ANNEXE 1

Elaboration d'un Contrat local de santé
ARS Pays de la Loire – Préfecture de Maine et Loire - Ville d'Angers

I. Contexte

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires réorganise la politique de santé au niveau régional, et ouvre la possibilité d'une collaboration plus étroite entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales, notamment par la signature de contrats locaux de santé. Ces contrats doivent favoriser la mise en œuvre locale du Projet régional de santé, dans le domaine de la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social[1], en fédérant l'ensemble des acteurs concernés autour d'objectifs communs.

Dès 2010, la Ville d'Angers a exprimé le souhait de contractualiser avec l'ARS des Pays de la Loire sur le champ de la santé mentale. Elle a investi ce champ dès 1998, avec de nombreux partenaires, dans les domaines de la prévention, du repérage et de l'accompagnement des personnes en situation de souffrance psychique ou psychosociale, et de l'insertion sociale des malades psychiques, notamment en matière de logement.

Le Projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire est construit à partir de trois orientations stratégiques : la personne au cœur du système de santé, la proximité organisée et la maîtrise des risques en santé. Il se décline à travers ses trois schémas régionaux, de prévention, d'organisation médico-sociale et d'organisation des soins, ses quatre programmes thématiques et un programme territorial pour chaque territoire de santé. Le contrat local de santé ARS Pays de la Loire – Ville d'Angers est en cohérence avec le Projet régional de santé, et particulièrement avec le programme territorial de santé du Maine et Loire, dont plusieurs objectifs concernent la santé mentale, en matière de prévention et d'amélioration des prises en charge en santé mentale aux différentes âges de la vie.

Pour élaborer ce contrat, l'ARS et la Ville d'Angers, appuyés par un comité technique réunissant des acteurs institutionnels, professionnels et bénévoles, ont réalisé entre janvier et juin 2012 un diagnostic des problématiques rencontrées par les différents acteurs intervenant dans ce champ. Présenté en Assemblée plénière réunissant tous les partenaires de la municipalité, ce diagnostic a été affiné par des groupes de travail qui ont produit des objectifs dans quatre axes : la prévention et le repérage précoce, la gestion des urgences et des situations de crise, la prise en charge et l'accompagnement du parcours de santé, et inscription dans la cité.

[1] Article L1434-17

II. La santé mentale

Le concept de santé mentale n'a pas à l'heure actuelle de définition universelle ; l'Organisation mondiale de la santé souligne que la santé mentale varie selon la culture, présente une forte dimension subjective et propose la définition suivante :
« Etat de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. »

Le terme de santé mentale apparaît dans les textes ministériels français en 1990, dans une circulaire qui invite les secteurs psychiatriques à développer leur collaboration avec les autres praticiens de la santé, les acteurs médico-sociaux et sociaux et la population. Cette articulation avec la cité recouvre deux objectifs majeurs : faciliter la réinsertion sociale des malades psychiques et prendre en compte la souffrance psychosociale qui ne rentre pas dans la nosographie psychiatrique.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 du ministère de la santé distingue trois dimensions à la santé mentale :
- la santé mentale positive (dimension préventive, promotion de la santé mentale),
- la détresse psychologique réactionnelle (due à une situation difficile à vivre, ou consécutive à un choc, une perte),
- les troubles psychiatriques (maladies répertoriées pour lesquelles existent un diagnostic et des propositions thérapeutiques).

Le contrat local de santé ARS Pays de la Loire – Ville d'Angers s'intéresse à ces trois dimensions, et s'adresse à tous les habitants d'Angers.

III. Les acteurs impliqués dans la démarche

Dans cette partie ne sont nommés que les acteurs qui ont répondu au questionnaire dans la phase de diagnostic.

<u>Le dispositif de soins spécialisé en santé mentale</u>
L'établissement public de santé mentale CESAME, est composé de 7 secteurs adultes et 2 secteurs de pédopsychiatrie, intervenant tous sur le territoire d'Angers. Ces 9 équipes soignantes ont développé une activité intersectorielle auprès de différents publics : les personnes âgées (conventions avec les établissements), les adolescents (Maison des adolescents), les personnes en situation de précarité (équipe mobile du DIASM), les personnes hospitalisées aux urgences du CHU (UPAP), les détenus.

