour le premier, les patients les plus lourds.

On observe ainsi que la part des patients pris en charge en hospitalisation complète souffrant d'une psychose est de 64% au Centre Hospitalier Gérard Marchant et de 51.5% au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, soit le double de la moyenne nationale établie à partir des établissements publics de santé mentale. Cette situation draine sur l'établissement des patients particulièrement

<sup>14</sup> 445 lits pour le public (301 lits pour le CH Marchant, 88 lits pour le CHU et 56 lits pour le CH de Lannemezan) pour 1079 lits pour le privé, données du système annuel des établissements

difficiles avec un fort pourcentage de patients psychotiques présentant de nombreuses comorbidités et problématiques sociales lourdes.

Une étude menée par le DIM et la direction des affaires générales du Centre Hospitalier Gérard Marchant identifie une spécificité de l'offre publique de Haute-Garonne puisque la part des hospitalisations sans consentement et singulièrement des hospitalisations à la demande du représentant de l'Etat est prépondérante au sein de l'établissement (plus haut taux de SDRE hospitalisés parmi les patients par rapport aux 30 établissements des 10 plus grandes aires urbaines françaises). Pour le CHU de Toulouse, le taux de séjours sans consentement est de 22,7%.

Par ailleurs, pour une population comparable, le nombre de lits publics permettant la prise en charge des patients les plus complexes, est très faible.

Conformément aux missions de service public, sont mis en place dans les services, des soins sous contrainte en application de la loi de juillet 2011.

On compte chaque année en Haute-Garonne près de 20 000 habitants de plus en variation moyenne annuelle et environ 2 000 nouvelles admissions en ALD liées à une affection psychiatrique. Cet effet populationnel a donc de lourdes conséquences sur le fonctionnement et la mise en tension de la filière d'hospitalisation.

### **Les secteurs 1-2-3-4-5-6-8, portés par le CH Marchant**

L'hospitalisation à temps complet au sein des secteurs portés par le CH Marchant comprend sept **Unités d'Admission** (20 lits), 4 **Unités de Suite** (80 lits), deux **Centres de Post-Cure** (10 et 18 places) ainsi qu'une **Hospitalisation à Domicile**, PsyDom31 (15 places).

### **Les unités d'admissions générales**

Chaque secteur a une unité d'admissions de 20 lits et dispose de deux chambres d'isolement pour des soins en phase aiguë. Le suivi sectoriel reste la règle dans chaque service d'admission, avec la mise en place de principes de solidarité entre unités pour faire face aux capacités d'accueil limitées.

Au total, l'établissement dispose de 140 lits d'admission. La mise en place en 2011 de 3 pôles de psychiatrie générale a permis de corriger un certain déséquilibre d'équipement entre les secteurs rattachés. En moyenne, chacun des pôles dispose de 20 lits d'admission pour 170 000 habitants, ce qui est très inférieur à l'ensemble des établissements psychiatriques publics au niveau national, ce qui rend plus complexe la réponse aux besoins de soins émanant d'autres secteurs (médico-social, social...).

Les questions fondamentales à ce jour tournent autour des mises en chambre d'isolement, de leur durée, de leur intérêt. Au sein du Centre Hospitalier Gérard Marchant, une réflexion est mise en place autour de ces problématiques, accompagnée de formation et de la suite à donner à l'EPP et à l'audit de la procédure de mise en chambre d'isolement, réalisés sur le sujet.

Les **Hospitalisations de Jour** sont au nombre de huit et disposent d'un total de 101 places.

Treize **Centres Médico-Psychologiques** garantissent une offre ambulatoire : huit d'entre eux sont situés à Toulouse et cinq en périphérie.



Onze **Centres d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel** proposent aux patients des actions de soutien et de thérapie de groupe, visant à maintenir ou favoriser une existence autonome, à travers des activités du type musique, peinture, expression corporelle, etc. Parmi ces onze Centres, six se situent à Toulouse et cinq en périphérie.

En termes d'équipes mobiles :

- Une **Equipe Mobile d'Intervention et de Crise**, qui couvre la ville de Toulouse et les communes immédiatement limitrophes. Elle permet de mobiliser une équipe soignante spécialisée au plus près des personnes relevant de soins psychiatriques et n'en faisant pas la démarche ;
- Une **Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie** sur les trois que compte la Haute-Garonne. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient en appui et en soutien aux équipes soignantes
- Une **Equipe Mobile d'Intervention du Handicap Psychique**, qui constitue une aide à la prise en charge de personnes présentant un trouble du spectre autistique ou une déficience intellectuelle modérée ou sévère, dans le cadre de situations complexes ;
- Les **Unités de Liaison InterSectorielles du Handicap Psychique**, autre dispositif de soutien créé en partenariat et à l'intention des partenaires du médico-social. A ce jour, il existe deux Unités de Liaison InterSectorielles du Handicap Psychique en partenariat avec l'Association Agir, Soigner, Eduquer, Insérer (A.S.E.I.) et l'Association pour les Jeunes Handicapés (A.J.H.) ;
- Une **Unité de Souffrance PsychoSociale (USPS)**, regroupe 2 équipes mobiles pluridisciplinaires et intersectorielles (EMPP) du CHU et de G Marchant, apportant notamment un soutien institutionnel aux équipes de première ligne dans la gestion et la compréhension des situations auxquelles elles sont confrontées ainsi que des consultations dédiées.

D'autres prises en charge sont proposées au sein des secteurs 1-2-3-4-5-6-8 :

- Un **Centre de Réhabilitation psychosociale**, ouvert en septembre 2018, qui offre une prise en charge pluridisciplinaire orientée vers le rétablissement des patients pris en charge.
- Une **consultation départementale pour les personnes handicapées psychiques** : cette unité permet de prendre en charge des patients au handicap psychique lourd et dyscommunicants.
- Un **Accueil Familial Thérapeutique**, qui constitue une alternative à l'hospitalisation ;
- Quatre **Appartements Thérapeutiques** disposant de 5 places en secteur 1 et 14 places en secteur 6 ;
- Une **Maison Thérapeutique** (5 places en secteur 1) ;
- Le **Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel Récifs** qui propose une approche globale de la personne présentant des troubles des conduites alimentaires ;
- Un **Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes** qui accueille des jeunes de 16 à 25 ans souffrant d'une pathologie psychique émergente (12 lits disponibles) ;
- Le **Centre de Soins pour Etudiants**, composé d'un **Centre Médico-Psychologique**, d'un **Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel**, d'une **Hospitalisation De Jour** (10 places). Il s'agit d'un lieu de soins et de consultations qui s'adresse à des étudiants, des lycéens ou des jeunes en insertion professionnelle, nécessitant des soins pour des troubles psychiques ;
- Un **Accueil de Jour Intersectoriel Réactif** qui offre une prise en charge ambulatoire intensive pour toute personne présentant des troubles psychiques instables ne nécessitant pas immédiatement une hospitalisation. Sa particularité est de constituer une alternative ou suppléance à l'hospitalisation complète et permet d'initier ou de consolider un processus de soins après une hospitalisation ou un passage aux urgences, au moment du retour dans le lieu de vie (fonctionnement 5 jours / 7).

### Les unités portées par le CHU de Toulouse (secteur 7 et unités non sectorisées)

Au sein du service Universitaire de Psychiatrie, Psychothérapies et Art-thérapie, le département d'activités sectorisées comprend 3 unités :

- **L'hospitalisation à temps complet** au sein du secteur 31G07 correspond à une unité d'admission sectorisée de 22 lits à l'Hôpital de Psychiatrie de Purpan-Bas. Cette unité inclue 2 chambres d'isolement. L'autre unité non sectorisée d'hospitalisation à temps complet (22 lits) du service aide le secteur 31G07 à faire face pour la capacité d'accueil. Le secteur 31G07 correspond à une partie de la population de l'hyper-centre de Toulouse et aux communes de Grenade, Cadours et Blagnac, à la forte croissance géopopulationnelle.
- Un **hôpital de jour** à l'Hôpital Purpan-Haut dispose de 15 places pour le 31G07 avec offre intersectorielle.
- Un **Centre Médico-Psychologique** propose à l'Hôpital La Grave l'offre ambulatoire pour le 31G07.

En interface avec la sectorisation départementale et régionale, le CHU de Toulouse est spécialisé par son pôle psychiatrie qui regroupe deux services : le service Universitaire de Psychiatrie, Psychothérapies et Art-thérapie et le service Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale.

Au sein du service de Psychiatrie, Psychothérapies et Art-thérapie, le département d'activité non sectorisées comprend 3 unités à l'Hôpital de Psychiatrie de Purpan-Bas.

- Une **unité d'hospitalisation complète** de 22 lits avec une offre de recours en Midi-Pyrénées pour les anorexies mentales sévères (sévérité somatique et/ou psychiatrique) grâce à la proximité du plateau technique CHU.
- **L'Hôpital de Jour** Louise Bourgeois du pôle psychiatrie du CHU, avec une expertise pour une offre spécifique de thérapies médiatisées.
- Le **Centre Régional Psychotraumatisme Occitanie**, avec une offre de recours pour les pathologies complexes ou résistantes et la coordination de l'activité de psychotraumatologie en Occitanie.

Au sein du service Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale :

- **L'unité d'hospitalisation UF3** (22 lits HC) est une unité de psychiatrie générale non sectorisée qui reçoit des patients de toute pathologie en hospitalisation libre mais qui est orientée vers deux surspécialités : Une orientation psychosomatique qui en fait une unité susceptible de recevoir des pathologies mixtes psychiques et somatiques et une orientation en addictologie avec les sevrages complexes.
- **L'unité d'hospitalisation UF4** (22 lits HC) est une unité non sectorisée spécialisée dans 3 domaines : les dépressions résistantes avec un adossement au Centre Expert des Dépressions Résistantes (Cette unité coordonne à ce titre la structure d'ECT qui est le meilleur traitement des dépressions complexes et résistantes.), une structure de Traitement Ambulatoire (STA) destinée à faciliter le retour à domicile en assurant les consultations avec les mêmes thérapeutes, et une orientation Géro-psycho-psychiatrique existe.

Les unités d'hospitalisation UF 3 et 4 bénéficient d'une structure de réadaptation située au 1<sup>er</sup> étage de l'Hôpital de psychiatrie, et comportant des ateliers médiatisés ainsi qu'une salle d'éducation physique et d'ergothérapie.

Il existe une unité dédiée à l'activité **de consultation**. Cette structure dispose de consultations spécialisées (psychiatrie de la personne âgée, stress traumatique, psychosomatique, Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) de l'adulte, transsexuels, expertises, troubles bipolaires).

**Le CHU de Toulouse a mis en place un Dispositif de Soins Partagés** en partenariat avec les médecins généralistes.

Les patients sous l'emprise de toxiques, très agités ou délirants sont orientés à l'**Accueil Médico-Chirurgical**. Le service de « *déchocage* » prend en charge les intoxications graves.

L'unité **Accueil Urgences Psychiatriques** prend en charge des patients qui nécessitent une hospitalisation urgente (sans prise de toxique) et avec antécédents psychiatriques.

Les **urgences psychiatriques** regroupent les **consultations** (réalisées au sein de trois boxes et deux sas d'apaisement) et les hospitalisations au sein de l'**Unité d'Hospitalisation de Courte Durée** (17 lits dont huit en secteur ouvert et neuf en secteur fermé). 10 244 passages ont été comptabilisés aux urgences psychiatriques en 2018.

Une équipe de liaison de psychiatrie y est adossée ainsi que le Dispositif Infirmier de Régulation Psychiatrique (DIRPS) au SAMU. Mis en place depuis juillet 2019, ce dispositif repose sur la présence d'un infirmier de 10h à 22h au sein du centre de régulation du SAMU. Le Dispositif Infirmier de régulation psychiatrique, a pour objectif principal d'intervenir en soutien à la décision du médecin régulateur du Centre 15.

**Le Centre de Thérapie Brève**, un dispositif de soins ambulatoires créé en 2009 vise à traiter les décompensations psychiques de façon intensive et d'éviter les hospitalisations. Le délai de pris en charge est rapide de l'ordre d'une semaine, un suivi ne dépassant pas 8 à 10 semaines.

Le CHU de Toulouse dispose également d'une **Cellule d'Urgence Médico-Psychologique**, en charge de l'urgence médico-psychologique adossée au pôle urgence et d'une **permanence d'Accès aux Soins de Santé psychiatrique**, située à la Grave.

Le CHU de Toulouse met en place le dispositif Vigilans, dispositif de veille post-hospitalière des suicidants sur Occitanie ouest avec pour objectif de réduire les taux de suicides et les tentatives de suicide chez les personnes sortant de l'hôpital après une tentative de suicide.

### Le sud du département

Il comprend les communes suivantes : Boulogne sur Gesse ; Aurignac ; Saint-Martory ; Salies-du-Salat ; Saint-Gaudens ; Montréjeau ; Barbazan ; Aspet ; Saint beat ; Bagnères de Luchon et est géré par le Centre Hospitalier de Lannemezan pour des adultes majeurs (à partir de 18 ans).

Les services de psychiatrie concernés pour cette prise en charge sur la Haute Garonne sont :

- **Hôpital de jour** Gaston Phoebus (Saint Gaudens) : 12 places
- **Centre Médico-Psychologique** de Saint-Gaudens et antenne de consultation située à l'EHPAD Gabriel Rouy des Hôpitaux de Luchon
- **Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel** de Saint Gaudens : 6 places
- **Equipe de liaison infirmière** auprès du service d'accueil des urgences de Saint Gaudens
- **Unité fermée** « Van Gogh » de psychiatrie adulte (Lannemezan) : 20 lits
- **Unité ouverte** « Clinique du Lac » de psychiatrie adulte (Lannemezan) : 20 lits
- **Géronto psychiatrie** (Lannemezan) : 16 lits en hospitalisation complète et 3 places en hospitalisation à temps partiel
- **Centre d'Alcoologie/Addictologie** (Lannemezan) : 20 lits (programme de cures, pas d'hospitalisation directe)

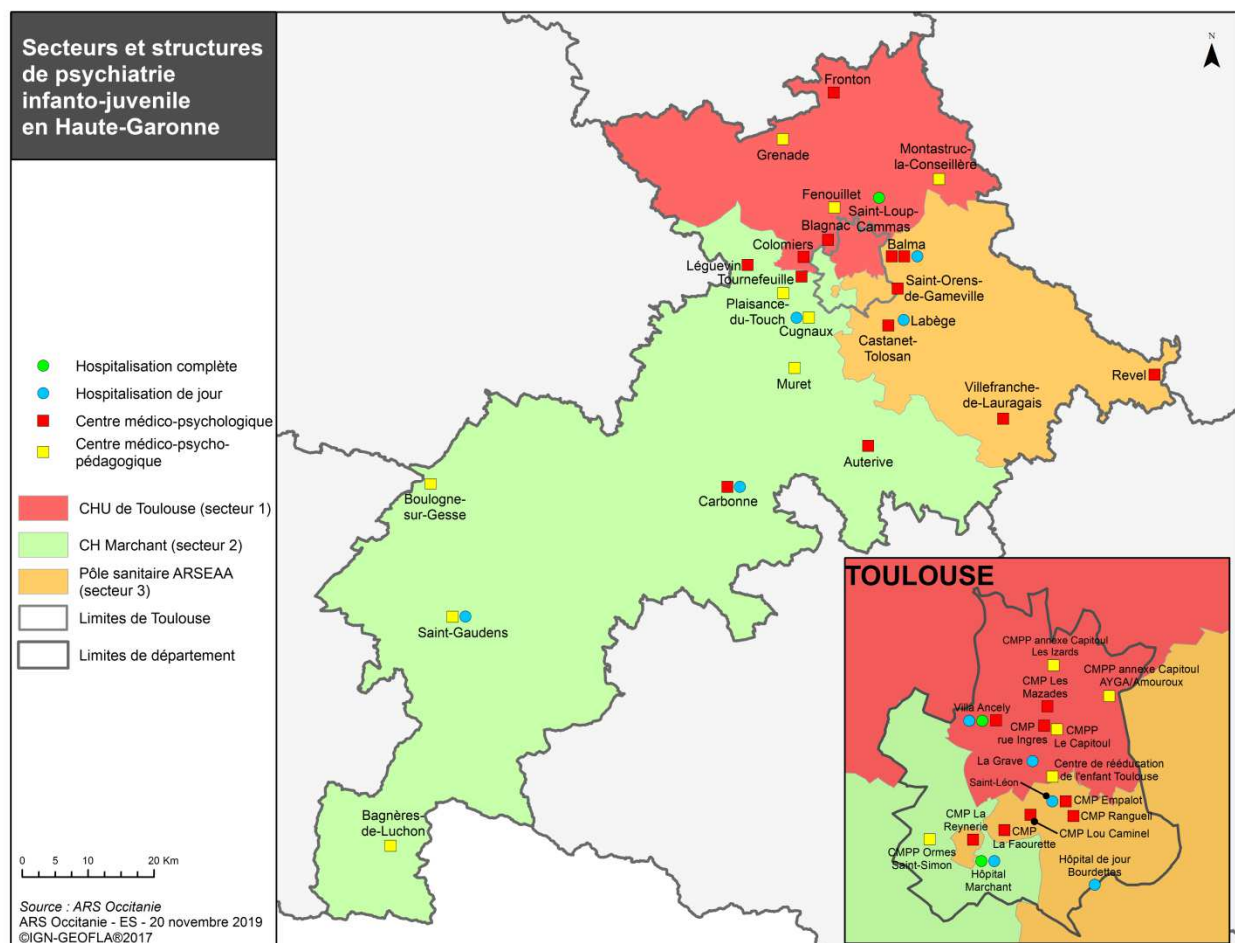
- D'autre part deux **unités intersectorielles de réhabilitation** (Lannemezan) peuvent accueillir des patients provenant des communes énoncées ci-dessus. 16 lits sont théoriquement réservés au secteur Lannemezan St Gaudens.

## ii. La psychiatrie infanto-juvénile

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, les secteurs sont gérés par des établissements différents :

- Le **secteur 1**, fait partie du **Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA)** qui comprend également des structures à missions intersectorielles (départementales) et régionales. Il se déploie sur le nord-ouest de Toulouse et du département. Il comprend la partie nord du bassin de santé de Toulouse, le bassin de Saint-Jean - L'Union et la partie nord du bassin de Cornebarrieu. Il est géré par le CHU de Toulouse. Il assure une importante charge de formation pour les futurs médecins, futurs psychiatres, mais aussi pour tous les métiers des champs de l'enfance et de l'adolescence.
- Le **secteur 2** s'étend sur une partie de la ville de Toulouse et l'intégralité du sud du département. Il comprend la partie ouest du bassin de santé de Toulouse, la partie sud du bassin de Cornebarrieu, les bassins de Muret et de Saint-Gaudens. Il est géré par le **CH Marchant**.
- Le **secteur 3** couvre le sud du bassin de santé de Toulouse et le bassin de Villefranche-de-Lauragais. Géré par l'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte (ARSEAA), il est aussi appelé le « **le Pôle Guidance Infantile** ».

Carte de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Garonne (cf annexe 20) :



## Le secteur 1

Le secteur 1 et le SUPEA exercent leurs missions cliniques à différents niveaux du territoire:

### Au niveau du secteur 1 de la Haute-Garonne :

- 5 **centres médico-psychologiques (CMP)**: 2 sur Toulouse (La Grave et Purpan) et 3 dans les principales villes du secteur (Blagnac, Colomiers, Fronton).
- 4 **unités d'hospitalisation de jour** avec une capacité de 12 places chacune : unité des petits pour les 4-8 ans, hôpital de jour « le LAPS » pour les 6-12 ans avec TSA sévères et partenariat systématique avec le médico-social, unité des grands pour les 8-12 ans, accueil psychothérapeutique de jour pour adolescents (APJA) pour les 12-17 ans.
- 2 **accueils thérapeutiques à temps partiel (ATTP)** : un ATTP pour les très jeunes enfants (0-3 ans) à La Grave, un ATTP polyvalent à Fronton.
- Une **Consult'ado** permettant d'accueillir les adolescents de 12 à 17 ans en montée de crise.
- Une petite équipe mobile (**Unité Mobile d'Evaluation et de Soutien, UMES**) permettant notamment d'« aller vers » les institutions partenaires mais aussi auprès des adolescents repliés à leur domicile et qui refusent d'amorcer une démarche de soins.

### Au niveau intersectoriel (départemental) :

- Une **unité d'hospitalisation à temps complet** s'adresse aux enfants et adolescents entre 10 et 17 ans, dont l'état de santé nécessite un temps d'accompagnement important (11 places en Hospitalisation Complète et 2 places en hôpital de jour ou nuit) ;
- **Hôpital de Jour Réactif** « Boris Vian » pour adolescents de moins de 18 ans ;
- Une **équipe de médecins, infirmière et secrétaire** est mise à disposition de la Maison des Adolescents de la Haute-Garonne.
- Un **Institut Médico-Educatif** « Classes TED », géré par le CHU en partenariat avec l'Education Nationale et la Mairie de Toulouse, accueille 12 enfants avec TSA ;
- Un **CeRCA** (Centre de régulation et de crise pour adolescents de la Haute-Garonne) apporte une réponse téléphonique qualifiée en temps réel, oriente et si besoin et reçoit dans la journée les adolescents en phase aigüe de crise.

### Au niveau régional :

- Une **Equipe Mobile de pédopsychiatrie de liaison**, à l'Hôpital des Enfants, intervient en collaboration avec les équipes de pédiatrie auprès d'enfants de moins de 15 ans accueillis dans des services d'urgences, de médecine et de chirurgie infantiles du CHU ;
- 2 **équipes de psychiatrie périnatale et maternologie** à l'Hôpital Paule de Viguier (maternité de niveau 3) et à l'Hôpital Joseph Ducuing interviennent avec les équipes de gynécologie-obstétrique et de psychiatrie d'adulte, auprès des futurs parents, des parents et de leurs enfants.
- Une **unité d'évaluation des TSA**, mise à disposition du GIP Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées, est spécialisée dans le diagnostic et l'évaluation des TSA.

## Le secteur 2

Le secteur 2, géré par le CH Marchant, assure un accueil des enfants et adolescents à travers :

- Des **unités d'Hospitalisation Complète** :
  - 12 lits pour les 5-12 ans ;
  - 1 Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents disposant de 8 lits pour les 13-17

- ans ;
- 1 Accueil Familial Thérapeutique ;
- Le Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes (PAJA) à destination des 16-25 ans.
- Des **Hospitalisations De Jour** ont une capacité totale de 66 places dont 12 places à Toulouse (12-16 ans) et 54 places réparties sur le reste du territoire (sur Carbonne, Cugnaux et Saint-Gaudens) ;
- Deux **Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel** (à Tournefeuille et Carbonne) ;
- Quatre **Centres Médico-Psychologiques** (situés à Carbonne, Auterive, Tournefeuille, Léguevin) ;
- Une **Equipe Mobile d'Intervention et de Crise** intervient pour les plus de 16 ans ;
- Une **Consult'ado** permettant d'accueillir les adolescents de 12 à 17 ans en situation de crise ayant besoin de rencontrer un professionnel de la santé mentale rapidement (délai de réponse de moins de 72h).
- Une **Unité Mobile d'Evaluation et de Soutien** permet d'accompagner les professionnels dans la recherche de solution pour les jeunes de moins de 16 ans ;
- Un **Centre d'Aide à la Parentalité** accompagne les parents pour les soutenir dans leur rôle.
- Unité d'évaluation TED
- **Dispositif de Coordination et Appui des Parcours Précoces en Autisme** (couverture du secteur et de l'Ouest de l'Ariège)

### Le secteur 3

Le secteur 3, géré par l'ARSEAA, se compose des structures suivantes :

- Des **structures ambulatoires** :
  - Pour les petits : 2 CMP 0-4 ans et 2 CATTP 3-6 ans
  - Pour les 3-18 ans : 8 CMP (3 à Toulouse, 5 en périphérie)
  - Pour les 6-12 ans : 3 CATTP (1 Toulouse et 2 en périphérie)
- Des unités d'**Hospitalisation De Jour** :
  - Sur Toulouse : 30 places pour les 2/3-7 ans et 22 places pour les 13-18 ans ;
  - En périphérie : 22 places pour les 6-12 ans et 16 places pour les 10-14 ans.

Ces unités comptent au total 90 places pour prendre en charge 170 enfants.

- Un **dispositif réactif adolescent** comprenant :
  - Une Unité ambulatoire adolescent en situation de crise (Consult'Ado pour les 13/18 ans)
  - Une Unité Mobile d'Evaluation et de Soutien (UMES) qui accompagne les professionnels dans la recherche de solution pour les jeunes de moins de 16 ans.
  - Un Hôpital de jour réactif pour adolescents
- Des **dispositifs de psychiatrie de liaison en périnatalité** existent avec la Clinique Rive-Gauche, la Clinique Ambroise Paré et la Clinique de L'Union ;
- Une **Unité d'Evaluation Troubles Envahissants du Développement** et un **dispositif de Coordination et Appui des Parcours Précoces en Autisme** appuient le diagnostic et l'évaluation des enfants. Ils mettent à disposition des informations sur l'autisme et les autres Troubles Envahissants du Développement.

Le secteur 3 possède aussi un agrément du Conseil départemental pour 150 mesures AED.



### iii. La psychiatrie de la personne âgée

Chez les personnes âgées, les troubles psychiatriques sont d'autant plus complexes à prendre en charge qu'ils s'associent à de multiples pathologies. Les problèmes somatiques peuvent avoir des conséquences psychiatriques, et réciproquement.

Sur la Haute-Garonne, la filière gériatrique sanitaire s'organise de la manière suivante au sein du **CHU de Toulouse** :

- Un **Court Séjour Gériatrique** (95 lits) ;
- Une **Hospitalisation De Jour** ;
- Des **consultations mémoire** ;
- Des **Equipes Mobiles de gériatrie** ;
- Des **Soins de Suite et de Réadaptation**, avec 754 lits Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalents et 271 lits de Soins de Suite et de Réadaptation avec mention personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ;
- Une **Unité cognitivo-comportementale** de 12 places ;
- Une **Unité de Soins de Longue Durée** disposant de 363 lits dont 24 places d'Unité d'hébergement renforcé.

Concernant la filière psychiatrique spécialisée autour de la prise en charge de la personne âgée le CHU, via son pôle psychiatrie, service psychiatrie et psychologie médicale, propose :

- Des **consultations** de psychiatrie gérontologie ;
- Une **Unité Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé** : l'activité de l'UMPSA est essentiellement intra-hospitalière (CHU) centrée sur une mission de psychiatrie de liaison. Les principaux objectifs de l'UMPSA résident dans la préservation de l'autonomie en prévenant l'institutionnalisation et dans une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie lorsque cela est possible avec une prise en charge proposée dans le temps de l'hospitalisation en MCO.
- Est inscrit au projet d'établissement, un projet de création d'un 5ème service dont les missions seront d'assurer, outre la prise en charge de patients âgés présentant des troubles mentaux et psycho-comportementaux, la coordination d'un parcours de soins spécifique

Concernant les services psychiatriques du CHU, les unités non-sectorisées comportent une proportion d'environ 20% de patients de plus de 75 ans. L'UMPSA est régulièrement sollicités par les psychiatres en charge de ces unités.

**Service de psychiatrie générale non sectorisé** : Une des unités de ce service est spécialisée dans la prise en charge des dépressions résistantes. Il s'agit d'un centre expert affilié au réseau national FondaMental. Cette unité accueille des personnes âgées, souvent confrontées à ces situations de résistance. En 2017, sur 325 séjours à l'UF4 (moyenne d'âge 61 ans, DMS 20,6 jours), 24,3% concernaient des patients de 75 ans et plus.

Le Centre Hospitalier de **G Marchant** gère :

L'**Unité de soins de longue durée (USLD) « Les Jardins des Silos »** permet d'apporter des soins de qualité aux personnes âgées de plus de 60 ans affectées de pathologies chroniques sévères, psychiatriques ou non, entraînant une perte d'autonomie. Cette structure de 80 regroupe 3 secteurs :

- « Flore », une Unité d'hébergement renforcé (UHR) de 14 places pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères.

- « Lilas », une USLD à orientation psycho-gériatrique de 22 places pour des patients alliant pathologies psychiatriques et une dépendance, ou des problèmes somatiques chroniques ou des troubles démentiels associés.
- « Capucine », une USLD gériatrique de 44 places p
- Une **Hospitalisation De Jour Intersectoriel** (Hôpital de Jour de Negreneys) : lieu de soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui présentent des troubles psychopathologiques qui nécessitent des soins quotidiens et prolongés ;
- Une **Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé** (EMPISA): elle constitue une aide à l'évaluation, au diagnostic, au traitement et à l'orientation en psychiatrie du sujet âgé. Constituée d'un psychiatre et d'infirmières spécialisées en psychiatrie du sujet âgé, elle intervient sur le lieu de vie du patient (domicile ou institution), sur demande du médecin généraliste, des professionnels de santé ou des équipes médico-sociales. Le périmètre d'intervention couvre l'ensemble des communes de Toulouse Métropole ainsi que les territoires ruraux des secteurs 31G03 et 31G08 de psychiatrie adulte (Pôle Rive Droite Nord-Est).
- Une **activité de liaison géronto-psychiatrique** à destination des personnes hospitalisées au sein des unités du Centre Hospitalier Gerard Marchant.

Le **Centre Hospitalier de Lannemezan** dispose en géronto psychiatrie (Lannemezan) : 16 lits en hospitalisation complète et 3 places en hospitalisation à temps partiel.

### c) L'offre des établissements de santé privés

L'offre sanitaire proposée par le secteur privé est importante<sup>15</sup> :

#### iv. La psychiatrie infanto-juvénile

Un établissement privé, la **Clinique Marigny**, dispose d'un pôle qui propose treize lits pour les 12-18 ans en **Hospitalisation Complète**.

#### v. La psychiatrie adulte

La Haute-Garonne compte 8 établissements privés :

##### Groupe RAMSAY :

- **Clinique de Beaupty** gérée par le groupe RAMSAY (160 lits en HC dont 4 lits de post-urgence et 21 lits hospitalisation sans consentement + 15 hospitalisations à domicile (Psydom) : il s'agit de la seule clinique privée ne disposant pas d'hospitalisation de jour.
- **Clinique des Cèdres** à Cornebarrieu (125 lits en HC dont 4 lits de post-urgence et 5 en HDJ), habilitée à recevoir les urgences psychiatriques, gérée par le groupe RAMSAY

##### Groupe ORPEA sous l'enseigne CLINEA :

- **Clinique Castelvial** à Castelmaurou gérée par ORPEA sous l'enseigne CLINEA (188 lits en HC et 5 en HDJ)
- **Clinique Marigny** à Saint-Loup-Cammas gérée par ORPEA sous l'enseigne CLINEA : HC (117 lits et 10 places en HDJ)
- **Clinique Château de Seysses** : HC (126 lits) et HDJ (5 places)

<sup>15</sup> Données Statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) 2018



**Alliance des cliniques indépendantes CLINAVENIR :**

- **Clinique d'Aufréry** à Pin-Balma : HC (128 lits) et HDJ (12 places).

**Structures autonomes :**

- **Clinique de Montberon** : HC (120 lits) et 5 places en HDJ
- **Maison de santé Mailhol** à Labastide-Beauvoir : HC (100 lits) et 6 en HDJ

**Pour le public adulte**, la Haute-Garonne comporte également un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) : **l'établissement de santé mentale de Toulouse MGEN**. Il propose une offre de soins pour :

- Des adultes atteints de pathologies psychiatriques chroniques stabilisées nécessitant un renforcement de prise en charge ambulatoire.
- Des adultes atteints de pathologies psychiatriques subaiguës en alternative à l'hospitalisation complète. En plus d'un étayage séquentiel ou continu, des partenariats sont développés afin d'optimiser le maintien de l'intégration sociale et familiale.

**vi. La psychiatrie de la personne âgée**

Un établissement privé, la **clinique du Château de Seysses**, propose dix places d'hospitalisation temps plein en géro-psi-chiatrie (dépression d'apparition récente, dépression chronique, psychose vieillissante, bouffées délirantes, troubles anxieux) et 5 places d'Hospitalisation De Jour à visée géro-psi-chiatrique. La structure accueille actuellement des patients en GIR 3 à 6, sur le service de la « 100 », situé au rez-de-chaussée.

Au sein de la **clinique d'Aufréry**, une psychiatre spécialisée en PPA propose une prise en charge de consultation et d'hospitalisation spécifique à la PPA. L'activité est surtout représentée par une aide au diagnostic différentiel, à l'évaluation de la pertinence des prescriptions et à de courtes hospitalisations pour bilan spécialisé. La sévérité de la dépendance (GIR) est, comme à la clinique de Seysses, une limite à l'admission en hospitalisation complète.

Des avis sont aussi donnés dans certaines structures de SSR gériatriques partenaires.

**d) L'offre sanitaire associative**

En offre sanitaire, le milieu associatif compte :

- Le **Centre Route Nouvelle** : un centre de post-cure, un Service d'Accueil Médico-Social pour Adultes Handicapés, un pôle social ;
- Le **centre APRES** : un centre de post-cure, un Etablissement et Service d'Aide par le Travail, un foyer, un Service d'Accueil Médico-Social pour Adultes Handicapés.

Cette offre sanitaire portée par le milieu associatif est située sur l'agglomération toulousaine.

**B. L'offre médico-sociale**

La Haute-Garonne représente 28% de la population de la région Occitanie. Au global, structures enfants et adultes confondues, l'offre médico-sociale de compétence ARS<sup>16</sup> représente un taux d'équipement de 7.12, en-deçà du taux d'équipement moyen régional, qui se situe à 7.96.

<sup>16</sup> Cette notion exclut les établissements à compétence exclusive du conseil départemental, à savoir les SAVS, les foyers d'hébergement, les foyers occupationnels et les foyers de vie.

	31	Région
Taux d'équipement des structures pour enfants <sup>1)</sup>	10.84	10.70
Taux d'équipement des structures pour adultes hors CRP/CPO/UEROS/ESAT	2.26	2.74
Taux d'équipement des structures pour adultes	5.47	6.69

L'évolution démographique dynamique en Haute-Garonne induit une demande d'admission largement supérieure aux capacités existantes et en projet malgré la priorisation des créations de places nouvelles.

La Haute-Garonne est dotée d'un panel important de type d'établissements et de l'ensemble des modalités d'accueil, permettant d'être au plus près des besoins d'accompagnement des personnes : internat, accueil de jour, accueil temporaire sur 90 jours de nuit et de jour.

#### a) Pour adultes en situation de handicap<sup>17</sup>

Les **Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés** contribuent à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux et professionnels. Ils aident au maintien des liens familiaux, sociaux, professionnels pour les personnes handicapées et apportent une assistance dans la vie quotidienne.

On compte huit **Services d'Accompagnement Médico-Social** pour Adultes Handicapés représentant 214 places sur le département, dont 1/3 se situent sur la commune de Toulouse et 1/3 sur le sud de la Haute-Garonne, entre Nailloux et Bagnères de Luchon.

Les **Services d'Accompagnement à la Vie Sociale** interviennent auprès des personnes adultes handicapées en tant que conseillers pour tout ce qui concerne la vie courante (le logement, le travail, l'alimentation, les loisirs, la gestion budgétaire, la santé). Il y a neuf Services d'Accompagnement à la Vie Sociale sur le département (639 places), huit sont situés dans l'arrondissement de Toulouse (dont six à Toulouse) et un dans l'arrondissement de Muret. L'arrondissement de Saint-Gaudens ne dispose pas de Services d'Accompagnement à la Vie Sociale.

Les **Etablissements et Services d'Aide par le Travail** ont pour objectif l'insertion sociale et professionnelle des adultes handicapés. En Haute-Garonne, il existe dix-huit Etablissements et Services d'Aide par le Travail correspondant à 1 803 places.

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) disposent également de places dédiées pour les adultes en situation de handicap (70 places).

En termes de lieu de vie ou d'accueil de jour, temporaire, on compte :

Seize **Foyers ou Etablissements d'Accueil Médicalisés** : 540 places réparties sur 16 structures

Dix-neuf **Foyers de vie** : onze sont situés dans l'arrondissement de Toulouse (dont un sur Toulouse, quatre dans l'arrondissement de Muret et quatre dans l'arrondissement de Saint-Gaudens ;

Quatorze **Foyers d'hébergement** : six sont situés dans l'arrondissement de Toulouse dont deux à Toulouse, six sont situés dans l'arrondissement de Muret et deux dans

<sup>17</sup> Travaux préparatoires au PRS Occitanie, Parcours Santé mentale, avril 2017

l'arrondissement de Saint-Gaudens.

Quinze **Maisons d'Accueil Spécialisées** : 778 places réparties sur 14 établissements.

### b) Pour enfants et adolescents en situation de handicap<sup>18</sup>

Les **Instituts Médico-Educatifs** (IME) sont adaptés pour les enfants et adolescents avec une déficience intellectuelle et des troubles associés. Le département compte 16 IME qui se répartissent sur 1007 places<sup>19</sup>, dont plus de la moitié des structures a une autorisation spécifique autisme.

Les **Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques** (ITEP) accueillent des enfants et des adolescents qui présentent des difficultés psychologiques perturbant leur apprentissage et développement. Dix-sept ITEP sont implantés sur le territoire haut-garonnais. Au total, le département dispose de 725 places en ITEP et de 408 places en SESSAD pour ce type de public soit une capacité totale de 1133.

Si l'on considère les trois modalités d'accompagnement médico-social des ITEP (accueil de nuit ou internat, accueil de jour ou demi-internat, ambulatoire ou SESSAD) elles se trouvent également réparties (en nombre de places autorisées) sur la base d'environ un tiers chacune. L'accueil de jour et l'ambulatoire représentent respectivement 34% et 36% soit au total 70% de l'offre.

L'accueil de nuit représenté ici principalement par l'internat ne constitue plus l'offre première autour de laquelle se structure l'accompagnement même si elle reste, une modalité utile à mobiliser dans une perspective d'abord thérapeutique et dans une logique de dispositif. En dehors de l'internat, certains ITEP peuvent compléter l'offre de nuit par des familles d'accueil spécialisées (56 places dont près de la moitié se situent sur le sud du département), qui constituent une réponse aux besoins de replis de certains jeunes par rapport au collectif.

Cette évolution de l'offre épouse une demande des parents qui s'exprime et s'oriente de manière croissante et en priorité vers les deux autres modalités : accueil de jour ou ambulatoire.

Les **Services d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile** sont un service d'accompagnement des enfants en situation de handicap, tourné vers la prise en charge précoce, l'accompagnement des familles, l'aide au développement de l'enfant, le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie.

Sur la déficience intellectuelle et l'autisme, 376 places de service sont agréées et sur les troubles du développement, 471 places.

