

# Diagnostic territorial partagé



Juillet 2019

## Sommaire

Introduction.....	5
Le Projet Territorial de Santé Mentale : contexte et objectifs.....	6
Un cadre partagé entre l'ARS et les acteurs du territoire.....	7
Animation et Gouvernance du PTSM 29 .....	7
Méthodologie du diagnostic partagé .....	10
1. Un diagnostic territorial partagé centré sur les parcours .....	11
2. Déroulement des groupes de travail.....	11
3. Travaux complémentaires : .....	13
4. Le calendrier du PTSM : vers la Feuille de Route et le plan d'actions.....	14
Caractéristiques du département. ....	17
1. Contexte démographique et social .....	18
1.1 Un département densément peuplé mais vieillissant.....	18
1.2. Une précarité contenue mais des inégalités persistantes. ....	19
1.3. Des populations isolées.....	19
2. Contexte sanitaire .....	20
2.1 Espérance de vie et mortalité.....	20
2.2 Pathologies psychiatriques.....	20
2.3 Addictions et pathologies associées.....	21
2.4 Risque suicidaire et mortalité par suicide .....	23
3. Organisation de l'offre de soins .....	24
3.1 Démographie des professionnels de santé .....	24
3.2 Equipements sanitaires .....	25
3.3. Activités des établissements .....	30
4. Organisation de l'offre médico-sociale .....	32

4.1 Public adulte .....	32
4.2 Public enfant et adolescent .....	33
5. Les acteurs de la coordination .....	34
6. Les instances de démocratie en santé .....	35
6.1 Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) .....	35
6.2 Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM).....	35
Les problématiques identifiées dans les groupes de travail .....	37
Groupe 1. La place de la prévention et de l'inclusion .....	38
Groupe 2 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et somatiques. ....	48
Groupe 3 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. ....	61
Groupe 4 : Accueils et accompagnements inadaptés .....	71
Groupe 5 : Anticipation et gestion des situations de crise. ....	79
Vers la feuille de route .....	88
1. Synthèse du diagnostic partagé : émergence de problématiques transversales. ....	89
2. Les leviers transversaux identifiés.....	91
Conclusion .....	92
Glossaire .....	93
Annexes .....	94

## Éléments de définition

### Santé mentale

Selon l'OMS, la santé mentale comporte trois dimensions :

- la santé mentale positive, discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel,
- la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

### Handicap psychique

Si la loi du 11 février 2005 reconnaît la notion de handicap psychique, il n'y a, pour l'heure, "aucune définition partagée du handicap psychique" (Anesm, 2014).

Nous retiendrons que le handicap psychique renvoie aux difficultés rencontrées par une personne, dans un contexte donné, à maintenir des activités quotidiennes ou des rôles sociaux, à participer pleinement à la vie en société. La notion de situation de handicap psychique met en évidence que ces difficultés résultent d'une interaction entre les limitations de la personne, conséquences de sa pathologie, et les obstacles qu'elle peut rencontrer dans certaines situations de vie (stigmatisation, rejet, complexités administratives ...).

Le handicap psychique est la conséquence de maladies et troubles psychiques invalidants. Si les personnes ne présentent pas de déficiences intellectuelles, les pathologies peuvent entraîner des troubles cognitifs évolutifs ou permanents. Le handicap psychique induit un risque accru de repli sur soi et d'isolement social.

*Pour aller plus loin : Psycom, UNAFAM.*

## Préambule

*La mission qui a été confiée aux membres de la chefferie de projet arrive à son premier terme. La production d'un diagnostic partagé avec plus de 150 acteurs concernés du territoire finistérien est représentative des problématiques les plus consensuelles, mais ne peut pour autant revêtir d'un caractère exhaustif.*

*Le double prisme médical et social a été orchestré par des regards pluriels de professionnels du champ de la santé ou non, usagers, institutionnels, politiques, de façon à ne pas enfermer la question de la santé mentale dans celle de la psychiatrie. La notion de parcours de vie, au-delà de celle du parcours de soins, nous a invité à tenter de faire tomber des frontières qui cloisonnent forcément.*

*L'approche conjuguée de la médecine générale, du médico-social, du social, de la psychiatrie, de la psychologie, etc. soumise au regard critique des citoyens est la seule réponse cohérente parce que globale.*

*La particularité du territoire finistérien, très étendu, avec deux centres de gravité, nord et sud, montre l'importance des relais et des ancrages locaux. La démocratie sanitaire doit s'implanter dans chaque commune en prenant en compte la singularité des situations individuelles.*

*Nous espérons que ce travail de recherche appliquée trouvera une suite logique dans l'élaboration d'un plan d'action ambitieux et réaliste.*

*Les chefs projet du PTSM 29*

*Frédéric Gobin,*

*Philippe Genest,*

*Sébastien Maillard,*

*Yann Dubois.*

# Introduction

## Le Projet Territorial de Santé Mentale : contexte et objectifs.

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 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 construit 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**. Le décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale en précise les objectifs :

- 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 décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur

En outre, le PTSM se doit de répondre à **6 priorités** telles que définies par l'article R.3224-5 du Code de la santé publique :

**Priorité 1** : Repérage précoce des troubles psychiques, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux.

**Priorité 2** : 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.

**Priorité 3** : Accès aux soins somatiques adaptés aux besoins des usagers.

**Priorité 4** : Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence.

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

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

Le décret du 27 juillet 2017 prévoit une validation des PTSM par les A.R.S au plus tard en 2020. Par ailleurs, les PTSM doivent être en cohérence avec les projets régionaux de santé (2018-2022).

Enfin, le PTSM se traduit par un Contrat Territorial de Santé Mentale signé avec le Directeur général de l'agence régionale de santé (A.R.S).

## Un cadre partagé entre l'ARS et les acteurs du territoire.

En Bretagne, le niveau territorial retenu pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale est le département. Ce choix se justifie par une coordination facilitée à cette échelle de territoire, du soin, de l'accompagnement social et médicosocial (logement, l'insertion, la scolarité, l'emploi ...). L'échelle départementale autorise en outre la capitalisation des expériences et des échanges entre l'ensemble des acteurs du territoire.

Comme le souligne l'Agence Régionale de Santé, le Projet Territorial de Santé Mentale exige la mise en œuvre d'une démarche partenariale, ouverte à l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale dont les personnes concernées et leurs proches.

### Animation et Gouvernance du PTSM 29

- **Chefferie de projet**

Elle est constituée de quatre professionnels expérimentés, de formation et de culture différente, travaillant en étroite collaboration et en complémentarité. Ils mettent en place la démarche participative et partenariale associant l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale :

- Ils sont les responsables opérationnels et responsables de la production de la démarche,
- Ils sont les référents des différents partenaires impliqués dans la démarche,
- Ils associent les expertises nécessaires,
- Ils préparent et animent les travaux du comité de pilotage.

Les chefs projet désignés par le COPIL du PTSM 29 sont :

- ❖ **Sébastien MAILLARD**, Directeur Kan Ar Mor, représentant Solida-cité.
- ❖ **Frédéric GOBIN**, Directeur général les Papillons Blancs.
- ❖ **Philippe GENEST**, Psychiatre, CHU de Brest, représentant président de CME.
- ❖ **Yann DUBOIS**, Directeur EPSM Gourmelen Quimper

- **Le Comité de Pilotage**

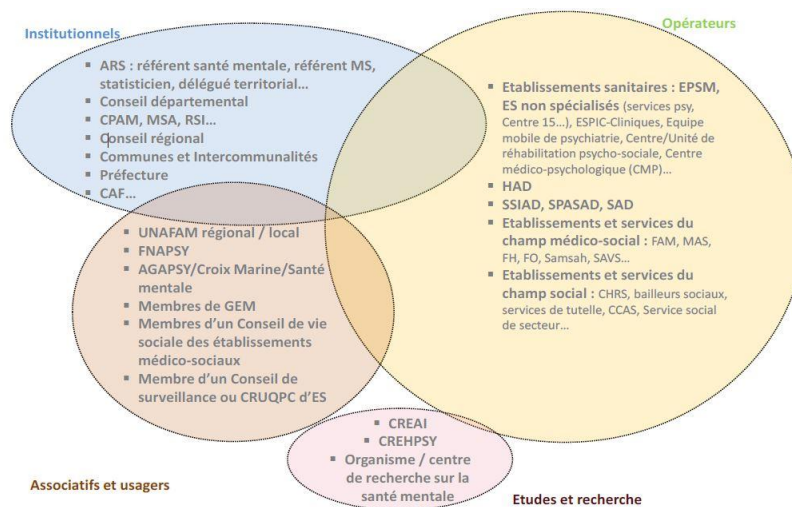
Il est constitué de 30 membres représentatifs des divers acteurs (institutionnels, opérateurs, usagers) impliqués en santé mentale<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Composition du COPIL en annexe n°2



**Figure 1 : Acteurs du Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale (ANAP)**



Les missions du COPIL PTSM 29 se déclinent ainsi :

- Désignation des chefs de projet,
- Officialisation de la mission confiée à la chefferie de projet dans la conduite opérationnelle de la démarche,
- Validation et adoption de la convention de partenariat,
- Validation des propositions des chefs de projet concernant la constitution et la composition des groupes de travail nécessaires à la conduite de la démarche,
- Priorisation des travaux intermédiaires,
- Définition des choix stratégiques,
- Validation du diagnostic et du plan d'action issu du diagnostic,
- Définition du plan de communication.