Le département de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU d'Angers est composé de l'Unité de psychiatrie de l'adulte (accueil des suicidants, médecine psychosociale, psychiatrie de liaison) et de l'Unité de psychiatrie de l'enfant (accueil et traitement des urgences, psychiatrie de liaison, clinique de l'adolescent, unité fonctionnelle de psychologie périnatale).

34 psychiatres et 25 psychologues libéraux exercent sur le territoire de la commune.

Les acteurs spécialisés en addictologie : l'association ligérienne d'addictologie ALIA, qui gère un CSAPA, l'ANPAA 49, le centre de soins de suite et de réadaptation Le Chillon.

Les associations spécialisées :
L'UNAFAM 49, (Union nationale des familles et amis de personnes malades et /ou handicapées psychiques) soutient les familles en difficulté et milite pour l'accès aux soins, la continuité des parcours de santé et notamment les réponses en matière d'hébergement et de logement.
Le Groupe d'entraide mutuelle (association OxyGem), association d'autosupport de malades psychiques.
La Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine Pays de Loire est représentée à Angers et a créé notamment deux clubs thérapeutiques de patients.

La direction de la santé publique de la Ville d'Angers :
Une équipe composée d'un médecin, d'une psychologue et d'une infirmière intervient sur la thématique, en collaboration avec les autres directions municipales et en lien avec l'ensemble des partenaires des secteurs médicaux, médico-sociaux, éducatifs et sociaux pour soutenir et faciliter la prévention et l'accès aux soins des personnes en souffrance psychosociale.

Aux côtés de ces acteurs spécialisés, de très nombreux acteurs se sont déjà inscrits dans la dynamique d'élaboration du contrat local de santé, en répondant à l'enquête, en participant au comité technique ou aux groupes de travail :

Des acteurs de prévention, de repérage précoce et d'accès aux soins : l'Inspection académique, le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, l'Université catholique de l'ouest, le Service inter-entreprises de médecine du travail, les directions enfance et environnement de la Ville d'Angers, Médecins du Monde, l'IREPS 49, l'association Quazar, deux médecins généralistes.

Des acteurs de la sécurité publique :
La direction de la police municipale de la Ville d'Angers, la direction départementale de la sécurité publique du Maine-et-Loire.

Des acteurs de la justice et des tutelles :
La direction départementale de la Protection judiciaire de la jeunesse, l'UDAF, l'ATADEM, Cité justice citoyens

Des acteurs du secteur médico-social :
La MDPH, l'association alpha (ESAT et SAMSAH du bord de Loire,API), Arceau Anjou, Conseil général : protection maternelle et infantile, ASEA 49, Les Chesnaies, l'association Franklin Esvières.

Des acteurs de l'accueil et de l'aide sociale :
Ville d'Angers : CCAS et CLIC, Réseau Pass'Ages, Conseil général : solidarités, aide sociale à l'enfance, les associations ATLAS, AAVAS, ADAVEM, SOS Amitié, VAD.

Des acteurs de l'hébergement et du logement :
La FNARS, l'Abri de la Providence, Anjou insertion habitat, SOS femmes, Habitat Humanisme, France Terre d'Asile, Béthanie, Angers habitat, le Toit angevin, les Castors angevins, Val de Loire, les foyers de jeunes travailleurs Darwin, Marguerite d'Anjou, Mistral et Monplaisir.

Des acteurs de l'insertion et de l'emploi :
L'ESAT le Sénévé, l'AAPAI, SSAP, Cap Emploi, la mission locale angevine, Resto-troc, Via formation et Atout ménage.

La dimension transversale des actions à mettre en œuvre impose une collaboration avec d'autres institutions. A titre d'exemples, l'organisation et la sécurisation des transports des urgences psychiatriques nécessitent l'intervention de la Préfecture, et les questions de l'hébergement et du logement relèvent des missions du Conseil général et de la Direction de la cohésion sociale.

IV. Le diagnostic partagé en santé mentale

L'analyse documentaire et des rencontres avec les principaux acteurs concernés a permis d'élaborer un questionnaire visant à identifier les difficultés rencontrées par les acteurs des différents champs, leurs manques et leurs ressources, ainsi que les priorités qu'ils souhaitaient voir figurer dans le contrat local de santé. L'enquête en ligne a été adressée à 144 structures. 133 réponses ont été enregistrées[2], émanant de 72 structures différentes.