Le **Centre d'Action Médico-Sociale Précoce** existe depuis 2008 et est géré par le CHU, sans antenne dans le département, mais avec des conventionnements avec les libéraux, ce qui permet une couverture territoriale intéressante. Composé d'une équipe pluri-professionnelle, il se place dans la complémentarité des structures existantes de la prise en charge des enfants (0-6 ans) présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Son activité s'articule autour du dépistage précoce du handicap, de la prise en charge en ambulatoire, de la rééducation de l'enfant et l'accompagnement de la famille.

Les **Centres Médico-Psycho-Pédagogiques** font partie de l'offre médico-sociale. Ils assurent une prise en charge en ambulatoire des enfants de 3 à 18 ans présentant des troubles du comportement. Ils

<sup>18</sup> Travaux préparatoires au PRS Occitanie, Parcours Santé mentale, avril 2017

<sup>19</sup> Travaux préparatoires au PRS Occitanie, Parcours Santé mentale, avril 2017

permettent le dépistage, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l'enfant tout en le maintenant dans son milieu ordinaire. En Haute-Garonne, on dénombre treize Centres Médico-Psychopédagogiques répartis sur les secteurs 1 (10 CMPP) et secteur 2 (1 CMPP, Le Nébouzan, à Saint-Gaudens, dépendant de l'ASEI et gérant une mission sanitaire par convention avec le CH Marchant, il dispose de deux annexes - Boulogne sur Gesse et Bagnères de Luchon).

Les **Instituts d'Education Motrice** et Instituts d'Education Sensorielle accueillent des enfants et adolescents avec une déficience motrice ou sensorielle afin de les accompagner dans leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

### c) Pour personnes âgées

Pour le public âgé à domicile, l'offre médico-sociale recense pour le département 36 **SSIAD** (1992 places pour personnes âgées et 92 places d'Equipes Spécialisées Alzheimer), 13 **centres d'accueils de jour** (adossés à un EHPAD ou autonomes -134 places au total), 3 **plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants**.

L'offre d'hébergement médico-sociale pour personnes âgées recense 132 **Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes** (10263 places), dont 42 proposant de l'hébergement temporaire (42 places), et 27 résidences autonomie (1322 places dont 322 sont médicalisées, réparties sur 5 établissements)

Quatre **EHPAD** sont plus particulièrement dédiés à l'accueil de personnes en situation de handicap vieillissantes, souffrant de troubles psychiques (un à Toulouse et trois hors Toulouse).

## C. L'offre médico-sociale et sanitaire pour les publics spécifiques

### a) Pour personnes en situation de précarité

La Haute-Garonne dispose de :

24 **Lits Halte Soins Santé** : structures accueillant temporairement des personnes sans domicile fixe ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue ; LHSS portées par le CHU et l'association la Clef

20 places de **Lits d'Accueil Médicalisés** : structures accueillant des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ;

74 places d'**Appartements de Coordination Thérapeutique** : structures qui hébergent à titre temporaire, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion sociale. Les ACT

offrent à la fois une coordination médicale et psychosociale ; 2 structures gèrent ces places ACT : l'UCRM et La Clef.

Des places ACT spécifiques « **Un chez soi d'abord** », portées par un GCSMS composé par le CH Marchant, l'association Clémence Isaure et Soliha : programme permettant un accès direct au logement ordinaire et durable, avec un accompagnement social, sanitaire et médical spécialisé pour des personnes sans domicile fixe, atteintes de pathologies mentales, nécessitant une prise en charge médicale et un accompagnement social adapté. A ce jour, le dispositif compte 100 places. 50 places « un chez soi pour les jeunes » vont être expérimentées à Toulouse par le même GCSMS à compter de fin 2019.

**2 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité** (l'une portée par le CH Marchant et l'autre par le CHU de Toulouse<sup>20</sup>) qui ont pour missions principales : Aller vers les publics quel que soit le lieu où leurs besoins sont repérés » afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et identifier les besoins, l'orientation à l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ; Assurer une fonction d'interface entre les équipes de psychiatrie et les acteurs de première ligne accueillant ces publics ou œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et les exclusions, pour faciliter une prise en charge coordonnée.

**3 PASS (permanence d'accès aux soins de santé)** généralistes du département localisées au CHU, à l'Hôpital J Ducuing et au CH de St Gaudens. La consultation de la PASS est un lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement médico-psycho-social où les personnes sans couverture sociale peuvent venir **sans rendez-vous**. Il existe une PASS Psy située à Toulouse, une PASS mobile et une PASS dentaire portées par le CHU. La **Permanence d'Accès aux Soins de Santé psychologique (PASS Psy)**, située en centre-ville de Toulouse prend en charge les personnes sans couverture maladie ou dans l'incapacité de faire valoir leurs droits, en situation de précarité, et rencontrant des difficultés d'accès aux soins du fait de souffrances psychologiques ou les oriente vers les services adaptés.

#### **b) Pour publics usagers de drogues et / ou en situation d'addiction avec ou sans produits**

Des prises en charge spécifiques à destination des usagers de drogue sont proposées sur le territoire :

Deux **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues** : un porté par l'association AIDES à Toulouse, avec une permanence à Saint-Gaudens, et le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues Intermède de l'association régionale Clémence Isaure, sur Toulouse. Les deux structures ont un accueil de jour et une équipe mobile de rue ;

5 CSAPA (**Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie**), lieux d'accueil, d'écoute, d'information, de soin et d'accompagnement destinés aux personnes, mineures ou majeures, qui rencontrent des difficultés avec leur consommation de substances psychoactives ou avec une addiction sans substance. Les 5 CSAPA sont portés par le CHU, (Maurice DIDE – site Toulouse), ARPADÉ (site Toulouse), AAT (site Toulouse et antenne à Fronton), ANPAA (site Toulouse, antenne à Saint Gaudens et Consultations sur Muret) et par Clémence Isaure (La Maison – site Toulouse). Certains CSAPA proposent des services de familles d'accueil (Clémence Isaure), des appartements thérapeutiques

<sup>20</sup> Source : IFERISS, *Etat des lieux des EMPP d'Occitanie, Septembre 2018*

(Arpade et Clémence Isaure), du Travail Alternatif Payé A la Journée (Clémence Isaure) ainsi que des Consultations jeunes Consommateurs (CJC).

Les **microstructures** : convention entre CSAPA et médecine libérale pour assurer l'apport de la dimension psycho sociale dans la prise en charge des addictions en médecine libérale (2 microstructures démarreront au 1<sup>er</sup> janvier 2020)

L'**Unité de coordination de tabacologie** (consultations d'aide à l'arrêt du tabac à l'hôpital Larrey) ;

Le **pôle addictologie** de l'hôpital Joseph Ducuing qui propose une approche globale, médicale, psychologique et sociale à travers des consultations et par le biais du centre, une hospitalisation et un centre passage de délivrance de substitution dont la méthadone si nécessaire

Le **service universitaire d'addictologie** et **l'unité d'alcoologie de liaison hospitalière** du CHU

Trois **Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)**, interviennent auprès des patients en appui aux équipes de soins au CH Marchant, à l'hôpital Joseph Ducuing, à l'hôpital Purpan ;

Un service de **Soins de Suite et de Réadaptation spécialisée en Addictologie** à la Clinique La Recouvrance à Fronton

### c) Pour personnes détenues

Pour les personnes détenues, la Haute-Garonne est dotée :

D'un **Service Médico-Psychologique Régional** qui propose à la population pénale des soins de qualité équivalent à ceux qui existent en milieu libre. Il fait partie du pôle psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire ;

D'une **Unité Hospitalière Spécialement Aménagée**, qui prend en charge des personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Les détenus peuvent être accueillis avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'Etat.

L'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée se situe au sein du CH Marchant ;

D'une **Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale**, unité prenant en charge les hospitalisations programmées de plus de 48 heures des personnes détenues au sein d'un établissement public de santé<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Atlas de la santé mentale, Populations spécifiques, Département de la Haute-Garonne, 2018

### 4.3 Données complémentaires par priorité

#### **A. Priorité n°1 : 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 et médico-sociaux**

*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 :*

- *L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;*
- *L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;*
- *L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.*

*Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :*

- *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 ;*
- *Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confronté à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;*
- *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 ;*
- *Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.*

*cf décret du 27 juillet 2017*

En plus de l'offre en santé mentale présentée précédemment, le département de la Haute-Garonne est doté de nombreux dispositifs et services de prévention, repérage précoce et prise en charge des troubles psychiques à destination de publics variés.

#### **a) Pour la population adulte / population générale**

Plusieurs structures contribuent à la prise en charge de la santé mentale sur le territoire, à destination de tout type de public souffrant de troubles psychiques telles que ASP Deuil, ARPADE, FRAMAFAD, la Porte Ouverte, SOS Amitié, UNAFAM... Ces associations proposent notamment des lieux d'écoute.

Les acteurs intervenants sur l'habitat sont aussi des acteurs du repérage :

- L'Amandier intervient comme médiateur lors de troubles dans l'habitat lié à un problème de comportement. Cette association est amenée à rencontrer beaucoup d'occupants avec des



troubles psychiques souvent couplés à de l'addictologie. L'Amandier participe au repérage précoce des situations.

- Le Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI) centralise les signalements Habitat.

Il existe un dispositif expérimental en Haute-Garonne de gratuité des soins de psychologie et de psychothérapie sur prescription médicale intitulé « prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non médicamenteuses » pour des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée.

### b) Pour les enfants, adolescents et jeunes

Concernant le public enfant et/ou adolescent, 20 **Centres Médico-Psychologiques** peuvent accueillir un public **enfant**, deux Centres Médico-Psychologiques (situés dans le secteur 3) sont spécialisés dans l'accueil des **jeunes enfants**. La particularité de la Haute-Garonne est que CMP et CMPP ont été implantés par complémentarité territoriale.

Bassin de santé	Nombres de sites géographiques
TOULOUSE	7 CMP / 4 CMPP
CORNEBARRIEU	4 CMP / 2 CMPP
MURET	2 CMP / 2 CMPP
SAINT JEAN-L'UNION	1 CMP / 2 CMPP
VILLEFRANCHE de LAURAGAIS	6 CMP
SAINT-GAUDENS	0 CMP / 3 CMPP
<b>TOTAL HAUTE-GARONNE</b>	<b>20 CMP / 13 CMPP</b>

- File active : 8 082 (250 en moyenne)
- 40 % nouveaux patients
- 60 % : une seule prise en charge par semaine
- Sur le département, le délai d'attente moyen dans les Centres Médico-Psychologiques accueillant un public enfant et adolescent est de 293 jours (plus de 9 mois) entre le premier contact et la mise en place du soin<sup>22</sup>.

Le département de la Haute-Garonne compte quatorze **Centres d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel**.

Les institutions portent des dispositifs / missions :

Les services du **Conseil Départemental de la Haute-Garonne** :

- **L'Aide Sociale à l'Enfance** : elle assure un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs qu'à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre;
- **La Protection Maternelle Infantile** : elle met en œuvre des actions de prévention médico-sociale précoce, ante et post natales, en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans, en proposant des modalités d'accompagnement qui s'adaptent aux besoins des familles (consultations, visites à domicile...). La PMI réalise également des bilans de santé en école maternelle qui s'adressent aux enfants de

<sup>22</sup> ARSEAA, Juin 2019

moins de 4 ans. Elle est, de plus, notamment compétente dans l'agrément des modes d'accueil de la petite enfance. Le Conseil départemental a, en outre, fait le choix de réaliser les missions de planification et d'éducation familiale en régie en portant le Centre départemental de planification et d'Éducation Familiale.

- La jeunesse : le Conseil départemental met en œuvre une politique en faveur des jeunes haut-garonnais en développant la démarche d' « aller vers » de la prévention spécialisée et en soutenant des actions associatives comme outils au service de la prévention. Le Fond d'aide aux jeunes développe des actions d'insertion spécialisée en faveur des jeunes les plus éloignés de l'emploi.
- La **Maison Des Adolescents de la Haute-Garonne** : elle propose un lieu d'écoute et d'accompagnement, en centre-ville de Toulouse, pour les jeunes du département, âgés de 11 à 21 ans, à leurs familles et aux professionnels travaillant auprès avec eux. Ses activités s'organisent autour d'entretiens individuels, d'ateliers de groupe, de consultations auprès de spécialistes de l'adolescence.

Les services de l'**Éducation Nationale** au travers des services de promotion de la santé des élèves, composés de médecins, d'infirmiers et de psychologues. Ils interviennent dans la scolarité des élèves par des actions de promotion et d'éducation pour la santé et peuvent contribuer à la prévention et/ou au repérage précoce de troubles psychiques.

La Protection Judiciaire de la Jeunesse réalise des projets de promotion de la santé en direction des jeunes pris en charge en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé.

#### **D'autres dispositifs / structures à destination des enfants et adolescents existent sur le territoire :**

**Réseau Adolescence Partenariat 31** : réseau de soins qui veille à la continuité de la prise en charge de jeunes âgés de 12 à 21 ans. Par un soutien aux professionnels lors des situations complexes, il permet la coordination des acteurs autour de réunions de concertation pluri-professionnelles. Il intervient à l'échelle du département.

Les **Points Accueil Ecoute Jeunes** accueillent jeunes et/ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, dès lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé : mal-être, souffrance, échec, conflits, violences, décrochage social, etc. Le département compte 6 Points Accueil Ecoute Jeunes, 4 situés sur l'agglomération toulousaine, 1 sur Muret et 1 sur Saint-Gaudens<sup>23</sup> ;

Le **programme Pare-chocs** qui réalise une prévention ciblée à destination des adolescents présentant un syndrome dépressif sans idée suicidaire et sans Troubles Développementaux de la Coordination graves ;

Le **groupe Histoire d'en parler** (prévention du deuil compliqué et du deuil pathologique).

Les 2 missions locales de Haute-Garonne dont une sur Toulouse spécifiquement qui dispose de 5 antennes (Bagatelle, Le Mirail, Empalot, Centre, Quartiers Nord. Elles ont pour missions l'accueil, l'information, l'orientation et l'accompagnement des **jeunes de 16 à 25 ans**, sortis du système scolaire, en recherche d'emploi, dans leurs démarches vers l'autonomie et répond à leurs questions/besoins en termes d'emploi, formation, logement, ressources, santé, mobilité, numérique, culture.

Les clubs de prévention : le Département a transféré, en 2017, la prévention spécialisée à la Métropole de Toulouse. Le Club de prévention de Saint-Gaudens demeure rattaché au Conseil

<sup>23</sup> <http://www.ml31.org/point-daccueil-et-decoute-jeunes-paej.html>

départemental. La démarche de l' « aller vers » permet le repérage de situations de jeunes en difficultés et d'entamer un accompagnement individuel vers les dispositifs de droit commun tout en respectant les principes de la prévention spécialisée, anonymat et libre adhésion,

Tous les acteurs agissant en promotion de la santé : EPIDE, CROUS, SIMPPS,...

### c) Pour les personnes en situation de précarité

Plusieurs services s'adressent aux personnes en situation de précarité :

- La **plateforme santé précarité** est un espace d'échange permettant de :
  - Améliorer la connaissance mutuelle, identification des professionnels intervenant auprès de personnes en situation de précarité
  - Améliorer les compétences des professionnels du champ de la précarité à Toulouse
  - Étendre l'offre de soins des populations vivant en squats et bidonvilles
- La cellule de coordination en santé des squats et bidonvilles portée par la **plateforme santé précarité** afin de faire un repérage des sites, une évaluation des besoins en santé, une priorisation des actions en santé concernant des dispositifs de prévention, information, vaccination, dépistage et soins/ mobilisation des acteurs du droit commun.
- La délégation régionale de **Médecins Du Monde**, dont le siège est implanté à Toulouse, qui œuvre en faveur de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes les plus démunies à travers l'écoute, l'identification des troubles et le dépistage, un suivi et une orientation vers le(s) dispositif(s) adapté(s).
- La **Case de Santé**, située dans le quartier Arnaud Bernard à Toulouse dont le projet est de faire vivre un centre de santé polyvalent de quartier mais ouvert à tou-te-s, un lieu de santé adapté à l'accueil de populations frappées par les inégalités sociales de santé. Modèle nouveau de structure de premier recours, innovant et efficient dans sa prise en charge globale et coordonnée des personnes, la Case de Santé contribue à la prévention, la lutte et la prise en charge de la souffrance psychosociale du public accueilli.

### d) Pour les publics usagers de drogues et ou en situation d'addiction avec ou sans produits

- Sur le département, plusieurs services s'adressent aux publics usagers de drogues. Ces services ont été présentés précédemment.
- Le **Réseau Addiction Midi-Pyrénées** dont l'objectif est de permettre aux personnes souffrant d'addiction et leurs familles de bénéficier de prises en charge adaptées et pluridisciplinaires, à travers la mise en œuvre d'une collaboration formalisée entre des professionnels libéraux, des structures spécifiques en addictologie, des établissements hospitaliers ainsi que des travailleurs sociaux, des structures d'insertion, de prévention et des associations d'usagers. Il assure l'animation territoriale de la mise en place des micro-structures sur le département.
- La **Fédération Addiction** a pour but de constituer un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico psycho sociale et transdisciplinaire des addictions.

**B. Priorité n°2 : Organisation d'un parcours de santé et de vie 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**

*Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation d'un parcours de santé et de vie 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 :*

- *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 ;*
- *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.*

*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.*

*cf décret du 27 juillet 2017*

Sur la Haute-Garonne, divers dispositifs et structures œuvrent en faveur de la continuité du parcours de santé et de vie et de l'insertion socio-professionnelle des personnes présentant des troubles psychiques, en plus des structures précédemment citées.

Le Conseil Départemental assure un rôle prépondérant dans la continuité du parcours des usagers en situation de fragilité. Chef de file de l'action sociale sur le territoire, il déploie au plus près de la population 23 **Maisons des Solidarités** (MDS) et leurs annexes, qui assurent l'ensemble des compétences sociales du département :

- Accompagnement des familles
- Protection de l'enfance
- Autonomie des personnes âgées
- Autonomie des personnes en situation de handicap
- Lutte contre la précarité

**a) Pour la population adulte / population générale :**

En ville, des **équipes de soins primaires** regroupant des professionnels de santé de premier recours sont mises en place. Une ou plusieurs de ces équipes peuvent constituer une **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé**.

Un projet de Plateforme Territoriale d'Appui existe sur le département, à l'initiative du réseau territorial de santé Reliance 31.

Le département dispose d'une **Maison Départementale des Personnes Handicapées**, située à Toulouse. Sa mission consiste à accueillir, informer, accompagner et conseiller les personnes en

situation de handicap et leur famille. La MDPH intervient dans l'évaluation des besoins de compensation du Handicap (Enfants/Adultes) en accompagnant ainsi la scolarité inclusive des enfants et des adolescents (AESH, ULIS...) et en proposant des dispositifs d'aide à l'évaluation et l'accompagnement personnalisé vers une insertion professionnelle adaptée (emploi accompagné, MISPE...). La MDPH décide de l'orientation médico-sociale adaptée à la personne (EMS, SMS...) en fonction de son projet de vie et des éléments d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire. « La MDPH a en charge le déploiement de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) et assure un rôle d'assembler auprès des acteurs du champ du sanitaire, du médico-social, du social, de la formation pour une meilleure articulation notamment la gestion des cas difficiles... »

Un **Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Modulé**, localisé dans l'agglomération toulousaine, constitue une structure relais après une hospitalisation. Son objectif est de fournir aux personnes prises en charge un lieu d'accueil et de soins afin d'acquérir une stabilisation de la maladie et un mieux-être et de meilleures capacités d'autonomie en vue d'une insertion socio-professionnelle.

L'antenne **Cap Emploi** de la Haute-Garonne, basée à Toulouse. Elle a une double mission : accompagner dans une optique de retour à l'emploi des personnes en situation de handicap orientées vers le milieu ordinaire et accompagner les employeurs souhaitant bénéficier d'un appui pour l'intégration des personnes en situation de handicap.

Le **centre de réhabilitation psychosociale A.P.R.E.S.** disposant de 50 places sur Toulouse. Il constitue une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile par un suivi médical, psychologique, éducatif et social, et contribue à un retour progressif à la vie en groupe, à la réinsertion sociale et un retour à l'autonomie.

Le **Conseil local de santé mentale (CLSM) de Toulouse via le CH Gérard Marchant**, permet chaque année à plus de 80 professionnels hors champ sanitaire, de bénéficier d'une formation pour acquérir des connaissances sur les pathologies mentales et les engager dans une démarche réflexive autour de la maladie mentale.

Plusieurs dispositifs existent pour favoriser l'accès ou le maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques :

- L'**Accueil Familial Thérapeutique**, qui permet l'hébergement dans une famille d'accueil de malades psychiques de tous âges pour lesquels une prise en charge sociale et affective est indispensable, en complément du suivi thérapeutique.
- Les **Appartements Thérapeutiques** sont des unités de soins, à visée de resocialisation de patients psychotiques ne présentant plus un état de décompensation aiguë. Ces unités, implantées dans la cité, sont considérées comme une forme d'hospitalisation à temps partiel avec hébergement. Ils sont au nombre de quatre.
- L'**unité de domiciliation**, portée par le CH Marchant, dont l'objectif est de favoriser l'accession ou le maintien dans un logement autonome, avec un étayage soignant. Deux types de prestations sont proposées, l'aide à la domiciliation et l'appartement supervisé.
- La **convention de partenariat** « Accès et Maintien dans le logement de personnes souffrant de troubles psychiques dans le parc public locatif » entre la mairie de Toulouse, le CH Gérard Marchant et les bailleurs sociaux, constitue un outil supplémentaire pour permettre des parcours de vie sans rupture, dans le cadre des missions du **Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de Toulouse**.

Concernant l'offre de ville, 75% des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles disposent d'interventions de psychiatres ou psychologues, favorisant ainsi une continuité des soins par le regroupement des professionnels de santé, dont des psychologues et des psychiatres, sur un même site géographique.

Depuis 2017, un « **dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP)** » permet à 400 médecins généralistes de bénéficier de conseils téléphoniques ou de consultations psychiatriques rapides auprès d'une équipe de professionnels de la psychiatrie (médecin psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique). Ce dispositif permet de fluidifier le parcours des personnes atteintes de troubles psychiques et d'éviter les recours inadéquats aux services d'urgence, ainsi que de renforcer la prise en charge psychiatrique de proximité dans le premier recours.

Une expérimentation a été menée pour créer un **Centre Médico-Psychologique au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle**. Ce dispositif est mis en place sur la commune de Nailloux depuis 2012. Cela a permis de déstigmatiser la psychiatrie auprès de la population locale et de renforcer l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des malades mentaux. Le dispositif se veut apprenant.

Le **Conseil local de santé mentale (CLSM)** de Toulouse se positionne en matière de réhabilitation psychosociale en complément des acteurs du soin. Il est en effet à même de favoriser toutes les actions de déstigmatisation (cf priorité 5) en direction de la société afin qu'elle soit plus accueillante, et de développer des actions envers les personnes en souffrance psychosociale (hors pathologies mentales strictes) pour les réorienter lorsqu'elles sont en rupture avec le soin.

### b) Pour les enfants, adolescents et jeunes :

Plusieurs dispositifs ont pour objectif de contribuer à prévenir les ruptures de parcours d'accompagnement et de favoriser l'intégration et l'inclusion des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques :

#### Des dispositifs mis en œuvre en soutien à l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples

- Une **équipe mobile dénommée EMac31** en charge de l'accompagnement de jeunes en situation complexe, bénéficiaires d'une orientation en ITEP mais qui se trouvent en situation ou en risque de rupture scolaire, familiale, ou de prise en charge médico-sociale. Dispositif partenarial par excellence du fait de la mise à disposition d'un travailleur social par le Conseil Départemental et d'un co-portage par plusieurs associations du département, cette équipe mobile a suivi sur 2018, 24 situations avec une moyenne de 21 semaines d'intervention. Les liens entre cette équipe mobile et le Réseau Adolescent Partenariale sont extrêmement ténus et une cohérence d'intervention est recherchée.
- Dans une démarche de prévention, après une phase d'expérimentation, le déploiement de **l'Instance Locale de Concertation**, préfigurée sur le bassin de santé de Saint-Gaudens, dont la mission est d'assurer un rôle de coordination et de transversalité dans le parcours de jeunes enfants de 0 à 12 ans afin de prévenir ou d'éviter l'aggravation des troubles. Un déploiement de ce dispositif est prévu pour 2020, sur les bassins de Muret et Villefranche.

#### Des dispositifs de soutien aux équipes et de partage d'expérience entre professionnels issus de structures et de cultures différentes

- Une **équipe mobile de psychiatrie** créée par le CH G Marchant pour une intervention auprès des personnes souffrant d'autisme (EMIHP) dans les ESMS à partir de 16 ans, en appui aux professionnels des structures médico-sociales
- La mise en œuvre en 2017, dans le Comminges, de **stages croisés** à destination de professionnels exerçant dans les champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et qui sont appelés à accompagner des « adolescents à difficultés multiples ».

**Sur les lieux d'inclusion comme les établissements scolaires une implication des professionnels du médico-social et du sanitaire en soutien des communautés éducatives :**

- L'implantation **d'unités d'enseignement externalisées** sur les établissements scolaires de proximité du domicile des enfants et jeunes accompagnée par le médico-social, afin qu'ils bénéficient de temps d'inclusion.
- Les unités d'enseignement externalisées issues du 3<sup>ème</sup> plan autisme et de la stratégie autisme, que ce soit sur le niveau maternelle ou élémentaire, dont l'objectif est de garantir un temps complet de scolarisation d'enfants diagnostiqués autistes avec une adaptation de ces apprentissages par une équipe mixte d'enseignant, d'AESH et de professionnels du soin.

**Habitat inclusif :** Projet sur la Haute-Garonne porté par l'Association Française des Traumatisés Crâniens consistant en 2 appartements de 6 places à Blagnac et un appartement de 4 places à Toulouse. Intervention d'une coordinatrice à temps plein soutenu financièrement par l'ARS sur 2 ans.

**c) Pour les personnes en situation de précarité :**

Le **Service Intégré d'Accueil et d'Orientation de la Haute-Garonne (SIAO)**, situé à Toulouse, est la plateforme départementale de coordination et de régulation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion (A.H.I.) et le logement des personnes sans domicile.

A ce jour, ce secteur AHI comprend notamment :

2 282 places d'hébergement dont 926 sous statut **CHRS**, qui peuvent accueillir des personnes isolées ou des familles dans le cadre d'une mise à l'abri en urgence ou dans le cadre d'un parcours de stabilisation ou d'insertion.

253 places en **pensions de famille** dont 20 places en résidence accueil (« Résidence Ô mon pays » gérée par l'association des cités du secours catholique) destinées aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques stabilisées.

La **maison Goudouli** (23 places) est une pension de famille atypique avec une composante médico-sociale forte. Elle accueille des personnes isolées très marginalisées, vivant à la rue de manière chronique et présentant une santé très dégradée avec un cumul de pathologies (pathologies psychiatriques et troubles cognitifs, pathologies liées aux addictions, maladies chroniques graves...)

Par ailleurs, 1 482 places sont destinées à l'accueil des demandeurs d'asile ou des réfugiés : CADA, CPH, HUDA, PRAHDA...

La proportion des personnes sans abri vivant à la rue ou de celles hébergées dans les différentes structures d'hébergement qui présentent des pathologies psychiatriques ou des comportements addictifs graves est très importante.

La création de places supplémentaires de résidences accueil figure parmi les objectifs du plan quinquennal pour l'accès au logement d'abord des personnes sans domicile 2018-2022.



#### d) Pour les personnes âgées :

Pour les personnes âgées à domicile :

- Onze **Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile** : trois sur Toulouse et huit hors Toulouse ;
- Trente-six **Services de Soins Infirmiers à Domicile** : neuf sur Toulouse et vingt-sept hors Toulouse ;
- Sept **Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile à titre expérimental** : deux sur Toulouse et cinq hors Toulouse ;
- Treize **centres d'accueil de jour**, autonomes ou rattachés à un EHPAD
- Trois **plateformes d'accompagnement et de répit** (dispositif apportant un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie).

Le département bénéficie également du déploiement de 4 **MAIA** (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide) : MAIA Nord (bassins de Cornebarrieu et de Saint-Jean L'Union), MAIA Lauragais (bassin de Villefranche-de-Lauragais et canton de Revel), MAIA de Toulouse (bassin de Toulouse), MAIA Sud (bassins de santé de Muret de Saint-Gaudens). Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont la continuité des parcours des personnes âgées à domicile par l'intégration et la co-responsabilisation des acteurs du territoire, la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié ainsi que le soutien à domicile des publics concernés.

### C. Priorité n°3 : Organisation des conditions d'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

*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 :*

- 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 ;*
- 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 ;*
- 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.*

*cf décret du 27 juillet 2017*

Au regard des données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, on observe une plus grande fréquence de pathologies cardionerveuses chez les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique. Ces mêmes personnes sont plus souvent traitées pour un cancer du poumon, comparativement à la population générale. Ces éléments justifient l'importance de la prise en compte de l'organisation des conditions d'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

Diverses initiatives, déjà mentionnées ci-dessus, contribuent à l'organisation des conditions d'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques.

A travers le maintien du suivi psychiatrique en médecine générale, le « **dispositif de soins partagés** » présenté précédemment, permet d'améliorer le suivi somatique des patients atteints de troubles psychiques.

Concernant l'accès aux soins somatiques des publics en situation de précarité, le département compte trois **Permanence d'Accès aux Soins de Santé « généralistes »** (deux à Toulouse et une à Saint-Gaudens), une **Permanence d'Accès aux Soins de Santé dentaire** à Toulouse, une **Permanence d'Accès aux Soins de Santé mobile**, également située à Toulouse et dont l'échelle d'intervention est l'agglomération toulousaine

Pour les enfants porteurs de handicaps y compris psychiques, il existe au niveau de l'hôpital des enfants un accompagnement spécifique par le biais de consultations.

Il existe également des dispositifs facilitant la consultation des patients ayant des troubles psychiques :

- **L'Equipe mobile d'intervention du handicap psychique (EMIHP)** qui est une aide à la prise en charge de personnes présentant un trouble du spectre autistique (TSA) ou une déficience intellectuelle modérée à sévère
- **La CODA HP** qui est une unité de consultation généraliste adaptée aux personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre autistique et qui ne peuvent satisfaire aux exigences d'une consultation de médecine générale classique du fait de leur handicap. Ces 2 dispositifs sont gérés par le CH Marchant.

#### D. Priorité n°4 : Organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence

*Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.*

A ce titre, il prévoit :

- *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 coordonnées des professionnels de santé et de ces structures ;*
- *L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques ;*
- *La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'e favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;*
- *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.*

*cf. décret du 27 juillet 2017*

Les chiffres relatifs au nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique dans les services des urgences du département de la Haute-Garonne et du Centre Hospitalier de Lannemezan montrent une évolution de 8 points entre 2016 et 2017 (9731 en 2016 et 10551 en 2017). En 2018, le nombre est significativement semblable à celui de 2017 (10512 en 2018). La grande majorité des passages aux urgences pour motif psychiatrique se fait à l'hôpital Purpan (environ 60 %)²⁴.

Années	Nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique	Nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique au CH Lannemezan	Nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique à l'hôpital Purpan
2016	9731	462 (5 %)	6088 (63 %)
2017	10551	420 (4 %)	6200 (59 %)
2018	10512	478 (5 %)	6573 (63 %)

Concernant le nombre de passages aux urgences des moins de 18 ans, il est de 1390 en 2018 : 698 pour les passages aux urgences pédiatriques et 692 pour les passages aux urgences adultes pour troubles psychiatriques (cf annexe 21).

Les **urgences psychiatriques** sur le département s'organisent de la manière suivante :

- Pour le nord du département :
  - Les adultes (à partir de 15 ans) doivent s'adresser aux urgences psychiatriques de Purpan. Le service reçoit toutes les urgences psychiatriques de la métropole toulousaine et se place au carrefour de nombreuses prises en charge au sein de la filière santé mentale du territoire.
    - UA - Consultations
    - UA - Hospitalisations de crise (UHCD ouverte – 8 lits)

<sup>24</sup> Source : Observatoire Régional des Urgences d'Occitanie. Relevé des Passages aux Urgences, 2016 / 2017 / 2018

- UA - Soins sans consentement (UHCD fermée – 9 lits)
- Données d'activité clinique pour 2018 : plus de 10 500 patients avec diagnostic psychiatrique. Ils bénéficient tous d'une prise en charge par l'équipe de psychiatrie.
  - 5500 passages à la consultation psychiatrique (740 mineurs),
  - 2000 hospitalisations dans les UHCD psychiatriques
  - 2205 avis donnés à l'UTox (patients accueillis pour IMV)

Seulement 20% sont hospitalisés en psychiatrie après un passage dans la SU psy (72% si HSC)

DMS élevée (+ de 100 h pour les HSC transférées en psy, 41h pour les HL)

5 ETP PH, 0,6 ETP DJ

Depuis juillet 2019, le service dispose d'un dispositif infirmier d'aide à la régulation psychiatrique au SAMU. Il s'agit d'une équipe de 3 IDE formés en psychiatrie qui assure une aide à la régulation auprès du médecin régulateur 7j / 7 de 10h à 22h. Ils gardent un lien étroit avec les urgences psychiatrique et permettent un délestage des urgences psychiatriques.

- Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans), faute de structure d'urgences psychiatriques dédiée, doivent se rendre au service des urgences pédiatriques de l'hôpital des enfants. Ce dernier peut soit faire appel à l'équipe de liaison de pédopsychiatrie en journée, soit faire appel à l'interne de psychiatrie de garde avec supervision par un sénior d'astreinte, la nuit et le week-end.
- Pour le sud du département :
  - Les adultes pour la Haute Garonne (à partir de 16 ans) vont aux urgences psychiatriques du CH de Lannemezan. Si le patient arrive aux services des urgences de Saint-Gaudens, il est évalué somatiquement et adressé aux Urgences de Lannemezan où il sera vu par le psychiatre de garde.  
Il est rappelé que pour la psychiatrie des Hautes-Pyrénées, l'âge adulte est de 18 ans. Il en résulte que les mineurs sont donc accueillis en unité adulte.  
A leur sortie de la psychiatrie adulte de Lannemezan, ils sont orientés vers les structures de pédopsychiatrie de la Haute Garonne.

Un **dispositif départemental réactif pour adolescents** existe comprenant :

- Les consult'ados pour adolescents (14-17 ans pour le secteur 1 et 12 à 17 ans pour les secteurs 2 et 3) en situation de crise ayant besoin de rencontrer un professionnel de la santé mentale rapidement (délai de réponse de moins de 72h). Elles permettent :
  - une évaluation médicale et psychologique
  - un soin et soutien sur un temps limité afin de sortir de la crise
  - de mobiliser et soutenir la famille autour de cette situation
  - de construire un parcours de soin
- Une Unité Mobile d'Evaluation et de Soutien (UMES) qui accompagne les professionnels dans la recherche de solution pour les jeunes de moins de 16 ans.
- Un Hôpital de jour réactif pour adolescents (sauf sur le secteur 2)

Ce dispositif départemental est adossé au CHU pour les 3 secteurs avec une consultation réactive CERCA au CHU existante et qui sera en 2020 complétés par 6 lits d'urgence adossés au CHU.

Le **CeRCA 31** (Centre de Régulation et de Crise pour Adolescent) du CHU de Toulouse a pour objectif la prise en charge de crise et d'éviter des passages et hospitalisations inutiles aux urgences. Il a pour missions :

- Régulation téléphonique immédiate en journée (9h-18h) pour professionnels travaillant auprès d'adolescents de la Haute Garonne ;
- Accueil, intervention de crise et suivi de crise (CHU – Purpan : Pavillon Laporte) ;
- Travail de liaison sur les services d'urgences adultes et enfants (14-17 ans révolus) au CHU de Purpan.

Les **urgences psychiatriques** regroupent les **consultations** (réalisées au sein de trois boxes et deux sas d'apaisement), **l'évaluation et l'orientation des patients** qui ont fait une tentative de suicides et les hospitalisations au sein de l'**Unité d'Hospitalisation de Courte Durée** (17 lits dont huit en secteur ouvert et neuf en secteur fermé) ainsi qu'au **Centre de Thérapie Brève**.

Il existe un **dispositif infirmier de régulation psychiatrique au SAMU (DIRPS)** depuis 2019. Trois infirmiers aident la régulation du SAMU (en deuxième ligne) et répondent aux patients en détresse psychique.

**L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée comprend 17 lits dont :**

- 8 lits en secteur ouvert pour l'accueil des patients en situation de crise sur 24h ou 48h.
- 9 lits en secteur fermé

Un **Centre de Thérapie Brève** propose une prise en charge de crise en alternative à une hospitalisation pour les adultes (ouverture 2j par semaine de 9h-16h45 à 16h45 et 3j par semaine de 12h à 19h45). Le suivi au Centre de Thérapie Brève a une durée limitée après un accord de soins entre la personne et l'équipe soignante. Ce centre de crise se situe à Toulouse. Un accent est mis sur l'accueil de l'entourage.

Le **dispositif Vigilans**, déployé sur le territoire, est un dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. Il permet d'assurer une veille des personnes ayant une tentative de suicide, sur six mois.

Des associations comme l'**Association de Prévention du Suicide Midi-Pyrénées, Recherche et Rencontres** constituent des ressources pour les personnes souffrant de troubles psychiques en situation de crise et leurs proches. L'Association **PSMP** rassemble et coordonne plusieurs associations qui œuvrent dans le champ de la lutte contre l'isolement et la prévention du suicide (ASP Deuil, ARPADE, FRAMAFAD, la Porte Ouverte, SOS Amitié, UNAFAM). Son objet est la promotion et la gestion d'actions de prévention du suicide, notamment l'organisation régionale, en partenariat avec l'ARS et le Conseil Régional Occitanie, de la Journée Nationale de Prévention du Suicide en Occitanie. Information, orientation, sensibilisation à la souffrance et la détresse psychiques, valorisation de formations, mise en relation, interventions en postvention sont proposées aux professionnels, aux bénévoles et au grand public. L'**Association l'Esperluette**, implantée à Toulouse, est un lieu de soutien aux familles concernées par le handicap ou la maladie de l'enfant. Elle offre une aide distincte de celle fournie par les services de soins et médico-sociaux, au moment de la traversée d'une crise ou de difficultés familiales. Elle propose des rencontres, des temps d'échanges et d'activité dans le but de créer des liens entre les personnes. L'association **ALMA 31** est destinée à écouter, conseiller et orienter les personnes victimes de maltraitances et les témoins des situations, ainsi qu'à prévenir toute forme de maltraitance (sensibilisation des professionnels et information du grand public). L'association **S.O.S. Amitiés** assure une écoute, par téléphone et Internet (chat et messagerie), 24h sur 24, auprès de tous ceux qui souffrent de solitude ou de mal-être et contribue à prévenir des situations de crise.