- **Le groupe projet**

Il se compose des chefs projet, des pilotes et copilotes de chaque groupe de travail et de la chargée de mission PTSM 29.

Membres volontaires, **les pilotes et copilotes**<sup>2</sup> sont représentatifs de l'ensemble des acteurs de la santé mentale sur le territoire.

<sup>2</sup> Pilotes et Copilotes du Diagnostic partagé en annexe 3

Ils ont pour mission l'animation des groupes de travail en veillant au respect de la méthodologie A.N.A.P. et au bon déroulement des échanges. Au terme des séances, ils élaborent la synthèse du groupe de travail en vue de sa restitution en réunion plénière avec l'appui de la chargée de mission.

Des réunions du groupe projet se sont tenues à chaque étape du diagnostic partagé pour garantir la pertinence et l'exhaustivité des travaux menés.

**La chargée de mission** intervient en soutien de l'équipe projet. Elle a notamment assuré la coordination et la logistique des groupes de travail et rédigé, avec l'appui de l'équipe projet, le diagnostic territorial partagé.

L'équipe projet a également bénéficié de l'appui de **Mme Anne André, élève directrice de l'EHESP**, qui a coordonné le projet PTSM dans sa phase de lancement.

- **Les groupes de travail**

Ils rassemblent l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale. Cinq groupes de travail portant chacun sur une thématique propre ont été constitués :

- La place de la prévention et de l'inclusion
- Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et somatiques
- Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- Accueils et accompagnements inadaptés
- Anticipation et gestion des situations de crises.

Ils ont élaboré collectivement un état des lieux visant à identifier et analyser les ruptures potentielles de parcours de soins et de vie des personnes.

- **L'Agence Régionale de Santé.**

L'Agence Régionale de Santé a impulsé la démarche Projet Territorial de Santé Mentale sur le département du Finistère par l'organisation d'une réunion de lancement qui s'est tenue le 29 juin 2018 avec les acteurs du territoire.

L'équipe projet du PTSM 29 bénéficie d'un appui méthodologique de l'ARS tout au long de la démarche (mise à disposition de documents supports, de données statistiques, réunions d'étapes ...).

Enfin, l'ARS a apporté une aide ponctuelle pour l'élaboration du PTSM de 50 000 euros qui a permis le recrutement d'une chargée de mission.

# Méthodologie du diagnostic partagé

Objet du diagnostic territorial partagé :

*« 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 de préconiser des actions pour y remédier »<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> Article 69 de la loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé, décret du 27 juillet 2017.

## 1. Un diagnostic territorial partagé centré sur les parcours

La méthodologie mise en œuvre sur le département du Finistère s'appuie sur la méthode élaborée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)<sup>4</sup>. Cette méthode suppose l'adoption d'une approche globale et transversale des parcours de soins et de vie de la personne et la mobilisation de l'ensemble des acteurs de santé mentale du territoire, dont les personnes concernées et leurs proches.

Le modèle de la rosace se présente comme un outil de description du parcours à partir de cinq portes d'entrée où sont constatés les plus grands risques de rupture. Ce modèle a fait l'objet d'une appropriation par les acteurs du PTSM 29 pour identifier 5 thématiques au plus près des réalités du territoire.



Les 5 thématiques ont été traitées par 5 groupes de travail distincts.

## 2. Déroulement des groupes de travail

Trois séances par groupe de travail ont permis de faire un état des lieux exhaustif grâce à la complémentarité des expertises et expériences propres aux participants. Chacune des séances a visé des objectifs spécifiques :

<sup>4</sup> ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires. Décembre 2016.

### Séance 1 : Identifier les problèmes clés et les dysfonctionnements pour chaque porte d'entrée (Qui, quoi et comment ?)

Des vignettes cliniques ou histoires de vie émanant des acteurs, professionnels et usagers ont été collectées en amont des premières séances de travail. Elles ont servi de support aux premiers échanges<sup>5</sup>.

Cette première séance avait pour objectif d'identifier les ruptures de parcours en lien avec la thématique du groupe tout en mettant en valeur les forces individuelles et collectives sur le territoire. Une vigilance particulière a été portée aux territoires « frontières » avec les autres départements. De même, les participants ont été attentifs à interroger toutes les catégories de publics (âges de la vie, publics précaires, « invisibles »...)

### Séance 2 : Analyser les causes (pourquoi ?)

La seconde séance a permis une analyse collective de ce qui provoque les ruptures de parcours en ayant soin d'avoir une approche globale et transversale et de comprendre les interactions et enjeux entre les différents acteurs.

### Séance 3 : Formalisation du diagnostic et des pistes d'amélioration et d'actions partagées.

La troisième séance de travail a visé un objectif global de recherche de solutions, de réponses d'inclusion et de rétablissement mais également d'élaboration de propositions/ pistes d'amélioration.

Chaque séance de travail a donné lieu à un compte rendu, validé collectivement, qui a constitué le point de départ de la séance suivante.

Les séances se sont tenues en différents lieux du territoire afin de faciliter la participation de l'ensemble des acteurs et favoriser l'interconnaissance.

**15 séances de travail se sont déroulées entre février et mai 2019**

Tout au long de la démarche, l'ensemble des acteurs mobilisés ont bénéficié d'une base de données et d'informations sur la démarche PTSM via le site Internet « **PTSM29.com** ».

Afin de permettre l'expression des personnes concernées, une rencontre a été organisée avec des membres des **Groupes d'Entraide Mutuelle du Finistère**<sup>6</sup>. Ce temps d'échange a réuni 19 personnes dont trois animateurs et deux stagiaires. Outre une présentation de la démarche PTSM, les échanges ont porté, selon les 5 axes thématiques, sur les ruptures de parcours identifiées et expérimentées par les personnes concernées<sup>7</sup>.

Une rencontre avec des **représentants de la DTPJJ 29** s'est également tenue pour recueillir les constats propres à l'institution. Ce temps de travail s'est déroulé en présence du directeur territorial, de la responsable des politiques institutionnelles, de la directrice du service territorial éducatif de milieu ouvert de Brest-Quimper et de l'infirmière territoriale.

<sup>5</sup> Les vignettes cliniques sont consultables en annexe 5.

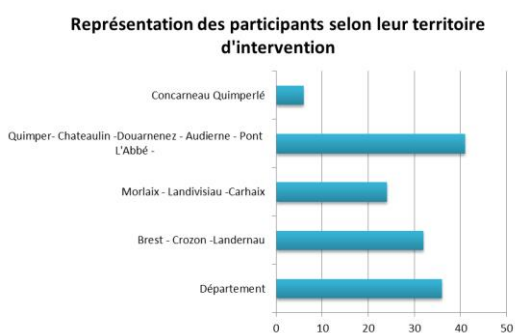
<sup>6</sup> Une présentation des GEM est proposée plus avant, page 86.

<sup>7</sup> Au vu de la richesse et de l'apport des échanges pour le diagnostic territorial partagé, il a été décidé, avec l'accord des participants, d'annexer au présent diagnostic le compte rendu de cet échange.

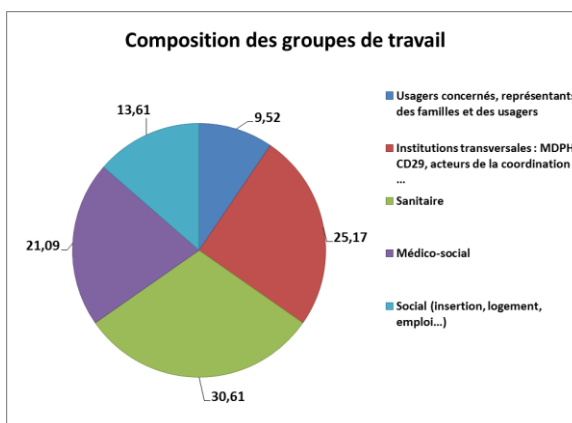
### 3. Composition des groupes de travail

Le nombre de participants par groupe oscille **entre 26 et 37 inscrits**<sup>8</sup>, soit un total de **153 acteurs** mobilisés sur les groupes de travail.

Le taux moyen de participation avoisine les **70%**, tout au long de la démarche.



4 représentants de l'Appui Santé Nord Finistère  
1 représentant de l'Appui Santé en Cornouaille



Un **équilibre entre sanitaire, social, médico-social et institutions transversales** est respecté quels que soient les groupes. Les usagers concernés et les représentants des familles sont présents sur tous les groupes en tant que participants ou copilote.

### 3. Travaux complémentaires :

Le diagnostic partagé réalisé par les groupes de travail s'est vu complété par une recherche documentaire et un recueil de données statistiques nécessaires à l'élaboration du portrait de territoire.

Des entretiens auprès des acteurs du territoire ont permis de recueillir des indicateurs et des données qualitatives pour compléter et objectiver les constats faits en séance de travail :

- ❖ Entretien avec un médecin psychiatre libéral sur le territoire de Quimper Cornouaille.
- ❖ Rencontres avec les acteurs de la filière addictologie du Sud Finistère (chef de pôle, soignants de la Clinique de l'Odet).
- ❖ Entretien avec le Cadre de Santé du CMP Antonin Artaud de Quimper.
- ❖ Entretien avec la Directrice des soins et directrice référente du site de Bohars.

<sup>8</sup> Le nombre de participants n'était pas limité. Une vigilance a été tenue afin d'assurer un équilibre dans la composition des groupes.

## 4. Le calendrier du PTSM : vers la Feuille de Route et le plan d'actions.

### Du diagnostic partagé ...

**29 juin 2018** : Lancement de la démarche PTSM 29 par une plénière de présentation du PTSM aux acteurs de la santé mentale sur le territoire.