Structures spécialisées	Identifiées	Répondantes	Questionnaires
Soins spécialisés	21	14	29
Associations usagers/proches	2	2	2
Médicosocial	8	5	10
Insertion – emploi	7	4	4
Total	38	25	45

Structures non spécialisées	Identifiées	Répondantes	Questionnaires
Prévention, santé publique	12	8	30
Soins généralistes	7	1	2
Usagers	6	1	1
Secteur médicosocial	4	3	3
Accueil et aide sociale	19	9	23
Hébergement – logement	27	15	18
Insertion - emploi	18	4	4
Justice	10	4	5
Sécurité publique	3	2	2
Total	106	47	88

Principaux enseignements du diagnostic :

Les données chiffrées

Il est difficile de rendre compte de l'activité en santé mentale et de son évolution.

Les données reflètent l'utilisation du système de santé hospitalier (file active des services) mais ne disent rien de la prise en charge extrahospitalière, en dehors du CHU et du CESAME. Elles ne reflètent qu'imparfaitement la réalité de la situation et de la mobilisation des acteurs.

Les habitants d'Angers sont surreprésentés dans les files actives du CESAME.

Les Angevins représentent 28% de la population du département, mais 34% de la file active ambulatoire, 36% de la file active des secteurs et 41% des hospitalisations à temps plein. La proportion de la population angevine ayant recours aux soins psychiatriques est deux fois plus importante que celle des autres cantons (33‰ versus 17‰).

Le nombre de personnes ayant recours à la psychiatrie augmente.

Entre 2007 et 2009 le nombre de patients des secteurs adultes du CESAME a augmenté plus vite que le nombre d'habitants. Cette augmentation a surtout été marquée chez les hommes, de moins de 25 ans et de plus de 65 ans, vivant dans les quartiers prioritaires de

[2] 2 réponses ne comportaient pas d'indication sur l'identification de la structure.

la politique de la Ville. La durée de prise en charge a augmenté également au cours de cette période. Cette augmentation se retrouve sur l'ensemble du territoire français.

Les publics accueillis

Les deux tiers des acteurs des structures non spécialisées répondants accueillent régulièrement des malades psychiques.

93% des répondants accueillent des personnes en situation de mal-être au moins une fois par mois, 68% des personnes repliées sur elles-mêmes et 66% des malades psychiques et des personnes présentant des troubles du comportement, 59% des personnes souffrant d'addictions. La violence et l'agressivité sont signalées plus rarement, avec 42% des structures qui y sont régulièrement confrontées. 12% des acteurs déclarent être confrontés au moins une fois par mois à une crise suicidaire.

Les acteurs des structures non spécialisées sont confrontés aux manifestations de la souffrance psychique.

La comparaison avec les spécialistes en santé mentale montre que les répondants des structures non spécialisées citent davantage les personnes souffrant d'addiction, repliées sur elles-mêmes ou vivant des situations de maltraitance, des conduites à risques et des situations d'agressivité et de violence.

L'expression des difficultés

La prise en charge des personnes en situation de souffrance psychique est vécue comme difficile par l'ensemble des acteurs

Les acteurs, spécialisés et non spécialisés en santé mentale, sont 92% à signaler des difficultés dans la prise en charge.

Les publics les plus difficiles à accompagner sont les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques, d'addiction et celles qui cumulent plusieurs problèmes.

Les publics posant le plus de difficulté aux acteurs non spécialisés sont les personnes souffrant d'addiction et celles souffrant de troubles psychiatriques. Sont également fréquemment cités les cas complexes, pour lesquels les dispositifs existants sont insuffisants : grands marginaux présentant une co-morbidité psychiatrique et addictive, étrangers en difficulté au regard de leur séjour en France, adolescents et jeunes adultes sans ressources, personnes qui refusent la prise en charge.

La saturation des structures d'aval et l'orientation non justifiée vers la psychiatrie sont les principales difficultés signalées par les spécialistes en santé mentale.