De nombreuses autres structures déjà citées précédemment (La Porte Ouverte, la Maison des Adolescents, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, etc.) jouent également un rôle important dans la prévention des situations de crise.

**Priorité n°5 : 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**

*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.*

*Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :*

- *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 ;*
- *L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;*
- *Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement ;*
- *La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.*

*cf décret du 27 juillet 2017*

Dans son rapport d'activité 2018, la Commission des Soins Psychiatriques de la Haute-Garonne mentionne que sur l'année 2018, 924 mesures de Soins psychiatriques Sur Décision du Directeur d'Etablissement ont été prises (contre 908 en 2017) et 244 mesures de Soins psychiatriques Sur Décisions du Représentant de l'Etat (contre 242 en 2017).

Le territoire haut-garonnais compte trois **Contrats Locaux de Santé** (Toulouse, Colomiers et Pays Comminges Pyrénées) et deux **Conseils Locaux de Santé Mentale** (Toulouse et Pays Comminges Pyrénées). 35% de la population du département est couverte par un Conseil Local de Santé Mentale en 2016. Les Conseils Locaux de Santé Mentale constituent des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire. Ils ont pour objectifs de définir des politiques locales et de mettre en œuvre des actions permettant la promotion et l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Le **Service Communal d'Hygiène et de Santé** (SCHS) de la mairie de Toulouse assure une coordination territoriale de projets de promotion de la santé et de prévention dans le cadre du volet Santé du Contrat de Ville 2015-2022 en particulier sur les quartiers Empalot, le Grand Mirail et les quartiers Nord et Est. Cette animation territoriale jusqu'à présent dénommée « Atelier Santé Ville » a pour objectif de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à travers une approche globale de la santé, une approche territorialisée, au plus près des besoins de la population et basée sur la participation citoyenne. Les Ateliers Santé Ville jouent aussi un rôle majeur dans la coordination des acteurs et des actions dans les quartiers ciblés.

Six **Groupes d'Entraide Mutuelle**, tous situés à Toulouse et un Groupe d'Entraide Mutuelle nouvellement créé, situé à Saint-Gaudens. Un Groupe d'Entraide Mutuelle est un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale des personnes en grande

fragilité. Il offre un espace de soutien mutuel dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Les Groupes d'Entraide Mutuelle constituent des lieux de convivialité, de loisirs, de rencontres, par ou pour les usagers et ex-usagers en psychiatrie.

Les **Semaines d'Information de la Santé Mentale (SISM)** sont un moment privilégié pour réaliser des actions de promotion de la santé mentale. Ces semaines sont l'occasion de construire des projets en partenariat et de parler de la santé mentale avec l'ensemble de la population. 15 actions Semaines d'Information de la Santé Mentale ont été recensées en 2016 sur le département de la Haute-Garonne. A titre d'exemple, la même année, 67 actions ont été recensées à l'échelle de la région Occitanie et 1207 au niveau national. A Toulouse, dans le prolongement des SISM, un Bla-Bla Psy est expérimenté pour aller vers le grand public, l'informer sur la maladie psychique et déconstruire les idées reçues, en co-partenariat avec des usagers de la psychiatrie et des professionnels de santé (internes en psychiatrie).

Pour compléter ces dispositifs et services visant à organiser les 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, de nombreuses associations et initiatives existent sur le territoire :

- La **délégation 31 de l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)**. Cette association, d'utilité publique, a trois missions principales :
  - Proposer une aide aux familles par l'écoute, l'accueil et l'information ;
  - Mener des actions auprès des institutions ;
  - Lutter pour la citoyenneté des malades psychiques en proposant des événements de déstigmatisation et de sensibilisation.
- En termes de représentation des usagers dans les instances des établissements, il existe des **Commissions Des Usagers**. Elles sont installées dans chaque établissement, public et privé, afin de représenter les patients et leur famille. Cette instance vise à renforcer la place des usagers dans le secteur sanitaire. En Haute-Garonne, les usagers sont bien représentés dans les Commissions Des Usagers.
- Le **Conseil de la Vie Sociale** est une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux
- Le **Conseil Régional des Personnes Accueillies et Accompagnées** : il s'agit d'une instance qui permet de recueillir la parole des personnes accueillies ou accompagnées, pour contribuer à l'évaluation et à l'élaboration des politiques publiques. Interlocuteur reconnu au niveau national et régional, il est composé en majorité de personnes en précarité, ou fragilisées à un moment de leur vie, et donc accompagnées par des dispositifs les plus adaptés à leurs besoins, des professionnels (travailleurs sociaux, directeurs, etc.) et des représentants de l'Etat ou des collectivités ;
- **L'association ARPADÉ**, avec le projet « Passerelle » assure la présence d'une psychologie clinique au sein de la Boutique Solidarité à la fois sur l'accueil et à travers l'animation d'ateliers médiatisés ;
- La **Fédération des Acteurs de la Solidarité**, réseau généraliste de lutte contre les exclusions, la Fédération promeut le travail social, ouvre des espaces d'échanges entre tous les acteurs du secteur social, et défend la participation des personnes en situation d'exclusion à la réflexion sur les politiques publiques qui les concernent. Une délégation de la FAS est située à Toulouse ;
- **L'Union Départementale des Associations Familiales** : a pour mission de promouvoir, défendre et représenter les intérêts de toutes les familles vivant dans le département, quelles que soient leurs croyances ou leur appartenance politique. Elle rassemble les associations



familiales du département et assure la coordination et l'animation du mouvement familial sur son territoire ;

- **L'Association la Fabrique Solidaire des Minimes**, située dans les quartiers Nord de Toulouse, s'adresse à des personnes en situation de précarité et d'isolement. Elle intervient dans les domaines de l'accès aux droits, du soutien psychologique, de l'insertion sociale et professionnelle. L'association contribue à défendre les droits des personnes, lutter contre les exclusions et représenter les usagers dans les instances qui les concernent ;
- **L'Association Partage Faourette**, située dans le quartier de la Faourette et Bordelongue de Toulouse, s'adresse à des personnes en situation de précarité. Elle intervient dans les domaines de l'accès aux droits, du soutien psychologique, de l'insertion sociale et professionnelle. L'association, en tant que maison des chômeurs, accompagne les droits des personnes, lutte contre les exclusions et représente les usagers dans les instances qui les concernent ;
- La **FFPE Fédération des Femmes pour l'Europe**, située dans le quartier de La Gloire de Toulouse, permet un accès aux soins pour les publics en situation de précarité et de souffrance psychosociale, avec l'intervention auprès des habitants d'une psychologue ;
- Les **deux associations Psychologues du Monde**, interviennent respectivement dans le quartier de Bellefontaine et auprès des publics de l'Espace social du Grand Ramier ;
- **L'association Interactions** est un centre de consultation familiale avec une équipe de thérapeutes formés à l'intervention familiale systémique lors d'entretiens avec l'ensemble de la famille ;
- **L'ASEER Association Socio-Educative Empalot Rangueil**, propose un soutien psychologique aux habitants du quartier Empalot de Toulouse et met en place des groupes d'échanges et de paroles avec les habitants, accompagnés par une psychologue ;
- **L'association Palabre** située dans le quartier Empalot de Toulouse, propose un accompagnement par des psychologues interculturelles ;
- **L'Association Sésame Autisme**, située à Toulouse, s'engage en faveur des personnes autistes et leurs familles. Elle les soutient, défend leurs droits et leurs intérêts, sensibilise le grand public sur ce trouble du développement humain ;
- **L'Association Anorexie Boulimie Occitanie** est une association de bénévoles qui a pour objectifs de sensibiliser, informer, orienter, aider les malades et leurs familles afin de rompre l'isolement des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.
- **L'association Les Petits Pois** propose des groupes de paroles pour des personnes présentant des TCA ;
- L'association **Toutes Voiles Dehors** organise des Groupes d'échanges inter-usagers et d'entraide et mise en place d'activités socialisantes ;
- **L'association Revivre France** accompagne des personnes présentant des troubles de l'anxiété avec des groupes de parole et des conférences de sensibilisation.

## E. Priorité n°6 : Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

*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 visé à :*

- *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 ;*
- *Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.*

*cf décret du 27 juillet 2017*

### Structures d'accueil et d'accompagnement social

Dix-huit **Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale** accueillent, logent, accompagnent et œuvrent en faveur de l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à retrouver leur autonomie personnelle et sociale. Un seul centre se situe en dehors de l'agglomération toulousaine (Saint-Gaudens), tous les autres sont implantés à Toulouse.

Les **Maisons Relais**, quant à elles, sont destinées à l'accueil des personnes à faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale, psychologique et psychiatrique rend impossible leur accès au logement. Le département compte 11 Maisons Relais dont 10 situées sur Toulouse.

Le **Collectif Inter-Associations Toulouse**, né d'un groupement d'associations caritatives et humanitaires, lutte contre la pauvreté et la précarité. L'objectif commun de la mise en commun des expériences et compétences de chacune des associations engagées au sein de ce collectif est la recherche de réponses toujours plus adaptées au soutien et à l'accompagnement des personnes les plus démunies.

Le **relais santé de l'Union Cépière Robert Monnier**, situé à Toulouse, a pour mission de favoriser un meilleur accès à la santé pour les plus vulnérables grâce à une conseillère santé formée. Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute et d'échanges, où la santé est abordée de manière transversale.

L'**Association Espoir 31** assure une activité d'hébergement social pour des adultes et familles en difficulté.

L'Association toulousaine **Stop A la Violence Intra-Familiale**, qui vient en aide aux femmes confrontées à la violence conjugale à travers notamment des groupes de parole.

L'Association **Femmes de Papier 31**, membre de la Fédération Nationale Solidarité Femmes, a été créée en 2005 par un groupe de femmes du Comminges afin de lutter contre l'isolement des femmes en milieu rural, en leur proposant des ateliers ou temps collectifs, et de lutter contre les violences conjugales en accompagnant individuellement des femmes qui en sont victimes, sur tout le territoire du Comminges. En 2013, elle a été labellisée par l'Etat comme « Accueil de jour pour les femmes victimes de violence ».

Plus spécifiquement, concernant les populations migrantes, plusieurs dispositifs existent sur le territoire :

- L'**Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII)** œuvre en faveur de l'accueil et l'intégration des personnes d'origine étrangère qui viennent en France ;
- Le **Comité médico-social pour la santé des migrants repris** par l'association Espoir, intitulé « Espoir solidarité tsigane » est situé à Toulouse. Il propose des consultations médico-sociales, des consultations psychologiques et des ateliers mères-enfants sur diverses thématiques ;

- L'hôpital Joseph Ducuing propose également des **Consultations Médico-Psycho-Sociale** à destination des migrants ;
- La **Cimade** défend la dignité et les droits des personnes réfugiées et migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions. Elle lutte contre toute forme de discrimination et, en particulier, contre la xénophobie et le racisme.

### **Initiatives et dispositifs de lutte contre l'isolement des personnes âgées**

Le **Centre Communal d'Action Sociale** de Toulouse accueille, écoute, informe, étudie la situation et évalue les besoins. Il oriente vers les services à domicile et établissements pour personnes âgées, soutient et accompagne certaines situations de retraités.

Le **Point Info Seniors** propose aux Toulousains de 55 ans et plus un accueil, convivial, spécialisé, une écoute et une analyse de leurs demandes, des informations sur les domaines qui les préoccupent (maintien à domicile, prévention, santé, etc.). Selon les cas, il oriente vers les services municipaux, institutions, administrations, organismes ou associations compétentes.

L'**Association Les petits frères des pauvres** mène des actions auprès des personnes âgées souffrant de solitude. Pour ce faire, les équipes assurent un accompagnement relationnel avec des visites à domicile, en hébergement collectif ou à l'hôpital. Elles peuvent également soutenir le maintien à domicile des personnes âgées, organiser des séjours de vacances, créer des moments de convivialité. Ce travail est mené en collaboration étroite avec les partenaires médicosociaux et institutionnels locaux.

### **Initiatives en faveur du soutien à la parentalité**

Le **Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) 31** regroupe de nombreuses structures s'adressant à tous les parents, avec une attention particulière aux parents d'enfants porteurs de handicap, aux parents adoptifs, aux parents d'enfants multiples, incarcérés et concernés par les violences familiales. Il a pour mission d'accompagner les parents dans leur rôle éducatif en favorisant la relation entre les parents, en créant des espaces de parole, d'échanges et de partage ;

Les **Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP)** sont des lieux d'accueil, de socialisation et d'échanges pour les enfants de moins de 6 ans, accompagnés d'un adulte, pour favoriser la relation parent-enfant. Cette offre est principalement concentrée sur l'agglomération toulousaine et la moitié nord du département. Les autres zones ne sont pas ou peu représentées.

Créée en 1994, l'association loi 1901 « Ecoute Moi Grandir » intervient dans le secteur de l'enfance, de la petite enfance et de la famille sur le territoire du Comminges. Elle gère le LAEP « le Ballon Vert » sur Saint-Gaudens. L'Association pilote également « l'Espace Rencontre » qui a pour finalité de maintenir ou de restaurer les liens entre un enfant et le parent avec lequel il ne réside pas habituellement, dans le cadre de séparations et/ou divorces conflictuels. Enfin, le service de « Médiation Familiale » propose aux membres d'une même famille de se rencontrer et de trouver des solutions lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Pour soutenir la parentalité le Groupe de parole « Être parent pas si facile ! » propose et anime des réunions-débats.

### **Initiatives en faveur d'un environnement favorable à la santé**

Deux des trois **Contrats Locaux de Santé** (Toulouse et Colomiers) du département déploient des actions en faveur d'un environnement favorable à la santé, notamment à travers un urbanisme favorable à la santé.

### **Initiatives en faveur de la prise en compte d'un environnement professionnel favorable à la santé des travailleurs**

Le Plan Santé au Travail 2016-2020 qui constitue la feuille de route du gouvernement matière de santé au travail, marque un infléchissement majeur en faveur d'une politique de prévention qui anticipe les risques professionnels et garantit la bonne santé des salariés grâce à un environnement professionnel favorable à la santé des salariés. Il prend pleinement en compte la qualité de vie au travail. Le Plan Régional Santé au Travail Occitanie, qui découle du Plan Santé au Travail, poursuit

Le **Plan Régional Santé au Travail**, qui découle du Plan Santé au Travail, définit sur la région Occitanie, poursuit cet objectif de favoriser un environnement professionnel favorable.

Les équipes des **services de santé au travail interentreprises** mènent également des actions dans les entreprises afin d'améliorer les conditions de travail des salariés (visites des lieux de travail, animation de campagnes d'information et de sensibilisation, enquêtes épidémiologiques...).

## Partie 5 – Contributions des acteurs de terrain par priorité

Pour chaque priorité du Projet Territorial de Santé Mentale, les acteurs de terrain de la Haute-Garonne se sont exprimés sur les problématiques rencontrées, les bonnes pratiques et les leviers existants

Partant du constat que les populations spécifiques précisées par le décret ne seraient pas obligatoirement traitées dans les éléments généraux, le choix méthodologique d'identifier des éléments spécifiques par population et territoire a été décidée par la Commission Santé Mentale élargie.

**Les éléments s'appuient principalement sur le verbatim des acteurs locaux et sur l'étude des travaux déjà réalisés sur le territoire.**

Ils feront ensuite l'objet d'une analyse et serviront à l'écriture du PTSM.

## Contributions sur la priorité 1 - Eléments généraux

**Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles**

*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 :*

- *L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;*
- *L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;*
- *L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.*
- *Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :*
- *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 ;*
- *Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confronté à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;*
- *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 ;*

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

*cf décret du 27 juillet 2017*

### Problématiques constatées par les acteurs

#### Démographie des professionnels

- Globalement constat d'une démographie défavorable des professionnels et intervenants face à la croissance de la population
- Tension sur les recrutements dans certaines filières

#### Lisibilité, Repérage

- Défaut d'information du public
- Stigmatisation de la maladie mentale et déni
- Augmentation des troubles psychiques
- Éclatement des publics en augmentation : précaires, migrants, LGBT, jeunes en rupture, incarcérés
- Absence de dispositifs apprenants pour les acteurs de 1<sup>er</sup> niveau, défaut de formation
- Rupture de parcours (lien et suivi difficiles)
- Absence de filières spécifiques repérées en fonction de la typologie des patients
- Saturation des CMP/CMPP et des centres d'expert
- Absence de fléchage de l'entrée dans le parcours de soins

#### Répartition de l'offre dans le territoire

- Problématiques spécifiques pour les zones au-delà de la 1<sup>ère</sup> couronne et les zones rurales
- Accès aux prestations d'interprétariat

### Coordination

- Pluralité et diversité des intervenants, défaut de connaissances réciproques
- Carence de dispositifs permettant de réunir les différents acteurs de la santé mentale (médecins, médico-sociaux, sociaux, familles, aidants...)
- Isolement ressenti de plusieurs acteurs (sociaux, médico-sociaux, familles, aidants...)
- Absence d'actions communes

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP)
- Dispositif expérimental de prise en charge par la CPAM d'une psychothérapie non médicamenteuse par psychologue clinicien ou psychothérapeute agréé.
- Repérage précoce effectué par la Direction Petite Enfance à la mairie de Toulouse dans les crèches...
- Télémédecine et télé-expertise. Actuellement en cours de développement
- Présence de médecins somaticiens dans les établissements psychiatriques
- Médecins du travail : en mesure de participer au repérage, et à l'accompagnement par les mesures d'adaptation du poste de travail, en lien avec l'équipe soignante et les services sociaux.
- Visite des 6 ans en milieu scolaire : repérage des troubles neurosensoriels, des tr du langage, et des tr du comportement
- Equipes mobiles (UMES, EMIC, ESAEEL...)
- Classes inclusives permettent de lutter contre la stigmatisation
- Réseau RAP 31
- MDA
- Point accueil et écoute jeunes
- Le Dossier Médical Partagé (DMP) et tous les outils de partage de l'information
- Les organisations des professionnels sur les territoires : CPTS, CPT
- CLSM/CLS
- L'interprétariat
- Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)
- Patients experts
- Les associations qui œuvrent auprès de populations spécifiques : ex ENIPSE (LGBT)
- Les pairs-aidants

### Leviers repérés par les acteurs

- DSPP : l'étendre aux jeunes et à l'ensemble du territoire
- Utiliser la télé-expertise
- Etendre et pérenniser le dispositif expérimental de prise en charge des psychothérapies non médicamenteuses
- Mieux rémunérer les consultations en santé mentale des professionnels libéraux (notamment généralistes et pédiatres)
- Etendre le champ d'action des équipes mobiles : populations concernées, territoires concernés



- Développer les projets entre le champ sanitaire/médico-social
- Accentuer la formation en pathologie mentale des internes en médecine générale, favoriser les stages en établissements psychiatriques, en CMP, auprès des confrères de l'Education Nationale
- Diffuser l'information de l'ouverture en 2020 d'une formation spécifique transversale de 1 an par le Collège National des Enseignants en Médecine Scolaire. Formation à destination des MG, pédiatres et internes en Santé Publique
- Favoriser les formations communes interprofessionnelles au-delà des soignants et des travailleurs sociaux, incluant les enseignants, les magistrats
- Actualiser, enrichir et favoriser l'accès au ROR par les professionnels
- Favoriser l'organisation des professionnels à leur initiative : CPTS, liens MSP/CMP
- Favoriser le développement d'initiatives innovantes finançables par des fonds type « article 51 ».
- Flécher le parcours du public comme pour les maladies somatiques
- Permettre le repérage du médecin traitant comme porte d'entrée dans le parcours de soins en santé mentale et permettre ainsi la gradation cohérente des prises en charge (repérage des niveaux de prise en charge)
- Créer une plateforme d'information pour les usagers : en ligne, ouverte, non sectorisée, organisant le retour d'information vers le médecin traitant
- S'appuyer sur les GEM
- Favoriser l'accès du patient à son information médicale
- Former des case-managers

#### **Axes de travail / Orientations PTSM**

- Repérer le plus en amont possible (champ périnatal)
- Améliorer la visibilité de chaque intervenant
- Structurer et flécher les parcours de soins
- Progresser en termes d'outils et de connaissance de l'existant
- Communiquer et se former
- Travailler en réseau, développer les partenariats

## Contributions sur la priorité 1 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

### Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Psychiatrie néonatale insuffisamment déployée (On passe à côté de toutes les grossesses qui n'ont pas de risque somatique particulier)
- Lacunes dans la formation des professionnels de la Petite Enfance pour les troubles psychiques et les facteurs de risque de troubles psychiques
- 1er niveau très démuné à l'école (disparition de l'aide des Rased, premiers recours saturés : manque d'effectifs en Médecine scolaire)
- Repérage sans poursuite par une prise en charge
- Délais d'accès aux spécialistes trop longs (orientations anarchiques) (pédopsy et psycho) (médicaux et paramédicaux) (public et privé)
- Délais de prise en charge effective trop longs
- Prise en charge aux urgences psychiatriques (à ne pas « réserver » aux suicidaires)
- Enfant/ado suicidaire
- Rupture de parcours quand passage secteur adulte
- Absence de lien avec les services sociaux
- Cumul de toutes les difficultés pour les migrants
- Problème d'accès à l'interprétariat
- Problématique des ados à problèmes psy « auto-soignés » par substances psychotropes
- Méconnaissance des structures existantes par les acteurs de terrain

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Coordination des services (maternité/Camsp, Camsp/pédopsy, services spécialisés et Médecins généralistes, PMI et EN)....)
- Dépistage et repérage par médecins de 1er niveau (généralistes, PMI et EN) (visites de grande section, bilan de 4 ans)
- Équipes mobiles (EMIC)
- Expériences positives de partenariat avec les professionnels de psychiatrie pour développer les préventions primaires et Secondaire
- Entretien du 4ème mois de grossesse pour détecter les facteurs de vulnérabilité
- Bonne pratique à l'université, soit le bilan de santé systématique en 1ère année, possibilité de dépistage mais après ?
- Actions de prévention à l'université et au lycée
- Équipes de psychiatrie néonatale
- Généraliser les entretiens du 4ème mois de grossesse
- Unité des tous petits au CMPP Le Nébouzan (dépistage et diagnostic précoces)

- Travail en réseau (mais difficile quand tout le monde est saturé) (idée de travail en bassin ?)
- Enfance en danger : ASE et AEMO
- Accompagnement des familles
- Formation des personnels de terrain (accompagnants, personnels des établissements scolaires, du social...lycéens) Notion de personnes sentinelles. Avec deux objectifs : repérage précoce et suivi.
- Actions de prévention dans les lycées (suicide)

### Leviers repérés par les acteurs

- Équipes de psychiatrie en périnatalité
- Unités d'hospitalisation mère/ enfant en psychiatrie
- Structures périnatales pour les mères mineures/ mères avec suivis sociojudiciaire/ mères vulnérables psychiquement) Repérage des fragilités psychosociales des futurs parents.
- Suivis des nouveau-nés à très haut risque (mères à pathologie psychiatrique, enfants placés/ suivis ASE,...) avec coordination des services (maternité, psychiatrie adulte, MDS,...) possibilité de suivis à domicile (avec la PMI ?)
- Remboursement des suivis psychologiques, de psychomotricité et d'ergothérapie prescrits par médecins de premiers recours (médecins généralistes, PMI et EN)
- Orientation vers spécialistes (pédopsychiatres, CMP, CMPP) par médecins de 1er recours (réorganiser l'adressage) Réserver les suivis des CMP/CMPP aux suivis pluridisciplinaires (cas plus complexes) Moyens supplémentaires pour les CMP/CMPP
- Formation (spécifique repérage santé mentale) des généralistes et revalorisation des médecins PMI et EN
- Hôpital de jour réactif pour moins de 12 ans
- Extension de l'expérimentation des actions de prévention dans les lycées (projet ESAEEL)
- Expérimentation de CMP Pivot (avec permanence infirmière/ ouvert + tard ou le WE ?)
- Travail CMP avec Maison de Santé pluriprofessionnelle( ex Nailloux)
- Formation/ sensibilisation des parents et d es entourages scolaires aux troubles du comportement
- Dispositif de Veille éducative (ex à Toulouse, première prise en charge éducative)
- Relais à améliorer avec la psychiatrie adulte
- Formation des psychiatres et psychologues à conduire des entretiens avec interprète
- Projet de création d'une **Maison Interdisciplinaire Pédiatrique**, en lien avec Occitadys, pour le repérage, le dépistage précoce et la prise en charge, par une équipe pluridisciplinaire, des « troubles Dys » pour les enfants de 0 à 16 ans. L'objectif est que ce dispositif soit mobile et proposé dans les MSP du territoire, à partir des PS qui y sont installés dans le cadre du CLS Comminges Pyrénées.

## Les personnes âgées

### Problématiques constatées par les acteurs

- Retard de diagnostic du fait du vieillissement et des troubles somatiques (tableaux atypiques)
- Difficultés à diagnostiquer les apparitions tardives de pathologies psychiatriques, les décompensations tardives et les apparitions des maladies dégénératives. Importance du diagnostic différentiel.
- Difficultés de repérage de la crise suicidaire (sous diagnostiquée, insuffisamment prise en charge dans la plainte)
- Difficultés d'accès à des soins adaptés (peu de gérontopsychiatres)
- Absence de filières « psy » pour le sujet âgé et de parcours de soins lisible
- Faibles moyens des équipes mobiles PPA

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Consultation de gérontopsychiatrie
- Équipes mobiles pour aide au diagnostic (mais trop peu de moyens) (et pas de spécificité sur la personne âgée)
- Télémédecine d'appui pour les EHPAD (mais tous les EHPAD n'y ont pas accès) grand intérêt pour les suivis à développer dans les MSP. Intérêt pour les troubles « résistants » Expertise sans déplacement. (Diagnostic difficile quand personne âgée épuisée par le transport et donc confuse)
- EMIPSA (mais trop peu d'effectifs)
- DSPP Psychiatrie du sujet âgé
- HDJ Negreneys et EMIPSA (dispositifs intersectoriels pour PA en institution ou à domicile)
- Offre de gérontopsychiatrie au jardin des Silos
- Organisation d'une filière gériatrique « trouble du comportement »
- Concertations pluriprofessionnelles sur l'analyse des situations (permet en plus un dispositif de formation et de faire de la prévention, soit le cercle vertueux (et aussi pour les personnels du quotidien)
- Vigilance du quotidien

### Leviers repérés par les acteurs

- Séjours de répit en HP (accueil séquentiel et organisé qui rassure, pour prévenir la crise)
- Référents de parcours pour coordonner aides et soins
- Développer les équipes mobiles et la télé médecine
- « Réserver » la consultation spécialisée aux diagnostics et situations difficiles (et pas à ceux « qui vont bien »)
- Equipe mobile pour le diagnostic. Solliciter le médecin spécialisé quand il faut (formation)
- Amélioration du lien ville/hôpital, le médecin généraliste garde la main après les conseils thérapeutiques du psychiatre.
- Temps de coordination sur les compétences frontières entre les différents professionnels
- Formation : le savoir-faire des personnels de terrain permet un accompagnement plus adapté et donc diminue l'angoisse et la survenue de crise – prévention des décompensations)

## Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - les personnes isolées

### Problématiques constatées par les acteurs

#### Complexité des problèmes

- Diagnostic différentiel important (souffrance psychique, traumatisme de vie, pathologie psychiatrique à part entière, différents mais mélangés) Souvent troubles installés depuis longtemps, les personnes précaires sont hors du parcours de soins trouble installé repéré mais tt arrêté et pas d'historique (contacts avec le social mais pas avec le médical)
- Peu de possibilités d'évaluation et de tri (constats sont faits mais pas de compétence du travailleur social)
- Accès aux soins trop « exigeant » pour la personne précaire (dossier, entretien, rdv, évaluations des critères...demande trop élaborée pour un début de prise en charge.) et sinon rien.
- Barrière de la langue pour les migrants
- Délai de rdv pour une consultation
- Accès aux soins trop « exigeant » pour la personne précaire (dossier, entretien, rdv, évaluations des critères.)
- Difficultés à établir un parcours de soins
- Pas d'actions de prévention, bricolage en attendant un début de prise en charge

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Psychologues présents dans les structures sociales
- Entretien psycho rapidement quand accueil de rue mais ensuite ? Orientation, souvent bricolage, voir les personnes sur leur lieu de vie pour faciliter le repérage
- Adressage à la psychiatrie publique mais de plus en plus au secteur libéral (mais pas le même réseau)
- Un « chez soi » d'abord (si trouble psy, addiction, précarité...)
- Haut seuil de tolérance du groupe dans les hébergements collectifs (les problèmes sont acceptés par le groupe car les comportements « inhabituels » sont fréquents. Le groupe est un appui quand la personne y est acceptée)
- Développer les AJIR (accueil de jour intersectoriel réactif)

### Leviers repérés par les acteurs

- Référent précarité au niveau du CMP (les faire connaître)
- Engagement de la psychiatrie dans ces résidences, ces accueils (Convention avec CMP pour des suivis conjoints + suivis CMP sur les lieux de vie, meilleur travail sur les sorties des lieux avec maintien d'une prise en charge)
- Étayage avec visites à domicile, sur le lieu de vie, sur l'hébergement (objectif est le maintien sur le lieu de vie)
- Renforcer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge dans les milieux de vie marqués par la précarité
- Développer les actions d'aller vers de la plateforme santé précarité conformément à l'axe 5 du CLS de Toulouse « Développer des actions de prévention de santé en direction des personnes en situation de précarité »

## Les personnes ayant des conduites addictives - les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues

### Problématiques constatées par les acteurs

- Exposition aux produits dès le milieu scolaire.
- Problématique sociétale (devenue donc problématique Education Nationale) (obligation de scolarité impliquant obligation d'exposition au risque)
- La pauvreté rend fou, soit la politique de consommation
- Problème du délai d'acceptation du problème par les parents
- Respect de la loi (interdiction de vente de tabac aux mineurs par exemple)
- Chaînon manquant entre le soin du malade avec addiction avérée et l'accompagnement de l'usager non encore « malade de son addiction ». Passage à la médicalisation avec risque de spécialisation ou d'identification car « creux à combler » Une médicalisation trop tôt ne rassure pas.
- Campagne de prévention à injonction négative
- Délais d'attente à l'UHSA, pas d'accès en HDJ SMPR pour les femmes
- Problèmes des personnes détenues ayant des parcours de soins complexes
- Flux plus important d'arrivées à la maison d'arrêt.

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Campagnes de prévention, renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire ;
- Lien social constructif
- Accès aux soins programmés ou non programmés au SMPR
- Accompagnement à la réinsertion

### Leviers repérés par les acteurs

- Etat de droit ?
- Prévention en milieu scolaire (apprendre à repérer les signes précurseurs, formation des acteurs de terrain)
- Mobilisation de la population
- Information et éducation des parents
- Stratégies de prévention à message positif
- Création d'une équipe mobile d'accompagnement à la sortie des détenus

## Les réfugiés et les migrants - les personnes victimes de psycho traumatisme

### Problématiques constatées par les acteurs

- Enfants reçus pour une demande de soins psychiques souffrent en plus des situations administratives précaires qui impactent leur sécurité de base et donc la mise en place d'aides stables (logement stable)

- Pas de repérage immédiat des souffrances psychiques à l'arrivée en France.
- Anamnèse compliquée (que s'est-il passé avant l'arrivée en France ?)
- Pas d'appuis familiaux qui pourraient soutenir le travail d'anamnèse (difficultés de repérage des signes chez les personnes isolées (les plus nombreuses)
- Pas de famille, donc pas d'aidants
- Isolement amène le cumul des difficultés
- Familles n'ont aucune représentation de ce qu'est un CMP
- Enfants qui n'avaient déjà pas de soins adaptés dans le pays (le projet de migration est un projet de soins)
- Problème de l'hébergement collectif (majore les signes de souffrance) mais si exclusion du groupe exclusion du soin
- Problème des lieux d'implantation des centres d'accueil loin du soin

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- CUMP et COMP

#### Leviers repérés par les acteurs

- Référent qui soutiendrait la famille/ la personne dans ses démarches de soins
- Modification des critères du DNA, donc les troubles psychiques ne figurent pas dans les critères de vulnérabilité, il serait intéressant de les repérer précocement et d'en tenir compte dans les orientations administratives)
- Favoriser le regroupement des personnes isolées (mais à encadrer)
- Formation des acteurs de terrain (repérages)
- Formation à l'interculturalité
- Formation au psychotraumatisme
- Améliorer les coordinations
- Interprétariat indispensable + formation des psychiatres et des psychologues à mener un entretien avec un interprète.
- Prise en charge des primorequérants dans une UF dédiée
- Parcours de soins spécifique à plusieurs niveaux d'entrée et de prise en charge

## Territoires

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Grosses difficultés au-delà de la première couronne toulousaine
- Quel repérage en rural ?
- Quel repérage en petite Enfance (avant l'école)
- Si repérage, et après ?
  - Accès aux soins
  - Manque de professionnels (libéraux, structures, spécialistes...) (Comment orienter de façon pertinente ?)
  - Nécessité de temps pour expliquer, réassurer, temps de l'annonce, soit temps nécessaire
  - Importance en proportion des personnes âgées



- Problème de la sectorisation de Lannemezan (moins loin et moins embolisé que Toulouse)

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Centre de référence type CRA
- Formation dédiée aux parents délocalisés
- Groupes de paroles
- Plate-forme de traitement de la demande de soins (centralisation)
- Télémédecine (expertise, suivi, soutien)
- Equipes mobiles

#### Leviers repérés par les acteurs

- Coordination
- Créations de réseaux (centres de santé pluriprofessionnels avec consultations délocalisées)
- Gériatrie, soit la formation et création de structures adaptées, décompensation de la personne âgée, nécessité d'une approche gériatrique et de l'expertise du psychiatre (par exemple à propos d'un trouble du comportement)
- Télé expertise (équipements des EHPAD ruraux)
- Téléconsultation
- Formation des personnels de terrain, des aidants (repérer la souffrance psychique à son niveau le moins spécifique)
- Augmentation des moyens des CMP et CMPP ruraux et Sud du département

#### Axes de travail / Orientations PTSM sur les publics spécifiques

- Formation au repérage (précoce et suivi) des personnes du terrain (parents, aidants, auxiliaires, écoles, crèches, etc...)
- Médecins de premier recours (MG, PMI et EN) formés pour les situations simples et remboursement des accompagnements de premier niveau prescrits (psychologue, psychothérapeute, ergothérapeute, etc) Adressage aux spécialistes par les médecins de premiers recours
- Réserver les spécialistes (libéraux, hospitaliers et CMP/CMPP) aux diagnostics et aux situations complexes / de crise
- Favoriser ou organiser la coordination / connaissance des professionnels / réseau/ plateforme
- Développer la télémédecine et les équipes mobiles pour une meilleure couverture de soins de tout le département. Focus sur la périnatalité et la gériatrie.

## Contributions sur la priorité 2 - Eléments généraux

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

*Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation d'un parcours de santé et de vie 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 :*

- *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 ;*
- *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.*

*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.*

Définition décret du 27 juillet 2017

Ce parcours doit s'appuyer sur une logique de « prestations » en réponse à des besoins souvent multiples : il s'agit de construire avec les personnes des réponses inclusives, pluridimensionnelles, modulaires et modulables dans le parcours de vie, de l'enfance à la vieillesse, concernant :

- L'organisation d'un suivi de coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.
- L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale
- L'organisation de l'accès au logement ou de maintien dans le logement
- L'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi
- L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études
- L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives
- L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

### Problématiques constatées par les acteurs

#### Plusieurs problématiques génériques ressortent, liées :

- Au rapport offre/besoins en fonction de la situation géographique ou de l'augmentation de la population dans certaines zones
- Aux délais de repérage, de prise en charge dus à la saturation des dispositifs et outils existants pourtant divers, mais aussi aux difficultés d'identification par les patients ou les familles des ressources existantes (exemple de la limite des GEM exclusivement réservés aux adultes mais qui ne concernent pas les adolescents)
- À la définition d'un interlocuteur adapté (médiateur, coordonnateur de vie, infirmier à domicile ...)
- À l'exclusion de la famille dans le projet de vie du malade qui reste captif du milieu sanitaire
- À la stigmatisation de la psychiatrie par les malades eux-mêmes qui n'ont plus confiance dans le système de soin (dénis de la maladie, refus d'être hospitalisé...)
- Au manque de prise en compte des conditions de vie (déplacements, ressources financières, logement, emploi, loisirs...)

- Aux clivages ressentis lorsque l'approche de la personne n'est pas systémique sans prise en considération du statut de citoyen à part entière qu'attend la personne et son entourage
- Au manque de coordination entre acteurs ou le manque de connaissances sur la maladie psychique et la souffrance psychosociale à la fois de certains professionnels de santé (médecins généralistes notamment) mais aussi du grand public et des acteurs non sanitaires
- Aux ruptures de parcours aux âges charnières de la vie (enfants – adolescents –adultes-personnes âgées) du fait de la fragmentation des dispositifs et des prestations, mais aussi de leur saturation
- Au coût des soins somatiques (médicaments) pour les établissements en dotation globale de financement (SAMSAH, SSIAD etc.) avec un risque de sélection des patients à l'admission

### En résumé :

Les interventions ne sont pas toujours mises en œuvre de façon concomitante et coordonnée par des professionnels de champs et de cultures différents, dans une logique de dynamique de parcours de vie et d'efficacité :

- Peu de partage d'outils
- Délais longs pour première évaluation
- Saturation des établissements et services médico-sociaux et sociaux
- Insuffisance d'articulation mandataires judiciaires/ acteurs de la santé mentale...

L'accès à une offre de réhabilitation psychosociale n'est pas lisible, notamment les techniques de soins visant à diminuer les incapacités et à développer ou restaurer les compétences sociales

Le maintien dans l'habitat devrait être primordial en tenant compte de l'organisation politique et sociale, des ressources économiques, du niveau d'éducation, de la capacité de s'orienter, des inégalités territoriales, des comportements individuels.

L'accès à l'emploi ou aux stages ou l'organisation du maintien dans l'emploi doivent être revus, pour y introduire de la variété, de la souplesse, de la modularité afin de s'adapter au mieux aux besoins et évolutions.

### **Bonnes pratiques identifiées par les acteurs**

- Expérimentations dans établissements scolaires écoles, collèges, les lycées, les universités avec appui de l'EN et de la pédo-psychiatrie pour une éducation inclusive
- Existence d'instances de concertation et d'échanges comme la MDPH, le CLSM, d'acteurs de la Réhabilitation psychosociale (RPS), de services et structures comme les SAVS, les GEM à rendre plus lisibles pour renforcer leurs rôles dans la durée et réduire leurs délais d'intervention
- Inclusion en milieu ordinaire via les SESSAD, les SAMSAH, les cliniques privées qui disposent de cellules de cas complexes et favorisent le retour à domicile
- Conventions de partenariat entre les GEM qui formalisent les engagements et responsabilités de chacun
- Existence d'équipes formées et expérimentées (EMIC, prises en charge pluridisciplinaires, établissements médico-sociaux, CMP, CMPP...)