**18 octobre 2018** : Installation du COPIL PTSM 29, désignation de la chefferie de projet.

**6 décembre 2018** : COPIL n°2 : validation de la méthodologie et du calendrier du diagnostic territorial partagé.

**Février à mai 2019** : Elaboration du diagnostic partagé en groupes de travail.

**20 juin 2019** :

- Une assemblée plénière de restitution des travaux du diagnostic territorial partagé,
- Un COPIL d'approbation du diagnostic territorial partagé.

**Septembre-Octobre 2019** : Suite à réception du diagnostic finalisé, l'ARS sollicite les CTS et CLSM concernés pour avis sur le diagnostic.

⇒ Processus d'approbation du diagnostic par le DG ARS



### ... Vers la feuille de route et le plan d'actions

**Septembre 2019** : COPIL n° 4 : Présentation pour validation de la démarche, le calendrier, la méthode et les objectifs de la feuille de route/plan d'actions.

**Septembre 2019 - janvier 2020 :** Elaboration de la feuille de route et plan d'actions en groupes de travail.

**Décembre 2019 :** COPIL n°5 : validation des axes du plan d'actions et des intitulés des fiches actions.

**Mars-Avril 2020 :** COPIL n°6 : Approbation du Plan d'Actions.

- ⇒ Transmission du PDSM 29 finalisé à l'ARS, qui sollicite pour avis les CTS et CLSM concernés.
- ⇒ Processus d'approbation du PDSM 29 par le DG ARS.
- ⇒ Démarrage des travaux d'élaboration d'un Contrat Territorial de Santé Mentale.

## **6. Le PTSM : une réponse coordonnée et territorialisée aux enjeux de la santé mentale et de la psychiatrie.**

Selon l'OMS, une personne sur quatre sera touchée au cours de sa vie par des troubles de la santé mentale. En France, 15% des 10-25 ans ont besoin de suivi ou de soins et 7,5 % des 15-85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. Ces chiffres font de la psychiatrie et de la santé mentale un enjeu de santé majeur et justifient de leur élévation au rang de politique de santé prioritaire.

### **6.1. La psychiatrie et la santé mentale : nouvelles priorités de la politique de santé.**

En France, la **stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 »** désigne la psychiatrie et la santé mentale comme prioritaires. Outre **l'obligation de déployer les PTSM** dans les territoires, la Feuille de route présentée le 28 juin 2018 fixe trois orientations stratégiques visant à :

- ⇒ Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance et les troubles psychiques et le suicide.
- ⇒ Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.
- ⇒ Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Le PTSM 29 s'inscrit en cohérence avec les priorités fixées par le plan « Ma santé 2022 ».

### **6.2 Le PTSM 29 : une déclinaison territoriale de la politique régionale de santé.**

A l'échelle régionale, le PTSM 29 répond aux priorités fixées par le Projet Régional de Santé 2018-2022. La question de la santé mentale irradie de manière transversale l'ensemble des objectifs prioritaires du schéma régional de santé. La prévention du risque suicidaire, des addictions et des troubles alimentaires comme les réponses en matière de soins à destination des plus jeunes doivent être renforcés. Le PRS prévoit également le déploiement d'une politique de santé mentale territoriale et partenariale par la généralisation des PTSM et CLSM sur l'ensemble des départements bretons, le renforcement des droits



des usagers et le soutien aux aidants ou encore l'amélioration de l'accès aux soins des personnes pour faciliter les parcours de vie et l'inclusion.

### 6.3. Une articulation nécessaire du PTSM 29 avec les projets locaux de territoire.

Les contrats territoriaux de santé sont portés conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale. Ils visent à notamment à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, au plus près des besoins des populations.

Les Contrats Locaux de Santé en Finistère :

Contrat local de santé de Quimperlé communauté	2016 - 2019
Contrat local de santé de la Communauté de commune de Concarneau Cornouaille agglomération	2017-2020
Contrat local de santé du Pays Centre Ouest Bretagne (n°2) ⇒ Avenant santé mentale	2017-2020
Contrat local de santé des Iles Bretonnes du Ponant	2016 - 2020
Contrat local de santé du Pays de Brest	2019 - 2023
Contrat local de santé du Pays de Morlaix	En cours d'élaboration.

La question de la santé mentale est abordée de manière transversale par la majorité des CLS du territoire. Le Pays COB a joint un avenant santé mentale à son CLS pour répondre à des problématiques prégnantes de prise en charge de la crise suicidaire et des addictions et d'accès aux soins.

La question de la psychiatrie et de la santé mentale étant transversale à l'ensemble des politiques publiques en faveur des populations, une recherche de cohérence et complémentarité avec les schémas départementaux guide l'élaboration du PTSM 29 (Schémas Enfance famille jeunesse, « Bien vieillir » en Finistère ...). Une attention particulière a été portée aux travaux réalisés dans le cadre du **5<sup>ème</sup> schéma départemental pour les personnes handicapées** afin que ces projets de territoire servent au mieux les personnes concernées et les acteurs impliqués dans le champ de la santé mentale.

# Caractéristiques du département.

# 1. Contexte démographique et social

## 1.1 Un département densément peuplé mais vieillissant.

Avec une population de 907 796 habitants et une étendue de 6 733 km<sup>2</sup>, le département du Finistère compte **une densité de population supérieure à la moyenne régionale** : 134, 8 hab./km<sup>2</sup> contre 119,8 en Bretagne.

La population se concentre sur les pôles urbains et les communes littorales. A l'inverse, les territoires ruraux du Centre Finistère (une majorité des communes des Monts d'Arrée) se distinguent par une faible densité de population.

**La croissance démographique est relative faible** (0,2% entre 2010 et 2015) sur le Finistère et moindre que dans le département du Morbihan (0,6%) et dans l'Ille et Vilaine (1,1%). Cette croissance s'origine essentiellement dans l'apport migratoire, le solde naturel du département étant négatif (-0,1 en 2016) et le Finistère disposant du plus faible indice conjoncturel de fécondité des départements bretons (176 pour 100 femmes en 2018).

**La population finistérienne, à l'image de la population bretonne, vieillit plus rapidement que la population française**, notamment dans les territoires ruraux et les communes littorales. Ce phénomène s'explique en partie par le déplacement des jeunes adultes vers les pôles urbains (étude, emploi) conjugué à l'installation de retraités.

**Le département fait état d'un indice de vieillissement de 87,1 contre 81,4 pour la région Bretagne.** En 2040, les plus de 60 ans représenteront 34% de la population totale (contre 28 % en 2015) et les plus de 75 ans 16% (contre 10,9% en 2015).

Figure 2 : Densité de population par commune

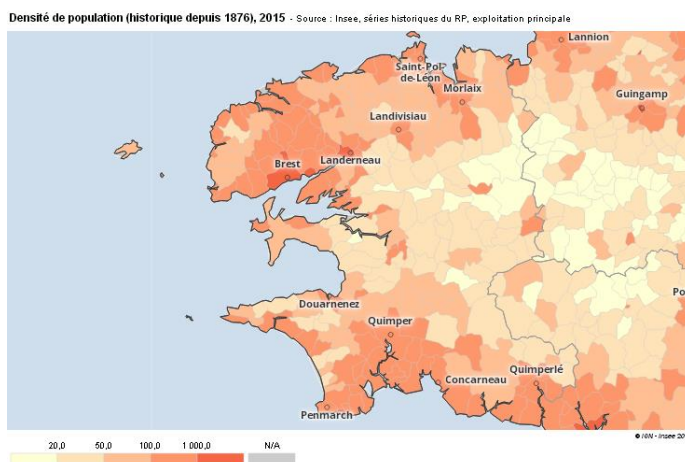
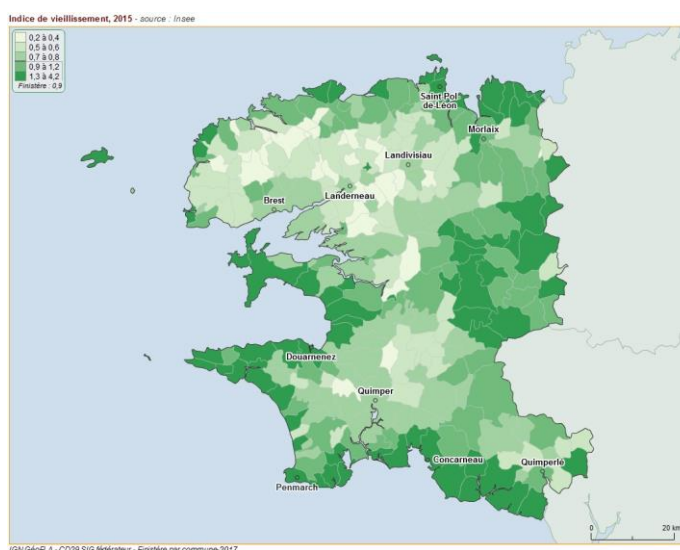


Figure 3 : répartition de la population par catégorie d'âge.

Catégories d'âge	Finistère	Bretagne	France
0-14 ans	16,9	17,8	18,3
15 à 29 ans	16,2	16,5	17,7
30 à 44 ans	17,7	18,1	19,0
45 à 59 ans	20,4	20	19,9
60 à 74 ans	17,8	17,2	15,9
75 ans ou plus	10,9	10,5	9,3

Figure 3 : Indice de vieillissement de la population par commune.



Sources : Insee Statistiques locales, Atlas du Finistère.