L'insuffisance et la saturation des structures médico-sociales et sociales permettant la sortie de l'hôpital est citée par 69% des répondants spécialisés. Viennent ensuite l'orientation vers les services de psychiatrie de personnes qui ne souffrent pas d'une pathologie psychiatrique, faute de réponse plus adaptée (63%), la saturation des services (56%) et l''orientation tardive vers les soins (53%).

L'insuffisance et la qualité des réponses des structures spécialisés est la première difficulté évoquée par les acteurs non spécialisés.

La première difficulté citée par les acteurs non spécialisés est l'insuffisance des réponses en matière de soins psychiques (64% des répondants). Il peut s'agir du manque de place ou de l'absence de réponse adaptée à certains publics, mais également de refus d'hospitalisations non justifiés, d'absence de reconnaissance des acteurs sociaux donneurs d'alerte, de sorties non concertées...

Les structures non spécialisées sont insuffisamment préparées à l'accueil et au suivi des personnes en situation de souffrance psychique.

Les carences sont nombreuses : absence de protocole d'intervention (pour 57% des répondants), pas de formation à l'écoute (53%), réponse interne insuffisante (50%), méconnaissance des dispositifs spécialisés (49%), absence de sécurité (41%).

Obtenir l'adhésion des personnes en situation de souffrance psychique est cité comme une difficulté par 57% des répondants non spécialisés.

L'insuffisance des moyens humains est citée par la moitié des répondants.

56% des acteurs spécialisés et 50% des non spécialisés citent la faiblesse des moyens humains parmi les difficultés de la prise en charge et de l'accompagnement.

Les ressources évoquées

L'équipe interne est la première ressource des acteurs.

La première ressource citée spontanément par les répondants est le travail d'équipe au sein de leur structure (69% des spécialistes et 50% des non spécialistes). L'analyse de la pratique et la régulation sont citées dans les mêmes proportions par les deux catégories de répondants.

Les acteurs spécialisés se sentent bien outillés pour la prise en charge.

Les acteurs spécialisés mettent davantage en avant leur formation et leur expérience (41% versus 23% pour les non spécialisés) ainsi que leur pratique de la coordination, du travail en réseau et l'existence de protocoles (31% versus 13%).

Les ressources externes sont nombreuses et variées, mais le recours aux médecins généralistes et aux associations est très faible.

Interrogés sur les structures ressources qu'ils utilisent, les répondants citent101 structures différentes, le tiers des citations concernant le soin psychiatrique. Les usagers et les proches ne sont cités que par 8% des répondants. Les médecins généralistes ne sont cités que par quelques acteurs non spécialisés en santé mentale.

La gestion des situations « difficiles »

55 acteurs ont exposé 97 situations les ayant mis en difficulté, dont 40 concernent des personnes suivies en psychiatrie. L'agressivité et la violence sont au cœur d'une situation sur 5, comme l'est également la crise suicidaire. L'analyse de ses situations a permis de dégager cinq facteurs clés dans la résolution du problème :

- *L'adhésion de la personne* : acceptation, déni, refus, agressivité, influence de l'entourage…
- *Les compétences internes de la structure* : formation des acteurs à l'écoute et à l'entretien, anticipation des situations et existence de protocoles d'intervention.
- *Le partenariat développé par la structure* : connaissance des dispositifs et de leurs missions, existence d'un contact direct, d'une convention, appartenance à un réseau formel ou non…
- *L'environnement* : existence et accessibilité des dispositifs, réglementation en vigueur…

Les situations décrites font appel à trois types de réponses :

- *La réponse interne* (23 situations rapportées).

  Exemples : une personne agresse les professionnels puis essaye d'enfoncer la porte derrière laquelle ils se sont réfugiés ; un père très alcoolisé veut prendre le volant avec ses deux petites filles dans la voiture ; un collègue confie son mal-être… Il s'agit de

situations qui demandent d'entrer en communication avec la personne et d'obtenir son accord. Pour se préparer à affronter ses situations, il est essentiel de développer les compétences des professionnels d'accueil à l'entretien et de définir des protocoles d'intervention.