- Soutiens et échanges pluridisciplinaires CMPP/SSIAD/professionnels libéraux/Gérontopôle/Reliance/Gestionnaires de cas MAIA/tuteurs/CCAS/SSR/Cellule orientation adulte MDPH
- Bonne réactivité sur certains territoires concernant le suivi des enfants en CMP
- Panel de formations ARS/crise suicidaire/CH Marchant pour les professionnels hors champ sanitaire
- Volonté des professionnels de travailler pour le bien être des patients : outil médimail à conforter et à valoriser dans le secteur de la psychiatrie pour favoriser le partage d'information de manière sécurisée

### Leviers repérés par les acteurs

- Articulation à renforcer entre réseau libéral et sanitaire hospitalier avec formation des généralistes (favoriser les stages des internes de médecine générale en psychiatrie, mais ne pas faire faire au médecin ce que d'autres peuvent faire)
- Projet de coordination entre professionnels de la santé mentale, afin de favoriser et organiser des espaces de rencontre professionnelle, et de construire ensemble des outils de collaboration entre les professionnels concernés, (*par exemple, de plages des consultations réservées*) ; projet porté par l'association des Psychologues du Comminges dans le cadre du CLS Comminges Pyrénées
- Utilisation des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) comme lieux de prévention et de repérage de manière à davantage impliquer les médecins généralistes
- Développement d'outils de coordination et de simplification au quotidien : annuaires, plateformes, usage du DMP, messageries professionnelles sécurisées, déconditionnement de certains médicaments ...
- Identifier une ressource (réfèrent ou guichet unique) pour la personne (pas forcément médical ou para médical) de confiance au sein des équipes de territoire (assistant du médecin, coordinateur (rice) de CPTS) ou au sein de la cité (aide au logement, à la vie sociale...)
- Former tous les encadrants au repérage de la souffrance psychique et favoriser les stages croisés et informer ou former les professionnels du domicile aux troubles psychiques graves et au handicap psychique
- Favoriser les stages / les adaptations progressives des jeunes vers les établissements et services pour adultes
- Développer la RPS : centres support, plateforme de RPS ambulatoire, accès aux loisirs et à la culture tout public et tout âge en aménageant les horaires d'ouverture, accompagnement éducatif des proches
- Créer des équipes mobiles d'intervention sociale
- Mutualiser les compétences de « case manager » pour aider dans la gestion des cas complexes, créer des groupes de suivi parents/enfants
- Créer de l'habitat inclusif
- Créer des résidences d'accueil ouvertes en ambulatoire et privilégier les séjours de répit réactifs et peu onéreux
- Privilégier les dispositifs d'aller vers : bus itinérant, BlaBla Psy, SISM sur espace public
- Projet de soutien et d'accompagnement des bénévoles des différentes associations Commingeoises, qui accueillent un public dit « précaire », pour les aider à acquérir et améliorer leurs compétences. Action portée par l'association la Psychanalyse dans la cité dans le cadre du CLS Comminges Pyrénées

- Favoriser l'accès aux dispositifs d'accompagnement comme le SAVS (besoins repérés chez les travailleurs), et favoriser la mixité intergénérationnelle
- Privilégier un dispositif intermédiaire entre le travail et l'éducatif (autre que le soin) de type Service annexe à l'ESAT – développer le tutorat – impliquer la médecine du travail

**Axes de travail / Orientations PTSM**

- Passer d'un étayage sanitaire à un étayage social en privilégiant le projet de vie dans lequel s'inscrira un projet de soin
- Privilégier tous les dispositifs de pairs aidants
- Travailler sur les ruptures liées à l'âge : passage du statut d'adolescent à celui d'adulte puis de personne âgée

## Contributions sur la priorité 2 - Éléments spécifiques sur les publics et territoires

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

### Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents

#### Problématiques

- Les unités spécifiques favorisent la rupture entre la psychiatrie et la pédopsychiatrie (séquençage renforcé dans les structures de 15 à 25 ans, avec projection négative)
- Fil rouge à construire entre 16 et 25 ans pour éviter une cristallisation des situations et une meilleure articulation entre unités
- « Troc entre patients » : ex : manque de continuité de prise en charge en IME et en sanitaires
- Rupture de vie : pas de respect de leurs symptômes, avec accentuation des problématiques liés à l'attachement
- Système social déficitaire
- Manque de financement sanitaire,
- Manque d'homogénéisation des pratiques avec disparité géographique entre les différents départements et cantons (plusieurs zones de désertification identifiées dans le territoire)
- Manque de coordination dans le parcours par des temps non valorisés pour concentrer des postes à ces missions spécifiques

#### Bonnes pratiques

- Prise en charge de l'approche psychologique des parents :
  - Groupe de suivi MGEN, (grossesse, parents, enfants)
  - Théorie des 1000 jours (jusqu'à 2 ans)
  - Equipe mobile parents enfants pour les enfants souffrants de troubles psychiatriques de 0 à 6 ans
  - Actions spécifiques avec soutien à la parentalité dans certaines municipalités avec des lieux d'accueil parents enfants, lieux d'écoute et de soutien pour les parents ayant des enfants souffrant de schizophrénie
- Coordination efficiente assurant un parcours construit avec un projet de vie de la personne tant au niveau des soins que de l'emploi, que du logement... (SAMSAH, Référents éducatifs, MDPH pour parcours individualisé et mixte)
- Conventions établis : ex : l'ASEI pour favoriser l'inclusion des enfants, adultes en situation de handicap avec présentation des situations, évitant ainsi les ruptures de prise en charge ... aux différents âges
- Projet d'expérimentation d'un dispositif de coordination de ressources afin d'améliorer la prise en charge des élèves du secteur scolaire de Montréjeau, porté par l'association Mont Royal Santé (MSP de Montréjeau), les établissements scolaires du secteur (école élémentaire du Courraou et le Collège Bertrand Lralde) et le DITEP Saint-Ignan

## ➤ Leviers

- Accompagnement des familles fragilisées et accompagnants sur le versant éducatif
- Accompagnement de l'étudiant (diminuer les délais d'attente et limiter la perte de vue dans son parcours de vie ...)
- Privilégier des séjours de répit pour les familles en difficultés avec des temps d'admission écourtés et des coûts de placement pris en charge pour soulager les familles
- Favoriser les associations spécifiques pour trouver du réconfort comme l'UNAFAM, créer des groupes de parole, travailler l'approche culturelle de la pathologie psychiatrique pour éviter toute stigmatisation.
- Favoriser la formation des acteurs de santé prenant en charge les enfants avec possibilité de stages croisés des équipes sur le terrain (CH)
- Développer un dispositif de consultation pour les parents ayant des troubles mentaux, avec des visites médiatisées
- Formation des libéraux de terrain dont les médecins généralistes
- Faciliter l'accès à la réhabilitation psycho-sociale (impliquer l'ARS à créer une plateforme de coordination pour faciliter les bonnes orientations et éviter les situations d'errance...)

## Les personnes âgées

### Problématiques

- Manque de coordination dans l'accompagnement et le vieillissement à partir de 55 ans
- Manque de logements adaptés ou des lieux de vie ne prenant pas en compte la perte d'autonomie ...
- Fracture entre la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles somatiques complexifiant l'orientation (ex. : l'EHPAD reste inadapté en certains cas par rapport au handicap psychique)
- Blocage dans les admissions en EHPAD quand il y a concomitance de maladies somatiques telles que les pathologies neurologiques surajoutées à des pathologies psychiatriques
- Formation du personnel insuffisant pour les situations de handicap psychique et physique de la personne âgée
- Problématique du vieillissement des aidants et de la disparition des aidants dans le parcours de vie des personnes âgées
- Représentation sociale altérée de la personne âgée atteinte de troubles psychiatriques aigus ou chroniques

### Bonnes pratiques

- Certains types d'associations : ex Association Espoir, de l'insertion à l'autonomie
- Associations favorisant le brassage interrelationnel

### Leviers

Formation et sensibilisation dès la scolarisation de tous les corps de métier à cette problématique de la personne âgée vieillissante présentant des troubles psychiatriques ou de handicap psychique



## Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - les personnes isolées

### Problématiques

- Secteurs de la précarité sont refermés
- Manque de financement
- Manque de communication entre les dispositifs existants,
- Manque le lien entre les différents acteurs de santé impliqués
- Manque de visibilité,
- Manque d'harmonisation des pratiques, manque de langage commun pour favoriser l'accès au logement (ex : agence immobilière à vocation sociale)
- Manque de stabilité de ces personnes dans leur logement
- Très grande difficulté pour orienter les personnes précaires vers le droit commun par la PASS Psy / impasse dans les prises en charge

### Bonnes pratiques

- Réseau santé précarité réinsertion (dans le Tarn) ayant une fonction de prévention de situation de crise, de gestion de situation de crise...
- Autres dispositifs : plateforme santé sécurité, halte de nuit, équipe mobile des professeurs de Saint-Joseph sur Toulouse avec repérage des enfants en difficulté

### Leviers

- Travail sur l'inclusion, sur la tolérance des proches
- Réflexion à mener sur les conditions d'exclusion et d'inclusion au logement
- Rassurer les bailleurs pour favoriser l'ouverture au logement pour ce type de population
- Favoriser l'accompagnement des bailleurs et de l'ensemble des intervenants au logement pour recevoir ce type de population (apprentissage des limites, démystification de la pathologie psychiatrique et du handicap ...)
- Privilégier les liens inter générationnels et la représentativité de la pathologie psychiatre et de son handicap
- Redéfinir en amont les situations de crise avec construction d'un parcours mieux défini (maintien à domicile, EHPAD...)
- Formation et sensibilisation du personnel psychiatrique à cette problématique
- Renforcer et développer l'implication des personnes pour développer leurs liens sociaux avec participation à des ateliers, à des clubs de sport, à des associations sur l'ensemble des territoires
- Amener le patient à une « utilité sociale » et lui permettre de retrouver sa citoyenneté part entière
- Octroyer des financements pour dynamiser les réseaux existants
- Expérimentation de consultations en binôme médecin généraliste et psychologue pour la prise en charge de patients en situation précaire, projet porté par la MSP de Montréjeau (pour tester le concept, mais avec l'objectif de développer dans les autres MSP du territoire dans le cadre du CLS Comminges Pyrénées).
- Réflexion sur un accueil de jour pour personnes SDF via la CC Cœur et Coteaux Comminges, qui porterait l'initiative, avec le soutien technique d'ADES Europe.
- Proposer une permanence, assurée par un travailleur social-médiateur et un psychologue clinicien, pour accompagner les personnes en situation de précarité. Action de l'association la Psychanalyse dans la cité dans le cadre du CLS Comminges Pyrénées

## Les personnes ayant des conduites addictives - les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues

### Problématiques

- Insuffisance des connaissances des dispositifs de soins sanitaires médico sociaux, sociaux et judiciaires
- Manque de désignation d'un coordinateur en tant que chef de file (MDPH, Conseil Départemental...), nécessité de mise au point des différentes passerelles
- Problème de cloisonnement d'information entre les différents interlocuteurs
- Suivi des patients en post-hospitalisation insuffisant pouvant favoriser ainsi la rechute, manque de repérage
- Manque de lien avec les mandataires judiciaires

### Leviers

- Mise au point des différentes étapes du parcours de vie de ces personnes à périodicité définie en pluridisciplinarité avec tous les acteurs impliqués
- Investir sur le lien social (acteurs, associations, clubs sportifs... pour favoriser « l'utilité sociale »)
- Inclure le « droit à la rechute » pour éviter toute appréhension en faveur d'une meilleure coordination, d'un meilleur suivi post-hospitalisation, d'un retour à des soins adaptés
- Renforcer le travail avec les familles et personnaliser chaque projet de vie

## Les réfugiés et les migrants - les personnes victimes de psycho traumatisme

### Problématiques

- Difficulté à se stabiliser sur le territoire
- Evaluation précoce pour l'accès au soin
- Comment intégrer les troubles psychiatriques à ce type de public
- Mise à disposition trop tardive de logements qui complexifie leur repérage géographique
- Favoriser le développement de guichet unique (évaluation de la vulnérabilité à associer à l'orientation de la personne en créant des liens de confiance)

### Bonnes pratiques

- Venue des interprètes permettant une meilleure compréhension de la demande de soins et de son organisation avec un rôle pédagogique
- Coordination des soins avec les familles
- Plateforme psychosociale (50 personnes : interprètes, psychologues, permanence assurée... équipe pluridisciplinaire)
- Enveloppe de l'ARS pour des financements spécifiques pour ce type de public
- Intégration de travailleurs pairs

**Leviers**

- Travail sur l'accueil et la qualité de l'accueil
- Formation des acteurs impliqués à ces pathologies spécifiques de réfugiés demandeurs d'asile...
- Travail sur la prise en charge de ce type de public pour l'accès au soin toute pathologie confondue psychiatrique et somatique

## Contributions sur la priorité 3 - Eléments généraux

### L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

*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 :*

- 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 ;*
- 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 ;*
- 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.*

*cf décret du 27 juillet 2017*

### Problématiques constatées par les acteurs

#### Suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premiers recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

- Réduction de l'espérance de vie des sujets souffrant de troubles psychiques de 15 à 20 ans par rapport à la population générale.

Plusieurs facteurs participent à un suivi somatique de mauvaise qualité chez les sujets souffrant de troubles psychiques :

- 15% des usagers n'ont pas de médecin généraliste. Cela peut être lié d'une part au patient qui refuse d'accéder à des soins psychiques, et d'autre part aux médecins généralistes qui n'ont pas tous la sensibilité pour assurer un suivi ambulatoire de ces patients.
  - Du côté des patients : absence de ressources financières
  - Du côté des médecins : manque de temps lors des consultations. De plus la qualité de l'accueil dans les cabinets de médecine générale doit parfois être repensée dans la mesure où il nécessite des compétences relationnelles pour que cela se déroule au mieux en termes d'écoute, de disponibilité ...
- Le rejet parfois du patient par sa famille ne facilite pas l'accès aux soins.
- La mauvaise collaboration entre le médecin généraliste, le psychiatre et le spécialiste :
  - Les médecins généralistes sont peu formés à la psychiatrie et les médecins psychiatres insuffisamment attentifs aux problématiques somatiques de leurs patients.
  - L'articulation entre médecin généraliste et psychiatre manque souvent et pénalise le parcours de soin coordonné. Des partenariats réels existent mais ils sont trop peu nombreux et le fruit d'initiative individuelle.
- Vision dichotomique corps-esprit de la prise en charge de ces patients. Peu de praticiens ont ainsi une vision holistique du sujet malade. Cela pose en filigrane la question de « la référence patient » pour ces sujets. Qui articule le soin, qui est le pivot du soin ? Est-ce le rôle du médecin généraliste ou le rôle du psychiatre ?

D'un avis général, le manque de lisibilité sur le territoire des ressources existantes (dans le champ sanitaire, médico-social et associatif) n'aide pas non plus à structurer les parcours de soins somatiques.

#### **L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adapté aux personnes présentant des troubles psychiques**

Il n'existe pas dans les établissements organisés en MCO avec un parcours de soin structuré et pensé pour les patients souffrant de troubles psychiques.

- On retrouve ainsi un mauvais adressage des patients souffrant de troubles psychiques aux urgences somatiques.
- Moindre qualité de la prise en charge des patients en lien avec la stigmatisation dont ils font l'objet de la part de certains somaticiens.
- La saturation actuelle des services d'urgence.

#### **L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie**

- Recours somatique difficile à obtenir, le recours aux urgences est une solution par défaut d'accès au soin spécialisé. Ce recours aux soins en urgence ne facilite pas la communication entre les différents protagonistes.
- Grande disparité sur le territoire pour l'accès aux spécialistes en fonction d'un lieu de vie urbain ou rural.

#### **L'organisation d'action de prévention, d'éducation à la santé, et d'un suivi somatique par les établissements sociaux et médico-sociaux**

- La formation manque du côté des généralistes et de celui des psychiatres.

### **Bonnes pratiques identifiées par les acteurs**

- Accès au suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premiers recours.
- Accès aux soins somatiques ambulatoires facilité par les SAMSAH. Cet accompagnement représente 50% de leur mission et est bien repéré par les acteurs de terrain.
- Une expérience de collaboration efficiente est celle où le CMP est adossé à une Maison de Santé. Cela facilite une expérience partenariale.
- Le DSPP est un outil très bien repéré par la médecine générale pour l'accès aux soins psychiques de premier recours.
- La présence d'un aidant pour faciliter la prise en charge :
  - D'un GEM (la confiance entre les usagers facilite l'accès)
  - D'un IDE
  - D'un proche
  - D'un SAMSAH
  - D'un réseau comme celui de Médecins du monde ou le réseau Remède.
  - Deux autres structures permettent une prise charge somatiques pour les populations les plus précaires et les plus démunies : Case Santé et de la PASS.
- L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adapté aux personnes présentant des troubles psychiques.
- Le dispositif HANDISCO au CHU Purpan reçoit des sujets présentant des troubles de la communication, du comportement, sensoriels ou cognitifs. Les sujets sont adressés par un médecin traitant ou un établissement médico-social.
- L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie.

- Le dispositif CODA HP est bien identifié au sein du Centre Hospitalier Gérard Marchant.
- L'organisation d'action de prévention, d'éducation à la santé, et d'un suivi somatique par les établissements sociaux et médico-sociaux

### Leviers repérés par les acteurs

#### L'accès au suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en collaboration étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique

- Carence zéro de médecin traitant.
- Collaboration entre médecin généraliste et médecin psychiatre à améliorer afin de structurer un parcours de soins somatiques de meilleure qualité.
- Pour des situations particulières de traitement de patients atteints de troubles psychiques, des consultations avec un tarif majoré pourraient être envisagées.
- Recommander dans le cadre de l'ALD une consultation obligatoire de médecine générale par an.
- Plus grande proactivité pour dépister les comorbidités somatiques.
- Le case management (accompagnement) se décline déjà de façon non standardisée à travers les actions des SAMSAH, des IDE, le soutien par des proches ou des usagers des GEM pour se rendre aux rendez-vous.
- Accéder à la télémédecine. De même pour les usagers résidant loin des lieux de soins spécialisés, le remboursement des trajets en VSL est un aspect important pour faciliter l'accès aux soins.

#### L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adapté aux personnes présentant des troubles psychiques

- Appliquer les recommandations de 2015 du HAS.
- Pour exemple, l'examen clinique des patients présentant des troubles psychiques lors de leur accueil aux urgences doit être systématiquement réalisé, ce qui n'est pas le cas.
- Faciliter l'accueil des personnes présentant des troubles.

#### L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie.

Veiller à la bonne application des recommandations HAS pour améliorer la prise en charge des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.

- Créer des filières spécifiques pour permettre les soins courants avec différentes spécialités telles que l'odontologie, la gynécologie pour s'assurer que lors des hospitalisations les sujets souffrant de troubles psychiques puissent y avoir accès facilement.
- Eviter la discontinuité du nomadisme médical.

#### L'organisation d'action de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

- Construction d'actions d'éducatives thérapeutiques auprès des patients et des professionnels.

### Axes de travail / Orientations PTSM

#### 1. Faciliter l'accès aux soins somatiques :

- Rendre accessible un bilan somatique annuel pour toutes les personnes présentant des troubles psychiques (dans le cadre de l'ALD)

- S'assurer que tous les patients bénéficient d'un médecin traitant
- Valoriser financièrement les consultations longues et complexes des médecins généralistes,
- Mieux identifier les ressources existantes (ROR, annuaire) auprès de tous les acteurs
- Renforcer l'offre de deuxième ligne (CMP, CMPP, CAMSP)
- Améliorer la répartition de l'offre de soin sur les territoires ruraux, développer les MSP
- Favoriser la visite à domicile, rembourser les transports VSL et déployer la télémédecine
- Pérenniser les dispositifs spécifiques (SAMSAH, HANDISCO, CODA HP, PASS, EMPP)
- Structurer le parcours de soin dans les établissements MCO (recommandations HAS 2015) plus précisément ; appliquer les recommandations HAS dans tous les établissements sanitaires et médico- sociaux
- Sensibiliser sur cette problématique et lutter contre la stigmatisation
- Créer une convention spécifique CHU, CHS (plus précisément une convention entre le CHGM et des services de somatiques du CHU d'une part et des collaborations efficaces et réactives entre les services de psychiatrie du CHU et des services de somatiques du CHU (odontologie, gynécologie) d'autre part.

## **2. Eviter les ruptures de parcours :**

- Désigner un référent patient qui structure le parcours de soin
- Développer les fonctions de case manager (coordonnateur de parcours) et de médiateur en santé
- Former les personnels des services ADMR à la fonction « sentinelle » (repérage troubles somatiques et compréhension des troubles psychiques)
- Soutenir la place des familles, des aidants et des patients,
- Mieux structurer les collaborations médecine générale et psychiatrie (DSPP, CPTS)
- Améliorer la communication entre soignants et la transmission de l'information (lettre de liaison)
- Assurer une qualité des soins somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques identique à la population générale (orientation vers les SSR)
- Développer une prise en charge holistique

## **3. Favoriser une mise en réseau des acteurs :**

- Animer un réseau d'acteurs engagés et sensibilisés à la souffrance psychique
- Renforcer les partenariats et les collaborations,
- Assurer la formation des médecins généralistes (DU...)
- Former les personnels de santé sur l'approche des troubles psychiques afin d'éviter les stigmatisations

## **4. Renforcer la prévention et le dépistage :**

- Être proactif,
- Réaliser le bilan de santé aux centres d'examens de santé,
- Développer l'éducation thérapeutique auprès des acteurs de santé, des usagers et des familles
- Proposer une consultation annuelle systématique pour les patients en ALD
- Eviter le passage aux urgences



## Contributions sur la priorité 3 - Éléments spécifiques sur les publics et territoires

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

### Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Nombre de médecins insuffisants sur le territoire (généralistes et spécialistes)
- Manque de connaissance, pour la médecine de ville notamment, des difficultés d'expression liées à la douleur pour les patients jeunes ayant des troubles psychiques.
- Difficulté de mobilisation pour les familles les plus vulnérables et/ou en situation de précarité
- Nécessité de prendre un temps plus long de consultation somatique pour des enfants ayant des troubles de la communication ou des troubles psychiques. Ce temps nécessaire est difficile à mobiliser dans la médecine de ville.
- Nécessité pour ce public de coordonner le parcours de soin
- File d'attente dans les CMP/CMPP qui est un frein supplémentaire dans la possible coordination des soins.

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- La coordination et l'accompagnement réalisé par le plateau technique des ESMS quand les enfants sont accompagnés en institution
- Les dispositifs de soutien à la parentalité afin de médiatiser l'accès aux soins
- Les dispositifs CODAPH et HANDISCO comme accès aux soins somatiques au sein des Centres Hospitaliers.
- L'organisation en réseau comme par exemple le réseau P'tit MIP ou REPPPOP qui facilite la coordination et l'accès à des soins somatiques et/ou psychiques
- Forte mobilisation des acteurs de la pédopsychiatrie pour améliorer l'accès au diagnostic précoce et au diagnostic TSA mais difficulté lié aux moyens existants pour la mise en soin après diagnostic.

#### Leviers repérés par les acteurs

- Développer la formation notamment à destination de la médecine de ville
- Etendre les missions du CODA HP avec une présence de pédiatre
- Soutenir la fonction de coordination (ou de fil rouge) pour la deuxième ligne (ex : CMP/CMPP/CAMSP) et en financer les temps qui y sont dédiés
- Mettre en place un annuaire de repérage des actions existantes sur le département ou renforcer les lieux de mise en réseaux des partenaires (type RAP ou Instance Locale de Concertation)
- Financer les temps de consultation supplémentaires que doivent prendre les généralistes quand ils accueillent des enfants ou adolescents ayant des troubles psychiques

- Mise en place d'un suivi somatique et psychologique spécifique et coordonné pour les enfants de parents atteints de pathologie psychiatrique auprès des unités de psychiatrie de l'enfant en lien avec les services d'obstétrique et de pédiatrie (au sein de la CPT)

## Les personnes âgées

### Problématiques constatées par les acteurs

- Raréfaction des visites à domicile
- Manque de formation des professionnels sur les troubles psychiques (Médecins généralistes, infirmières, aide à domicile) notamment pour identifier si la plainte est liée à un trouble somatique ou psychique
- Difficulté de repérage du trouble somatique pour les personnes atteintes d'un trouble psy
- Inégalité territoriale entre l'urbain et rural dans l'accès aux soins somatiques

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, dans une fonction pluridisciplinaire favorise un meilleur accès aux soins somatiques
- La télémédecine et télé-expertise permet de répondre, pour une certaine partie, aux difficultés liés aux situations des personnes âgées très éloignée des lieux de soins
- Les équipes mobiles existantes (EMIHP et EMIHPSA)
- Les dispositifs types HANDISCO et CODAHP

### Leviers repérés par les acteurs

- Déployer les outils de la télémédecine dans les établissements et les services de proximité
- Renforcement du géronto-pôle avec des temps de médecins psychiatres
- Développer la formation des personnes dites « sentinelles » c'est-à-dire qui sont en proximité des personnes âgées (service à domicile généralement) afin de faciliter le repérage des troubles somatiques pour les personnes ayant des troubles psychiques
- Soutenir et renforcer les équipes mobiles déjà existantes pour amplifier les mouvements d'« allers vers »
- Rapprocher les CMP et MSP dans un mode de fonctionnement partenarial

## Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - les personnes isolées

### Problématiques constatées par les acteurs

- Manque de formation pour les professionnels de santé (représentation négative, difficulté lié aux modes de communication, masquage des troubles somatiques par les troubles psychiques). Il est observé que les infirmières sont plus facilement sollicitées par les personnes en précarité
- Manque de temps pour les professionnels de santé lors des consultations pour prendre en compte la globalité des soins nécessaires
- Difficulté des personnes en situation de précarité d'aller vers les soignants (problème de confiance et de lien à tisser)
- Manque de temps de présence des professionnels de santé dans les structures de premières lignes
- Des problèmes spécifiques sur le suivi gynécologique des femmes en situation d'exclusion.

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Le service spécifique psy au sein du PASS santé
- L'Equipe Mobile Sociale et de Santé (EMSS)
- Les permanences psychologiques, médicales et dentaires au Grand Ramier
- Recours au DJAL pour le suivi gynécologique

### Leviers repérés par les acteurs

- Mettre en place des temps de formation sur les problématiques liés à ce type de public pour les Médecins Généralistes
- Développer la place des infirmières dans les structures d'accueil de premier recours
- Soutenir le développement du métier de médiateur en santé
- Mise en place de bilans somatiques complets pour les personnes en situation de précarité
- Renforcer les services d'urgence pour l'accueil de ce public

## Les personnes ayant des conduites addictives - les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues

### Problématiques constatées par les acteurs

- Difficulté liée à la stigmatisation de ce public
- Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins
- Accompagnement des spécialistes en addictologie vers des consultations somatiques et notamment de spécialistes
- La problématique liée aux addictions masque souvent la difficulté d'accéder à des soins somatiques (manque de pertinence dans le diagnostic des médecins)

**Bonnes pratiques identifiées par les acteurs**

- Le CODA HP
- Le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie

**Leviers repérés par les acteurs**

- Développer les médiations entre les acteurs de santé et les spécialistes en addictologie par exemple
- Maintien du DSPP
- Mettre en places des instances de coordination multi-diagnostic dans les CHU pour ce public (type HANDISCO)
- Continuer à soutenir financièrement les dispositifs existants

## Les réfugiés et les migrants - les personnes victimes de psycho traumatisme

**Problématiques constatées par les acteurs**

- L'accès aux soins est rendu difficile par la barrière de la langue
- Manque d'interprète ayant une spécificité médicale
- Refus de l'accès aux soins par des médecins motivés par le type de droit (CMU, AME)
- Manque de connaissance des maladies associées aux traumatismes (dos, diabète...)
- Manque de compréhension de la dimension interculturelle pour les professionnels de santé généralistes et spécialistes

**Bonnes pratiques identifiées par les acteurs**

- La CASE SANTE
- Le développement d'action autour des prises en charge psychocorporelles

**Leviers repérés par les acteurs**

- Elargir l'offre d'interprétariat spécifique sur la santé
- Sensibiliser les professionnels de santé à la dimension interculturelle
- Améliorer l'articulation et la coordination interprofessionnelle

## Territoires

### Problématiques constatées par les acteurs

- Inégalité d'accès aux soins
- Mauvaise répartition territoriale des offres de soins
- Difficultés liées à l'accès aux urgences notamment pour les adolescents dans le sud du département
- La densité médicale sur les territoires ruraux
- Le manque de moyens de mobilité et de transports rend l'accès aux soins plus complexes
- De moins en moins de professionnels de santé qui vont à domicile

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Education thérapeutique du patient mise en place sur certains CMP (ex de Carbonne)
- L'accompagnement vers le soin somatique quand les personnes sont accompagnées par des ESMS
- Convention spécifique avec des CHU, CHS afin de faciliter l'accès aux soins
- Le développement des MSP qui sont plus attractives pour les professionnels de santé
- HANDICO et CODAHP

### Leviers repérés par les acteurs

- Valorisation financière des actes médicaux et infirmiers pour les personnes atteintes de troubles psychiques du fait du temps nécessaire à prendre
- Déploiement de la télémédecine et télé consultation sur les territoires ruraux à partir des dispositifs existants (MSP, ESMS, ...)
- Former les personnels des services à domicile (ADMR, ...) à la fonction de «sentinelle », c'est-à-dire au repérage des problématiques somatiques, à la compréhension des troubles psychiques
- Ouvrir des temps de médecins psychiatres dans le CH de Saint GAUDENS

## Contributions sur la priorité 4 - Eléments généraux

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

La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des professionnels de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, **en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence**, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

Le projet territorial de santé mentale prévoit **l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques**, afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la personne concernée. Cette organisation précise les modalités d'articulation avec la régulation médicale du SAMU/Centre 15.

Lors d'une entrée dans les soins par une hospitalisation, **la sortie d'hospitalisation** doit s'accompagner de toutes les conditions permettant de maintenir les soins nécessaires et d'éviter le retour à une situation de crise. Une personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique doit ainsi bénéficier d'un suivi ambulatoire.

cf. Décret du 27 juillet 2017

### Problématiques constatées par les acteurs

#### Prévention de la crise et du recours à l'urgence : l'intervention des personnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes : difficultés d'éviter le recours à l'urgence

- Difficulté à accéder aux soins pour des personnes dans le déni ou le refus des soins
- Absence de repérage de certains troubles psychiques menant à un accès aux soins par les urgences
- Difficulté à accéder à des soins pour les personnes cherchant un suivi car :
  - Recours aux autres ressources difficiles voire impossibles car :
    - Délai de rendez-vous très long pour les CMP
    - Impossibilité d'accéder à des consultations publiques
    - difficulté à avoir des rendez-vous non programmés avec des psychiatres libéraux
  - Faible participation des structures privées à l'organisation des soins non programmés (ex : pas d'accueil direct aux urgences)
  - Difficulté d'accès à un dispositif de crise (manque de moyens notamment) ou à des soins en dehors de l'hospitalisation en psychiatrie
    - Difficulté de gérer les situations en ambulatoire et d'intensifier les prises en charge lorsque cela est nécessaire
    - Hétérogénéité des réponses aux situations de crise
    - Manque de réactivité des structures de crise
    - Difficulté pour les acteurs d'orienter les patients en situation d'addiction
  - Ressources pas assez accessibles :
    - Horaires : les CMP ferment tôt (18h30) / les dispositifs de soins sont fermés les soirs, les nuits et les week-ends. Lorsque les structures de soins ferment tôt, il ne reste que la permanence des soins organisée par les médecins généralistes ou les urgences
    - Manque de visibilité sur les dispositifs de prise en charge et de l'organisation des urgences

- Critères limitatifs des équipes mobiles (ex : non-prescription de traitement par l'EMIC)
  - Absence de psychiatre sur l'HAD publique
  - difficulté voire impossibilité de trouver des places pour séjour de rupture permettant d'enrayer une situation avant qu'elle se complique
  - Trop longue attente pour une hospitalisation psychiatrique
- Cloisonnement des acteurs (entre les acteurs sociaux et les acteurs médicaux, entre les médecins généralistes et les psychiatres) :
    - Difficulté pour les intervenants sociaux de trouver les informations sur la santé mentale d'une personne afin de l'assister et de prévenir les situations de crise
    - Méconnaissance réciproque des rôles et missions de chacun
  - Place de l'entourage : les psychiatres ne répondent pas aux familles au sujet de la personne ayant des troubles psychiques si elle est majeure
  - Problème de connaissances / compétences
    - Médecins généralistes, travailleurs du médico social, les familles ont des connaissances insuffisantes des signes avant-coureurs de la crise, de la crise et globalement des symptômes et des troubles psychiatriques.
    - Limite de compétences en psychiatrie des équipes de proximité et d'appui pour les patients ayant un diagnostic psychiatrique et une maladie grave somatique et inversement
  - Problématiques organisationnelles (frontières) entre acteurs :
    - Recours aux urgences par les acteurs du social et du médico social variable selon les structures
    - Pour les patients en soins palliatifs (à la frontière entre somatique (USP, LIPS) psychiatrique, pour les personnes cérébrolésées (à la frontière entre neurologie, neuropsychologie et psychiatrie) et pour les personnes ayant une addiction (frontière addictologie / psychiatrie).

### **L'organisation de la permanence des soins, d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques et du suivi en sortie d'hospitalisation**

- Difficulté à l'arrivée aux urgences :
  - Manque de formation du personnel ambulancier et des forces de l'ordre vis-à-vis des problématiques psychiatriques
- Difficultés aux urgences :
  - Stigmatisation des personnes ayant des antécédents psychiatriques et mauvaise prise en charge somatique
  - Vécu traumatique du passage aux urgences par les patients
  - Difficulté parfois à joindre l'entourage des personnes non accompagnées
  - Temps d'attente trop long
  - Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) : lits de crise actuellement fermés
  - Engorgement des urgences :
    - Difficulté d'accueillir les patients ayant besoin d'une hospitalisation notamment en aval des urgences en raison d'une forte pression sur les lits, surtout pour les soins sans consentement
    - aucune visibilité sur les places réellement disponibles dans les établissements de santé
  - Difficultés après les urgences :
    - le patient est parfois sans soins, sans suite donnée, sans orientation



- manque d'information entre les urgences et le médico social au retour d'un résident qui est passé aux urgences (absence d'information, de dossier) : les correspondants médicaux et médico-sociaux des patients n'ont pas accès au dossier, ne reçoivent pas de courrier : manque de transmission et pas de prise en charge organisée

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

#### Dispositifs :

- les GEM peuvent aider au repérage des signes avant-coureurs de la crise, soutenir une personne et l'accompagner éventuellement vers les soins
- Dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) à Toulouse. Il peut assister les médecins généralistes pour le dépistage plus précoce de la crise et la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.
- Accueil de Jour Intersectoriel Réactif (AJIR)
- Intervention du Centre de Thérapie Brève (CTB) en amont des urgences et en post-urgence
- L'EMIC quand un patient est en refus de soins
- Développement d'un service d'HAD public/privé (ex : HAD Psydom 31)
- Accompagnement individuel et groupes d'accompagnement au deuil après le suicide d'un proche (ASP Deuil), groupes de soutien des familles (UNAFAM).
- Etendre le dispositif VIGILANS en ex-MP
- La clinique Beaupuy admet des patients en SDT et gère ainsi une mission de service public
- Dispositif infirmier de régulation psychiatrique au SAMU

#### Partenariat / Concertation :

- Partenariat qui existe entre le DSPP et les structures de crise : CTB et AJIR
- Cellule de coordination de veille et d'urgence en santé mentale (13 partenaires) à Colomiers
- Mise en place d'un « bed manager » partagé entre le CH Gérard Marchant et le CHU.
- Organisation collective de la Journée Régionale de Prévention du Suicide annuelle, journée d'information ouverte au grand public et aux professionnels. Partenariat Association PSMP/ARS Occitanie/Conseil Régional/Mairie de Toulouse.

#### Process / Outils :

- Ecriture des directives anticipées qui donnent des informations sur les souhaits de la personne quand elle ne peut plus les exprimer et des informations sur les personnes aidantes à contacter.

#### Formations :

- Sensibilisation et formation des sentinelles au repérage, évaluation et à la prévention de la crise suicidaire.
- Formations dispensées aux professionnels non soignants en contact avec des personnes ayant des troubles psychiques par le CLSM à Toulouse

### Leviers repérés par les acteurs

#### L'entourage professionnel ou familial de la personne :

- Avoir les moyens supplémentaires pour les institutions médico-sociales de pouvoir accompagner les personnes aux Urgences (modèles les éducateurs de foyers pour mineurs).

- Informer les proches sur les services de crise
- Ecoute et prise en compte de l'expérience des proches, de la famille par les professionnels du soin. Favoriser leur implication dans le soin.

### **Organisations des « soins non programmés » :**

#### ***Soins ambulatoires non programmés :***

- Mise en place d'un numéro d'appel unique, d'une régulation réalisée par un psychiatre : pourquoi pas via une cellule spécialisée en psychiatrie sur le 15 / créer un SAMU psychiatrique / avoir un numéro de téléphone « lanceur d'alerte » pour les familles pour faciliter la prise en charge des personnes
- Créer une plateforme de coordination de soins de crise/ soins non programmés pour faciliter l'accès à un professionnel, avec la possibilité de déplacement du professionnel vers la personne
- Promouvoir le modèle des centres de thérapie brève (prise en charge ambulatoire de la crise)
- Donner plus de moyens aux services de crise (CTB, AJIR)
- Réviser l'organisation de l'EMIC pour une meilleure réactivité et traitement
- Renforcer les équipes mobiles pour favoriser l'entrée dans le soin et la continuité du soin
- Faciliter les relais à domicile par des infirmiers
- Pour les CMP adultes :
  - Proposition d'une permanence pour évaluation avec une orientation vers le psychiatre sur place ou vers le service d'urgence psychiatrique ou vers une structure de crise ou autres dispositifs...
  - Rechercher l'homogénéité des pratiques : ouverture des CMP jusqu'à 20h ou le samedi matin
  - Les CMP doivent pouvoir assurer un rdv en moins de 72h lorsque la situation clinique le justifie pour les patients sortant des urgences déjà suivis ou non
- Développer les Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS) investis sur la santé mentale
- Renforcer les liens avec le SAMU notamment par la création d'un poste partagé EMIC/SAMU et/ou structure d'urgence psy/SAMU
- Réouvrir l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) qui accueille des patients en situation de crise sur 24h ou 48h.
- Développer les consultations rapides (en moins de 72h) pour un rendez-vous chez un psychiatre libéral (en ambulatoire ou en établissement de santé) ou en CMP
- Mise en place d'un CMP intersectoriel type maison médicale de garde aux urgences de Purpan qui prenne le relais des consultations urgentes des CMP en soirée et les week-ends.