## 1.2. Une précarité contenue mais des inégalités persistantes.

Globalement, le Finistère est moins exposé aux difficultés sociales que d'autres départements bretons mais des disparités territoriales sont à souligner.

Si le Finistère fait état d'un taux de chômage de 7,5% au dernier trimestre 2018, les taux observés sur les territoires de Carhaix, Morlaix et Quimperlé oscillent entre 8,3 et 8,7%

Les bassins de vie de Huelgoat et Châteauneuf du Faou sont parmi les plus pauvres de France. Le premier fait état d'un taux de pauvreté de 19,7% contre 10,3% à l'échelle du département. La ville de Brest compte également un taux de pauvreté nettement supérieur à la moyenne départementale (17,1% en 2015).

Les populations les plus concernées par la précarité sont les moins de 30 ans (19,7%) et les familles monoparentales (28,5%) même si leur situation est plus favorable qu'en région.

Sources : Atlas de la santé mentale, Insee statistiques locales, Observatoire des territoires, Atlas du Finistère.

## 1.3. Des populations isolées.

Le département recense une part sensiblement supérieure qu'en France de ménages isolés : 38,5% contre 34,7%.

En outre, 46,1% des personnes de plus de 75 ans (majoritairement des femmes) vivent seules à leur domicile (France : 42,5%).

Sources : Insee Statistiques Locales, Observatoire des territoires.

	Finistère	Bretagne	France
<b>Part des Catégories Socio-Professionnelles dans la population de 15 ans ou plus (2015)</b>			
Agriculteurs exploitants	1,2	1,4	0,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,4	3,5	3,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6,8	7,3	9,2
Professions intermédiaires	13,6	13,6	14,1
Employés	15,6	15,4	16,3
Ouvriers	12,9	13,3	12,4
Retraités	31,7	31	26,9
<b>Niveau de vie - précarité</b>			
Taux de pauvreté(%) 2015	10,9	11,2	14,2
Médiane du niveau de vie (2015) - Euros	20 481	20 551	23 440
<b>Prestations sociales</b>			
Part des bénéficiaires de la CMU-C (Régime Général - 2015)	5,3	5,4	9,1
Part des bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 hab. (2014)	30	28	25

Figure 4: taux de pauvreté (seuil à 60% du revenu médian) par bassin de vie

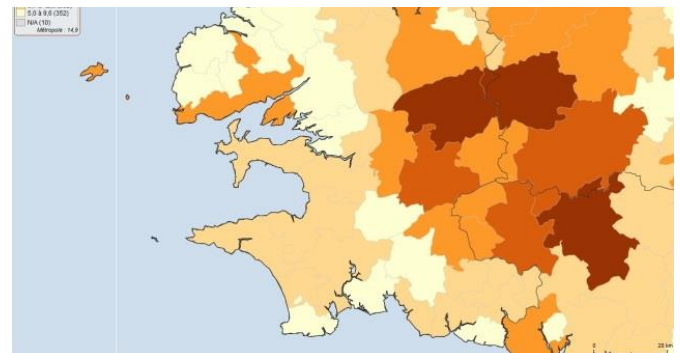
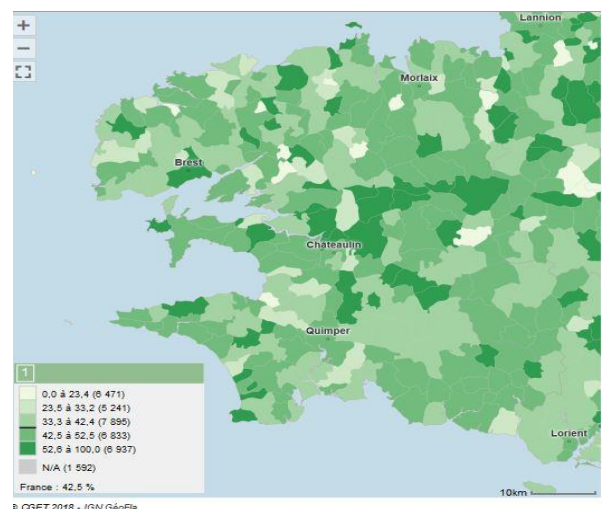


Figure 5 : Part des personnes de plus de 75 ans vivant seules. 2015



## 2. Contexte sanitaire

### 2.1 Espérance de vie et mortalité

Malgré une nette progression au cours de la dernière décennie, **l'espérance de vie de la population du territoire demeure plus faible qu'en région et accuse toujours un écart sensible avec les moyennes nationales.** Si l'écart entre les sexes se réduit (l'espérance de vie des finistériennes progresse moins vite, voire s'érode entre 2014 et 2018), il reste marqué : 6, 4 ans.

Figure 5 : Espérance de vie selon le sexe. Données 2018

	Finistère	Bretagne	France
Espérance de vie des femmes à la naissance (2018)	84,1	84,6	85,3
Espérance de vie des hommes à la naissance (2018)	77,7	78,6	79,4
Taux brut de mortalité (pour 1 000 hab.)	11,8	10,8	9,2

**La Bretagne est la quatrième région française où le taux de mortalité est le plus élevé.** A l'échelle régionale, le **Finistère affiche le 2<sup>nd</sup> taux plus élevé de mortalité (11,8 décès pour 1000 hab.),** derrière le département des Côtes d'Armor (12,8 décès pour 1 000 hab.). Ce phénomène s'explique notamment par les conséquences sur la mortalité des conduites addictives et par un taux de suicide plus élevé que sur d'autres territoires.

### 2.2 Pathologies psychiatriques.

La santé mentale constitue sur le Finistère un enjeu majeur de santé publique. Le département se caractérise, comme l'ensemble des territoires bretons, par des problématiques de santé spécifiques : prévalence des troubles psychiques, addictions et risque suicidaire.

- **Une prévalence des pathologies psychiatriques supérieure aux moyennes régionales.**

La prévalence des pathologies psychiatriques est sensiblement plus importante dans le Finistère qu'en région et est nettement supérieure aux moyennes nationales notamment pour les troubles psychotiques et les troubles névrotiques et de l'humeur.

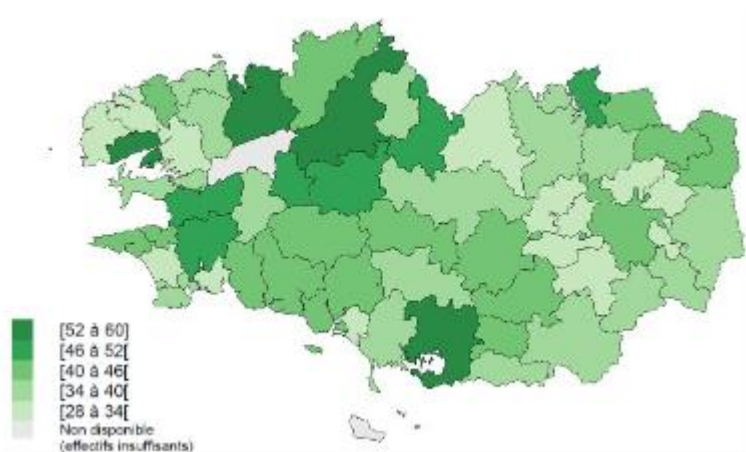
Figure 6 : Cartographie des pathologies

	Finistère	Bretagne	France métr.
<i>Cartographie des pathologies : prévalence estimée pour 1 000 hab. du régime général</i>			
Troubles psychologiques	10,2	8,9	7,2
Troubles névrotiques et de l'humeur	23,5	22,3	16,7
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	2,8	2,5	2,1
Autres troubles psychiatriques	9,1	8,4	6,9

Source : Portrait statistique en santé mentale 29, ARS.

La prévalence des maladies psychiatriques est particulièrement importante sur les territoires de Morlaix Communauté et Brest Métropole, puis sur les Communautés de Communes de Pleyben Châteaulin Porzay et de Haute Cornouaille.

Figure 7 Taux standardisés de prévalence des maladies psychiatriques par EPCI en Bretagne



Source : Atlas des pathologies à l'échelle des EPCI, Edition 2019, ARS Bretagne

- **Les Affections Psychiatriques de Longue Durée.**

En Bretagne, en 2013, **une nouvelle admission en Affection Longue Durée (ALD) sur 10 est attribuée aux affections psychiatriques**. Les troubles mentaux représentent le premier motif d'admission en ALD chez les Bretons de moins de 25 ans et les 25-44 ans. Chez les garçons entre 15 et 24 ans, les motifs d'admission en ALD sont essentiellement liés à des troubles spécifiques de la personnalité et psychoses, chez les filles, les troubles de l'alimentation et les épisodes dépressifs sont prépondérants. Le département du Finistère s'inscrit dans ces tendances régionales qui restent stables.

	Territoire de démocratie en santé – Finistère Pen Ar bed			
	Homme	Femme	Homme	Femme
<b>Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)</b>	10,7	11	10,4	11,7

Source : Portrait du territoire de démocratie en santé Finistère Pen Ar Bed, PRS (Données ; Cnamts, MSA, RSI - Exploitation ORS Bretagne (2012-2014))

### 2.3 Addictions et pathologies associées

- **Une consommation forte de substances psychoactives.**

La Bretagne est une des régions françaises les plus concernées par les problématiques de conduites addictives. Leurs conséquences sanitaires et sociales, tant sur un plan individuel que collectif, font de leur prévention et accompagnement, notamment auprès des jeunes, une priorité forte de la politique régionale de santé.