- *L'orientation adaptée* (17 situations rapportées).
  Exemples : crise suicidaire diagnostiquée lors d'un entretien ; problème psychiatrique repéré lors d'une garde à vue ; troubles du comportement d'un enfant en jardin d'enfant...
  Outre les compétences en entretien d'aide, qui permettent de bien définir les problématiques et d'obtenir la confiance de la personne, il est nécessaire de bien connaître les dispositifs et les acteurs de la prise en charge, et d'être reconnu par eux.

- *L'accompagnement* (58 situations rapportées).
  Exemples : jeune femme incapable de sortir de chez elle sans possibilité de soin à domicile ; homme perdu de vue par la structure sociale qui l'accompagnait après une sortie d'hospitalisation non concertée ; absence d'interprétariat qui empêche un demandeur d'asile désocialisé d'accéder à des soins psychiatriques ...
  Ces situations, relativement fréquentes, évoluent favorablement quand existe un partenariat fondé sur la construction commune et la coordination de parcours de santé, faisant une large part à l'avis des différents acteurs et aux souhaits de l'usager.

Choix des axes et des thématiques prioritaires

Trois axes se dégagement nettement : « Prise en charge, accompagnement et parcours de santé » (1er chez les acteurs non spécialisés), « Prévention et repérage précoce » (1er chez les acteurs spécialisés) et « Gestion des situations de crise, et des urgences ». Les axes « Promotion de la santé mentale » et « Inscription dans la cité » sont ressentis comme moins prioritaires par les répondants.

Thématiques prioritaires pour l'axe Promotion de la santé mentale
- Développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales (69%)
- Accès à une écoute personnalisée (67%)
- Soutien à la fonction parentale (54%)

Thématiques prioritaires pour l'axe Prévention et repérage précoce :
- Accès rapide à un professionnel spécialisé en santé mentale (82%)
- Formation au repérage et à l'intervention précoce (72%)
- Accès à une écoute personnalisée (49%)

Thématiques prioritaires pour l'axe Gestion des situations de crise et des urgences :
- Coordination des intervenants (66%)
- Accès rapide à des professionnels qualifiés (57%)
- Formation à la gestion de crise et à l'intervention d'urgence (53%)
- Définition de protocoles d'intervention et d'orientation (50%)

Thématiques prioritaires pour l'axe Prise en charge et accompagnement :
- Articulations entre soins, médicosocial et social (79%)
- Accompagnement et continuité des soins (65%)
- Travail en réseau et partage d'information (64%)
- Alternatives à l'hospitalisation (hébergement adapté) (60%)

Thématiques prioritaires pour l'axe Inscription dans la cité :
- Accès et maintien dans un hébergement ou un logement (74%)
- Accès à un groupe de pairs, soutien associatif, actions collectives (52%)

- Accès à l'éducation et à la formation (51%)

Le comité de pilotage décide de ne pas investir dans un premier temps la promotion de la santé mentale, peu d'acteurs étant investis dans ce champ.

V. Une assemblée plénière et des groupes de travail

Lors de l'assemblée plénière du 12 juin, les participants des groupes de travail par axe ont validé et enrichi le diagnostic. Le constat des insuffisances et des besoins est partagé par les acteurs du soin, de l'éducation, de la prise en charge sociale et par les représentants associatifs. Les pistes évoquées pour améliorer la situation, dans le domaine de la prévention, de la gestion de crise et des urgences, de la prise en charge et du parcours de santé, de l'insertion dans la cité, sont précises, argumentées et concordantes. Les participants ont témoigné de leur intérêt pour le futur contrat local de santé et de leur volonté de participer à la recherche et la mise en œuvre de solutions pérennes.

Les participants ont souligné l'importance de la transversalité et de l'articulation des réponses pour faciliter le parcours de santé des personnes en difficulté. Ils ont également mis en relief les acquis existants : sur les thématiques de la prévention du suicide et de la prise en charge des personnes vivant avec une maladie psychique existent des équipes compétentes, un corpus de formations et des formateurs pour les animer. Ces formations pourront aisément être repensées en fonction du diagnostic réalisé. Des collaborations intersectorielles existent déjà, qui gagneront à être pensées et formalisées au niveau du territoire. La formation et l'articulation entre les acteurs sont en effet les solutions évoquées dans les quatre groupes de travail. Elles sont nécessaires à tous les niveaux, qu'il s'agisse de prévention, de l'abord de personnes vivant avec une maladie psychique ou en situation de souffrance psychosociale par des personnels non spécialisés, de l'intervention lors de situations de crise, de prise en charge et d'accompagnement social.