#### ***Soins hospitaliers non programmés :***

- Organiser une plateforme commune d'admission en hospitalisation complète.
- Admission directe au sein d'une unité psychiatrique privée ou publique (définition d'un minimum de critères communs) sans passage par les structures d'urgences (c'est déjà le cas pour les médecins et psychiatres libéraux)
- Etablir des conventions entre la structure d'urgence psychiatrique et les établissements psychiatriques privés de manière à assouplir le fonctionnement des admissions post urgences 7j/7 et 24h/24 pour la filière « hospitalisations libres »

### **Organisations aux urgences :**

- Prévoir la participation des établissements de santé privés à l'accueil des urgences psychiatriques

**Soins spécifiques pour les patients surreprésentés aux urgences :**

- Programmes de soins spécialisés pour des patients présentant des rechutes fréquentes de leur trouble psychotique
- Dispositif de soins et de coordination pour les patients présentant un trouble de la personnalité borderline « Borderlink »
- Proposer un parcours structuré pour les personnes en crise suicidaire
- Proposer un parcours structuré pour les personnes ayant des conduites addictives

Mettre en place des postes partagés de psychiatres intervenants en CMP (tout secteur) aux urgences psychiatriques

**Partenariat / Concertation :**

- Organiser des échanges pluri institutionnels (téléphoniques, médimail, présentiel):
  - Pour affiner le diagnostic et la prise en charge
  - Pour éviter les ruptures dans les parcours de soins
  - Pour mieux convenir les soins pour les patients polypathologiques
  - Pour échanger sur des situations repérées comme complexes voire urgentes
- Elaboration et signature d'une charte indiquant les engagements de chacun. Les psychiatres libéraux doivent s'engager à libérer des places pour accueillir des nouveaux patients.
- Mettre en place une cellule de gestion de cas déclenchée lors d'évènements indésirables ou de situations à risque afin de favoriser l'anticipation, l'analyse et la gestion coordonnée de cas individuels complexes conformément à l'axe 3 « souffrances et réhabilitation psycho sociale » du CLS de Toulouse

**Formations :**

- Déployer le nouveau modèle de formations sur la prévention du suicide (repérage, évaluation et intervention)
- Améliorer la formation des médecins généralistes sur les troubles psychiques par exemple en contraignant les futurs médecins généralistes à faire des stages en psychiatrie
- Développer les formations pour une meilleure connaissance des dispositifs de soins
- Développer la psychoéducation aux patients et à leur entourage afin qu'ils repèrent mieux les signes avant-coureurs de la crise
- Etendre les formations dispensées par le CLSM à Toulouse à tout le territoire
- Développer la médiatisation de la prévention du suicide auprès du grand public
- Evaluer les modalités d'intervention du pré-hospitalier en urgence (présence ou non d'un psychiatre, ...): SAMU, SOS médecin...et former les forces de sécurité, les ambulanciers pour intervenir dans les meilleures conditions
- Développer les pratiques avancées et la délégation de tâches pour les IDE

**Process / Outils :**

- Créer un annuaire unique et fonctionnel de tous les partenaires, mis à jour, voir interactif des structures sociales et médicales
- Définir en concertation (structures qui accueillent les personnes en situation de précarité / établissements de santé) les modalités de recours et d'accueil aux urgences
- Rechercher le partage des pratiques organisationnelles et l'harmonisation des procédures d'évaluation et d'orientation au sein des services d'urgence et création de procédures

selon l'intensification de l'activité au sein des urgences et les périodes critiques (soirées, nuit, week end)

#### **Numérique / Nouvelle technologie :**

- Des moyens informatiques/ skype/ internet/ téléconsultations (nouvelles technologies) pour faciliter l'accès du public à des professionnels, surtout pour les publics jeunes qui pourront trouver ces moyens de communication aidants.

#### **Soin sans consentement :**

- Raccourcir les séjours des patients en soins sans consentement (très long) aux urgences en les orientant en moins de 48h sur leur structure de soins

#### **Axes de travail / Orientations PTSM**

- Prévenir les situations d'urgences par un appui aux acteurs de première ligne confrontés à la crise et l'urgence : entourage, médecins généralistes, professionnels sociaux, médico-sociaux,...
- Faciliter l'accès aux soins des personnes qui présentent un épisode de crise ou des idées suicidaires
- Permettre aux personnes d'avoir un parcours de soins sans rupture incluant les périodes de crise notamment :
- Par un accès à des soins non programmés facilités
- Des dispositifs réactifs de crise
- Des organisations, procédures, outils permettant la coordination entre les acteurs
- Réorganiser les urgences avec implication de l'ensemble des acteurs du sanitaire (CH Marchant, CHU, cliniques privées) et permettre de diminuer la durée des séjours aux urgences et notamment ceux des personnes en soins sans consentement
- Développer les formations pour une meilleure connaissance des acteurs, des signes avant-coureurs de la crise, des troubles psychiques et des dispositifs existants

## Contributions sur la priorité 4 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires

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

## Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents

### Problématiques constatées par les acteurs

- Epuisement des familles et des professionnels
- Les établissements médicosociaux sont dépassés (manque de moyens, de formation, de médecin) / les médecins de santé universitaire du SIMPPS sont démunis vis-à-vis des pathologies psychiques.
- Le critère de l'âge est différent en Haute-Garonne Nord et en Haute Garonne Sud.
  - En Haute Garonne Nord, à partir de 16 ans, les jeunes sont accueillis aux urgences psychiatriques de l'adulte de Purpan
  - En Haute-Garonne Sud, aucun accueil prévu pour les 15 ans et 4 à 11 mois – 17 ans. L'accueil aux urgences du CH de Lannemezan est prévu à partir de 18 ans. Parfois, des enfants de 16-18 ans sont adressés au CH de Lannemezan par défaut.
- Temps de réponse trop long (délai d'attente de plusieurs mois) en CMP pour les enfants : la majorité des CMP n'est pas suffisamment réactive face à l'urgence et problème de prise en charge au long cours.
- les situations d'urgence sont imprévues et nécessitent des prises en charge différentes des hospitalisations programmées (défaut d'anticipation).
- difficultés dans le parcours des adolescents complexes (pathologies psychiatriques à expression comportementale) qui génèrent des hospitalisations inadéquates, la « sédimentation » de plusieurs adolescents au service des urgences ou dans les services de pédiatrie de l'Hôpital des Enfants / les séjours longs d'adolescents complexes embolisent le dispositif.

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Convention entre le CMP du secteur 8 (Marengo) et les lycées de proximité avec des réunions entre personnel du lycée (direction, CPE, enseignants, infirmières scolaires) et soignants du CMP pour parler de situations d'élèves dans un but de prévention de la crise.
- Le SIMPPS gère la santé mentale des étudiants dans le sens du bien-être (stress, troubles du sommeil, risque suicidaire)
- Intervention du RAP 31 pour les adolescents au CDEF (foyer d'urgence pour les enfants)
- EMAC Equipe Mobile Adolescents Complexes intervient à domicile et peut orienter vers un ITEP.
- Accueil généraliste destigmatisé et sans rendez-vous des adolescents et leurs familles à la MDA31, évaluation des situations et orientation vers les structures les mieux adaptées
- Equipe Mobile de psychiatrie de liaison, à l'Hôpital des Enfants qui intervient en collaboration avec les équipes de pédiatrie auprès d'enfants de moins de 15 ans accueillis dans des services d'urgences, de médecine et de chirurgie infantile du CHU.

- Dispositif départemental réactif pour adolescents de la Haute-Garonne : consultation réactive de proximité pour adolescents (12-17 ans) et Unité Mobile d'Évaluation et de Soutien (UMES) dans chacun des 3 secteurs de psychiatrie infanto juvénile.
- Le Cerca : prise en charge de crise et éviter des passages et hospitalisations inutiles aux urgences. Le Cerca peut être appelé depuis les urgences adultes et enfants et avant également.
- Intervention de l'Équipe Mobile Handicap Psychique (EMHP) dans le médicosocial pour les plus de 16 ans avec des troubles du comportement.
- Rappels systématiques des jeunes suicidants après passages à l'acte.

#### Leviers repérés par les acteurs

- Développer des supports de télé-accompagnement sécurisés pour les jeunes et leurs familles.
- Recours aux réseaux sociaux (aller vers les jeunes sur leur terrain, communiquer avec eux).
- Proposer une ligne téléphone sur les troubles psychiques chez les jeunes du type « OSE 46 » qui est une ligne d'appel anonyme par chat qui traite des situations d'addiction de jeunes
- Développer les équipes mobiles.
- Développer les AJIR ado (accueil de jour intersectoriel réactif)
- Les professionnels sociaux impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des adolescents sont à accompagner pour un meilleur soutien.
- Reproduire le modèle de l'EMHP pour les personnes ayant des troubles du comportement âgés de moins de 16 ans.
- Augmenter l'âge de la psychiatrie « enfant » au moins jusqu'à 18 ans
- Accueillir les adolescents de 14 à 17 ans dans un centre de soins aigus (6 lits de crise) pour adolescents en situation de crise pour une durée d'hospitalisation inférieure à 5 jours, hors des services d'urgences.
- Pour les CMP enfants, réduire les délais d'attente en incitant les CMP à organiser les entretiens de premier contact par des infirmiers ou psychologues et en clarifiant les rôles CMP/ CMPP/ CAMSP.
- Créer des lieux de répit (relais de prises en charge d'une structure à une autre) pour prévenir l'usure des professionnels et la dégradation des situations.
- Organiser des sensibilisations / formations :
  - Former les professionnels de l'ASE et de la PMI à l'évaluation des situations pour gérer et orienter de manière adaptée
  - Formations sur les pathologies psychiques des jeunes.

## Les personnes âgées

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Équipe Mobile d'Intervention de Crise (EMIC) n'intervient pas pour les personnes de plus de 65 ans.
- Cette population cumule la perte d'autonomie et le handicap psychique.
- Problème de délais d'intervention.
- Manque de moyens par rapport aux besoins de cette population.

- Aux urgences : étiquetage « démence » plutôt que « pathologie psychique » et orientation vers une unité Alzheimer non adaptée. Absence de géro-psycho-geriatriques aux urgences.
- Urgences psychiatriques non différenciées des urgences générales : difficulté de prise en charge psychiatrique, rejet de la personne âgée, surtout si elle présente un problème psychique, par peur de la chronicité.
- Dans le parcours aux urgences : trop d'intervenants non coordonnés entre eux.
- Sous-estimation de la dépression et de la suicidalité chez les personnes âgées.

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Aide d'un géro-psycho-geriatrique aux urgences.
- HAD durable.
- Modèle MAIA : coordination, stratégies communes.
- Hôpital de jour réactif EHPAD du CHU dont l'objectif est de limiter les hospitalisations des résidents d'EHPAD, notamment aux urgences en devant les situations de crise survenant en EHPAD
- Mobilisation et intervention de l'EMIPSA

#### Leviers repérés par les acteurs

- Développer les équipes mobiles spécialisées : EMIC sujet âgé, pour des interventions ponctuelles et des prises en charge dans la durée.
- Créer des lits de psychiatrie personnes âgées.
- Créer des SSR psychiatriques.
- Créer une HAD géro-psycho-geriatrique.
- Concevoir une articulation entre CHU et cliniques privées. Orientation vers filière d'hospitalisation de courte durée.
- Développer la formation (DU géro-psycho-geriatrique).
- Associer les équipes médico-sociales des Maisons de la Solidarité aux prises en charge.
- Identifier une personne ressource centrale dans chaque situation : médecin généraliste ? infirmier à domicile ? travailleur social ? mandataire judiciaire ?
- Mettre en place une télé-médecine en institution.

## Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - les personnes isolées

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Beaucoup de troubles psychiatriques chez les personnes en précarité, sans soin ou en rupture de soin.
- L'EMIC comporte trop de critères d'exclusion.
- Les EMPP interviennent qu'auprès des professionnels et pas du public
- Les personnes ne sont pas prises en charge aux urgences si pas assez décompensées, malgré le signalement des professionnels référents (psychologue, travailleur social).
- Les suivis sont souvent très longs, très lourds, sans pour autant de possibilité d'adresser vers le soin (CMP non accessibles, entretien d'entrée en CMP exigeant). Renvoi des personnes chez elles, sans prise en charge, après une tentative de suicide : les personnes se retrouvent choquées, en détresse, seules, pas prises en considération. Pas de préparation possible de la sortie. Situations de rupture de soin. Méconnaissance du circuit d'accès au soin pour les situations de crise, d'urgence. Pas de relais organisé, car absence

de communication avec les référents. Sortie d'hospitalisation et des urgences à des horaires non adaptés

- Les parcours de vie de ces personnes sont hachés, les prises en charge fragmentées.
- La situation de précarité induit souvent des problèmes d'hygiène : absence de douche, de vestiaire dans les lieux de soin. Problème de la garde des animaux de compagnie en cas d'hospitalisation. Difficulté de déplacement en raison du coût des transports.
- Cumul addiction / pathologie psychique / précarité : prises en charge cloisonnées.
- Souvent violence et maltraitance de la part des soignants vis-à-vis des personnes en précarité et addiction.
- Manque de coordination entre les structures. Communication insuffisante entre social et médical. Difficulté de travailler avec le psychiatre. Services sociaux et médicosociaux de plus en plus confrontés à des pathologies psychiatriques.

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Prise en charge médicale précoce en prévention ou début de crise.
- Partenariat établi depuis de nombreuses années entre l'USPH (unité de souffrance psychique) et les équipes sociales pour la prise en charge de ces personnes.
- Collaboration et coordination entre sanitaire et social autour d'une même situation (ex : réunions de synthèse CHU).
- Plateforme de régulation avec numéro de téléphone direct.
- En place depuis quelques mois : 3 infirmières prennent les urgences psychiatriques au téléphone
- Hospitalisation complète systématique après une tentative de suicide.
- La PASS dispose de cabines de douche.

#### Leviers repérés par les acteurs

- Créer une plateforme d'écoute pour gérer les crises
- Mettre en place une coordination entre les institutions et les opérateurs pour la structuration de l'offre de dispositifs d'écoute à la souffrance psychosociale conformément à l'axe 3 « souffrance et réhabilitation psycho sociale » du CLS
- Développement des EMIC Equipes mobiles d'intervention et de crise (avec moins de critères d'exclusion) ou Equipe Mobile d'Urgence et des EMPP
- Formations généralistes / Développement de pratiques professionnelles communes / exemple : organiser des sessions de sensibilisation sur la précarité et le travail social en direction des professionnels de santé des urgences
- Coordination entre les spécialités / Prise en charge globale de chaque situation / Mettre en place des échanges réguliers psychiatrie-social sur les accompagnements communs (y compris pendant les temps d'hospitalisation) tout en respectant les règles professionnelles de chacun, de manière à pouvoir partager les observations réalisées dans la vie quotidienne des personnes, comprendre les comportements des personnes suivies conjointement et orienter les pratiques de l'équipe éducative et de soin
- Améliorer la communication entre le social et la psychiatrie. Créer une plateforme de collaboration services sociaux de ville et services psychiatriques. Outil informatique commun. Guide pédagogique / situations de crise.



## Les personnes ayant des conduites addictives - les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues

### Problématiques constatées par les acteurs

- Problème du logement.
- Cumul de problématiques : addictions, délinquance, relations avec le voisinage dans le logement...Situations complexes.
- Souvent il manque un sas de gestion de la crise avant la prise en charge psychiatrique et en addictologie.
- Les personnes sous addiction ne sont pas prises en charge en psychiatrie / Les prises en charge sont cloisonnées car les pathologies sont cloisonnées. Pas de continuité dans le parcours de soin. Pas d'articulation crise / parcours de soin.
- Il n'existe pas de prise en charge spécifique pour les troubles borderline.
- La dépénalisation de la psychopathie induit une déresponsabilisation de la personne. Absence de référence à la loi.

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Appartements thérapeutiques, dispositif « Un chez soi d'abord ». Convention logement Mairie de Toulouse. Soliha, Clémence Isaure, CH Marchant
- Numéro d'appel 24h/24
- Dispositifs proactifs qui vont vers le patient (contacts téléphoniques, VAD).
- Intervention de médiateurs spécialisés.
- Modèle des MAIA transposé au public précaire
- Projets de soin spécifiques.
- Pair-aidance

### Leviers repérés par les acteurs

- Autorisation et financement des entretiens téléphoniques, des VAD.
- Décision de justice en cas de psychopathie pour favoriser la responsabilisation de la personne et alliance thérapeutique avec le soin.
- Relais de proximité dans les structures sociales.
- Interventions à domicile.
- Intégration de la probabilité de rechute dans le processus de prise en charge / Articuler les points de crise dans un parcours continu / Décloisonnement des prises en charge. Prise en charge globale de la personne, continuité et lisibilité du parcours.
- Former les professionnels de l'addictologie à la psychiatrie et inversement et/ ou encourager la coordination entre les 2 types d'acteurs.

## Les réfugiés et les migrants - les personnes victimes de psycho traumatisme

### Problématiques constatées par les acteurs

- Cumul de problématiques (financière, logement, santé somatique et psychique...). Personnes qui ont tout perdu y compris la place sociale
- Pères exclus des foyers mères-enfants : dislocation des situations, isolement et prises en charge éclatées. A qui transmettre les problèmes repérés ?
- Le passage aux urgences avec ses consultations multiples crée des relations transférentielles et des alliances thérapeutiques plurielles qui ne sont pas gérées.

- A la sortie des urgences, orientation vers un CMP sans RV. La continuité du soin n'est pas assurée.
- La post-crise est une période de grande fragilité insuffisamment prise en compte.
- Manque de coordination entre secteurs sanitaire, social et médicosocial.
- Manque de formation des soignants relative à la connaissance globale des droits des migrants, de l'interculturalité...

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Repérage des troubles via l'entourage, la communauté, les amis, le collectif
- Liaison téléphonique médecin des urgences ou consult'ado / travailleur social en sortie des urgences
- Education thérapeutique des patients (repérage des signaux d'alerte, des symptômes de crise, recours à des personnes ressources) : compréhension de la crise et du besoin de soin, alliance thérapeutique, patient acteur du soin.
- Interventions à domicile : EMIC, SAMU.
- Travail sur le bien être psychique à partir de médiations artistiques.
- Psychoéducation
- Education Thérapeutique du Patient
- Une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), chargée de l'urgence médicopsychologique au profit de victimes, de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes et/ ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques. La Consultation d'Orientation Médico-Psychologique (COMP) : consultation d'évaluation, de soins et de suivi de l'état de stress post- traumatique aigu.

#### Leviers repérés par les acteurs

- Identifier l'état de souffrance d'une personne à partir des perceptions de l'entourage qui connaît bien cette personne (famille, communauté, voisins) : sentinelles.
- Formations :
  - Donner les outils aux professionnels du social et du médicosocial pour gérer et contenir la crise. Connaissance des facteurs de risque et précipitants de la personne en crise et de protection
  - Sensibiliser les soignants aux droits des migrants, procédures, interculturalité.
- Proposer un guide pour les personnes avec des éléments très simples (comment trouver le sommeil ?...)
- Favoriser la cohésion des équipes et la contenance des cadres dans les institutions.
- Mobiliser et valoriser les savoir-faire des usagers et leurs capacités d'entraide / Développer les pratiques d'expression artistique dans les structures d'accueil et de soin.
- Développer l'éducation thérapeutique du patient.

## Territoires

### Problématiques constatées par les acteurs

Sur le Saint-Gaudinois : le CMP reçoit les 16-18 ans. En cas d'hospitalisation : prise en charge sur Lannemezan. Hospitalisation inadaptée des jeunes de 16 ans dans le secteur adulte :

- Problème de sectorisation géographique : appel du SAMU de Toulouse pour des situations de crise à Saint- Gaudens. Tentation d'orienter vers une prise en charge sur Lannemezan, sans évaluation précise. Si le patient relève du CH Marchant, orientation quasi impossible car il n'y a jamais de place qui se libère. Saturation des urgences de Toulouse. Problème de disponibilité des psychiatres des CMP. Pour 5 services d'urgence dans le 65 (Hautes-Pyrénées), 1 seul médecin psychiatre d'astreinte pour donner un avis psychiatrique. Réseau privilégié : passer par un psychiatre connu d'une clinique pour une hospitalisation plus rapide, plus directe.
- Sentiment d'échec, d'impuissance des professionnels : quand sollicitation des urgences, la personne en crise s'apaise pendant le trajet et le délai d'attente, puis est renvoyée dans l'institution car n'est plus en crise, mais reste fragilisée.
- ITEP : population difficile, agitée.

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Recours à l'hospitalisation temporaire pour éviter l'exclusion d'un usager, la maltraitance dans l'institution.
- Conventions entre établissements sanitaires et médicosociaux. Collaboration effective.
- Lits identifiés pour hospitalisation séquentielle prévue.
- Aménager une salle d'apaisement de la crise dans l'institution médicosociale.
- ESAT : mise en place d'un système d'astreinte en interne

### Leviers repérés par les acteurs

- Travail institutionnel de réflexion sur la crise, la violence. Elaboration de procédures de contention, avec l'aide d'un psychiatre en ITEP et appui sur les recommandations HAS
- Formation des professionnels du médicosocial : acquérir des compétences pour gérer la crise et éviter l'exclusion de l'utilisateur. Techniques de self-défense pour s'assurer.
- Favoriser l'évolution professionnelle des acteurs du social et du médicosocial : intégrer dans leur pratique de nouveaux outils et de nouvelles actions à assumer, validées par l'institution. Démarche institutionnelle et appropriation par les professionnels.
- Développer les conventions sanitaire-médicosocial.
- Anticipation : envisager des hospitalisations séquentielles (ex : Pavillon Bonafé à CH Marchant)
- Mise en place d'un groupe sur « violences faites aux femmes » organisé autour de la référente sur ce sujet au Centre Hospitalier Comminges Pyrénées pour une prise en charge coordonnée

## Contributions sur la priorité 5 - Eléments généraux

Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques  
 Lutte contre la stigmatisation de troubles psychiques  
 Renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir  
 Développement des modalités de soutien par les pairs

*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.*

*Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :*

- *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 ;*
- *L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;*
- *Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement ;*
- *La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.*

*cf décret du 27 juillet 2017*

*Les éléments de la fiche s'appuient principalement sur le verbatim des acteurs locaux et sur l'étude des travaux déjà réalisés sur le territoire*

### Problématiques constatées par les acteurs

#### **Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques**

- Manque d'information accessible sur les troubles et sur les droits des personnes souffrant de ces troubles.
- Lorsque l'information existe, elle n'est pas toujours facile à lire et à comprendre, ou parfois inaccessible à des publics non francophones.
- Structures d'hospitalisation sans consentement débordées (ex/ les HCS représentent plus de la moitié des hospitalisations à temps plein au sein du Centre Hospitalier Spécialisé G Marchant et les DMS presque deux fois supérieures en HSC qu'en soins libres) : accès aux soins sans consentement rendu difficile lorsque cela est nécessaire (les patients attendent aux urgences dans des conditions ne respectant pas le droit (exemple : contentonnés sur des brancards)
- Difficultés d'accès aux soins et de continuité d'un accompagnement du parcours des personnes complexifiées par un manque de moyens d'accueil (CMP, SAVS, SAMSAH, urgences, psychiatres libéraux, ESAT)
- Place de l'utilisateur dans les processus de prise de décision (ou d'instances).

#### **La lutte contre la stigmatisation de troubles psychiques**

- Stigmatisation des structures de soin en santé mentale, notamment dans les quartiers dits sensibles, ou pour certaines communautés qui ont un rapport culturel à la notion de folie très sensible
- Des territoires qui ne sont pas encore couverts par un CLSM

- Stigmatisation dans le milieu du travail : difficulté à dire avouer son handicap par peur du rejet, plus difficile que pour les handicaps physiques
- Difficultés d'accès aux soins somatiques et psychiatriques pour certaines populations notamment les plus précaires ou présentant des troubles du comportement
- Refus de certains médecins d'intervenir s'ils n'ont pas l'accord du tuteur/curateur alors que le patient est d'accord
- Les troubles psychiques restent un sujet tabou car méconnu
- Une certaine méconnaissance des pathologies psychiatriques par les médecins généralistes

### **Renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, la promotion de leur implication et celle de leurs proches**

- Difficulté de lecture de l'offre avec ses spécificités qui restreint la capacité des personnes d'être acteur de leur prise en charge
- Difficulté pour les personnes présentant des troubles à ce que leur parole soit prise en compte au sein des espaces d'élaboration des politiques de santé mentale, même lorsqu'elles sont associées (les échanges entre professionnels leur sont peu accessibles)
- Manque d'association des familles aux prises en charge alors que c'est déterminant dans l'aboutissement des soins
- Manque de soutien aux aidants

### **Développement des modalités de soutien par les pairs**

- Tous les publics et les territoires ne sont pas aujourd'hui couverts par les GEM existants
- Les programmes de Pair-Aidance ne sont pas encore fortement développés

## **Bonnes pratiques identifiées par les acteurs**

### **Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques**

- Création et diffusion nationale récente d'une charte d'hospitalisation en psychiatrie
- Réflexions engagées en secteur hospitalier sur l'isolement et la contention
- Présence de 2 EMPP sur Toulouse permettant l'accès au droit et aux soins des personnes en précarité, et d'une PASS Psy
- Importance des commissions des usagers
- Des dispositifs comme : EMIC, GEM, HAD, CMP H24
- Pratiques de conférences, interGEM, groupes de paroles dans les GEM
- Répertoire des ressources / Via Psy
- Remboursement CPAM de psychothérapie sous condition
- Partenariat public-privé, notamment sur les lits de crise et HAD
- Etablissements proposant des prises en charge incluant la réhabilitation psycho-sociale
- CPT et groupes de travail qui ont permis des rencontres entre établissements pour réfléchir sur les parcours patients

### **La lutte contre la stigmatisation de troubles psychiques**

- Au sein du CHS, actions menées pour la dé-stigmatisation des troubles mentaux : projets Psycyclette / EVENTS / Folire et chantiers chanson
- Deux CLSM, sur Toulouse et Comminges Pyrénées (avec 3 commissions thématiques : « santé mentale des enfants et des jeunes » ; « logement » et « gestion des situations de crise ») et un CLSM en réflexion sur Colomiers, qui sont un réel lieu de participation des usagers, de promotion de leurs droits et de déstigmatisation du trouble mental.

- Semaine d'information sur la santé mentale (SISM) menée par les trois CLS sur Toulouse, Saint-Gaudens et Colomiers.
- Action « Psy-truck » mis en place par le CLSM de la ville de Toulouse dans le cadre des SISM depuis 2018 (camion sillonnant le département pour sensibiliser les populations aux troubles mentaux)
- Psycyclette, octobre rose, duo day, petits déjeuners citoyens
- Tarifs réduits Tisséo
- Dispositifs permettant « d'aller vers » (SISM, BlablaPsy)

### **Renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, la promotion de leur implication et celle de leurs proches**

- Réalisation d'une cartographie de l'offre (prévue dans le cadre de la CPT avec Viapsy, et dans le cadre du Répertoire Opérationnel des Ressources ? quelle convergence des deux démarches ?)

### **Développement des modalités de soutien par les pairs**

- 6 GEM (Bon Pied Bon Œil / Passe Muraille / No'Mad / Activ / Bi-pôles 31 / Microsillons), et mise en place récente du GEM Solifin avec notamment une dimension d'information sur les droits, sur la maladie.

## **Leviers repérés par les acteurs**

### **Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques**

- Financement d'heures d'interprétariat
- Déploiement large de la charte
- Extension des territoires d'intervention des EMPP sur l'ensemble du département
- Projet de création d'un Espace web d'info pour les personnes en situation de handicap, en FALC (en lien avec ROR et Via-trajectoire)
- Pour les personnes âgées : création d'unités d'hospitalisation de psycho-gériatrie compte tenu de la spécificité
- Accès à l'interprétariat pour tous
- Développer des dispositifs ressources concernant l'articulation entre droit et soin, pour les usagers, pour les professionnels et pour les familles
- Promouvoir les liens entre professionnels, réseaux de personnes ressources (IDE de parcours, Assistantes Sociales)
- Numéro dédié SAMUPsy
- Développement médiateurs-pairs
- S'appuyer sur MDPH, CLS 2019-22 de Toulouse pour développer des passerelles parcours inclusif
- Plus de flexibilité sur les lits de crise / HL et HPSC : capacité de suivre les pics d'activité, proposition d'adaptabilité des lits de post-urgences - proposition faite aux CH et ARS
- L'accueil des personnes avec handicap psychique constitue un enjeu fort et fait partie des objectifs fixés par l'ARS aux organismes gestionnaires d'établissements médico-sociaux

### **La lutte contre la stigmatisation de troubles psychiques**

- Intégrer le plus possible les CMP aux MSP et autres centres de soins somatiques
- Couverture de l'ensemble des territoires par un CLSM ? Extension du CLSM de Toulouse à Toulouse Métropole ?

- Formation des soignants par rapport à l'écoute, à l'importance de signifier les diagnostics
- Lutter contre les pratiques stigmatisantes : renforcer les groupes soignants-soignés, les groupes famille, les supervisions
- Développer la réhabilitation psycho sociale
- Laisser le choix aux personnes dans les propositions de soins (alternatives proposées)
- Développer les liens entre le monde du travail (chambres de commerce) et les équipes de soin
- Former les managers et les équipes de travail au trouble psychique
- Favoriser l'inclusion scolaire, professionnaliser les auxiliaires de la vie scolaire
- Inclure la question de la santé mentale dans l'instruction civique, s'appuyer sur certaines séries
- Recenser les situations de refus ou de difficulté d'accès à des soins
- Créer un guide pour les médecins généralistes
- Former les journalistes, la police, les bailleurs, les administrations
- Favoriser l'implication des personnes en situation de handicap dans les réflexions
- Informer et former les acteurs non sanitaires (socio éducatifs, culturels, en entreprise...) pour améliorer l'accueil et l'intégration des personnes présentant des troubles psychiques dans l'objectif de formaliser un réseau conformément à l'axe 3 « souffrance et réhabilitation psycho sociale » du CLS de Toulouse

### **Renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, la promotion de leur implication et celle de leurs proches**

- Mise en place d'un guichet unique d'information et d'orientation en matière de santé pour le grand public et les professionnels non spécialistes
- Veiller à recueillir la parole des usagers et leurs attentes dans le cadre des politiques de santé mentale, et pour cela à favoriser leur expression par des méthodes adaptées (groupes ad hoc, consultation spécifique etc...) : méthodologie qui doit en premier lieu être appliquée au PTSM
- CPT : démarche visant à développer l'éducation thérapeutique des patients
- Programme d'accompagnement destiné aux familles et aidants de personnes souffrant de TSA ou Handicap Rare
- Créer et identifier des structures de répit, avec mission de soutien des aidants et de guidance parentale, et mission d'information sur l'offre de répit à domicile
- Etendre les dispositifs de soutien aux aidants et de guidance parentale : programme de gestion parentale, équipes mobiles parentalité et développement de la multisystémie
- Favoriser l'intervention de personnes atteintes de troubles psychiques dans les formations à visée pédagogique, développer le partage du savoir expérientiel
- Favoriser les équipes mobiles qui vont dans l'environnement du patient, travailler avec la famille, avec les différents intervenants, avec le voisinage etc...
- Développer les conseils de la vie sociale efficaces : accompagner les institutions, en utilisant les GEM
- Soutenir les GEM et leurs actions, ainsi que les équipes de RPS, d'ETP, etc... qui concourent à faire passer les usagers d'une position passive de malades à une position active de citoyens
- S'appuyer sur le CLSM pour l'insertion dans la cité
- Promouvoir la pair aide - redonner confiance au patient - le consulter et lui donner les infos nécessaires pour décider

## Développement des modalités de soutien par les pairs

- Création de GEM adolescents
- Création de GEM sur l'ensemble du territoire
- accroître la connaissance et la compréhension des usagers concernant les prises en charge qui leur sont proposées, via des outils d'information/formation repérés par des groupes d'usagers
- Impliquer les « patients » partenaires tant dans les dispositifs de formation que dans les prises en charge, pour modifier en profondeur les cultures professionnelles
- développer la notion de patient partenaire (expertise d'usage) pour les associer dans l'amélioration continue des soins
- Développer la prise en compte des familles avec accord du patient
- Développer la pair aideance, notamment pour les parents
- Comment articuler les dispositifs autour des parcours des patients
- Financer des case management, club house

### Axes de travail / Orientations PTSM

- développer des plateformes pluridisciplinaires d'information et de facilitation d'accès aux droits pour les usagers et leurs familles (conseil juridique, interprétariat, assistance sociale etc...)
- développer les GEM et leur implication dans les instances d'élaboration et de décision, ainsi que dans la formation (savoir expérientiel)
- développer la réhabilitation psycho sociale
- développer les dispositifs associatifs et actions de déstigmatisation qui permettent le contact avec la cité, des activités, et l'expression en dehors du trouble psychiatrique, favoriser la participation à la vie citoyenne.
- Organiser une cartographie des ressources pour les professionnels (associatives, sanitaires, sociales...)
- Pour les troubles complexes avec nombreuses comorbidités et précarité (ex : troubles de la personnalité sévères, addictions) : développer des plateformes pluridisciplinaires spécialisées.



## Contributions sur la priorité 5 - Éléments spécifiques sur les publics et territoires

Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques  
 Lutte contre la stigmatisation de troubles psychiques  
 Renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir  
 Développement des modalités de soutien par les pairs

*Les éléments de la fiche s'appuient principalement sur le verbatim des acteurs locaux et sur l'étude des travaux déjà réalisés sur le territoire*

### Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Mauvaise connaissance des droits du mineur en institution, en particulier dans l'articulation avec la responsabilité des professionnels et des parents (sexualité, tabac, portables, pratiques religieuses, contention, fouilles etc...)
- Questionnements sur le secret professionnel et la possibilité de passer outre l'accord des parents
- Difficultés d'accès à l'éducation

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Séminaire, journées d'étude sur les droits des mineurs
- Groupes de parole pour les parents
- RAP 31

#### Leviers repérés par les acteurs

- Intervention de juristes sur le respect des droits
- Guides pratiques pour les professionnels sur les droits du mineur
- Adaptation de l'école et du périscolaire vers un modèle inclusif
- Professionnalisation des auxiliaires de vie scolaire
- Formation des professionnels
- Pairaidance des parents

## Les personnes âgées

### Problématiques constatées par les acteurs

- Mesures de protection : on doit rechercher le consentement de la personne mais les personnes sont vues 5 fois / an pour permettre de faire des choix (entre 55 et 60 par mandataire) => professionnels se tournent vers le mandataire, pas de respect de l'autonomie comme prévu dans la loi de 2005
- Mauvaise connaissance de la protection juridique = « restriction des droits »
- Fracture numérique
- Pas d'unité de psychiatrie de la personne âgée alors qu'impossibilité de donner son consentement => pas de mesure de soins sans consentement, pas d'encadrement, pas de contrôle du juge, contention, isolement

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- UMPSA
- Accès à l'information par l'entourage ou la personne par les médecins (loi de 2016)
- Insister sur l'ouverture de droits, sur l'accès aux droits
- Equipe médico-sociale se déplaçant au domicile

### Leviers repérés par les acteurs

- Meilleure connaissance des dispositifs d'accès aux droits pour les mandataires
- Personne de confiance doit être désignée par les médecins généralistes => par méconnaissance des professionnels
- Unités spécialisées de psycho gériatrie ou équipe de liaison suffisamment dotée, accès aux soins somatiques
- Travail sur les restrictions de libertés des personnes âgées et leur encadrement juridique, sur leur capacité à consentir

## Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - les personnes isolées

### Problématiques constatées par les acteurs

Méconnaissance de leurs droits et peu d'accès aux droits

Parfois exclues des dispositifs de soins. Comment faire remonter les refus de soins liés à leur condition

- Problème d'accès à l'interprétariat
- Ne connaissent pas leurs droits
- Ruptures de soins
- Perdus dans le système : schématiser le circuit
- Sélection des patients en ambulatoire avec refus de soins pour certains (faible niveau d'hygiène, troubles du comportement)
- Représentations des professionnels et stigmatisation
- Refus de soin par rapport à la question de la langue
- Problème du secret médical quand le travailleur social doit rester

- Mauvaise connaissance des droits
- Place de la famille avec les partenaires du travail social, quelle posture ?

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Outil pour repérer les « sorties sèches d'hospitalisation », refus de soins (fédération des acteurs de la solidarité CHRS) : site internet => pour avoir des statistiques, un observatoire
- Outils France info santé sur droits du patient
- Ne pas parler des personnes « sans droit »
- Réunion de synthèse avec les partenaires puis avec l'utilisateur
- Travailleurs sociaux dans les établissements hospitaliers
- Annexes « liberté d'aller et venir » travaillée avec l'utilisateur et de la famille
- Conseils de la vie sociale dans les institutions (Halte de nuit : Conseil de la vie sociale loi de 2002 « vient qui veut » = groupe soignants/soignés)
- Mobilisation des familles et des voisins

#### Leviers repérés par les acteurs

- Schématisation des dispositifs d'accès au droit (mais attention à ne pas enfermer)
- Conseil de la vie sociale, élections, rotation => construire la vie en société et apprendre à défendre leurs droits => définition du cadre, évaluation
- Meilleure connaissance des droits de l'utilisateur pour les professionnels
- Passer par les médiateurs
- Mandat de protection aux familles => permanence, peuvent rencontrer des mandataires
- Dispositifs expression de la vie citoyenne
- Développer l'interprétariat, recours à une ligne téléphonique disponible 24h/24
- Equipes mobiles d'information sur les droits
- Développement de maisons ressources pluridisciplinaires

## Les personnes ayant des conduites addictives - les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Refus de soin par certaines cliniques ou certains praticiens du fait de troubles du comportement associés
- Articulation santé justice compliquée (notamment dans le cadre des soins pénalement ordonnés)
- Mauvaise connaissance de leurs droits

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Clinique de Beaupuy : faire « cohabiter » des patients à différents stades de l'addiction
- CRIAVS (Centre Ressources pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles) forme à l'articulation santé justice (soins pénalement ordonnés, secret professionnel)
- Contrat de soins avec les patients, respect de l'autonomie, « droit au déni »
- Médiation sociale avec le voisinage

**Leviers repérés par les acteurs**

- Création d'équipes mobiles de soutien aux professionnels, plateformes pluridisciplinaires (soin, social, droit)
- Recensement des refus de soins pour ces personnes et conduite à tenir le cas échéant
- Implication des voisins
- Recensement des refus de soins pour ces personnes et conduite à tenir le cas échéant

## Les réfugiés et les migrants - les personnes victimes de psycho traumatisme

**Problématiques constatées par les acteurs**

- Problème d'accès à l'interprétariat
- Psycho traumatisme très présent chez ses populations, peu d'accès aux soins spécifiques, problème de continuité du suivi car parcours chaotique, familles déplacées au bout de 3 mois
- Mauvaise connaissance du transculturel
- Peu d'information sur leurs droits

**Bonnes pratiques identifiées par les acteurs**

- Plateforme psychosociale financée par la région en 2019
- Psychologues du monde, rhizome, palabre, association « sic » interviennent auprès de ces populations mais sans financement
- Groupes de parole animés au CMP de Cazères « les chemins de la rencontre » pour ces familles
- Dispositif « Frantz Fanon » dans l'Hérault

**Leviers repérés par les acteurs**

- Financement de ces plateformes par l'ARS en y intégrant plus de soins, notamment par rapport au psychotraumatisme
- Equipes mobiles pluridisciplinaires
- Cartographie des ressources adaptées
- Accès à l'interprétariat
- Hébergement durable

## Territoires

**Problématiques constatées par les acteurs**

- Inégalité de répartition des GEM
- Problème de repérage et d'orientation vers les bons dispositifs, manque de visibilité
- Refus de soins de certains médecins « somaticiens » pour les majeurs protégés

**Bonnes pratiques identifiées par les acteurs**

- GEM se développent (Solifin à Saint Gaudens)
- GEM pour les parents atteints de TSA à Saint Gaudens
- Conseils de la vie sociale, implication des usagers
- Dispositifs MAIA en psychogériatrie
- Marche « Octobre rose », « duo day », café citoyen, petits déjeuners citoyens

**Leviers repérés par les acteurs**

- Développement homogène des GEM sur le territoire
- Cartographie des ressources, guides
- Création de « maisons ressources » pluridisciplinaires pour évaluation des besoins et orientation adaptée
- Accès à la psychothérapie remboursée y compris pour les mineurs
- Possibilité de faire remonter les refus de soins pour les majeurs protégés

## Contributions sur la priorité 6 - Eléments généraux

### Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

*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 visé à :*

- 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 ;
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.