- ❖ Les entretiens menés auprès des acteurs du territoire ont mis en évidence la **présence croissante en zone rurale de publics concernés par des problématiques d'addiction**: alcool, tabac mais aussi substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne...). Eloignés des services de soins en addictologie, ces populations présentent souvent des situations sanitaires et sociales dégradées.
- ❖ Les professionnels de la filière addictologie notent également une **fémminisation des publics accompagnés, notamment pour une addiction à l'alcool**.

En 2014, 37% des jeunes bretons fumaient quotidiennement et consommaient plus fréquemment de l'alcool et du cannabis qu'au niveau national. Ils connaissaient également deux fois plus d'ivresses régulières.

Sur le Finistère, le recours aux soins pour une problématique d'addiction concerne 7,4 patients pour 1000 habitants pour l'année 2015 (6,4 patients pour 1000 habitants dans les Côtes d'Armor ; 7,4 dans le Morbihan et 4.3 en Ille et Vilaine).

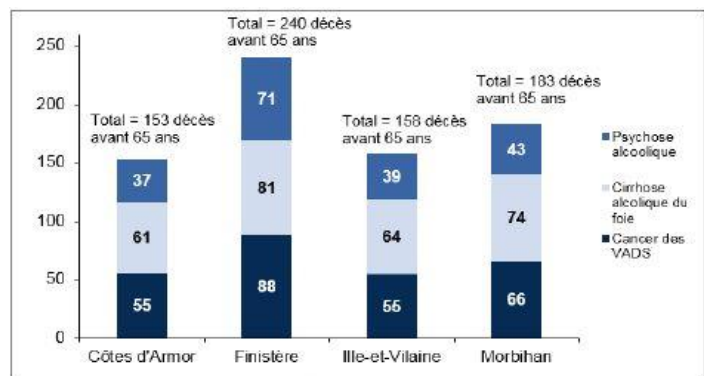
Entre 2017 et 2018, en psychiatrie adulte, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives représentent 9,8 % des prises en charge en ambulatoire, 11,2 % en hospitalisation de jour et 18,1 % des hospitalisations complètes (chiffre en légère progression par rapport à l'année 2017).

- **La consommation d'alcool et de tabac : cause principale de mortalité prématurée évitable sur le département.**

Entre 2008 et 2013, les pathologies liées à la consommation de tabac sont la **1<sup>ère</sup> cause de mortalité prématurée évitable** (37 % des décès), suivies de celles liées à la consommation d'alcool (26 %).

Le Finistère présente sur la même période, **une surmortalité avant 65 ans de 21 % plus élevée qu'en région chez les hommes et 25 % chez les femmes** pour les pathologies liées à la consommation de tabac, ainsi qu'une surmortalité masculine de 12 % plus élevée pour celles liées à la consommation d'alcool.

**Figure 8 : Nombre annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool selon les départements entre 2010 et 2012.**



Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

Une forte tendance à la baisse s'observe sur les départements bretons entre 2000 et 2012. Le Finistère enregistre toutefois une diminution moins importante de la mortalité prématurée chez les hommes (-25% contre 35 % en Ille-et-Vilaine). Chez les femmes, la baisse observée est équivalente à la tendance régionale (environ 30%).

Source : *Etat de santé de la population en Bretagne, PRS 2018-2022* ; *Observatoire Régional de Santé Bretagne (ORSB)* ; *Conduites addictives : Tableau de bord Addictions en Bretagne, Chiffres Clé (2018), RIM-P Annexe 2017.*

## 2.4 Risque suicidaire et mortalité par suicide

Sur la période 2012-2014, la Bretagne est la région française la plus touchée par le phénomène suicidaire. Le Finistère s'inscrit dans la tendance régionale en affichant un taux de mortalité standardisé nettement supérieur au taux national (14,3 pour 100 000 habitants).

### Un taux de mortalité par suicide particulièrement élevé chez les hommes...

En 2015, le Finistère présente un taux de mortalité par suicide légèrement inférieur à la moyenne régionale ; 23,4 décès pour 100 000 habitants en Finistère pour 24,7 en région. Les hommes sont les plus concernés avec 36,7 décès pour 100 000 habitants entre 2012 et 2014, tandis que chez les femmes, sur la même période, le taux de décès s'élève à 10,4 pour 100 000 habitants.

### ... et plus marqué chez les populations jeunes.

Le département se distingue par un taux de mortalité par suicide légèrement supérieur aux taux régionaux chez les personnes de moins de 60 ans, notamment chez les 15-24 ans.

### Une tendance à la baisse du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide observée sur le département depuis 2010.

Depuis 2016 et sur l'ensemble de la région, le taux de recours en hospitalisation pour tentative de suicide observe une baisse sensible et s'aligne progressivement sur les taux nationaux.

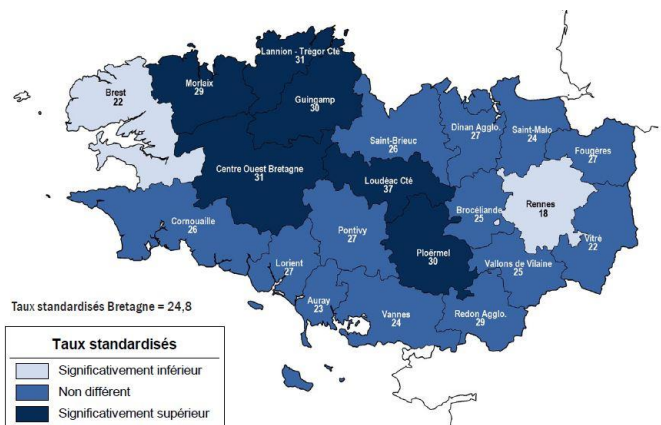
Les jeunes finistériens restent toutefois particulièrement exposés : chez les 12-18 ans le taux observé en 2015 est de 19 pour 1 000 hab. (France : 16,1 pour 1000 hab.). De même, les territoires du Centre et du Sud Finistère sont particulièrement concernés<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Dans le cadre de son CLS, Quimperlé Communauté a mené un diagnostic autour de la souffrance psychique chez les jeunes de 0 à 25 ans habitant sur le territoire.

Taux de mortalité selon l'âge et les départements en Bretagne en 2012-2014 (unité : pour 100 000)

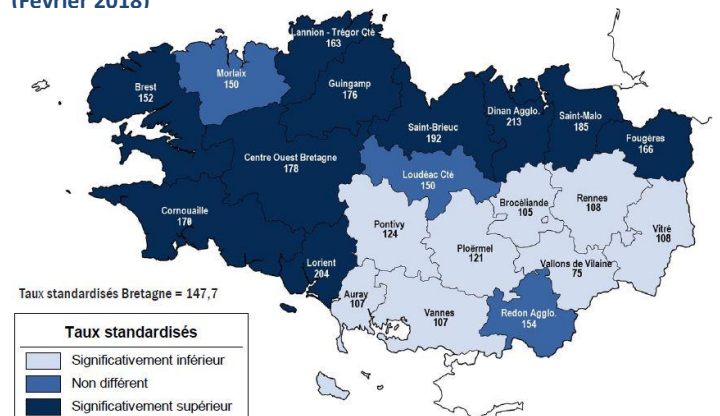
	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
5-14 ans	-	0,6	1,3	0,7	0,7
15-24 ans	7,4	10,0	5,9	13,6	8,8
25-34 ans	22,6	20,4	14,5	25,5	19,7
35-44 ans	40,3	32,6	28,3	33,1	32,6
45-54 ans	48,2	40,1	28,7	43,9	39,0
55-64 ans	30,0	34,1	33,9	32,9	32,9
65-74 ans	35,7	27,7	25,9	30,1	29,5
75-84 ans	47,1	30,9	35,0	39,6	37,5

Figure 9 : Taux de mortalité par suicide selon les pays de Bretagne en 2008-2014. Source : Observation du phénomène suicidaire en Bretagne (Février 2018)



Sources : Inserm CépiDc, Insee RP 2006 et RP 2014, Conseil Régional - découpage Pays 2017 Exploitation ORS Bretagne

Figure 10 : Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les pays de Bretagne en 2014-2016 Source : Observation du phénomène suicidaire en Bretagne (Février 2018)



Sources : PMSI MCO 2014 à 2016, ATIH, INSEE RP 2014, Conseil Régional - découpage Pays 2017 - Exploitation ORS Bretagne. \* Les tests de significativité sont calculés par rapport à la moyenne bretonne.

Sources : Atlas de la santé mentale, Observatoire du phénomène suicidaire en Bretagne (2018), Bulletin de santé publique, Bretagne. Conduites suicidaires (2019)



### 3. Organisation de l'offre de soins

#### 3.1 Démographie des professionnels de santé

**Une offre de premier recours relativement solide.**

Le département du Finistère bénéficie d'une densité plus importante qu'en région de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux.

A noter également que la part des médecins généralistes de plus de 60 ans est nettement plus faible qu'en région (23% en Finistère contre 26% en Bretagne et 34% en France métropolitaine)

**Une densité relativement faible de médecins psychiatres libéraux.**

Si le département compte 192 médecins psychiatres en 2018, ils ne sont que 67 à exercer en activité libérale.

#### Des inégalités territoriales

Si l'offre est globalement plus satisfaisante sur le Finistère, elle se caractérise toutefois par son inégale répartition sur le territoire et une évolution à la baisse du nombre de médecins généralistes sur plusieurs bassins de vie, pour certains déjà déficitaires : Douarnenez, Huelgoat, Plonéour-Lanvern. Morlaix s'inscrit également dans une dynamique à la baisse ; de même, Quimper, territoire mieux doté, connaît une évolution négative du nombre de médecins généralistes (6 praticiens de moins d'ici cinq ans).