Quatre groupes de travail se sont réunis 2 fois autour des axes suivants ;

- Axe 1 : Prévention et repérage précoce
- Axe2 : Gestion des situations de crise et des urgences
- Axe 3 : Prise en charge, accompagnement et parcours de santé
- Axe 4 : Inscription dans la cité

Leurs travaux ont permis da dégager des objectifs

VI. Proposition d'objectifs pour le CLS

De façon générale il faudra pour tous les axes faire le point sur ce qui existe. Le Contrat local de santé a permis de définir collectivement des objectifs sur le territoire de la ville d'Angers. Un certains nombre d'entres eux se retrouvent dans le plan régional de santé publique ou le programme territorial de santé. Ils trouveront parfois une réponse dans les contrats ou conventions signés entre des partenaires (ARS, CHU, CESAME, Rectorat,...).

Axe 1 : Prévention et repérage précoce

1. Développer la promotion et la protection de la santé mentale auprès des jeunes Angevins

1.1. Promouvoir l'application sur le territoire d'Angers du contrat de partenariat signé le 29 mai 2012 entre l'ARS et le Rectorat et notamment
   a. la participation de l'ensemble des établissements scolaires aux actions de promotion de la santé mentale et de prévention de la souffrance psychique.
   b. la participation des équipes éducatives de ces établissements aux formations sur ces thématiques organisées par le Rectorat.

   Evaluation : bilan chiffré annuel (année scolaire).

1.2. Faciliter l'accès précoce aux soins des adolescents

   Soutenir et pérenniser la Maison des Adolescents (MDA) dans son triple rôle :
   - ✓ d'accueil, de suivi et d'orientation des jeunes et de leur entourage,
   - ✓ d'espace ressource de proximité pour les professionnels
   - ✓ d'accompagnement de la réflexion sur le thème de l'adolescence auprès des partenaires et du grand public

   Evaluation : bilan annuel de la MDA.

1.3. Développer le lien avec le Programme de Réussite Educative

2. Favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et l'orientation vers une prise en charge adaptée

2.1. Définir et développer une offre de formation graduée destinée aux professionnels, allant de la sensibilisation, à l'aide au repérage et à l'orientation des personnes en difficulté sur le plan de la santé mentale, et de les accompagner vers les acteurs du diagnostic et de la prise en charge, ou de faire venir ces acteurs vers elles. Les contenus doivent être élaborés avec la participation des associations d'usagers et de proches.

   Formateurs : acteurs du soin et acteurs ayant une bonne connaissance de populations spécifiques : étudiants, personnes âgées, migrants, personnes en situation de précarité, personnes marginalisées.

   Stagiaires : des acteurs en contact avec les publics :
   - ✓ dans les lieux de soins (médecine du travail, médecine universitaire, PMI, centres d'examen de santé...),
   - ✓ dans les quartiers (maisons de quartier, centres sociaux...)
   - ✓ auprès des personnes âgées, en institution et à domicile,
   - ✓ dans les dispositifs sociaux et médico-sociaux.
   - ✓ les médecins traitants

Evaluation : cahiers des charges des formations créées (objectifs, contenus, intervenants), satisfaction des stagiaires quant à l'adéquation des formations à leurs besoins spécifiques, nombre d'acteurs formés par secteur

2.2. Soutenir l'offre existante et favoriser la mise en place de groupes ou équipes ressources pour faciliter le repérage précoce, le maillage et l'accès aux soins pour des populations spécifiques : maternité, périnatalité, enfants, jeunes, étudiants, personnes âgées, migrants, personnes en situation de précarité et/ou d'addiction, ...

Axe 2 : Gestion des urgences et des situations de crise

1. Organiser la réponse aux urgences psychiatriques :

1.1. Mettre en place une équipe mobile de psychiatrie habilitée à intervenir dans les situations d'urgence psychiatrique

- ✓ Concertation ARS/CHU/UPAP/CESAME/Ville d'Angers/Conseil général pour définir la réponse la plus adaptée aux situations d'urgence en s'appuyant sur l'expérience du DIASM et de la DSP qui y répondent aujourd'hui en partie
- ✓ Définition de son mode de saisie et de fonctionnement.
- ✓ Pérennisation et stabilisation sur le plan financier.