Définition décret du 27 juillet 2017

### Problématiques constatées par les acteurs

- Règlementation de prise en charge des soins et/ ou dispositifs ESMS inadaptée
- Majorité sexuelle
- Majorité

Manque d'accès au Logement :

- Difficulté d'inclusion des personnes suivies et/ou atteintes de pathologies psychiatriques et/ ou psychiques dans les logements classiques (ex : CROUS/ Baux publics et privés...) - Accès limité à de nombreux dispositifs d'hébergements sociaux et médico-sociaux de type ACT, CHRS, IML, résidences sociales, ...

Isolement et/ou Lien et/ou Rôle social

- Difficulté d'intégration des personnes atteintes de pathologies psychiatriques et/ ou psychiques : la société impose des exigences de performance et de normalité (questionnement sur la prise en charge des personnes migrantes ayant vécu un stress post-traumatique...).
- Exclusion de certaines personnes en fonction du niveau de handicap (effet seuil) limitant l'accès à des dispositifs de droit commun (transport, loisirs, logements)
- « Précarité ; vulnérabilité ; mise en danger ; vieillissement de la population ; troubles neurologiques associés aux troubles psychiques. Professionnel de l'ASEI»
- Environnement institutionnel non favorable au maintien du lien social (dans les ESM/ ES/ dispositifs) : prise en compte insuffisante dans la prise en charge sociale et soignante des proches/ familles/ aidants-
- Rupture du lien familial et donc rupture de la culture de la solidarité intra- familiale (et/ou amicale)
- Pauvreté du réseau social/ Inefficacité dans la résolution de problème
- Difficulté à être un parent structurant et aidant- Difficulté dans l'exercice de la parentalité, difficulté pour les parents à donner des repères aux enfants
- Manque de solidarité entre personnes
- Difficulté à maintenir le rôle social de la personne, maintenir la personne dans l'emploi
- Précarité professionnelle

### Situation économique et sociale

- Niveau économique et social (CMUC- AME renseignement auprès de la CPAM) - précarité – CPAM

### Système éducatif :

- Non prise en compte des élèves en échec scolaire
- Niveau d'éducation faible sur plusieurs générations (familles de chômeurs sur plusieurs générations)

### Rupture du lien d'attachement- parental

- Préconisations / Solutions : mettre en place une prévention à destination des jeunes enfants (cf. « Parcours 1000 jours » suivant la naissance de l'enfant, Commission des 1000 jours, Boris Cyrulnik)

### Mobilité

- Difficulté à se déplacer sur le territoire- Moyens de transports en communs hétérogènes sur les bassins de vie

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- « Un chez soi d'abord » : centre d'hébergement temporaire déterminant le temps d'accompagnement avec une prise en charge pluri- professionnelle
- Maison relais : résidence d'accueil pour les personnes présentant des troubles mentaux avec une intermédiation (social, sanitaire, médico- social)
- Tisséo : Mise en place d'une tarification réduite pour les personnes
- GEM Bon pied bon œil : Tisséo a mis en place un tarif réduit pour les personnes handicapées entre 50 et 80%, ce qui permet une certaine mobilité (y compris pour les personnes qui ne touchent pas l'AAH car travaillent)
- Equipes mobiles de soutien (tous handicaps et autisme)

### Leviers repérés par les acteurs

- Intégrer les associations de familles/ aidants/ proches/ usagers dans les instances consultatives existantes (ex : CLSM...)
- Intégrer les professionnels de la petite enfance dans les instances locales de coordination
- Etendre l'accès du DMP aux bénéficiaires d'AME et PUMA
- Développer la gestion de cas inter-structure
- Décloisonner la prise en charge de la personne
  - Programme « Working first » de l'Association solidarité réhabilitation à développer sur le territoire
- Former les familles et les professionnels à l'accueil des personnes atteintes de troubles psychiques (forces de l'ordre, accueil administratif, bailleurs sociaux...)

- formation des journalistes, des personnels d'accueil dans les administrations, de la police, des agents municipaux, des bailleurs sociaux...
- Mieux former les médecins de ville, sensibiliser Education Nationale, médecine du travail, DRH, élus, journalistes. Lutter contre la stigmatisation. Vers une maladie comme les autres.
- Développer l'expérimentation de nouveaux programmes ad hoc
  - Se saisir des bonnes pratiques hors département : ex. Centre Frantz Fanon à Montpellier (clinique de l'exil pour personnes migrantes)
  - Proposer une diversité des solutions (Maison Goudouli par exemple) dans différentes structures sans forcément les regrouper sur un même lieu. Renforcer le principe du « aller vers » du CMP
- Faire évoluer le statut juridique des centres d'hébergements (intégration du volet sanitaire)
- Développer la mobilité des CMP actions d'« aller vers »
- Promouvoir et développer la TCC, l'ETP et la réhabilitation psycho- sociale
  - meilleur suivi du soin : mobilité des CMP - développer les dispositifs de réhabilitation psycho sociale (DGOS 13/01/19) - les TCC - l'éducation thérapeutique pour un empowerment du patient
- Créer un dispositif mixte de réhabilitation psycho-sociale, médico- sociale et sanitaire
- Intégrer les activités culturelles- Développer l'accès à la culture- dans la prise en charge
  - l'art dans les lieux de soins est une ouverture qui favorise le rétablissement (activités artistiques, écriture, bibliothèque)
- Créer une ligne dédiée pour la prise en charge de la santé mentale
- Créer un Centre d'expertise santé mentale régional (favoriser la recherche, les changements de pratiques et les perceptions de cette thématique)
- Développer des dispositifs d'accès aux logements :
  - instaurer une pair-aidance à l'entrée dans un logement, dispositif « Un chez soi d'abord », ACT place dédiée thématique santé mentale, Maison relais et Club house.
  - le CRIC sur l'aide à la réinsertion professionnelle et l'entreprise adaptée DSI
- Développer des programmes de pair-aidance
- Déployer de l'emploi accompagné (MDPH)
- Développer dans les pratiques professionnelles les référentiels recommandés dans les autres pays
- Développer les TCC

#### **Axes de travail / Orientations PTSM**

##### Représentation des usagers

- Mieux intégrer les associations de familles/ aidants/ proches/ usagers dans les instances consultatives et mieux prendre en compte les proches aidants dans l'accompagnement global des personnes, les soutenir notamment par la formation

##### Prévention par les pairs

Développer la prévention par les pairs

##### Partage de l'information

- Décloisonner la prise en charge de la personne

Formation/ sensibilisations des professionnels



- Sensibiliser, former les professionnels évoluant dans l'environnement de la personne atteinte de troubles psychiques

- Promouvoir et développer les TCC, l'ETP et la réhabilitation psycho- sociale

#### Innovations

- Développer les expérimentations d'accompagnement à partir d'initiatives réussies en France et à l'étranger

#### Soutien à la parentalité/ à l'éducation

- Accompagner les parents à la naissance avec le programme des 1000 jours
- Proposer des activités culturelles parents/ enfants en milieu scolaire et/ou en milieu associatif de proximité
- Mieux Intégrer les parents au parcours éducatif (Temps de rencontre/ échanges parents/ enseignants...)
- Proposer des aides aux devoirs de manière systématique au primaire
- Multiplier les réunions parents et enseignants
- Sensibilisations/ formations des enseignants/ parents/ enfants aux CPS

## Contributions sur la priorité 6 - Eléments spécifiques sur les publics et territoires

Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

### Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents

#### Problématiques constatées par les acteurs

- Carences éducatives et affectives
  - Rupture familiale dans l'enfance
  - Echec des mesures de protection et accompagnement de l'ASE
  - Manque et/ou absence de lien avec la famille biologique
  - Rupture du lien d'attachement
- Difficulté économique et sociale de la famille
  - Situation de chômage
  - Instabilité résidentielle des parents
- Défaillance institutionnelle dans la prise en charge des enfants
  - Mauvaise articulation entre les parents/ professionnels
  - Difficulté d'accompagnement des professionnels dans la structuration de l'enfant
- Manque de formation des professionnels / spécialistes pour la prise en charge des pathologies de l'attachement
  - ESMS/ EN
- Mauvaise répartition de l'offre
  - Manque de lieux de placement
  - Offre d'accompagnement centralisée sur Toulouse en santé mentale
- Consommation/ usage de produits psycho-affectifs au collège/ lycée
  - Banalisation de la consommation de drogues
- Etayage affectif et éducatif évalué en fonction de la classe sociale, le rapport au niveau social éclaire globalement sur le niveau de carences éducatives de la famille et des taux massifs des plus précaires, au moins 40% de ces profils bénéficient de mesures ASE et d'aide à la parentalité.
- Constat de l'échec de la politique de la protection de l'enfance puisqu'il est repéré que nous accueillons la 3ème génération d'enfant ASE avec des orientations institutionnelles voire des maintiens à domicile à défaut de structure familiale (famille d'accueil). Référence faite à Maurice BERGER Psychiatre : quelle place accordons-nous à la famille biologique ? La question de remettre les enfants en famille biologique est évaluée comme étant catastrophique.

RISQUES DE RUPTURES DE PARCOURS POUR LES ENFANTS SOUS PROTECTION ASE LORS DU PASSAGE A LA MAJORITE.

- Discours difficile à soutenir en France // étude américaine, lien direct entre les troubles et la situation sociale des familles, problématique chômage transports, les déterminants sociaux entretiennent la problématique avec une particularité de nomadisme principalement sur les territoires principalement ruraux.
- Les institutions accueillantes et soignantes doivent être contenantes, elles doivent occuper une place sociale elles manquent de la souplesse nécessaire. Chacun renvoie à l'autre la

charge de travail et d'investissement nécessaires à la structuration des enfants (parents/professionnels).

- Liens d'attachement pérenne et permanent à mettre en œuvre sont une nécessité durant les premiers 1000 jours. La problématique d'attachement reste la problématique numéro 1 des souffrances psychiques et liée à des placements précoces, y compris pour les enfants ayant subi des parcours migratoires.
- Manque de formation sur la question de la pathologie de l'attachement des professionnels (ESMS, éducation Nationale etc) et méconnaissance importante des problèmes de santé mentale dans les collèges et lycée.
- Centralisation des équipements des accompagnements sur la métropole Toulousaine avec un constat du morcellement, de la rigidité et de l'absence de transversalité des dispositifs de soins.
- Embolisation des places d'hospitalisations ados et délai inadapté des réponses CMP et CMPP.
- Rareté de lieux de placement de protection adaptés pour les enfants et ados avec pathologie psy.
- Banalisation de l'usage de cannabis dans les collèges et lycées et de son influence sur les troubles.

#### INEGALITES TERRITORIALES D'ACCES A LA SANTE

- Une « démedicalisation » des ESMS enfants (difficultés de recrutement) qui pèse sur la prise en charge des situations complexes, souvent liées à des troubles psychiques associés au handicap.
- Une méconnaissance, dans le champ du handicap enfant, des différents types de déficiences et des comorbidités qui peuvent y être associées, ainsi que de nombreuses résistances théoriques, qui peuvent conduire à des parcours inadaptés.
- Une absence d'offre spécifique pour les 18-25 ans qui ont besoin d'un accompagnement global à l'insertion (sociale, professionnelle, logement,...).

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Adaptation de l'offre avec l'Ouverture d'une unité 16-25 Marigny et CMP St SERNIN
- Création de RAP 31 et de Dispositifs d'accueil de jour de famille d'accueil même si trop rare
- Equipes mobiles lorsqu'elles sont en nombre suffisant
- Manifestations lors des semaines d'informations sur la santé mentale
- « PROFAMILLE » qui permet de mieux comprendre la maladie et les troubles et améliore la communication
- Appui à la parentalité : Action de soutien à la parentalité assuré par le réseau CAF REAAP
- Délais de réponse réduits à 15 jours par les CMPP (petite enfance)
- Ecole promotrice de bien-être (site de Borderouge) : mise en place d'interventions sur les compétences psycho sociales en partenariat avec le CMPP / IREPS conformément à l'axe 3 « Souffrance et réhabilitation psycho sociale » du CLS de Toulouse
- Action intitulée « Connexion illimitée, Vie (il)limitée », réalisée dans le cadre d'un projet territorial intitulé « Être, Bien-être et Savoir être » dans le lycée Edmond Rostand (Luchon) : exposition qui circulera sur le Saint-Gaudinois (CLS)

### Leviers repérés par les acteurs

- Mise en œuvre des SISM (semaine d'information de la santé mentale) une fois par trimestre
- Formation sur les premiers secours en santé mentale pour le grand public
- Prévention systématique sur les problématiques d'addiction et leur effet déclencheur dans les lieux d'accueil de mineurs // conforter et développer le rôle de la maison des adolescents
- Accentuer le repérage sur les enfants en bas âge des personnes déjà repérées comme souffrant de troubles psychiques et formation des professionnels de la petite enfance (crèche et nounou)
- Développer les projets de soutien à la parentalité (projet porté par la CC Cœur et coteaux Comminges sur plusieurs thématiques : sommeil, alimentation, mésusage des écrans (CLS))
- Numéro de téléphone dédié « appel psy » pour soutenir les familles
- Expérimenter la mise en place d'équipes ressources auprès des établissements scolaires accueillant des élèves en situation de handicap et développer des passerelles pour un parcours harmonieux et inclusif des enfants en situation de handicap entre les crèches, écoles, collèges et dans les temps scolaires et de loisirs, conformément à l'axe 7 du CLS « Améliorer l'inclusion des enfants et des adolescents en situation de handicap »

### MISE EN ŒUVRE DE LA TELEMEDECINE POUR LES PATIENTS ELOIGNES DE LA METROPOLE TOULOUSAINNE

- Développement du réso ados et des maisons des adolescents avec la Création de « cabanons des adolescent » qui pourraient coordonner les dispositifs déjà créés sur des territoires hors métropole toulousaine
- Développement des Equipes mobiles et des moyens de Rap 31
- Re-questionner la loi 2007 sur la protection de l'enfance avec le maintien à tout prix dans le milieu ordinaire et familial de l'enfant repéré
- Maintenir le cadre d'accompagnement malgré les passages à l'acte de l'enfant ou de l'adolescent et ainsi interrompre sa toute-puissance en soutenant les professionnels et les familles d'accueil : cohérence de l'accompagnement et permanence de l'accompagnement comme déterminant incontournable
- Multiplication des acteurs intervenant sur les situations convenablement coordonnées ; le CMPP entrée de la souffrance psychique et donc à l'initiative des projets
- Repérage précoce et systématique dans les maternités et PMI : les inégalités sont à repérer avant les trois ans et les nounous sont les bonnes personnes qui peuvent être des leviers
- Populariser cette nouvelle pensée sur la santé publique qu'est la promotion de la santé
- L'habitat est à médiatiser et il faut prioriser le relogement des familles ayant des enfants porteurs de fortes souffrances psychiques sur des pavillons.
- Expérimentation du PRADO bien trop limitée
- Une attention particulière serait à porter aux enfants en difficulté dans le cadre de l'ASE ou placés en MECS par la PJJ : un renfort de la collaboration de ces acteurs avec l'EN serait souhaitable.
- Concernant les enfants en situation de handicap, les primo consultations sont longues et requièrent une expertise qui supposeraient une formation et une revalorisation financière pour inciter les médecins à davantage s'attacher aux diagnostics différentiels et à évaluer de façon préventive l'ensemble des aspects somatiques liés à la situation.

- Un renforcement de l'offre CAMSP, insuffisante sur le 31, contribuerait également à sensibiliser l'environnement à la prise en charge précoce (cf. campagne Anescamp « Handicap agir tôt ») dans l'esprit « Parcours des 1000 jours ».
- Créer une MDA sur le territoire du Comminges, renforcer la CJC proposée par l'antenne de l'Anpaa à Saint Gaudens pour couvrir un territoire plus étendu

## Les personnes âgées

### Problématiques constatées par les acteurs

- La question du logement reste une fois encore mise en avant avec principalement le besoin de développer des lieux intergénérationnels qui ne suffisent pas aujourd'hui, l'absence de développement de famille d'accueil est lui aussi criant
- L'habitat inclusif propose une alternative à l'établissement avec une mutualisation des plans d'aides (APA)
- L'isolement social induit de la précarité et de la mise en danger via le vieillissement de la population avec des troubles associés aux troubles psychique (Alzheimer, Parkinson...);
- Manque de visibilité sur l'offre de géronto-psychiatre sur l'ensemble du territoire; les SAVS et SAMSAH n'interviennent plus après 60 ans; les structures addicto ne suivent pas les plus de 60 ans
- Problématiques des personnes âgées handicapées vieillissantes ayant toujours vécu avec les familles et qui n'ont jamais connu les institutions. Se retrouvent en situation d'isolement lors de l'entrée en institution des parents. Aucune solution apportée pour l'accueil de l'ensemble de la famille.
- Difficultés d'accès aux institutions (EHPAD, EHPA) pour les personnes en situation de handicap psychique vieillissantes
- Pas de suivi post ESAT
- Isolement géographique et social: risque de précarité, exclusion et aggravation des troubles psychiques
- Pratique de requalification des dossiers PCH en APA moins favorable pour la personne en situation de handicap et vieillissante

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Mixité générationnelle: exemple d'une crèche de 25 enfants, logement maison relais, et mixité de public dans les autres logements sur Toulouse
- Equipe mobile intersectorielle du sujet âgé
- Hospitalisation de jour
- Comptes rendus de certains IDE libéraux à destination des psychiatres qui offrent une meilleure évaluation et communication
- Coordination du SAMU avec certains ambulanciers identifiés pour le SDT
- Quelques EHPAD accueillent des personnes âgées avec troubles psy; exemple également du Foyer expérimental Pierre Ribet (FAM), accueillant des personnes en situation de handicap vieillissantes au-delà de 65 ans
- Accompagnement de la MDPH à l'ouverture de droits
- Intervention d'association de type Petits frères des pauvres pour lutter contre l'isolement.

### Leviers repérés par les acteurs

- Coordination entre professionnels
- Repérage et anticipation d'ouverture de droits à la retraite pour les plus vulnérables vieillissants
- Mise en œuvre de référents de parcours et les hôpitaux de jours CATTP pour les + de 60 ans ;
- Renforcement des équipes des MDS, des caisses de retraites, etc ...
- EHPAD avec un accueil hybride pour les parents et les personnes en situation de handicap vieillissantes.
- Anticiper l'adaptation et l'évolution des projets de vie des personnes handicapées vieillissantes dans le cadre de l'accompagnement à domicile.
- Développer avec les moyens adaptés l'offre d'accueil et d'hébergement en direction des personnes handicapées vieillissantes (en EHPAD, en FAM,...)
- Former les familles d'accueil à l'accueil des personnes âgées en situation de handicap psychique.

## Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - les personnes isolées

### Problématiques constatées par les acteurs

- Stabilité résidentielle :
  - La stabilité de l'hébergement ou du logement est implicitement liée à la stabilisation et au repérage de la problématique de santé mentale et à l'accès aux soins
  - Sans logement, les autres droits ne peuvent être mis en œuvre, problématique liée à la territorialisation des institutions, sans cela pas de stabilisation et de pérennisation du soin
  - Les délais de prise en charge sont trop longs pour des personnes qui fonctionnent dans l'immédiateté et en mode survie
- Isolement social :
  - Ravages de la solitude et sentiment que personne ne veille sur personne
  - Absence de dispositifs favorisant le lien social sur le territoire : en milieu rural plus aucun médecin généraliste ni spécialiste qui peuvent jouer un rôle de lien social, manque de dispositifs publics également (poste, mairie...)
- Insertion professionnelle :
  - Discrimination à l'emploi pour les personnes ayant une RQTH, regard des personnes sur ce type de profil ou l'on repère que la question de l'inclusion est aussi dépendante du regard positif de la société. L'Etat providence a cultivé certaines croyances et certainement la culture de la responsabilité individuelle où l'individu se décharge sur l'Etat qui produit les accompagnements et si les personnes n'en bénéficient pas c'est qu'elles ne veulent pas
  - La mentalité sociétale du « s'il n'y a pas d'emploi il n'y a pas d'inscription sociétale » et de reconnaissance est dévastatrice, des personnes accueillies en GEM sont actifs et produisent aussi des choses ; le travail est occupationnel mais pas une solution

- Grand nombre de SDF touchés par des troubles psychiques : lorsque ces personnes n'entrent pas dans un parcours de soins elles peuvent finir en détention pour leurs passages à l'acte et leurs bizarreries
- Rupture entre les soins somatiques, les soins psychiques et les soins addicto, absence de coordination
- Problématique de la répartition géographique des professionnels de santé et des solutions de mises à l'abri
- Faiblesse de l'accueil spécifique à l'hôpital des publics les plus précaires malgré les PASS, LHSS et autres LAM.

#### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- « Un chez soi d'abord » et certains autres ACT à la marge
- Partenariat de certaines associations ARPADE, Clémence Isaure, Médecin du monde, etc...
- Meilleure lisibilité de la place des psychologues grâce à l'expérimentation de la CPAM sur le remboursement des thérapies non médicamenteuses si les personnes ont pu ouvrir des droits.

#### Leviers repérés par les acteurs

- L'isolement est à interrompre pour déterminer l'amélioration de la santé
- Formation aux premiers secours en santé mentale pour toutes les personnes en maraude (policiers, et agents divers)
- CMP ouverts 24/24 et qui produisent de l'« aller vers » en lien avec une unité du SAMU spécialisée
- Développement de l'HAD et des équipes mobiles
- Développer les lieux d'accueil à haut seuil de tolérance permettant un accueil inconditionnel tolérant alcool et animaux
- Création de lieux de vie produisant de l'accompagnement médico-social/sanitaire
- Développement de l'accès au DMP pour les plus précaires
- L'inclusion est une richesse si elle est encadrée et donc médiatisée avec une communication sur le grand public
- Adaptation de l'environnement à la personne : pour avoir une santé positive il faut que l'environnement s'adapte et ne pas avoir peur des bizarreries, il faut donc produire de l'information
- Les GEM relèvent l'intérêt de leur outil mais restent entre eux, peu de mixité des échanges sociaux
- Renforcer la formation des travailleurs sociaux dans le domaine de l'accompagnement vers le soin, l'insertion sociale et le logement pour le public précaire ou en difficulté, y compris dans le domaine de leurs compétences sur la sensibilisation de l'environnement.

## Les personnes ayant des conduites addictives - les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues

### Problématiques constatées par les acteurs

- Les problématiques repérées sont fortement identiques avec le public précédent puisque majoritairement les précaires et isolés présentent des comorbidités de type addictions et sont passés par l’incarcération.
- Constat, dans les prisons, de nombreuses situations de personnes souffrant de troubles psychiques, non soignées.
- Exposition au risque de suicide chez les personnes sous-main de justice
- Un manque de coordination et d’accès aux soins est observé pour les sortants de prison.

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Les bonnes pratiques repérées sont fortement identiques avec le public précédent puisque majoritairement les précaires et isolés présentent des comorbidités de type addictions et sont passés par l’incarcération.
- Accompagnement spécifique du public sortant d’incarcération pour lutter contre la récurrence en partenariat avec les services adaptés de soins.

### Leviers repérés par les acteurs

- Les leviers repérés sont fortement identiques avec le public précédent puisque majoritairement les précaires et isolés présentent des comorbidités de type addictions et sont passés par l’incarcération.
- Décloisonner les services SMPR/ SPIP et opérateurs de l’addictologie et de l’hébergement.
- Pour les personnes en soin sans consentement, maintenir une vigilance sur leurs droits : recours au juge, accès au dossier médical, rôle de la CDSP. Idem pour personnes détenues, SDF, en précarité, adolescents
- Renforcer les soins psychiques dans les lieux de détention pour favoriser une meilleure réhabilitation



## Les réfugiés et les migrants - les personnes victimes de psycho traumatisme

### Problématiques constatées par les acteurs

#### STABILITE ADMINISTRATIVE ET RESIDENTIELLE :

- Nomadisme des publics en particuliers liés à la problématique de droit du territoire ;
- Le déterminant prioritaire et nécessaire est la stabilité, passer aussi d'un hôtel à un T2 est déjà une amélioration mais nécessité de fixer les personnes dans un hébergement digne ; adaptation des lieux d'hébergement
- Formation des professionnels :
  - Profil des professionnels de CMPP pas formés pour ce type de personnes, méconnaissance de la clinique particulière, financement dédié à l'interprétariat spécifique pour les souffrances psy liées aux parcours migratoires ; manque criant de budget interprétariat y compris dans certains CADA
  - Les personnes repérées ayant des vulnérabilités objectives ne sont pas suffisamment prise en compte par le DNA
  - Les enfants semblent protégés malgré tout, mais la problématique de l'oisiveté est plus prégnante sur les adultes qui attendent leur passage

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Lié au volume de professionnel (nombre d'ETP) présent en CADA
- Intervention de Psychologues du monde même si insatisfaisant car peu de volume, les CMP n'ont que peu de budget pour l'interprétariat
- Activités psycho-sociales existant type ateliers linguistique permettant la mise en lien

### Leviers repérés par les acteurs

- Le DNA doit mieux évaluer les vulnérabilités
- Hébergement temporaire stable
- Interprétariat budget augmenté massivement y compris dans les lieux de soins
- S'appuyer sur les expérimentations de type « Centre Frantz Fanon »
- Développement de places CADA et d'opérateurs proposant de la médiation en santé somatique et psychique

## Territoires

### Problématiques constatées par les acteurs

- Absence de dispositifs favorisant le lien social sur le territoire :
- En milieu rural plus aucun médecin généraliste ni spécialiste qui peuvent jouer un rôle de lien social
- Manque de dispositifs publics (poste, mairie...)
- Centralisation des équipements sur la métropole Toulousaine avec un constat du morcellement, de la rigidité et de l'absence de transversalité des dispositifs de soins
- Inégalités territoriales d'accès à la santé
- Pour les personnes âgées, centralisation des projets sur les grandes villes, territoires (mixité générationnelle...)

### Bonnes pratiques identifiées par les acteurs

- Cinéma-débats organisé par le comité de prévention des addictions animé par le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées pour échanger autour des addictions (drogues, tabac...) afin de montrer les ressources disponibles sur le territoire (CLS)
- Action de prévention par les pairs, sous forme d'application mobile sur la prévention et la réduction des risques pour les publics jeunes, intitulée CLICK N PREV. (CLS)
- Mise en place de relais locaux et de renforcement du réseau en milieu rural pour faciliter le parcours des femmes victimes de violence et prévenir les violences en amont par la diffusion d'une culture de l'égalité, action portée par l'association Femmes de papier
- Ateliers d'autodéfense des femmes dans le luchonnais portés par l'association Femmes de papier en partenariat avec l'association Faire Face (CLS)

### Leviers repérés par les acteurs

- Un renforcement de l'offre CAMSP, insuffisante sur le 31, contribuerait également à sensibiliser l'environnement à la prise en charge précoce (cf. campagne Anescamp « Handicap agir tôt ») dans l'esprit « Parcours des 1000 jours ». Implantation géographique à articuler avec l'offre du CAMSP 31.
- Créer une MDA sur le territoire du Comminges, renforcer la CJC proposée par l'antenne de l'Anpaa à Saint Gaudens pour couvrir un territoire plus étendu
- Mettre en place une nouvelle offre de services de prévention spécialisée, sous la forme d'un Bus itinérant, par le Club de Prévention de Saint-Gaudens avec l'appui opérationnel de partenaires locaux (l'ANPAA, la MJC, ARPADE, etc.). (CLS)
- Mettre en place des actions à destinations des femmes victimes de violence par l'association femmes de papier : journée de formation pour sensibiliser et outiller les professionnel.le.s, ateliers de prévention de la violence en milieu scolaire (lycée) avec la méthode « théâtre de l'opprimé » ;
- mettre en place des actions de sensibilisation, d'information et de formation des personnes confrontées à l'homophobie, portées par l'association ACCEPT

- Soutien institutionnel à la démarche d'évaluation des Risques Psycho Sociaux proposée par le service santé au travail du Comminges aux Ehpad adhérents dans le cadre du CLS Comminges Pyrénées

**Axes de travail / Orientations PTSM**

- Logement
  - Prise en compte de la santé mentale dans l'instruction des dossiers d'attribution des logements sociaux (critères santé mentale)
  - Développement de logement inclusif, avec mixité générationnelle...
- Insertion professionnelle et sociale (travail sur le rôle social)
- Intégration des parents à tous les moments de la prise en charge de l'enfant
- Intégration des parents à tous types de prise en charge
- Formation des professionnels sur la prise en charge des pathologies du lien d'attachement
- Prévention de la rupture du lien d'attachement parent/ enfant et lien social individu/ société
- Réflexion sur les parcours des enfants suivis par l'ASE
- Renforcer l'accès à l'information, à la prévention et aux soins de façon équitable sur l'ensemble du territoire

## Contributions de la Communauté Psychiatrique de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest



L'article D6136-1 du Code de la Santé Publique prévoit que : « *La communauté psychiatrique de territoire fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture. Elle contribue à la définition du projet territorial de santé mentale. Elle s'assure de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale. Elle concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre* ».

A ce titre, dès sa mise en place, la communauté psychiatrique de la Haute Garonne et du Tarn-Ouest s'est mobilisée pour contribuer à l'amélioration de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale du territoire.

La première étape de ce travail a été de la production d'un axe psychiatrie et santé mentale dans le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute Garonne.

Ce diagnostic a permis d'identifier des carences importantes en matière d'accessibilité de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et la CPT s'est fixé comme objectif fort « d'améliorer l'accessibilité aux soins en psychiatrie, la couverture territoriale et recours en psychiatrie, la création d'un secteur adulte ».

Cette carence trouve son origine dans l'inadéquation entre l'offre de soins publique et l'augmentation des besoins de la population ayant des troubles psychiques sévères et des comorbidités sociales, économiques ou médico-légales associées, du fait d'une augmentation massive de la démographie.

Face à ce constat partagé par tous les acteurs, la CPT a mis en œuvre, sous l'égide de l'ARS, une méthodologie de travail centrée sur les difficultés spécifiques de la filière des patients en soins sans consentement, qui reste le point d'expression le plus emblématique du hiatus offre/besoins. Elle s'appuie sur la mise en place de groupes de travail pluriprofessionnels (médicaux, paramédicaux, administratifs) émanant de ses fondateurs (CHU, CHGM, CH Lavaur), dont la mission était de proposer des scénarios d'évolution de l'offre de soins publique, pour répondre au défi posé par l'augmentation de la démographie.

Les travaux de restitution des groupes ont permis de partager le constat que l'offre en psychiatrie et santé mentale était riche, évolutive et dynamique et que ses modes d'organisation étaient adaptés, grâce à la responsabilisation géo-populationnelle des secteurs de psychiatrie générale qui promeuvent une offre de soins graduée, modulée et complète. De même, le développement d'équipes mobiles et de dispositifs experts reste un atout fort du dispositif territorial en Haute-Garonne et Tarn-Ouest.

Les groupes de travail ont défini des leviers permettant à l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale d'être soutenable à long terme. Les leviers sont organisés en séquences d'évolution de l'offre.

**Première séquence:** Renforcement de l'offre de soins sectorielle actuelle permettant au secteur de psychiatrie générale de réduire les symptômes de son engorgement (hausse des délais d'attente, priorisation des patients les plus complexes, lacunes dans le repérage...) et de mieux répondre aux demandes des professionnels de santé de premier niveau, dans une logique d'articulation des dispositifs et de consolidation de parcours de soins cohérents et sans rupture. La première séquence intègre également un deuxième axe spécifique à la crise et à l'urgence par le regroupement et la

synergie des dispositifs qui interviennent dans ce champ, au sein d'une plateforme aux horaires élargis et harmonisés et proposant une réponse téléphonique.

La mise en œuvre de cette première séquence permettrait d'apporter une « respiration » à un système de soins largement asphyxié afin de préparer une deuxième séquence, intégrant un renforcement plus durable, profond et pérenne de l'offre.

**Deuxième séquence:** Renforcement structurel de l'offre par création d'une offre de soins supplémentaire avec une responsabilité géopopulationnelle. Elle serait centrée sur le sud de l'agglomération (Muretain), qui reste une zone caractérisée par des indicateurs péjoratifs en termes de fragilités de l'offre publique et privée en psychiatrie et santé mentale ainsi que de besoins en psychiatrie et santé mentale croissants d'une population précarisée et isolée. L'apport de cette nouvelle offre permettrait d'engager une refonte globale de la sectorisation. A ce titre, la CPT s'inscrit dans les objectifs qualitatifs rappelés dans le parcours santé mentale du Projet Régional de Santé: *« Dans un souci de mise en cohérence avec les consommations de soins de la population et de l'évolution démographique qui caractérise notre région, une refonte de la sectorisation sera opérée à partir de 2018 ».*

Un deuxième axe de cette séquence a trait à la mise en place de pratiques de soins intensives et flexibles dans les CMP, issus de modèles de soins communautaires mis en place dans le département du Nord par exemple, avec des équipes pluriprofessionnelles chargées d'assurer le suivi des populations à troubles psychiques sévères et persistants. Actuellement, ceux-ci requièrent en effet le plus de ressources humaines dans les structures, et ont un impact non négligeable sur les files actives et sur l'activité. Leur suivi dans le cadre d'équipes dédiées permettrait aux CMP de se recentrer sur leur mission de service public d'accueil inconditionnel, d'orientation et d'information, en cohérence avec les autres acteurs du système de santé de la médecine libérale, notamment. Le manque de lits publics, marqué par une représentation absolument atypique au plan national des hospitalisations sans consentement les plus complexes sur les lits publics, justifie quant à elle la création d'une unité d'admission et d'une unité de suite supplémentaire.

**Troisième séquence :** Mise en place de dispositifs de logement accompagné, reprenant et amplifiant l'expérimentation du « Un chez soi d'abord » en élargissant le périmètre d'action à une population non couverte par ce dispositif. Un deuxième axe concerne le développement de dispositifs mobiles intervenant sur des populations spécifiques (jeunes, patients borderline, détenus, ..) et dans des champs d'intervention divers (domicile, lieux d'enseignement, prisons, ...): ESAEEL, DSPP, DJIP, EMOT...

## Contributions des services universitaires non sectorisés de la CPT au diagnostic territorial de Santé mentale de la Haute-Garonne



Cette contribution émane des unités ou services non sectorisés de la communauté psychiatrique de territoire. Elle pose trois grands principes :

- 1- La structure territoriale du soin avec la création des CPTS (communauté pluri-professionnelles de territoire de santé) met en place le principe d'une large articulation territoriale entre les professionnels de santé, médecins, pharmaciens, infirmiers libéraux, psychiatres.
- 2- Selon les sources de l'Assurance Maladie moins de 10% des médecins généralistes utilisent les ressources des secteurs psychiatriques. Ainsi il faut tenir compte du fait que 90% de la médecine de premier recours du territoire est confrontée à des troubles mentaux fréquents. Elle doit disposer d'une approche rénovée de la psychiatrie territoriale.
- 3- L'engorgement régulier, épisodique ou prolongé, des urgences psychiatriques de la métropole toulousaine ne saurait être résolu par le simple renforcement des moyens du secteur. Une réflexion plus structurelle tenant compte des réalités de terrain, des praticiens, des outils à disposition et des dispositifs innovants s'impose.

### APPROCHE ANALYTIQUE

#### I. **Le maillage territorial de la psychiatrie à partir des CPTS doit tenir compte des troubles mentaux fréquents.**

##### 1- Les CPTS ouvrent des pistes innovantes.

D'abord le lien plus structuré avec les cabinets de médecine générale et la mise à disposition de dispositifs de soin partagés en psychiatrie et de centres de crise ouvrent la possibilité de rendez-vous en moins d'une semaine pour un avis ou une aide à la prise en charge.

Ensuite l'un des facteurs de recours aux urgences réside dans la non-observance des traitements et dans la solitude des malades mentaux les encourageant à des prises de toxiques. Dans ce contexte, les professionnels médicaux ou pharmaciens des CPTS peuvent avoir un rôle structurant pour rappeler les effets positifs des traitements, leur règle d'utilisation, les interactions avec d'autres produits toxiques ou médicamenteux.

Enfin, les cabinets infirmiers dont certains se sont spécialisés en santé mentale doivent contribuer très largement au maintien à domicile des patients d'une part en veillant sur les soins de premier niveau, en encourageant l'observance des traitements, en ayant un regard de professionnel sur l'isolement, le réseau social, le niveau d'activité, les aspects de réhabilitation. Dans ce cadre des infirmières de pratique avancée spécialement formées jouent un rôle de coordination.

2- La mise en route de programme de soins en lien avec la médecine de ville sur des dimensions spécifiques, en exemple :

**Le volet *Troubles Graves de la personnalité*.** Ces troubles graves sont à l'origine de nombreux gestes suicidaires, d'addictions, de décompensations dépressives ou psychotiques. Une structure experte de type borderline incluant des médecins généralistes, des psychiatres, le Centre de Thérapie Brève, les CSAPA permet de donner une cohérence à un soin morcelé par de nombreuses hospitalisations aux urgences.