La densité des médecins psychiatres libéraux se révèle également très hétérogène selon les bassins de vie. Les praticiens tendent à se concentrer sur les zones urbaines de l'ouest du département.

Source : ARS, Profil territoire Version 4.13, Observatoire de la démographie des professionnels de santé de Bretagne.

\* Dr Jean-François RAULT (dir), *La démographie médicale en Région Bretagne, Situation en 2015*. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Carte réalisée par Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, Géographe de la Santé.

Figure 11 : Densité des professionnels libéraux pour 100 000 hab.

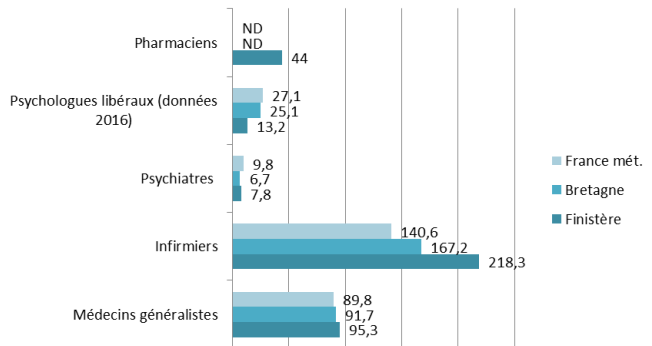


Figure 12 : Densité et évolution du nombre de médecins généralistes libéraux et par bassin de vie (données 2017, Cartosanté)

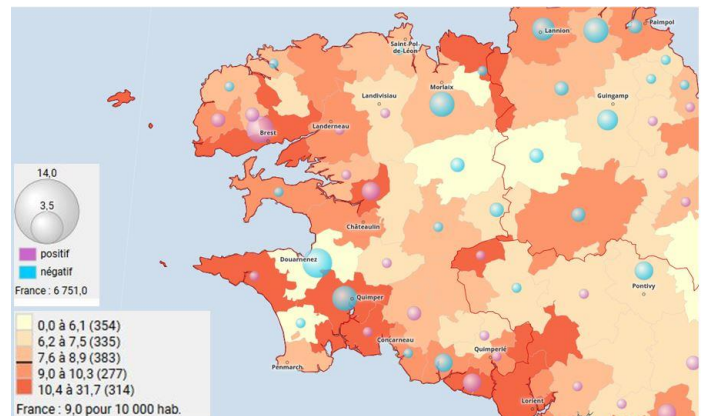
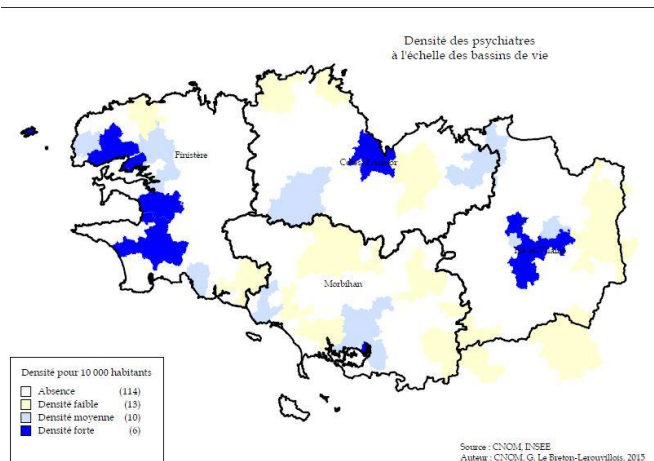


Figure 13 : Densité des psychiatres par bassin de vie. 2015\*



### 3.2 Equipements sanitaires

Le département dispose de 10 établissements autorisés en psychiatrie dont trois en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

#### 6 établissements publics :

Le CHRU Brest

L'Hôpital d'Instruction des Armées - Brest

Le CH Landerneau

Le CH des Pays de Morlaix

Le CH Quimperlé

L'EPSM Etienne Gourmelen – Quimper

#### 1 établissement privé à but non lucratif :

L'Hôtel Dieu – Pont L'Abbé

#### 3 établissements privés à but lucratif :

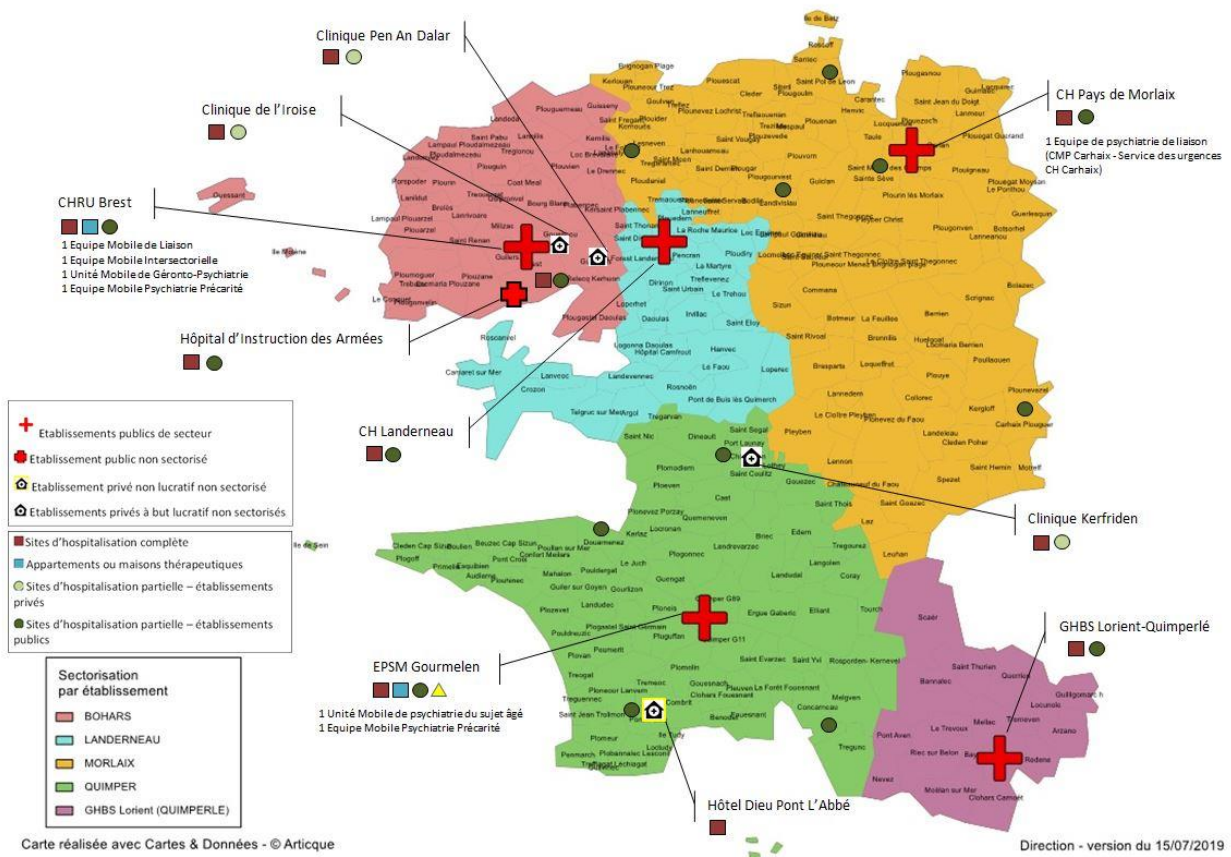
La Clinique de l'Iroise – Bohars

La Clinique de Pen An Dalar - Guipavas

La Clinique Kerfriden – Châteaulin

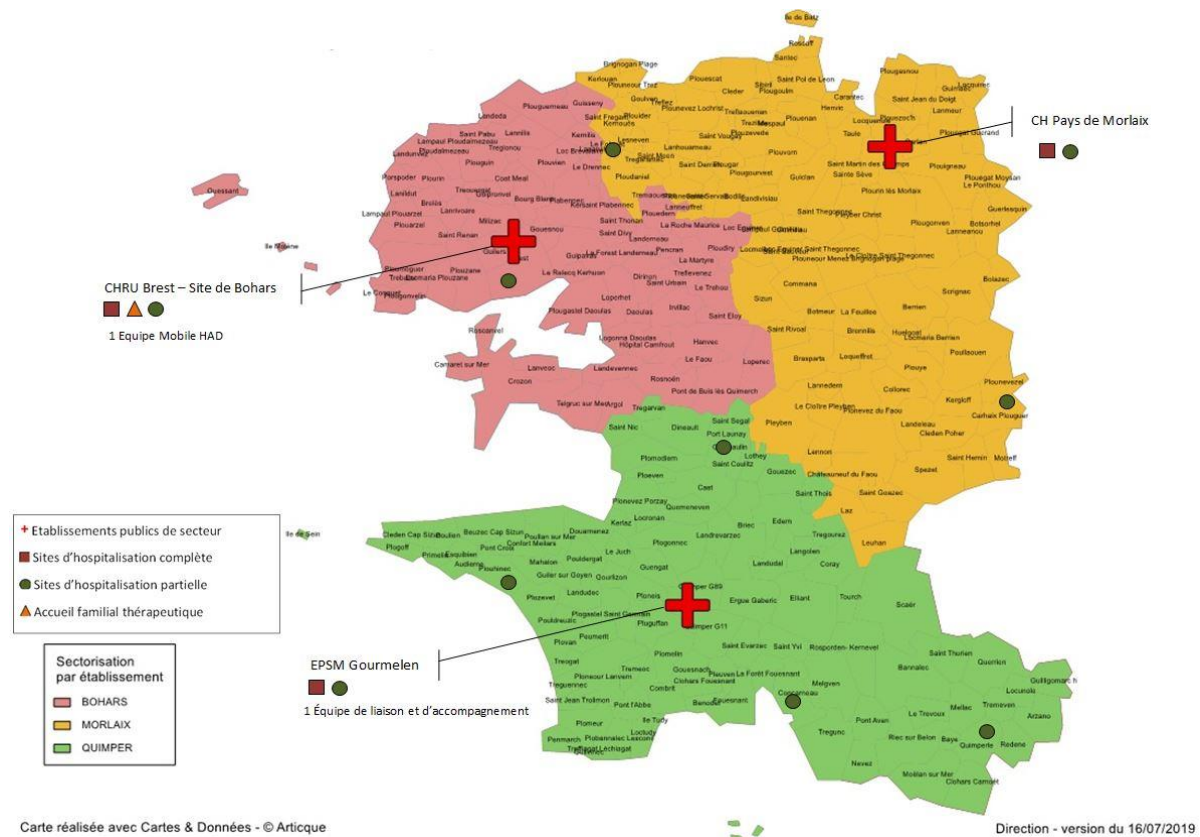
- Répartition de l'offre de soins en psychiatrie adulte sur le département.