Evaluation : écriture du cahier des charges et des protocoles d'intervention, mise en place de la réponse bilan annuel des interventions dans les situations d'urgence.

1.2. Organiser le transport des patients admis en psychiatrie et sécuriser les interventions ;

a. Redéfinir l'ensemble des protocoles de transport des patients et de sécurisation des interventions, sur l'espace public ou à domicile, sur l'agglomération angevine dans le cadre d'une concertation Préfecture – ARS – CHU – UPAP- CESAME – Ville d'Angers – SAMU – SDIS-Pompiers
b. Désengorger les urgences du CHU en favorisant l'admission directe à l'Unité d'accueil et d'orientation (UAO) du CESAME.
c. Mettre en place une coordination des structures d'urgence du CHU et du CESAME en lien étroit avec le dispositif élaboré pour les interventions d'urgence.
d. Définir clairement et faire connaître le rôle des différentes structures accueillant les patients en santé mentale ainsi que leurs articulations (les secteurs et leurs différents dispositifs, l'UAO et les urgences du CHU).

Evaluation : réalisation des protocoles, analyse annuelle des admissions et relevé des dysfonctionnements.

1.3. Clarifier les modalités de signalement et d'alerte des urgences psychiatriques, pour les usagers et pour les professionnels

a. Mettre en place une permanence téléphonique 24h/24 en concertation avec les CMP, l'UAO, les urgences du CHU et l'équipe d'intervention d'urgence, pour les adultes et pour la pédopsychiatrie (secteurs, MDA).
b. Diffuser largement les coordonnées aux usagers et aux professionnels.
c. Définir les modalités de retour d'information vers les donneurs d'alerte.

Evaluation : bilan annuel, relevé des dysfonctionnements.

2. Développer la capacité des professionnels non spécialisés en santé mentale et des proches des usagers à intervenir efficacement dans les situations de crise

2.1. Poursuivre les sessions de formation à la gestion de la crise suicidaire

- ✓ Actualisation par les formateurs du programme et des contenus
- ✓ Réflexion sur la prise en charge financière, en privilégiant l'utilisation des fonds de la formation continue.
- ✓ Diffusion de l'offre.
- ✓ Réalisation de sessions annuelles.

Evaluation : nombre de formations réalisées, nombre de stagiaires par profession et type de structure, évaluation de la satisfaction des stagiaires quant à l'adéquation de la formation à leurs besoins.

2.2. Renforcer la capacité des structures sociales à prévenir et gérer les situations de violence

a. Soutenir une offre de formation s'adressant aux structures ayant à faire face au comportement agressif de certains usagers, composée ;
   - o d'un volet à destination des cadres de ces structures, visant la définition d'un protocole à appliquer dans les situations de violence,
   - o d'un volet en direction des personnels en contact avec le public, pour leur permettre de prévenir et gérer ces situations ; exemple des livrets d'accueil.

b. Diffuser de l'offre.
c. Réaliser des sessions tous les ans.

Evaluation : nombre et types de structures formées, nombre de stagiaires par profession, évaluation de la satisfaction des stagiaires quant à l'adéquation de la formation à leurs besoins.

2.3 Faciliter l'intervention des médecins généralistes ;

a. Développer la formation
b. Expérimenter le travail en réseau entre les médecins généralistes, les secteurs de psychiatrie, le CESAME et les acteurs médico-sociaux en s'appuyant notamment sur différentes modalités d'exercice ; cabinet médical, maison de santé pluriprofessionnelle,...

Axe 3 : Prise en charge, accompagnement et parcours de santé

1. Réduire les risques de rupture dans les parcours de santé des patients suivis en psychiatrie

1.1. Développer la pratique de travail en réseau autour des neufs pôles de de psychiatrie d'Angers : (7 pôles adultes et 2 pôles en pédo-psychiatrie)

- Favoriser la connaissance réciproque des missions, moyens et contraintes de chacun, par la formation croisée entre acteurs du soin psychiatrique, du soin somatique, des addictions, sociaux, médico-sociaux et socio-éducatifs d'un même territoire.
- Construire à plusieurs le parcours de santé à travers des projets de soin et d'accompagnement médico-social, pensés de façon pluridisciplinaire, comme des alternatives à l'hospitalisation.