**Un programme de soin *Rechutes Psychotiques fréquentes*** pourrait se bâtir avec un programme de soin ambulatoire de l'ordre d'un semestre utilisant l'éducation pour la santé, intégrant les cabinets infirmiers libéraux, ayant un volet d'éducation thérapeutique et d'addictologie, pour traiter les hallucinations, les idées délirantes et utilisant deux formes de psychiatrie moderne que sont :

- a. La simulation à visée éducative
- b. Les objets connectés permettant un suivi de l'état psychique

**Les troubles psychotraumatiques.** Ces troubles fréquents (8% en population générale) sont source de nombreux handicaps et les personnes qui en souffrent (victimes de catastrophes naturelles ou civiles, accidentés, femmes victimes de violence, enfants victimes, etc.) non seulement sont exceptionnellement orientés en psychiatrie publique, mais encore restent réticents à adresser une demande d'aide et de soin à un service de psychiatrie publique. Un des objectifs du Centre Régional Psychotraumatisme Occitanie/CRPOc, porté par le CHU de Toulouse, sera de proposer des parcours de soins adaptés à chaque victime, en étroite relation avec le médecin traitant, les professionnels en psychotraumatologie exerçant en ville, les associations de victimes, les équipes départementales dédiées (en interface avec les CUMP départementales) et les équipes de recours du CRPOc (CHU Toulouse, CHU Montpellier/Nîme et CH Thuir) avec notamment l'usage de la télémédecine.

**Les troubles du comportement alimentaire.** A l'exception des malades souffrant d'anorexie mentale avec IMC sévère pouvant être hospitalisés en psychiatrie au CHU grâce à la proximité du plateau technique, à ce jour la psychiatrie publique ne propose pas une offre adaptée à l'ensemble des malades. Sur un modèle comparable aux centres régionaux, le projet de plateforme Midi-Pyrénées-TCA, incluant les acteurs publics et de ville actuels (médecins traitants, infirmiers libéraux, professionnels en nutrition, endocrinologie et santé mentale, etc.), améliorerait assurément le parcours de soins des malades souffrant de TCA, comme par exemple les anorexies mentales avec IMC sévères qui montrent souvent une phase pré-hospitalière d'aggravation nécessitant une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

3- Les évolutions sectorielles géo populationnelle.

Au niveau du territoire de la Haute-Garonne le Centre Hospitalier de Lavaur pourrait participer à la gestion d'une partie des territoires des secteurs 4 et 8 pour les patients frontaliers du Tarn et de la Haute-Garonne. Ceci pourrait servir de levier au rééquilibrage d'autres secteurs notamment ceux du bassin de Muret.

## II. La restructuration fonctionnelle du soin en urgence.

### 1- Pour le volet pré -hospitalier

Les infirmiers libéraux, les médecins généralistes, les pharmaciens peuvent utiliser le Dispositif de Soins Partagés ou le Centre de Thérapie Brève et pourront accéder à la future plateforme du CRPOc pour les victimes, comme interlocuteurs face à une situation clinique psychiatrique en voie de devenir urgente.

La mise en place d'une régulation psychiatrique infirmière et médicale au SAMU permet déjà une orientation initiale et une meilleure approche sémiologique pour une prise en charge plus adaptée des situations d'urgence.

### 2- Etape hospitalière

Il pourrait se mettre en place aux urgences un centre médico-psychologique **CMP intersectoriel** dont le rôle essentiel serait d'accueillir les urgences émanant des centres médico-psychologiques ou des patients déjà connus de la filière psychiatrique en dehors des horaires d'ouverture et lorsque les CMP ne peuvent pas répondre à une demande rapidement. Ce CMP inter sectoriel joue le rôle d'une unité de consultation non programmée de psychiatrie. Sa proximité avec les urgences assure une possibilité de transition en cas de situation complexe.

**L'UHCD fermée** pourrait se rapprocher de structures sectorisées du Centre Hospitalier Gérard Marchant en confiant sa gestion et son activité aux praticiens de l'Hôpital Marchant qui représentent sept des huit secteurs de la Haute-Garonne

Les patients victimes d'une tentative de suicide ou présentant des troubles graves justifient d'une possible hospitalisation. Ils viennent aux urgences et font l'objet d'une évaluation psychique et éventuellement somatique.

Les services sectorisés renouvellent leur organisation pour accueillir les patients en contrainte dans un délai n'excédant pas 24 heures de séjour dans les services d'urgence. Une méthodologie de renouvellement structurel met en place une disponibilité de quatre lits quotidiens pour les patients contraints. L'arbitrage doit être réalisé entre les lits du secteur public et les lits du secteur privé accueillant les hospitalisations sous contrainte. De façon générale, un large partage des durées moyennes de séjour secteur par secteur dans le Haute-Garonne apparaît nécessaire. Ces DMS pourraient être colligées par la FERREPSY dans le but de cerner les spécificités de chaque secteur pour permettre des recrutements médicaux et paramédicaux adaptés à l'épidémiologie et à l'activité.

## APPROCHE SYNTHETIQUE

Deux phases pourraient se concevoir :

- **Phase 1** : avec les CPTS, la création de contrats prioritaires d'objectifs et de moyens renforcerait les nouveaux enjeux organisationnels du territoire. La mise en synergie de quatre corps de métiers que sont les médecins généralistes, les psychiatres, les infirmiers libéraux, les pharmaciens, avec les associations d'usagers (victimes, familles et malades, etc.) majorerait l'efficacité et la graduation des soins. La création d'un CMP intersectoriel et la gestion de l'UHCD fermée seraient confiées à la structure qui gère le plus de secteurs psychiatriques dans



le département. La mise en place de deux ou trois programmes de soins coordonnés concernant les états limites, les états psychotiques récidivants serait réalisée.

**Phase 2** : elle pourrait intégrer le remodelage de certains secteurs en lien avec l'Hôpital de Lavaur et la Communauté Psychiatrique de Territoire afin d'alléger d'autres secteurs de la Haute-Garonne. La mise en place dans le cadre de l'observatoire régional des urgences ORU du volet psychiatrique se réaliserait en lien avec la FERREPSY. La structuration de programmes de soins spécifique permettrait de structurer des prises en charges innovantes : simulation, objets connectés, MOOC.

## Partie 6 – Avis des Instances

« Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé **après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé** mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment. »

*Article L3221-2 du code la santé publique  
modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art 69(V)*

→ La **Commission Santé Mentale** s'est réunie le mercredi 4 décembre 2019 et a rendu un avis favorable à l'unanimité sur le diagnostic territorial de santé mentale du 31 et la méthodologie de travail partagée qui a été mise en œuvre.

→ Le **Conseil Territorial de Santé de la Haute-Garonne**, en date du 10 décembre 2019, a rendu un avis favorable à l'unanimité sur le diagnostic territorial de santé mentale. Les représentants des trois **Contrats Locaux de Santé de Colomiers, Comminges Pyrénées et Toulouse**, invités à ce CTS, ont également exprimé un avis favorable.

# Sigles

AAT : Addictions Accueil Thérapeutique  
 ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé  
 ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique  
 ADMR : Aide à domicile en milieu rural  
 AEMO : Action Educatrice en Milieu Ouvert  
 AESH : Accompagnement d'Elèves en Situation de Handicap  
 AJH : Association les Jeunes Handicapés  
 AJIR : Accueil de Jour Intersectoriel Réactif  
 ALD : Affection de Longue Durée  
 AME : Aide Médicale d'Etat  
 ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie  
 ARS : Agence Régionale de Santé  
 ARSEAA : Association régionale pour la sauvegarde de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte  
 ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
 ASEER : Association Socio-Educative Empalot Ranguel  
 ASEI : Association pour la Sauvegarde des Enfants Invalides  
 ASP : Accompagnement en Soins Palliatifs  
 ATTP : Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
 AUP : Accueil Urgences Psychiatriques  
 CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile  
 CAMSP : Centre d'Action Médico Sociale Précoce  
 CCAS : Centre Communal d'Action sociale  
 CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille  
 CDU : Commission Des Usagers  
 CerCa : Centre de Régulation et de Crise pour Adolescent  
 CH : Centre Hospitalier  
 CHGM : Centre Hospitalier Gérard Marchant  
 CHRS : Centre d'Hebergement et de Réinsertion Sociale  
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
 CJC : Consultations Jeunes Consommateurs  
 CLS : Contrat Local de Santé  
 CLSM : Conseil Local en Santé Mentale  
 CMP : Centre Médico-psychologique  
 CMPP : Centre médico psycho-pédagogique  
 CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
 CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
 CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
 COMP : Consultation d'Orientation Médico-Psychologique  
 CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
 CPH : Centres Provisoires d'Hébergement  
 CPO : Centre de préorientation professionnelle  
 CPS : Compétences Psychosociales  
 CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
 CRP : Centre de Rééducation Professionnelle  
 CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
 CSM : Commission Santé Mentale  
 CTB : Centre de Thérapie Brève  
 CTSM : Contrat Territorial en Santé Mentale  
 CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique  
 CVS : Conseil de la Vie Sociale  
 DIM : Département d'Information Médicale  
 DIRPS : Dispositif Infirmier de Régulation Psychiatrique  
 DJIP : Dispositif Jeunes Intervention Précoce  
 DMS : Durée Moyenne de Séjour  
 DNA : Dispositif National d'Accueil  
 DSPP : Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie  
 DU : Diplôme Universitaire  
 ECT : Electroconvulsivothérapie  
 EHPAD : Etablissements pour établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
 ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie  
 EMIC : Equipes mobiles d'intervention et de crise  
 EMIHP : Equipe Mobile d'Intervention du Handicap Psychique  
 EMOT : Equipe Mobile Transitionnelle  
 EMPISA : Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé  
 EMPP : Equipes mobiles psychiatrie précarité  
 EMS : Etablissement Médico Social  
 EMSS : Equipe Mobile Sociale et de Santé  
 EN : Education Nationale  
 ENIPSE : Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé pour les Entreprises  
 EPIDE : Etablissement Pour l'Insertion Dans l'Emploi  
 ESAEEL : Equipe Sanitaire d'Appui pour les Equipes éducatives et les lycéens  
 ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
 ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux  
 ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif  
 FAS : Fédération des Acteurs Solidaires  
 FFPE : Fédération des Femmes pour l'Europe  
 GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale  
 GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
 GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
 GIR : Groupe Iso-Ressources  
 HAD : Hospitalisation A Domicile  
 HC : Hospitalisation Complète  
 HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique  
 HDJ : Hôpital de Jour  
 HSC : Hospitalisation sans consentement  
 HSC : Hospitalisation sans consentement  
 HUDA : Hébergement d'Urgences pour Demandeurs d'Asile  
 IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
 IME : Institut Médico Éducatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
 ITEP : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques  
 LAEP : Lieu d'Accueil Enfant-Parent  
 LGBT : Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres  
 LHSS : Lit Halte Soins Santé  
 MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer  
 MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique  
 MDA : Maison des Adolescents  
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
 MDS : Maison Des Solidarités  
 MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social  
 MG : médecin généraliste  
 MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale  
 MISPE : Mise en situation en milieu professionnel en établissement  
 MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
 OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques  
 OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration  
 PAJA : Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes  
 PASS : Permanence d'accès aux soins de santé  
 PDLHI : Plan Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne  
 PEC : Prise En Charge  
 PH : Praticien Hospitalier  
 PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse  
 PMI : Protection Maternelle et Infantile  
 PMP : Projet Médical Partagé  
 PRAHDA : Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile  
 PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins  
 PRS : Projet Régional de Santé  
 PSMP : Prévention du Suicide en Midi-Pyrénées  
 PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale  
 RAP : Réseau Adolescent et Partenariat  
 RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous  
 RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Enfants en Difficulté  
 REAAP : Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents  
 ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources  
 RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé  
 RSA : Revenu de Solidarité Active  
 SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
 SAMU : Service d'Aide Médical et d'Urgence  
 SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé  
 SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile  
 SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation  
 SIMPPS : Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé  
 SISM : Semaine d'Information en Santé Mentale  
 SMPR : Service médico-psychologique régional  
 SMS : Service Médico Social  
 SMS : Service Médico Social

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
STA : Structure de Traitement Ambulatoire  
SUPEA : Service Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent  
TCA ; Trouble du Spectre de l'Autisme  
TCC : Thérapies comportementales et cognitives  
TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité  
TED : Trouble Envahissant du Développement  
TSA : Trouble du Spectre Autistique  
TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme  
UCHA : Unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents  
UCRM : Union Cépière Robert Monnier  
UEROS : Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale  
UF : Unité Fonctionnelle  
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé  
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée  
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire  
UMES : Unité Mobile d'Evaluation et de Soutien  
UMPSA : Unité Mobile de Premiers Secours et d'Assistance  
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées  
psychiques  
URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé  
USLD : Unité de soins de Longue Durée  
USPS : Unité de Souffrance Psycho-sociale  
VSL : Véhicule Sanitaire Léger

# Bibliographie

## **Documents :**

ARS Occitanie, Projet régional de santé, programme régional d'accès à la prévention et aux soins, Mai 2018

ARS Occitanie, Projet régional de santé, schéma régional de santé, Mai 2018

ARS Occitanie, Travaux préparatoires au PRS Occitanie, Parcours Santé mentale. Avril 2017

ARS Occitanie, Travail exploratoire au Diagnostic du Projet Territorial de Santé Mentale. – Mai 2018

ARSEAA, Compte-rendu de la réunion de travail CMP et CMPP. 25 juin 2019

Communauté de Psychiatrie de Territoire Haute-Garonne Tarn Ouest, Diagnostic du projet médical Partagé Santé mentale. 16 juin 2017

CREAI-ORS Occitanie, Profil santé Pays Comminges Pyrénées. 2018

DRESS, Données Statistiques annuelle des établissements de santé (SAE). 2018

IFERISS, Etat des lieux des EMPP d'Occitanie. Septembre 2018

INSEE, Recensement de la population. 01/01/2019, 01/01/2016, 01/01/2015, 01/01/2012

INSEE, Dossier Occitanie n°8. Octobre 2018

INSEE, Chiffres clés. 10/04/2019, 27/02/2019

INSERM, CépiDc, Taux comparatifs de mortalité prématurée (Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants. Années 2013-2014-2015.

INSERM, CépiDc, Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants), standardisés sur l'âge et le sexe en Haute-Garonne et en Occitanie population des 10 ans et plus. Années 2013-2014-2015

IRDES, Atlas de la santé mentale, Population générale, Département de la Haute-Garonne. 2018

IRDES, Atlas de la santé mentale, Populations spécifiques, Département de la Haute-Garonne. 2018

Observatoire Régional des Urgences d'Occitanie, Relevé des Passages aux Urgences. Années 2016-2017-2018

Santé Publique France, La santé en action, Promouvoir la santé mentale de la population. Mars 2017

UNAFAM, Guide pratique à l'attention des personnes souffrant de troubles psychiques et de leurs proches. Février 2018

## **Sites Internet :**

<http://www.ml31.org/point-daccueil-et-decoute-jeunes-paej.html>

[http://occitanie.direccte.gouv.fr/sites/occitanie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/tc2018t1\\_note.pdf](http://occitanie.direccte.gouv.fr/sites/occitanie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/tc2018t1_note.pdf)

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

# ANNEXES

Annexe 1 : Les références réglementaires

Annexe 2 : La liste des membres de la Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé de Haute-Garonne en décembre 2019

Annexe 3 : Liste de l'équipe ressource, de l'IREPS, des pilotes et des référents ARS

Annexe 4 : Liste des participants au séminaire du 5 novembre 2019

Annexe 5 : Questionnaire en ligne

Annexe 6 : Programme du séminaire du 5 novembre 2019

Annexe 7 : Lettre d'information – août 2019

Annexe 8 : Listing des contributeurs collectifs au questionnaire en ligne

Annexe 9 : Planning du PTSM

Annexe n°10 : Répartition de la population active des 15-64 ans selon la catégorie socio-professionnelle

Annexe n° 11 : Taux de pauvreté en Haute-Garonne et sur la région Occitanie en 2018

Annexe n°12 : Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire parmi les consommateurs du régime général :

Annexe n° 13 : Bénéficiaires de l'Aide l'Acquisition d'une Complémentaire Santé parmi les consommateurs du régime général

Annexe n° 14 : Bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat parmi les consommateurs du régime général

Annexe n° 15 : Bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active :

Annexe n° 16 : Taux de chômage par sexe et par âge en 2015

Annexe n° 17 : Taux d'évolution annuel de l'emploi entre 2009 et 2014 (en %)

Annexe n°18 : Carte des maisons de santé pluriprofessionnelles en Haute-Garonne

Annexe n°19 : Carte de la psychiatrie adulte en Haute-Garonne

Annexe n°20 : Carte de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Garonne

Annexe n°21 : Nombre de passages aux urgences au CHU

Annexe n°22 : Composition de la Communauté Psychiatrique de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest



# ANNEXE 1 – Les références réglementaires

- Article 69 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Décret n° **2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022** ;
- Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale ;
- 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 ;
- Instruction n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale
- Code de la Santé Publique (CSP) :  
article L3221-1 (définition de la politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie)  
articles R3224-1 et suivants (définition du projet territorial de santé mentale)
- Rapport du 10 octobre 2016 relatif à la santé mentale remis par Michel Laforcade.
- Rapport du 4 avril 2017 relatif à la pédopsychiatrie remis par Michel Amiel.

**La loi du 26 janvier 2016** précise la politique de santé mentale. Selon l'article L3221-1 du CSP, « la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. ».

**Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale** précise que « 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 (article R3224-1 du CSP). »

Il est également prévu à **l'article R3224-3** du même Code que « 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. »

En ce qui concerne **la stratégie nationale de santé**, le décret du 29 décembre 2017 prévoit 4 axes stratégiques, 11 domaines d'action prioritaires et 43 objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale.

La santé mentale est abordée explicitement dans son 3<sup>ème</sup> axe intitulé « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ».

Il est ainsi inscrit dans le domaine d'action « transformer l'offre de santé des territoires » l'objectif d' « Améliorer la transversalité des parcours en santé mentale ».

En effet, « la santé mentale est un défi majeur, d'autant que la probabilité d'être atteint d'un trouble sévère de dépression est plus élevée chez les personnes vivant dans des situations précaires. La qualité de l'environnement joue donc un rôle considérable qui défavorise en premier lieu les personnes les plus modestes. Il est nécessaire de développer une approche transversale en associant l'ensemble des acteurs susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé mentale, sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes. »

# ANNEXE 2 – Liste des membres de la Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé de Haute-Garonne en décembre 2019

MEMBRES TITULAIRES		MEMBRES SUPPLEANTS	
Nom et qualité	Emargement	Nom et qualité	Emargement
<b>COLLEGE N°1a : Etablissements de santé</b>			
- <b>Yildiray KUCUKOGLU</b> Directeur Clinique des Cèdres CORNEBARRIEU FHP		- <b>Frédéric SANGUIGNOL</b> Directeur de la clinique du Château de Vernhes Bondigoux - FHP	
- <b>Laurence LAFOURCADE</b> Directrice Adjointe Domaine de la Cadène Toulouse - FEHAP		- <b>Benjamin GUIRAUD CHAUMEIL</b> Directeur Clinique Aufréry Pin-Balma FHP	
- <b>Laurent SCHMITT</b> Président CME CHU Toulouse FHF		- <b>Radoine HAOUI</b> Président CME CH. Marchant Toulouse FHF	
<b>COLLEGE N° 1b : Personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux</b>			
- <b>Benoît ZADRO</b> Directeur du développement et des potentiels Agir Soigner Eduquer Insérer (ASEI)		- <b>Patrick DELACROIX</b> Directeur Général YMCA Colomiers	
- <b>Camille HAHN</b> Adjointe du Directeur Général Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant de l'Adolescent et de l'Adulte (ARSEAA)		- <b>Louis MARZO</b> Directeur Général de l'Association de Gestion d'établissements et de services pour personnes en situation de handicap mental (AGAPEI)	
- <b>Véronique GEMAR</b> Directrice Résidence Maisonneuve Villeneuve-de-Lauragais		- <b>Anne HIRTZIG</b> Directrice des maisons de retraite Les Roses CALMONT et L'Acacia NAILLOUX	
<b>COLLEGE N° 1c : Organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité</b>			

MEMBRES TITULAIRES		MEMBRES SUPPLEANTS	
Nom et qualité	Emargement	Nom et qualité	Emargement
- Geneviève GENEVE Médecins du Monde		- Anita DEBROCK Vice-Présidente Croix-Rouge Française	
<b>COLLEGE N° 1d : Professionnels de santé libéraux</b>			
- Maurice BENSOUSSAN URPS Médecins		- Jean-Louis BENSOUSSAN URPS Médecins	
- Brigitte CABANAT URPS Médecins		- Yvan MACHETO URPS Médecins	
<b>COLLEGE N° 1f : Centres de santé, maisons de santé et réseaux de santé, CPTS, ESP et communautés psychiatriques de territoire</b>			
- Michel COMBIER Président CPTS la Providence TOULOUSE		- Stéphane OUSTRIC CPTS la Providence TOULOUSE	
<b>COLLEGE N° 1g : Etablissements assurant des activités d'hospitalisation à domicile</b>			
- Anne-Marie PRONOST HAD Clinique Pasteur Toulouse		- Martine SEMAT Santé Relais Domicile Toulouse	
<b>COLLEGE N° 2a : Usagers des associations agréées</b>			
- Michèle MICAS Vice-Présidente France Alzheimer		- Valérie DELBOS Responsable régionale SIEL BLEU	
- Sabine IGLESIAS Présidente Déléguée Union nationale de familles et amis de personnes malades (UNAFAM)		- Michel HAUTENAUVE Président Déléguée Union nationale de familles et amis de personnes malades (UNAFAM)	
<b>COLLEGE N° 2b : Usagers des associations des personnes handicapées ou des associations de retraités et personnes âgées</b>			
- Anne BEDEL Union départementale des retraités FO		- Serge OUDART Union Territoriale des Retraités CFDT	
- Marie-Claire MAZAS Génération mouvement		- Jean-Luc WAGNER Union Française des Retraités	
<b>COLLEGE N° 3b : Conseils départementaux</b>			
- Jean-Jacques MIRASSOU Conseiller départemental de la Haute-Garonne		- Sandrine BAYLAC Conseillère départementale de la Haute-Garonne <b>3</b>	
<b>COLLEGE N° 3c : Protection maternelle et infantile</b>			

MEMBRES TITULAIRES		MEMBRES SUPPLEANTS	
Nom et qualité	Emargement	Nom et qualité	Emargement
- <b>Claire BOUILHAC</b> Directrice Adjointe de la Protection Maternelle et Infantile		- <b>Marie-Françoise GAU</b> Cheffe de Service du Centre Départemental de Planification et d'Éducation Familiale	
<b>COLLEGE N° 3e : Communes</b>			
- <b>Laurent LESGOURGUES</b> Adjoint au Maire de Toulouse		- <b>Andrée ORIOL</b> Maire de Bourg-Saint-Bernard	
<b>COLLEGE N° 4b : Organismes de sécurité sociale</b>			
- <b>Sylvain LOUMAGNE</b> MSA		- <b>Hélène BARROU</b> MSA	
- <b>Bernard GIL</b> Président du Conseil CPAM 31		- <b>Michel DAVILA</b> Directeur CPAM 31 <b>4</b>	

La Commission Santé Mentale a élargie la composition de la Commission aux personnes suivantes dans le cadre des travaux sur le Projet Territorial de Santé Mentale :

- **Camille ABADIA**, IREPS
- **Najah AL BAZZOU**, Hôpital Joseph Ducuing
- **Sandrine ANDOLFO**, CLS Colomiers
- **Pr Christophe ARBUS**, Chef de Pôle de Psychiatrie au CHU de Toulouse et Président de l'assemblée médicale de la CPT
- **Cécile BENOIT**, IREPS
- **Dominique BOURGOIS**, Directrice du Service Communal d'Hygiène et de Santé - Mairie de Toulouse
- **Stéphanie CHIARAMELLO**, Coordinatrice régionale – PASS Occitanie
- **Thérèse CONSONNI**, Médecin conseillère technique DSDEN 31
- **Carles DE BIDERAN**, Directeur-adjoint chargé des affaires générales, des partenariats et des projets
- **Claudine FAUCHEUX**, MDPH 31
- **Nelly FONTANAUD**, Reliance
- **Julie GONDEL**, CPAM 31
- **Fabienne KARST**, Responsable du service Accompagnement des Professionnels de Santé et des Etablissements à la Direction de la Santé
- **Martine LACOSTE**, Association Régionale Clémence Isaure
- **Bruno MADELPUJEC**, Directeur du CH Marchant
- **Julie MALATERRE**, Chargée de mission de la CPT
- **Lisa PANASSIE**, CLS Colomiers
- **Jonathan PLANTRON**, Directeur délégué de l'URPS des médecins libéraux
- **Jean-Louis REDONNET**, Président du CLSM du Pays Comminges Pyrénées
- **Paola REVUE**, Association Régionale Clémence Isaure
- **Audrey ROQUEFORT**, Chargée de mission Fédération des Acteurs de la Solidarité Occitanie
- **Geneviève ROCQUES-DARROY**, Présidente de l'association Prévention du Suicide en Midi-Pyrénées
- **Nathalie ROSON**, MDPH 31
- **Nadège SAINT-MARTIN**, Chef de service Promotion de la Santé - Service Communal d'Hygiène et de Santé - Mairie de Toulouse
- **Rosario SANCHEZ-ALBOR**, CLSM du Pays Comminges Pyrénées

## ANNEXE 3 – Liste de l'équipe ressource, de l'IREPS, des pilotes et des référents ARS

<b>EQUIPE RESSOURCE</b>
Carles de Bideran, CH Marchant
Jonathan Plantrou, URPS des médecins libéraux
Julie MALATERRE, CPT
Camille HAHN, ARSEAA
Laurence BERTHERAT – DD ARS31
<b>IREPS</b>
Camille ABADIA –IREPS

<b>PILOTES PTSM</b>
M Bourg - GEM Microsillon – Priorité 5
Mme Bourgois - Mairie de Toulouse – Priorité 2
Mme Cabanat - URPS des médecins – Priorité 1
Mme Capelle-Specq - Education Nationale – Priorité 1
M Labrousse – UCRM – Priorité 6
M Massalaz - ASEI – Priorité 3
Mme Mathur - CHU Toulouse – Priorité 4
Mme Moncany - CH Marchant – Priorité 5
Mme Roques-Darroy – PSMP – Priorité 4
Mme Roques - Clinique de santé Mailhol – Priorité 2

Mme Rouch - CHU Toulouse – Priorité 3
---------------------------------------

Mme Santene – ARSEAA – Priorité 6
-----------------------------------

<b>REFERENTS ARS – Délégation Départementale Haute-Garonne</b>
--

Laurent Poquet – Délégué Départemental – Pilotage et coordination de la démarche au sein de la DD31
---

Myriam Thiebeaux - DD31 – Priorité 1
--------------------------------------

Aurélia Pardo - DD31 – Priorité 2
-----------------------------------

François Nassiri - DD31 – Priorité 3
--------------------------------------

Laurence Bertherat – DD31 – Priorité 4
--

Sophie Chabrière et Laurent Poquet - DD31 – Priorité 5
--

Nadia Gardelle - DD31 – Priorité 6
------------------------------------

## ANNEXE 4 – Liste des participants au séminaire du 5 novembre 2019

NOM	PRENOM	NOM DE LA STRUCTURE	Typologie des acteurs
Abellan	GAELE	SSIAD Le Mercadier	Acteurs sociaux et médico-sociaux
AL BAZZOU	NAJAH	PLATEFORME SANTE PRECARITE	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
Arbus	Christophe	CHU	Acteurs sanitaires
AYRAL	Armelle	GEM Bon Pied Bon Oeil	représentant des usagers
BARES	Elodie	Clinique des Cèdres	Acteurs sanitaires
Bensoussan	Maurice	URPS des médecins	Acteurs sanitaires
BERTHERAT	Laurence	ARS Occitanie	Services de l'Etat
BIAU	SABINE	Clinique de Beaupuy	Acteurs sanitaires
Blanché	Henri-Regis	Hôpitaux de Lannemezan	Acteurs sanitaires
Bonneviale	Lucie	Résidence Accueil O Mon Pais	Acteurs sociaux et médico-sociaux
Bonneville	Aurélié	Psychologues du Monde Toulouse	Acteurs sanitaires
Boucard	Jerome	Ch G. Marchant	Acteurs sanitaires
BOUDALI	Nadia	GEM Bipoles31	représentant des usagers
BOUNHOURE	Nathalie	Hopital de jour Route Nouvelle	Acteurs sanitaires
BOURG	Sylvain	GEM Microsillons	représentant des usagers



BOURGOIS	Dominique	Mairie de Toulouse	Collectivités territoriales
Buisson	johanna	hopital marchand	Acteurs sanitaires
Burgalieres	fabienne	education nationale	Services de l'Etat
CABANAT	Brigitte	URPS médecins	Acteurs sanitaires
Calcagno	Véronique	Mairie de Toulouse	Collectivités territoriales
CAPELLE SPECQ	Isabelle	EDUCATION NATIONALE	Services de l'Etat
CARPENTIER	LAURENCE	arseaa / Pôle Guidance Infantile	Acteurs sociaux et médico-sociaux
Carrère	monique	CCAS	Collectivités territoriales
Castel	Guy	Président de la Commission des usagers CTS	représentant des usagers
Chanie	Eve	Cmpp le capitoul	Acteurs sociaux et médico-sociaux
CHAPUT	Brigitte	GEM microsillons	représentant des usagers
Chollet	catherine	CH Marchant,toulouse	Acteurs sanitaires
COMBIER	Michel	URPS MEDECINS OCCITANIE	Acteurs sanitaires
CORMIER	SANDRINE	DITEP L'ESSOR ST IGNAN	Acteurs sociaux et médico-sociaux
CRIOU	Philippe	Etablissement de Santé Mentale Toulouse Groupe MGEN	Acteurs sanitaires
CROS	Véronique	DDCS 31	Services de l'Etat
DE BIDERAN	Carles	CH MARCHANT	Acteurs sanitaires
Driot	Damien	Université Toulouse III Paul Sabatier	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
ESCARNOT	Helene	Centre post-cure psychiatrique et SAMSAH le Razès	Acteurs sociaux et médico-sociaux

FAURE	MARIE-PASCALE	L'AMANDIER	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
FELIPE	ANNE	CENTRE HOSPITALIER DE MURET	Acteurs sanitaires
GARDELLE	Nadia	ARS Occitanie	Services de l'Etat
GAUZIN	Natalie	YMCA Colomiers	Acteurs sociaux et médico-sociaux
GIRET	Florence	Dispositif Handicap Mental & Psychique Foyer de vie St Médard	Acteurs sociaux et médico-sociaux
GRES	Dominique	France Horizon	représentant des usagers
GUILLET	SYLVAIN	ENIPSE	Acteurs sociaux et médico-sociaux
Guiraud-Chaumeil	Benjamin	clinique AUFRERY	Acteurs sanitaires
HAHN	Camille	ARSEAA	Acteurs sociaux et médico-sociaux
Hallard	Bénédicte	Simpps Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
HEBRA	JEAN LOUP	SPM RES-O	Acteurs sociaux et médico-sociaux
IGLESIAS	SABINE	UNAFAM 31	représentant des usagers
Jenouvrier	Joanna	Association Alliance Sages Adages	Acteurs sociaux et médico-sociaux
KAHLI	Nadia	Conseil départemental 31	Collectivités territoriales
KLEINBERG	Benoit	Clinique Castelviel	Acteurs sanitaires
LABAT	Corinne	GEM Bipoles31	représentant des usagers
LABROUSSE	Alain	UCRM	Acteurs sociaux et médico-sociaux
Lacan	Michel	UNAFAM	représentant des usagers
LACAZE	anne	Dispositif Handicap Mental & Psychique / DHSA AJH	représentant des usagers

LACLERGUE	Maité	ESAT FOYER SAMSAH Le Ruisselet	représentant des usagers
Lafage	alexis	CHU DE TOULOUSE	Acteurs sanitaires
Lafforgue	Camille	ACSC Cité de la Madeleine	Acteurs sociaux et médico-sociaux
LALOYE	Suzanne	CMPP Capitoul, Nebouzan	Acteurs sociaux et médico-sociaux
LAURON	JEAN-VINCENT	ESAT Elisa31	Acteurs sociaux et médico-sociaux
LE MOIGN	PATRICIA	CENTRE HOSPITALIER DE MURET	Acteurs sanitaires
MACHETO	YVAN	URPS MEDECINS OCCITANIE	Acteurs sanitaires
MALATERRE	Julie	Communauté Psychiatrique de Territoire	Acteurs sanitaires
MARIE	PASCAL	Centre Hospitalier Gérard Marchant	Acteurs sanitaires
MARTI	Natacha	FNATH	représentant des usagers
MASSALAZ	Laurent	ASEI	Acteurs sociaux et médico-sociaux
MATHUR	Anjali	CHU TOULOUSE	Acteurs sanitaires
MICHEL	Cécile	CH Gérard Marchant	Acteurs sanitaires
MONCANY	Anne-Hélène	CH MARCHANT	Acteurs sanitaires
MORLEY	Alix	Halte de Nuit (ACSC)	Acteurs sociaux et médico-sociaux
NASSIRI	François	ARS Occitanie	Services de l'Etat
OLIVE	Brigitte	ESAT YMCA DE COLOMIERS	Acteurs sociaux et médico-sociaux
PANASSIE	Lisa	CCAS de Colomiers	Collectivités territoriales
PARDO	Aurélia	ARS Occitanie	Services de l'Etat

PECASTAING GOMEZ	SONIA	Education nationale	Services de l'Etat
Perrin	Claire	Boutique Solidarité	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
PLANTROU	Jonathan	URPS médecins	Acteurs sanitaires
POQUET	Laurent	ARS Occitanie	Services de l'Etat
POULON	Patrick	Fam l'Oustal et Mas Al Cantou	Acteurs sociaux et médico-sociaux
Prebois	sophie	CHU Toulouse	Acteurs sanitaires
PY	Cécile	ADOMA	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
Raynaud	Jean-Philippe	CHU de Toulouse	Acteurs sanitaires
REDONNET	Jean-Louis	PETR Pays Comminges Pyrénées	Collectivités territoriales
REQUIER	ELODIE	Médecin du monde	représentant des usagers
RICORDEAU	Pierre	ARS Occitanie	Services de l'Etat
RIEU PIQUET	Cécile	MAS L OUSTALET	Acteurs sociaux et médico-sociaux
ROLLAND	Severine	Route Nouvelle	Acteurs sanitaires
ROMIER	Annie	ICF HABITAT Atlantique	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
Roquefort	Audrey	FAS	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
ROQUES	Caroline	CLINIQUE DE SANTE MAILHOL	Acteurs sanitaires
ROQUES DARROY	Geneviève	PSMP	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
Rosso	aurelie	soliha 31	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
ROUCH	Virginie	CHU TOULOUSE	Acteurs sanitaires

Salles	Juliette	CHU de Toulouse	Acteurs sanitaires
SANTENE	Anne	ARSEAA	Acteurs sociaux et médico-sociaux
THIEBEAUX	Myriam	ARS Occitanie	Services de l'Etat
TOUMI	Abdel	GEM Microsilons	représentant des usagers
VANDYCK	Johan	ANRAS IME St Jean PLAISANCE DU TOUCH	Acteurs sociaux et médico-sociaux
VIGNES	MICHEL	RESEAU ADOLESCENCE PARTENARIAT	Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
Weber	Christian	CRPA	représentant des usagers
WROBLEWSKI	Marc	GEM Bipoles31	représentant des usagers
YAJJOU	Nabil	La Case de Santé	Acteurs sanitaires
BOUCHAÏB	Patrice	SNP Syndicat National des Psychologues	Acteurs sanitaires

## ANNEXE 5 – Questionnaire en ligne

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre du Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM) pour la Haute-Garonne. Il a pour objet de fournir des données utiles à l'élaboration d'un diagnostic partagé qui permettra de proposer des actions d'amélioration.

**Nous souhaitons pour les établissements ou les structures favoriser les réponses collectives.**

Pour chaque priorité repérée par le décret du 29 juillet 2017 vous pourrez identifier :

- Les problématiques rencontrées sur le territoire,
- Les bonnes pratiques déjà mises en place,
- Les leviers qui peuvent être mis en œuvre pour favoriser l'amélioration de la continuité et de la fluidité des parcours de soins et de vie des personnes concernées.

A noter :

- L'essentiel n'est pas de repérer toutes les problématiques mais celles qui vous paraissent essentielles.
- Vous pourrez identifier 3 réponses maximum par rubrique.
- Chaque réponse est limitée à 50 mots / 200 caractères
- Vous pouvez répondre uniquement aux priorités qui vous concernent directement.

**Dans la mesure du possible, il est important que chaque contributeur du PTSM puisse proposer une réponse concertée au niveau de son institution, association etc....**

**Pour faciliter cette concertation interne préalable, voici le questionnaire complet sous format Word. Attention : in fine, il vous faudra saisir le fruit de vos travaux sur le questionnaire en ligne, les contributions sous format Word ne pourront être prises en compte pour des raisons techniques via le lien suivant :**

[Accès au questionnaire en ligne](#)

### Priorité 1 - Repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements

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.

Thématiques associées :

- L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;
- L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;
- L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

**Question 1 - Quelles sont les principales problématiques rencontrées ?**

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

**Question 2 - Quelles bonnes pratiques avez-vous identifiées sur le département ?**

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

**Question 3 - Quels leviers – pistes d’actions - peuvent-être mobilisés ?**

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

**Question 4 - Souhaitez-vous ajouter un commentaire complémentaire lié à des publics spécifiques\* ?**

Réponse 1	
-----------	--

\*Publics spécifiques identifiés : Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents - Les personnes ayant des conduites addictives Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues - Les personnes âgées en perte d'autonomie - Les victimes de psychotraumatisme - Les personnes en situation de handicap - Les personnes isolées - Les réfugiés et migrants, les LGBT....

## Priorité 2 - Parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

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.

Thématiques associées :

- 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;
- 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.

**Question 1 - Quelles sont les principales problématiques rencontrées ?**

Réponse 1	
Réponse 2	

Réponse 3	
-----------	--

#### Question 2 - Quelles bonnes pratiques avez-vous identifiées sur le département ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

#### Question 3 - Quels leviers – pistes d’actions - peuvent-être mobilisés ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

#### Question 4 - Souhaitez-vous ajouter un commentaire complémentaire lié à des publics spécifiques\* ?

Réponse 1	
-----------	--

\*Publics spécifiques identifiés : Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents - Les personnes ayant des conduites addictives Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues - Les personnes âgées en perte d'autonomie - Les victimes de psychotraumatisme - Les personnes en situation de handicap - Les personnes isolées - Les réfugiés et migrants, les LGBT....