Figure 14 : Equipements en psychiatrie adulte (hospitalisation et alternatives – hors CMP/CATTP)



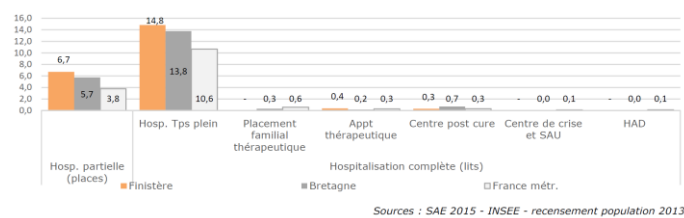
- Répartition de l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile sur le département.

Figure 15 : Equipements en psychiatrie infanto-juvénile (hospitalisation et alternatives – hors CMP-CATTP)



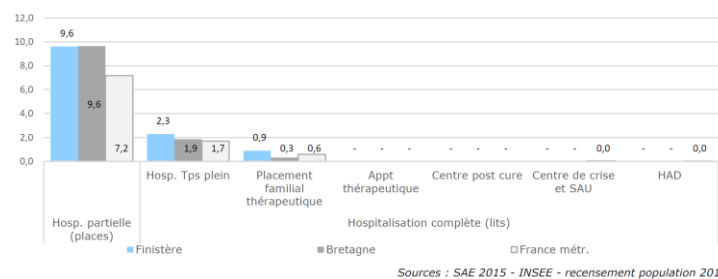
- Densité des services d'hospitalisation en psychiatrie adulte.

Figure 16 : Taux d'équipement (en lits ou places) pour 10 000 hab. de plus de 16 ans



- Densité des services d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile.

Figure 17 : Taux d'équipement (en lits ou places) pour 10 000 hab. de moins de 16 ans.



- L'offre de soins en ambulatoire

Figure 18 : Répartition des CMP et CATT à destination du public adulte

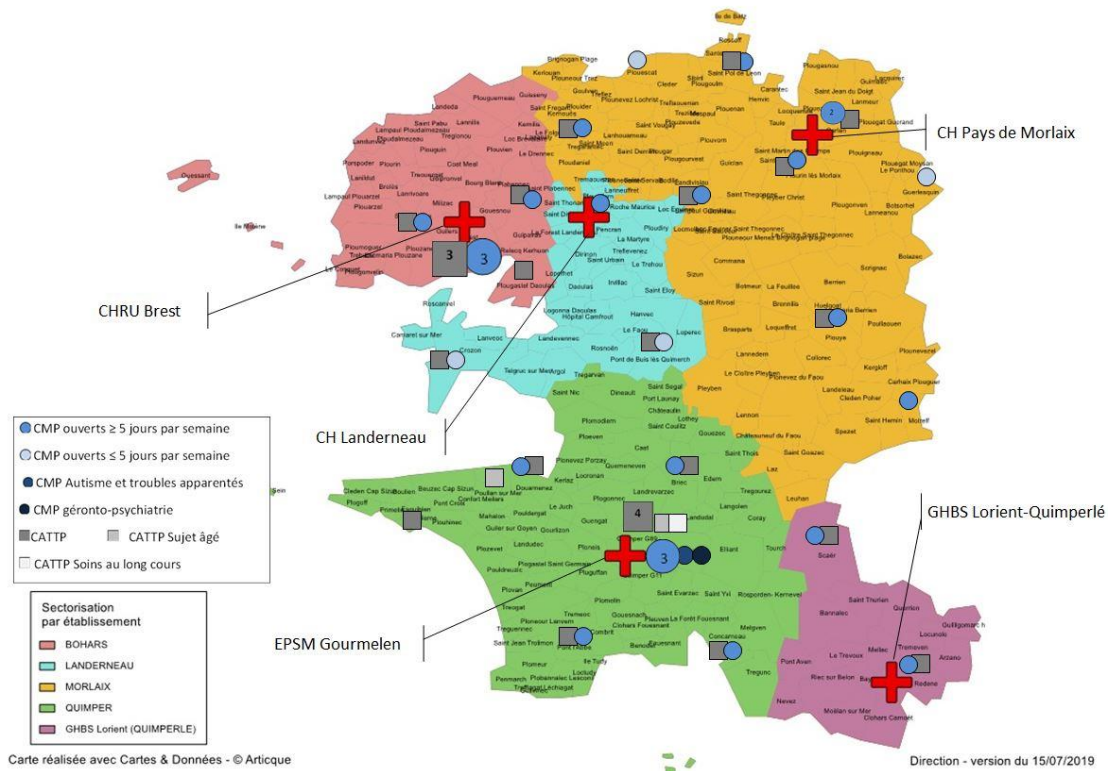


Figure 19 : Répartition des CMP et CATT à destination du public enfant et adolescent.

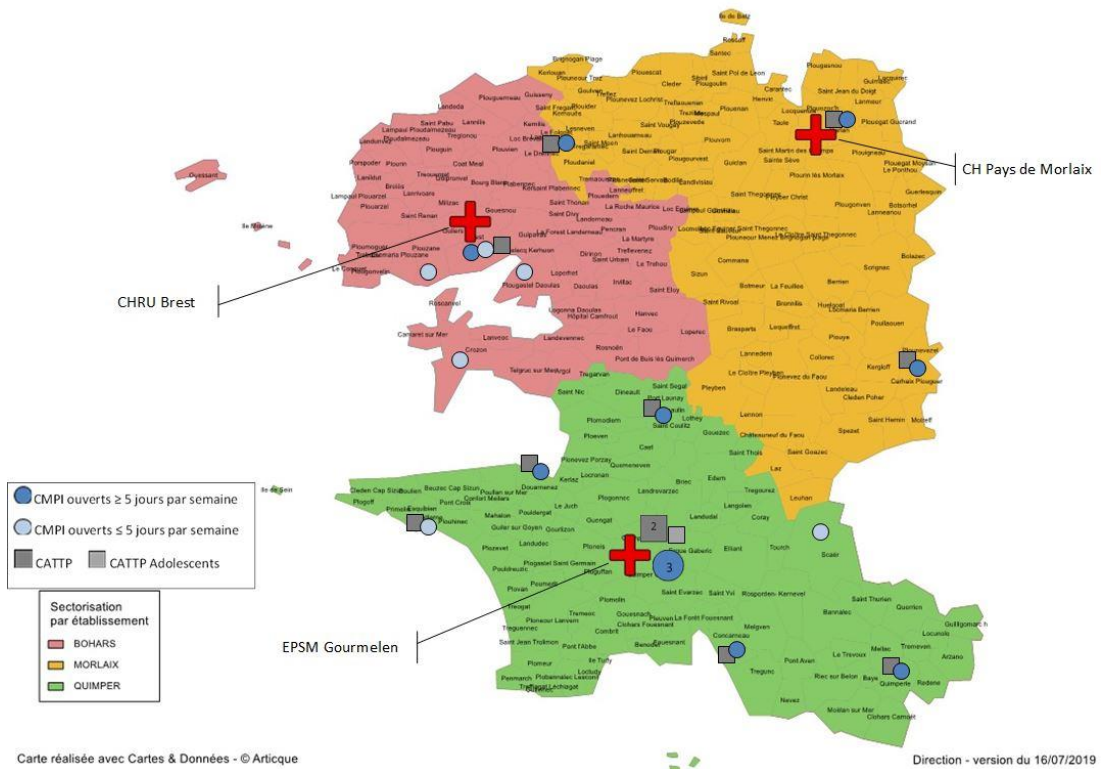


Figure 20 : Capacité en ambulatoire des établissements finistériens.

		CAPACITES			
		Nombre de structures			
		CMP		Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP
		Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine		
		K	L	M	C
Psychiatrie générale	14	23	36	15	32
Psychiatrie infanto-juvénile	15	6	12	2	8
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	16	1	-	-	-
Total psychiatrie (calculé)	17	30	48	17	40

Source : SAE, Enquête 2017, Etablissements tous statuts confondus.