- Pérenniser ces temps de réflexion, de concertation et d'analyse de la pratique en les inscrivant dans les projets de structure des différentes institutions.
- Faciliter la participation des médecins généralistes au travail en réseau.

1.2. Soutenir et pérenniser ce travail de réseau par une fonction d'animation et de coordination, avec les missions suivantes :
- Appui à l'organisation de rencontres régulières.
- Organisation d'actions transversales aux sept secteurs :
  - diffusion d'informations,
  - organisation de temps d'échanges et de formation communs aux sept secteurs notamment sur les spécificités de certains publics : étrangers en demande de régularisation, personnes de cultures et de langues différentes, mère-enfant, personnes âgées, personnes sans domicile, maintien dans l'emploi, personnes souffrant de conduites addictives,... Analyse des difficultés rencontrées et des solutions trouvées.
  - gestion et mise à disposition de moyens spécifiques (interprètes, fonds de secours pour le coût des interventions judiciaires...).

Evaluation : bilan annuel de la coordination et du travail en réseau.

2. Soutenir une réflexion pour une meilleure utilisation des moyens de soins (lits d'hospitalisation, réponses ambulatoires, liens à faire avec les autres partenaires)
3. mieux répondre aux besoins en structures médico-sociales

3.1. Identifier précisément les réponses existantes et les besoins pour les différentes catégories de patients : adultes, psychotiques vieillissants, mère-enfant, personnes sans domicile... (Ville d'Angers/ARS/CESAME/Conseil général/ DIASM/associations)

3.2. Soutenir les projets locaux et susciter des projets nouveaux répondant à ces besoins
- ✓ aide aux porteurs de projet,
- ✓ défense de leur dossier auprès des instances compétentes.

Evaluation : évolution de l'offre médico-sociale sur le territoire d'Angers.

Axe 4 : Insertion dans la cité

1 Développer les réponses en matière de logement pour les personnes en situation de souffrance psychique sur le territoire d'Angers :

1.1 Recenser les différentes études réalisées sur le sujet

1.2 Identifier et soutenir les projets locaux (bailleurs sociaux, associations...).

1.3 Définir une stratégie pour faciliter l'accès et la vie dans le logement des malades psychiques, en s'appuyant notamment sur les travaux en cours (charte éthique, projet de convention...).

- ✓ Développer la collaboration avec la Direction départementale de la cohésion sociale, les bailleurs sociaux et le SIAO.
- ✓ Définir l'information nécessaire au bailleur pour trouver une réponse appropriée, ainsi que le circuit de cette information.
- ✓ Faciliter la participation des associations d'usagers et de proches aux commissions d'attribution (loi Borloo).
- ✓ Améliorer les possibilités d'accompagnement social à domicile (SAVS, SAMSAH, AAD, ASLL,...).

Evaluation : évolution du partenariat, du nombre de places et de logements, des délais d'obtention d'un logement pour les malades psychiques.

2 Faciliter l'inscription des personnes en situation de souffrance psychique dans la vie de la cité :

Tout en sachant que des réponses adaptées seront nécessaires pour certaines personnes, le développement d'actions favorisant la mixité des publics sera privilégiée

2.1. Favoriser la participation aux activités, sportives, culturelles et de loisirs

- Soutenir les événements qui contribuent à changer l'image des malades psychiques, comme la Semaine d'information sur la santé mentale.
- Connaître l'offre et la demande en termes d'activité :
  - o étude menée par le Conseil local des personnes en situation de handicap,
  - o questionnement des usagers via le GEM et les clubs thérapeutiques.
- Mettre en place des réponses adaptées en tenant compte des cultures et des langues différentes.
- Développer les réseaux d'échanges de savoirs.

Evaluation : mise en place d'actions, satisfaction des usagers.

2.2. Favoriser l'accessibilité aux services publics

Développer des actions de formation permettant aux agents des services publics d'accueillir les personnes en situation de souffrance psychique ou psychosociale.

Evaluation : nombre d'agents formés dans les différents services.