## Priorité 3 - Accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

Source circulaire du 27 juillet 2017 :

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.

Thématiques associées :

- 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 ;
- 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 ;
- 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.

#### Question 1 - Quelles sont les principales problématiques rencontrées ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

#### Question 2 - Quelles bonnes pratiques avez-vous identifiées sur le département ?

Réponse 1	
Réponse 2	



Réponse 3	
-----------	--

### Question 3 - Quels leviers – pistes d’actions - peuvent-être mobilisés ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

### Question 4 - Souhaitez-vous ajouter un commentaire complémentaire lié à des publics spécifiques\* ?

Réponse 1	
-----------	--

\*Publics spécifiques identifiés : Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents - Les personnes ayant des conduites addictives Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues - Les personnes âgées en perte d'autonomie - Les victimes de psychotraumatisme - Les personnes en situation de handicap - Les personnes isolées - Les réfugiés et migrants, les LGBT....

## Priorité 4 - Prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence

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.

Thématiques associées :

- 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 ;
- 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.
- 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 ;
- 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.

### Question 1 - Quelles sont les principales problématiques rencontrées ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

### Question 2 - Quelles bonnes pratiques avez-vous identifiées sur le département ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

### Question 3 - Quels leviers – pistes d’actions - peuvent-être mobilisés ?

Réponse 1	
Réponse 2	

<b>Réponse 3</b>	
------------------	--

#### Question 4 - Souhaitez-vous ajouter un commentaire complémentaire lié à des publics spécifiques\* ?

<b>Réponse 1</b>	
------------------	--

\*Publics spécifiques identifiés : Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents - Les personnes ayant des conduites addictives Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues - Les personnes âgées en perte d'autonomie - Les victimes de psychotraumatisme - Les personnes en situation de handicap - Les personnes isolées - Les réfugiés et migrants, les LGBT....

## Priorité 5 - Respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

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

Thématique associée :

Veiller 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.

#### Question 1 - Quelles sont les principales problématiques rencontrées ?

<b>Réponse 1</b>	
<b>Réponse 2</b>	
<b>Réponse 3</b>	

#### Question 2 - Quelles bonnes pratiques avez-vous identifiées sur le département ?

<b>Réponse 1</b>	
<b>Réponse 2</b>	
<b>Réponse 3</b>	

#### Question 3 - Quels leviers – pistes d'actions - peuvent-être mobilisés ?

<b>Réponse 1</b>	
<b>Réponse 2</b>	
<b>Réponse 3</b>	

#### Question 4 - Souhaitez-vous ajouter un commentaire complémentaire lié à des publics spécifiques\* ?

<b>Réponse 1</b>	
------------------	--

\*Publics spécifiques identifiés : Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents - Les personnes ayant des conduites addictives Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues - Les personnes âgées en perte d'autonomie - Les victimes de psychotraumatisme - Les personnes en situation de handicap - Les personnes isolées - Les réfugiés et migrants, les LGBT....

## Priorité 6 - Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

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.

Thématiques associées :

- 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;
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.

### Question 1 - Quelles sont les principales problématiques rencontrées ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

### Question 2 - Quelles bonnes pratiques avez-vous identifiées sur le département ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

### Question 3 - Quels leviers – pistes d'actions - peuvent-être mobilisés ?

Réponse 1	
Réponse 2	
Réponse 3	

### Question 4 - Souhaitez-vous ajouter un commentaire complémentaire lié à des publics spécifiques\* ?

Réponse 1	
-----------	--

\*Publics spécifiques identifiés : Les nouveau-nés, les enfants et les adolescents - Les personnes ayant des conduites addictives Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion - Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues - Les personnes âgées en perte d'autonomie - Les victimes de psychotraumatisme - Les personnes en situation de handicap - Les personnes isolées - Les réfugiés et migrants, les LGBT....

# ANNEXE 6 – Programme du séminaire du 5 novembre 2019

## Matin

9h : accueil

9h30 : ouverture du séminaire

- Maurice Bensoussan, Président de l'URPS des médecins et de la Commission Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé
- Pierre Ricordeau, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

9h45 : séance plénière

- Présentation de la méthodologie d'élaboration du diagnostic du PTSM 31
- Témoignages de personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage
- Présentation de l'organisation des ateliers

10h15 : atelier sur les six priorités du PTSM

10h45 : atelier sur les six priorités du PTSM

11h15 : atelier sur les six priorités du PTSM

11h45 : atelier sur les six priorités du PTSM

Pause repas

## Après-midi

13h15 : Témoignages de personnes souffrant de troubles psychiques et de leur entourage

13h30 : atelier sur les six priorités du PTSM

14h : atelier sur les six priorités du PTSM

14h30 : pause

15h : restitution en plénière par les pilotes

16h15 : clôture du séminaire - Guy Castel, Président de la Formation spécifique organisant l'expression des usagers

# ANNEXE 7 – Lettre d'information – Août 2019



## Note d'information Haute-Garonne

Août 2019

### Quel est l'objectif du PTSM ?

Son objectif est de mieux répondre aux besoins des usagers en santé mentale en travaillant sur 6 priorités :

1. Le repérage et l'accès aux soins précoces
2. Des parcours de soins sans rupture
3. L'accès aux soins somatiques
4. La prise en charge des situations de crise/urgence
5. Le respect et la promotion des droits
6. L'action sur les déterminants de la santé mentale

### Quelles sont les grandes étapes ?

- 1<sup>ère</sup> étape : élaborer avec tous les acteurs concernés un diagnostic de ce qui fonctionne et de ce qui doit être amélioré sur le territoire - De septembre à octobre 2019
- 2<sup>ème</sup> étape : Bâir un plan d'action concret, ambitieux et coconstruit avec l'ensemble des acteurs - De janvier à juin 2020

### Qui participe à cette démarche ?

L'ensemble des acteurs de la Haute-Garonne pouvant être amenés à répondre aux besoins des usagers sont concernés par ce projet : représentant d'usagers, aidant, professionnel du soin, du médico-social, du social (logement, insertion...) des collectivités territoriales, de l'éducation, leurs contributions seront essentielles à la réussite du projet.

Quel que soit leur niveau d'intervention : prévention, prise en charge en santé mentale, réinsertion et réhabilitation sociale, ce qui inclut donc tous les acteurs, du monde éducatif, de la vie sociale, économique, éducative et culturelle etc...

### Comment puis-je participer ?

Pour cette première séquence de DIAGNOSTIC, pour participer, deux modalités :

- 1<sup>er</sup> outil : Contribuer par écrit pour s'exprimer sur chacune des 6 priorités : les points forts, les faiblesses, les leviers que vous avez identifiés.

Questionnaire diffusé à la rentrée.

- 2<sup>ème</sup> outil : Participer à un séminaire le 5 novembre, où tous rassembleront les participants afin d'élaborer les 6 priorités au sein de groupes de travail.

Formulaire d'inscription communiqué à la rentrée. Attention : le nombre de places étant limité, elles seront attribuées de façon à garantir l'expression de tous les types d'acteurs concernés par le PTSM.



### Une démarche porteuse de valeurs

1. Qui est participative et qui prend en compte les besoins des usagers
2. Qui s'appuie sur les réflexions déjà menées en Haute-Garonne
3. Ouverte à toute personne souhaitant y contribuer
4. Soucieuse de garantir l'équilibre des représentations et l'expression de tous
5. Qui laisse la place à l'innovation et à l'expérimentation
6. Qui appartient aux acteurs de la santé mentale, ou plus proche des usagers

### Les notions clés du PTSM

La politique de santé mentale se caractérise par des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Elle est mise en œuvre par divers acteurs intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé, autorités en psychiatrie, le médico-social, les médecins libéraux, les psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) a pour objet l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture dans le champ de la santé mentale.

Il est conduit à partir d'un diagnostic territorial partagé élaboré en démarche collaborative par les acteurs intervenant dans ces parcours et mis en œuvre par ceux-ci.

Il se traduit par un contrat territorial de santé mentale signé avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Août 2019 - PTSM Haute-Garonne

### Le PTSM dans les textes

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 définit la politique de santé mentale et introduit des dispositifs pour la décliner sur les territoires, dont le projet territorial de santé mentale. Les acteurs de la santé mentale sont mobilisés pour formaliser ces PTSM, fondés sur un diagnostic territorial partagé.

L'ARS valide les diagnostics et les PTSM au plus tard en 2020, ceux-ci devant être en phase avec le projet régional de santé (2018-2022).

L'enjeu des PTSM réside dans la capacité des acteurs de la santé mentale (professionnels, établissements et usagers) à collaborer pour réaliser le diagnostic partagé puis le projet.

Dans une perspective où les ARS animent la démarche d'élaboration du PTSM initiée et portée par les acteurs, ce travail se penche sur la mise en œuvre de cette démarche innovante.



### Le PTSM en pratique

La co-construction du projet passe par l'association de l'ensemble des acteurs concernés par les problématiques de santé mentale. Ainsi, toute personne rencontrant, dans son expérience ou sa pratique, des questionnements liés à la santé mentale peut prendre part au projet. Le rôle des acteurs cités ci-dessus est de s'assurer du bon déroulement de la démarche, et de coordonner les différentes étapes du projet.

#### Une gouvernance ouverte

Dans la Haute-Garonne, le projet est suivi et piloté par la commission santé mentale, qui anime du conseil territorial de santé (instance de démocratie sanitaire). Elle définit la stratégie, suit et valide les grandes étapes du projet. Elle est garante de l'équilibre des représentations et l'expression de tous les acteurs.

De nombreuses structures y prennent part : ARS, Union régionale des professionnels de santé, associations de patients et familles, Conseil Départemental, acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires...

#### Des pilotes pour chaque priorité

Les pilotes des groupes de travail, pendant le diagnostic, permettent d'assurer le bon déroulement de la démarche : ils sont à la fois référents sur leur thématique et intervenants pour garantir le bon fonctionnement et l'avancée des groupes de travail. La Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé accompagne et appuie les pilotes dans la mise en œuvre du PTSM.

### Rappel des 6 priorités du diagnostic et du plan d'action

**Priorité 1 :** Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

**Priorité 2 :** Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale.

**Priorité 3 :** L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

**Priorité 4 :** La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

**Priorité 5 :** Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

**Priorité 6 :** L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

### Une démarche qui prend en compte les spécificités des besoins de toutes les populations

Cette présentation par priorités sera complétée ultérieurement par des onglets organisés par publics particuliers, afin de permettre aux acteurs du PTSM de tenir compte des besoins spécifiques de ces publics :

- Les nouveaux-nés, les enfants et les adolescents
- Les personnes ayant des conduites addictives
- Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion
- Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement celles détenues
- Les personnes âgées en perte d'autonomie
- Les victimes de psycho-traumatisme
- Les personnes en situation de handicap, notamment les personnes ayant des besoins spécifiques en termes de compréhension et de communication, parmi lesquelles les personnes sourdes et malentendantes (on de son évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015)
- Les personnes âgées
- Les réfugiés et migrants
- Les LGBT...

### Les prochaines étapes :

A la rentrée de septembre, vous recevrez une nouvelle information qui comportera notamment :

- 1 - Le questionnaire en ligne permettant à chacun de s'exprimer sur ces 6 priorités
- 2 - Le dossier d'inscription pour le forum du 5 novembre
- 3 - Le site des pilotes de chaque priorité

Août 2019 - PTSM Haute-Garonne

# ANNEXE 8 – Listing des contributeurs collectifs au questionnaire en ligne

FH/SAVS/SAMSAH

ADOMA

Hôpitaux de Lannemezan

ENIPSE OCCITANIE (Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé

Association loi de 1901

IME portes de garonne

CADA CPH / ARSEAA

Bassin Toulouse, Education nationale

Simpps UFTMP

Centre d'action médico sociale précoce de la haute garonne/CHU TOULOUSE

Mission Accueil-Jeunes (Mairie de Toulouse)

ESM MGEN Toulouse

Route Nouvelle

Conseil départemental 31 (DGD Solidarités)

SSRA clinique la recouvrance à fronton+ ANPAA 31 toulouse

SA HLM des CHALETS

Dispositif handicap mental et psychique / Foyer de vie St Médard AJH/

Association DOMINO

3F Occitanie

ESAT Elisa31

Pôle Social ARSEAA

CPTS LA PROVIDENCE

Clinique AUFREY

CHU Toulouse

ANRAS IME St jean PLAISANCE du Touch

ESAT LES PINS

PRAHDA PRD 31

DDCS 31

MAS L OUSTALET ET MAS FRANCOISE DE VEYRINAS

MAS L OUSTALET ET MAS FRANCOISE DE VEYRINAS

CCAS Le Fousseret

Apeihsat

L'AMANDIER

EHPAD TIBAOUS

ehpad notre dame de la paix

Maison de santé Mailhol

Association CARPE DIEM PREMIUM

UDAF31  
Association Prévention du Suicide en Midi-Pyrénées  
SSIAD Le Volvestre  
Réseau Reliance  
FAM Fond Peyré - Association RESO  
GEM Bi-Pôles 31  
FAM EHPAD le Val d'Arize  
CLSM de Toulouse  
Clinique de Beaupuy  
EHPAD fauxbourg saint adrien  
FAM l'Oustal MAS Al Cantou AJH31  
Association et GEM Bon Pied Bon Oeil  
Association et GEM Nomad  
UNAFAM 31  
Boutique Solidarité CPVA ARPADE  
Unité de la Souffrance Psycho-Sociale CHU Toulouse  
ROUTE NOUVELLE  
ASEI  
SIAO EMSS  
Mairie de Toulouse  
MDPH 31  
MAIA 31 Lauragais  
PETR Pays Comminges Pyrénées  
Arseaa  
MAIA 31 Nord , Toulouse , Sud , Lauragais  
Médecins du Monde  
UNAFAM  
RAP 31 (réseau adolescents ARS)  
URPS  
Association Solidarité Réhabilitation





## Annexe n°10 : Répartition de la population active des 15-64 ans selon la catégorie socio-professionnelle

	Agriculteurs	Artisans – Commerçants	Cadres	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
Haute-Garonne	0,8 %	6 %	24,9 %	28,3 %	25,3 %	14,7 %
Occitanie	2,5 %	7,6 %	14,4 %	25,1 %	30,0 %	20,5 %
France	1,5 %	5,9 %	15,7 %	24,8 %	29 %	23,0 %

Source : Insee, RP 2012

## Annexe n° 11 : Taux de pauvreté en Haute-Garonne et sur la région Occitanie en 2018

	<b>31</b>	<b>Occitanie</b>
<b>Taux de pauvreté %</b>	12,6	17,2
<b>Revenu disponible médian</b>	1831	1621

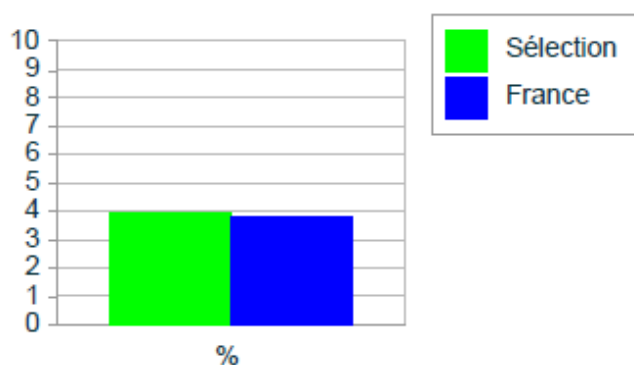
Source : Insee, Dossier Occitanie n°8, Octobre 2018

## Annexe n°12 : Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire parmi les consommateurs du régime général

	Haute-Garonne (Département) %	Occitanie (Région) %	France %
Total	8,4	10,1	9,1
Femmes	8,7	10,4	9,3
Hommes	8	9,7	8,8

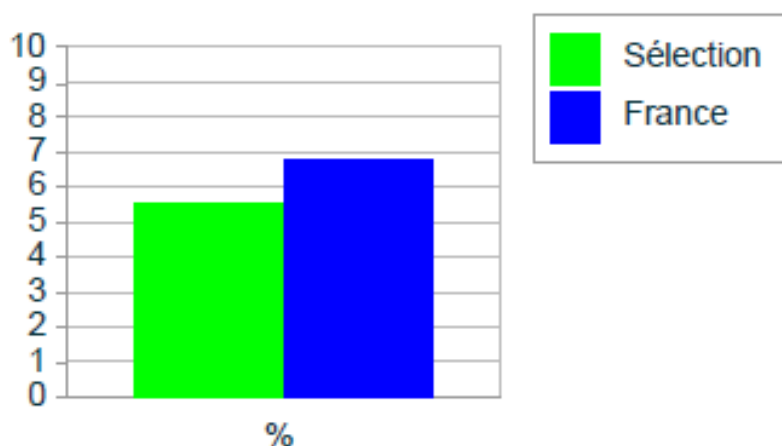
Source : Atlas de la santé mentale en France, département Haute-Garonne. 19/11/2018.

## Annexe n° 13 : Bénéficiaires de l'Aide l'Acquisition d'une Complémentaire Santé parmi les consommateurs du régime général



Source : Atlas de la santé mentale en France, département Haute-Garonne. 19/11/2018.

## Annexe n° 14 : Bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat parmi les consommateurs du régime général



Source : Atlas de la santé mentale en France, département Haute-Garonne. 19/11/2018.

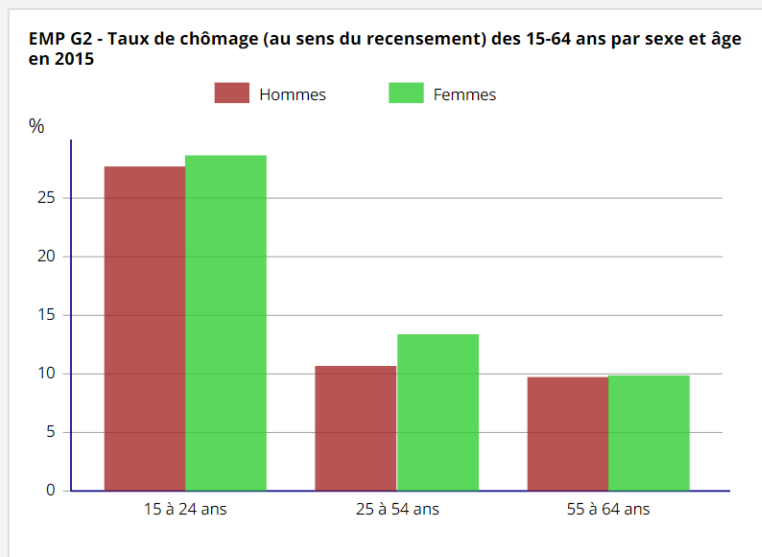
## Annexe n° 15 : Bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active

	Au 31/12/2016	Evolution 2016/2015	Part de la population couverte (%)
Haute-Garonne	36 629	- 4,3 %	5,2 %
Occitanie	185 806	- 4,3 %	6,3 %
France	1 661 100	- 4,2 %	5,2 %

\* RSA socle uniquement, le RSA activité n'existant plus depuis la mise en place de la prime d'activité au 01/01/2016  
(Source : [http://occitanie.direccte.gouv.fr/sites/occitanie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/tc2018t1\\_note.pdf](http://occitanie.direccte.gouv.fr/sites/occitanie.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/tc2018t1_note.pdf))

## Annexe n° 16 : Taux de chômage par sexe et par âge en 2015

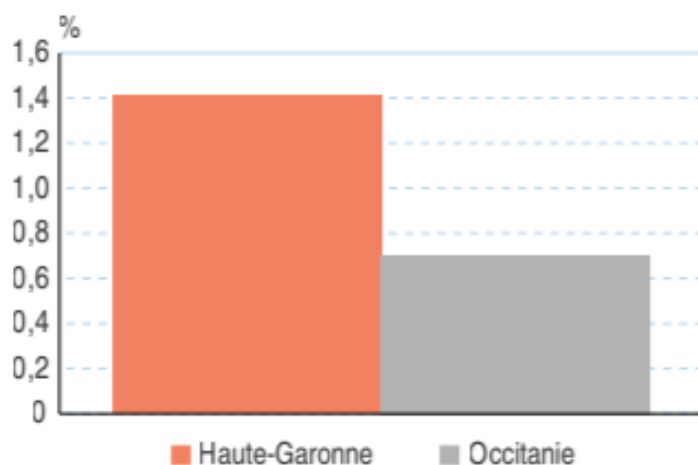
EMP G2 - Taux de chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans par sexe et âge en 2015



Source : Insee, RP2015 exploitation principale, géographie au 01/01/2017.

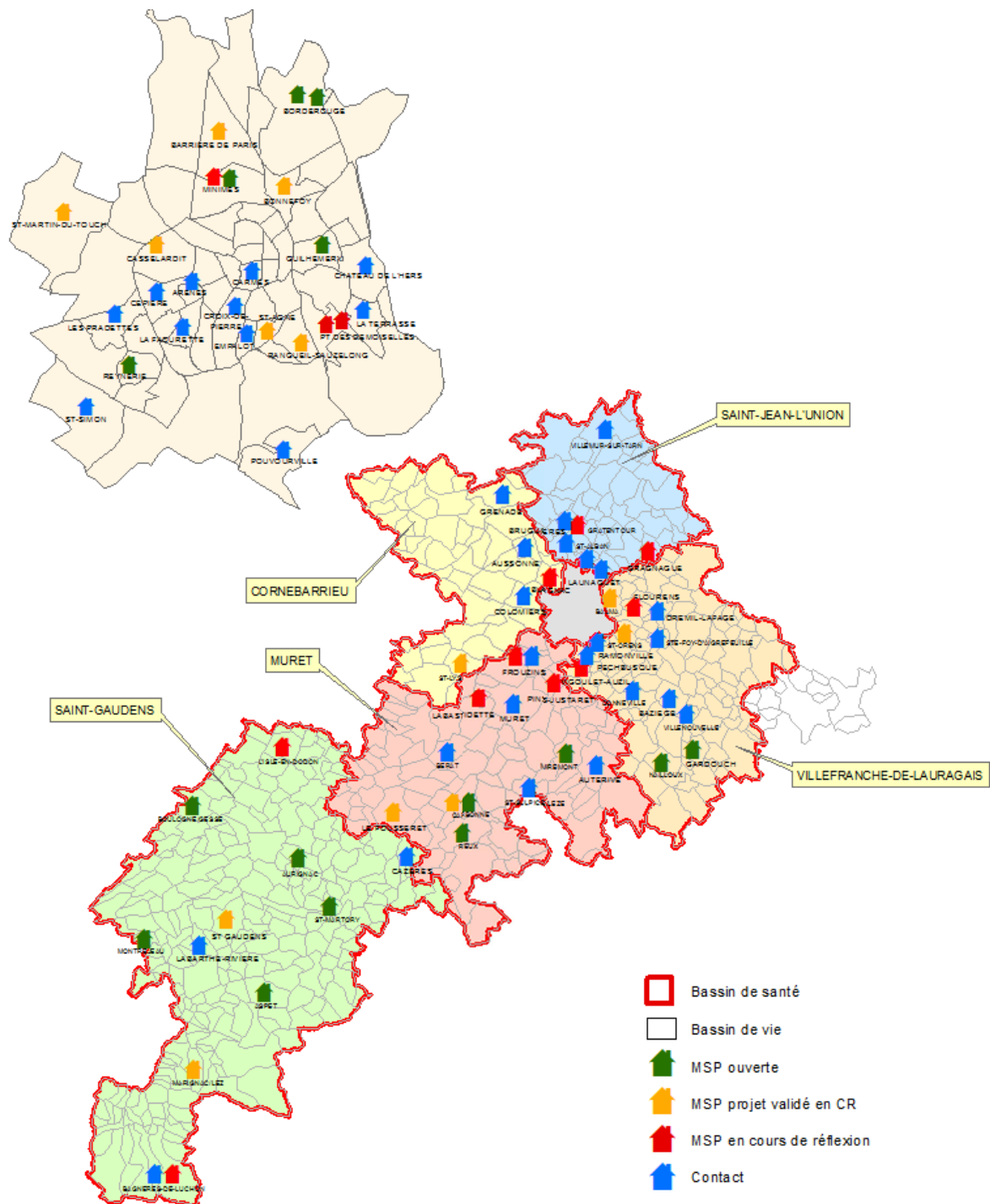
Source : INSEE, RP 2015

## Annexe n° 17 : Taux d'évolution annuel de l'emploi entre 2009 et 2014 (en %)



Source : Insee, Dossier Occitanie n°8, Octobre 2018

## Annexe n°18 : Carte des maisons de santé pluriprofessionnelles en Haute-Garonne

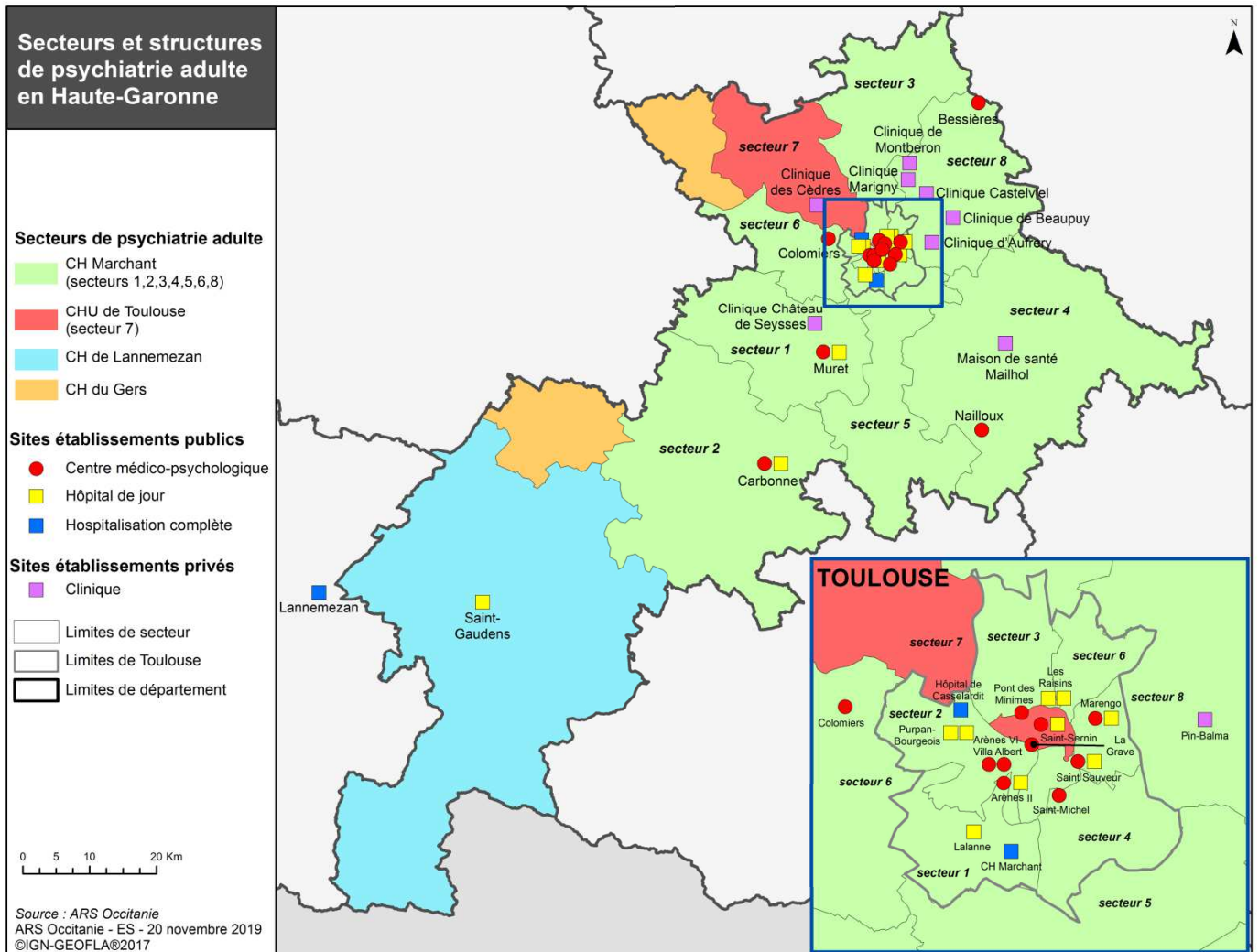


ARS/DD31 - 15/10/2019

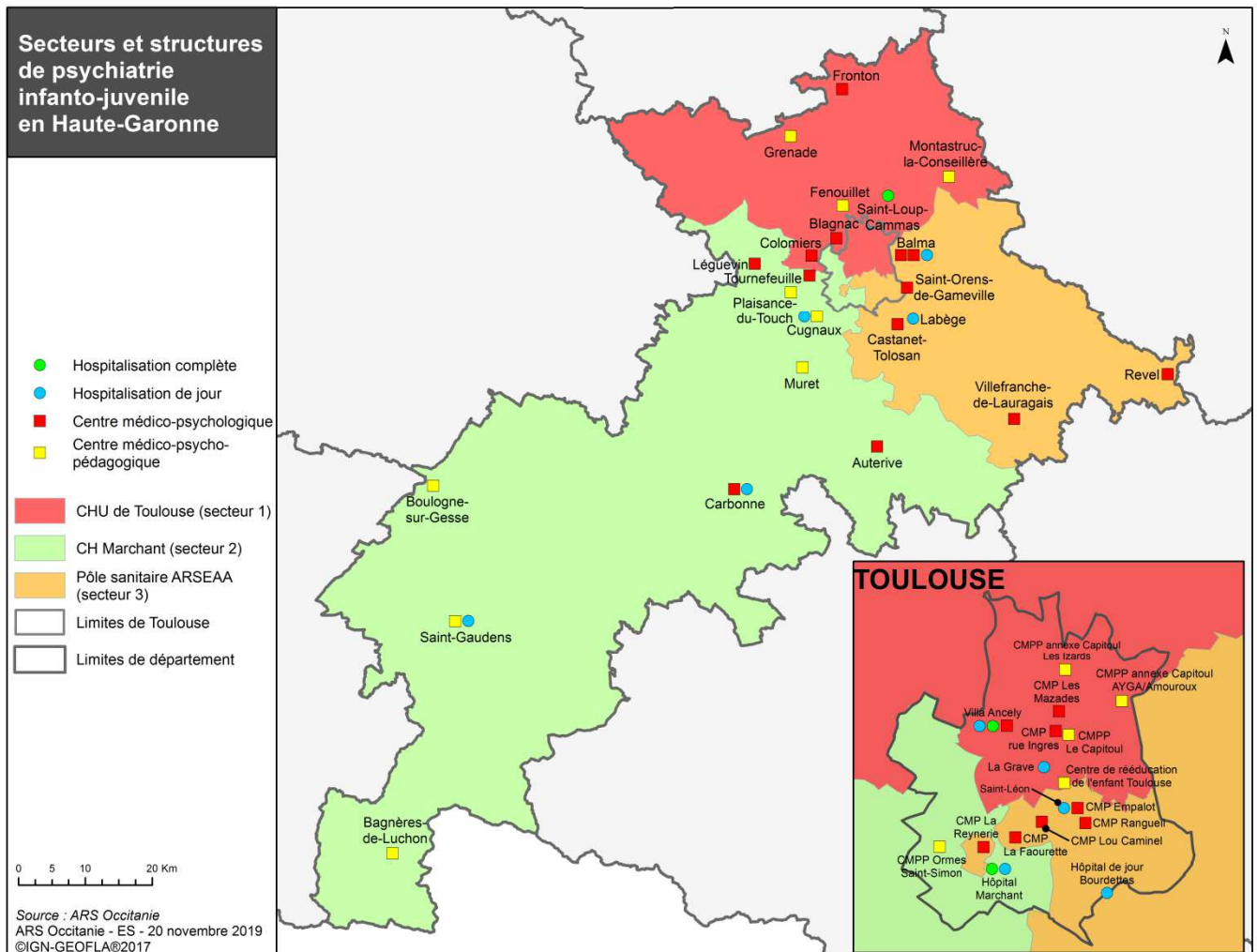
©Arc View



## Annexe n°19 : Carte de la psychiatrie adulte en Haute-Garonne



## Annexe n°20 : Carte de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Garonne



## Annexe n°21 : Nombre de passages aux urgences au CHU

	2016	2017	2018
<b>PATIENTS MINEURS</b>	<b>1312</b>	<b>1391</b>	<b>1390</b>
SU PEDIA	575	656	698
SU ADULTES <18a	737	735	692
<b>URGENCES ADULTES</b>	<b>11615</b>	<b>11650</b>	<b>10937</b>
SU PURPAN - tout âge	10582	10743	10244
SU RANGUEIL - tout âge	1033	907	693

Les données d'activité des Psychiatriques des Urgences du CHU Toulouse qui sont pour les Urgences de Purpan supérieures aux données ORU en raison du fait que :

- les prises en charges mixtes, initialement somatiques et secondairement psychiatriques (Intoxications Médicamenteuses Volontaires, TS traumatiques, ...) sont également décomptées,
- et que sont également intégrés les passages dans les unités d'urgences psychiatriques mais n'ayant pas bénéficié d'un codage du diagnostic (donc non détectables sur les exports ORU)



## Annexe n°22 : Composition de la Communauté Psychiatrique de Territoire

ETABLISSEMENT	COFIL CPT
<b>CHU</b>	Monsieur Marc Penaud - Directeur Général
	Professeur Laurent Schmitt - Président de la CME
	Professeur Christophe ARBUS - Président assemblée médicale
	Madame Véronique BEZOMBES - Cadre supérieur de santé pôle psychiatrie
	Monsieur Alexis LAFAGE - Directeur pôle psychiatrie
<b>CH DE LAVAUR</b>	Monsieur Sébastien MASSIP - Directeur
	Docteur Philippe MARTY - Chef du pôle psychiatrie
	Madame Sylvie DELECROIX - Directrice des soins
<b>CH G. MARCHANT</b>	Monsieur Bruno MADELPUECH- Président Copil
	Docteur Radoine HAOUI - Président de la CME
	Madame Laurence COMBEAU-MASSON - Directrice des soins
	Monsieur DE BIDERAN Carles - Directeur adjoint chargé des affaires générales, des partenariats et des projets
	Madame MALATERRE Julie, Chargée de mission à la Direction des affaires générales
<b>Association Route Nouvelle</b>	Association Route Nouvelle Docteur Nathalie BOUNHOURE - Présidente CME
	Madame Séverine ROLLAND, Directrice adjointe
<b>ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE GROUPE MGEN</b>	Monsieur Philippe CRIOU - Directeur
	Docteur HELIAS Perrine, Psychiatre



<b>ASSOCIATION APRES</b>	
<b>ARSEAA</b>	Monsieur Stéphane PAREIL - Directeur général
	Madame Camille HAHN -Adjointe au Directeur général
	Madame Michelle BASTARD - Directrice pôle guidance infantile
<b>CH LANNEMEZAN</b>	Madame Yasmina GAYRARD - Directrice
	Docteur BLANCHE - Président CME

<b>ETABLISSEMENT</b>	<b>ASSEMBLEE MEDICALE</b>
<b>CHU TOULOUSE</b>	Professeur RAYNAUD Jean-Philippe -Représentant du Chef du pôle psychiatrie du CHU
	Madame FAURE Karine - Représentant du Chef de pôle de psychiatrie du CHU
<b>CH DE LAVAUUR</b>	Docteur PINEL François - Médecin chef du secteur de psychiatrie adulte
<b>CH G. MARCHANT</b>	Docteur JAMOT Nathalie - Représentant du chef de pôle de psychiatrie adulte rive gauche
	Docteur BOUCARD Jérôme - Chef de pôle de psychiatrie adulte rive droite NE
	Docteur HECQUET Pierre - Chef de pôle de psychiatrie adulte rive droite SE
	Docteur CHOLLET Catherine-Chef de pôle psychiatrie infanto-juvénile
	Docteur CHAIX Catherine- Chef de pôle psychiatrie adulte et des conduites addictives en milieu pénitentiaire
	Docteur BONNET Laurence - Chef de pôle médical et technique
<b>ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE GROUPE MGEN</b>	Docteur Perrine HELIAS - Psychiatre
<b>ASEI</b>	

<b>ASSOCIATION APRES</b>	Mme ESCARNOT Hélène, Directrice
<b>ARSEAA</b>	Docteur Laurence CARPENTIER - Psychiatre
<b>Représentante CSIRMT GHT</b>	Madame Corinne FORTIN - CSS Gérard Marchant
<b>Représentante assemblée paramédicale CPT</b>	
<b>ETABLISSEMENT</b>	<b>ASSEMBLEE MEDICALE</b>
<b>CHU TOULOUSE</b>	Monsieur WEIDER André - Directeur des soins
<b>CH DE LAVAUUR</b>	Madame Stéphanie MORANDEIRA - Cadre supérieur de santé pôles psychiatrie adulte et infanto juvénile
<b>CH G. MARCHANT</b>	Monsieur Patrick BELLEFOND - Cadre supérieur pôle psychiatrie adulte rive gauche
	Madame Catherine POURTAU - Cadre supérieur de santé pôle psychiatrie adulte rive droite sud-est
	Monsieur Marc CAMPANER - Cadre supérieur de santé adultes et des conduites addictives en milieu pénitentiaire
	Monsieur Francis BOUDES - Cadre supérieur de santé pôle de psychiatrie infanto-juvénile
	Madame Delphine REGUER - Cadre supérieur de santé pôle médical et technique

<b>INVITES</b>	
<b>CH G. MARCHANT</b>	Oriane CORBELLI- Ingénieur qualité/gestion des risques
<b>ARS</b>	Laurent POQUET- Délégué Départemental de la Haute-Garonne
<b>URPS</b>	Docteur Maurice BENSOUSSAN - Président

<b>GROUPE</b>	<b>PILOTES GROUPE DE TRAVAIL PMP</b> (ne siégeant ni au Copil ni à l'assemblée médicale, ni à l'assemblée paramédicale)
<b>GROUPE 1 : CARTOGRAPHIE</b>	Monsieur Christian DENUX - Directeur Clinique du Château de Seysses
	Monsieur Nicolas NAVARRO, Interne en psychiatrie CH G. Marchant
<b>GROUPE 2 : PARCOURS PATIENT</b>	Docteur Sophie PREBOIS, Psychiatre - CHU de Toulouse
<b>GROUPE 3 : SOINS NON PROGRAMMES</b>	Docteur Stéphanie LAFONT, Psychiatre CHU de Toulouse
	Madame Sabine BIAU, Directeur Clinique de Beaupuy
	Madame Katia SEGUR, Cadre de santé CH G. Marchant
<b>GROUPE 4 : REHABILITATION</b>	Docteur Laurent LESGOURGUES, Président CLSM Mairie de Toulouse
	Madame Dominique BOURGOIS
<b>GROUPE 5 : ATTRACTIVITE MEDICALE</b>	Docteur AKBARI