- **Offre à destination des publics en situation de précarité<sup>10</sup>**

En 2019, le département compte **4 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** sur les CH Brest, Landerneau, Morlaix, Quimper. En outre, **2 Points d'Accueil Santé (PAS) sur Morlaix (Don Bosco) et Brest (AGHEB)** offrent un accueil de jour aux personnes en situation de précarité et facilitent leur accès aux soins.

**14 lits Halte Soins Santé répartis entre Brest (Coallia) et Quimper (CCAS)** permettent une prise en charge sanitaire et sociale des personnes sans domicile dont l'état de santé le nécessite.

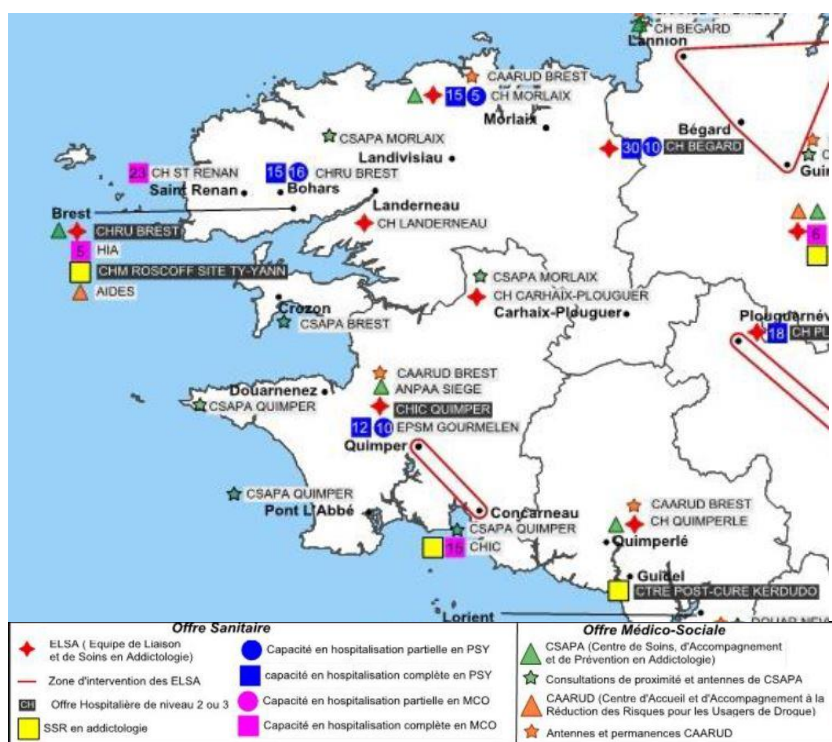
**9 places en Appartement de Coordination thérapeutique (ACT)** à Brest, portées par les **Amitiés d'Armor**, proposent une prise en charge médicale, psychologique et sociale à des personnes précaires en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical.

Le CHRU Brest et l'EPSM Gourmelen disposent **d'Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité** dont la mission est d'aller vers les publics en grande précarité et d'assurer l'interface entre le soin et le secteur social et médico-social.

<sup>10</sup> Carte de l'offre de soins à destination des publics en situation de précarité en annexe 6.

- Offre en addictologie.

Figure 21 : Répartition de l'offre de soins en addictologie



Le département compte également 8 centres de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) à destination des mineurs et jeunes majeurs et de leurs proches.

Le centre de soins en addictologie du CH Saint Renan a ouvert début 2019 un hôpital de jour d'une capacité de 4 à 6 places.

Un pôle spécialisé Régional d'Addictions aux jeux, au sein du CH Bohars, complète le dispositif de soins et de prévention des conduites addictives du Finistère.

Des travaux sont actuellement en cours au sein de la filière addictologie de Cornouaille pour disposer de sevrages simples et complexes en médecine sur le territoire en complément de l'offre existante en psychiatrie (réflexion intégrée dans le Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire).

### 3.3. Activités des établissements

Entre 2017 et 2018, près de 75% des patients ont été pris en charge uniquement en ambulatoire, soit 7% de plus qu'entre 2016-2017. A l'inverse, le nombre de patients en hospitalisation complète et partielle tend à diminuer depuis 2016.

Plus de la moitié de l'activité ambulatoire en psychiatrie adulte se déroule en CMP (57,5%), près de 16% en CATTP.

Les motifs principaux de prise en charge en ambulatoire concernent les troubles psychotiques (26,6%), de l'humeur (24,8%) et les troubles névrotiques et liés au stress (17,3). En hospitalisation complète, les troubles de l'humeur constituent le motif principal de prise en charge (30,3%).

Le nombre de patients de 16 et moins en hospitalisation complète est sensiblement plus élevé sur le département qu'en région ou en France métropolitaine.

	Finistère	Bretagne	France métr.
<b>Nombre total de patients de plus de 16 ans</b>	<b>41201</b>	<b>133244</b>	<b>1774552</b>
Part en hospitalisation complète	19,7	18,4	17,8
Part en hospitalisation partielle	6,0	5,3	5,5
Part en ambulatoire	74,3	76,3	76,7
<b>Nombre total de patients de 16 ans et moins</b>	<b>5461</b>	<b>26388</b>	<b>517070</b>
Part en hospitalisation complète	6,7	4,4	3,3
Part en hospitalisation partielle	10,9	8,0	6,2
Part en Ambulatoire	82,3	87,7	90,6

Données : RIM-P annexe 2018

Figure 22 : Lieux de prise en charge en ambulatoire. Enquête SAE. 2017

ACTIVITE							
Nombre d'actes, soins et interventions :							
CMP	Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP	à domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-social	en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	en établissement médico-éducatif/PM/en milieu scolaire	Dans le cadre d'une USMP d'un hôpital général
N	O	E	F	G	H	I	J
141 062	37 049	44 062	29 409	8 002	25 002	2 919	
42 290	3 208	3 699	2 032	306	341	3 506	
		-	-				2 971
183 352	40 257	47 761	31 441	8 308	25 343	6 425	2 971

### Focus : la réhabilitation psycho-sociale.

Elle s'adresse aux personnes vivant avec un trouble psychique sévère et vise à faciliter leur retour à un niveau optimal d'autonomie dans leur quotidien par l'acquisition ou le maintien de leurs compétences et ressources. La démarche comprend un ensemble de techniques et de pratiques (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation, éducation thérapeutique du patient) en réponse aux besoins et au projet de vie de la personne, tant sur le plan psychique que sur celui de la vie quotidienne et de la citoyenneté (logement, alimentation, ressources financières, études, travail, transport ...). (Extrait du PRS 2018-2022).

**La structuration d'une offre régionale de réhabilitation psycho-sociale est une des priorités du PRS 2018-2022**, et la plupart des établissements finistériens proposent une offre et des pratiques de soins favorisant le rétablissement des personnes. Le rétablissement peut se définir comme le cheminement vers un état de bien-être, la restauration du pouvoir d'agir, d'une identité positive et l'engagement dans la vie sociale<sup>1</sup>.

A titre d'exemple, **le CHU de Brest a candidaté pour être Centre Support en Bretagne**, et propose un programme d'Education Thérapeutique des Patients (ETP) à destination des personnes souffrant de troubles psychotiques (connaissance de la maladie, alliance thérapeutique, qualité de vie ...). De même, **la Clinique de Pen An Dalar** propose, outre un programme ETP à destination de patients atteints de troubles de l'humeur, des activités d'acquisition et de renforcement des habiletés sociales, des thérapies cognitivo-comportementales etc. La **Clinique Kerfriden** à Châteaulin développe un programme ETP de psycho-éducation destiné aux patients atteints de troubles bipolaires et à leurs familles. **L'EPSM E. Gourmelen** finalise également un programme d'ETP pour les patients schizophrènes (**HJ Intermède-Quimper**), et structure une unité d'hospitalisation (**Les Polynies**) vers cette orientation.

Par ailleurs, **l'Unité de Réadaptation psychosociale Roz Ar Scour du CH des Pays de Morlaix** (site de Plougouven) vise à l'autonomie sociale et affective des patients souffrant de schizophrénie et de troubles apparentés via un accompagnement global individualisé par une équipe pluridisciplinaire. Les patients bénéficient par exemple d'activités de restauration des habiletés sociales et de l'image personnelle via des mises en situation notamment professionnelles (partenariats développés avec les ESAT) mais également culturelles, sportives, culinaires etc.

**La Clinique de l'Humeur (GHBS Quimperlé Lorient)** propose aux patients souffrant de troubles bipolaires et de dépressions résistantes des soins de réhabilitation psycho-sociale (remédiation cognitive, thérapie de résolution de problèmes basée sur la pleine conscience, psychoéducation, etc.) et dispose d'une unité dédiée de réhabilitation.

Portés par et pour les personnes concernées par des troubles de la santé mentale, **les Groupes d'Entraide Mutuelle** constituent des leviers importants de rétablissement des personnes (inclusion, pair-aidance, renforcement du lien social, des compétences, soutien à l'exercice des droits et de la citoyenneté).

De même, les clubs thérapeutiques ou associations de patients-soignants présents sur les établissements de soins participent de cette dynamique ; citons par exemple les associations **An Avel Vor** (sur le CH Bohars), **Silène** (sur l'EPSM Gourmelen), **Trezerien** (sur le CH Landerneau), **Buhez Nevez** (Hôpital Kerglanhard à Quimperlé) ou encore l'association **Stand'Arts** sur le CH Morlaix.

A noter également les actions proposées par **l'association EPAL** à travers **les espaces « Sémaphore »** implantés sur le Finistère.

1. <http://www.psychom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement>



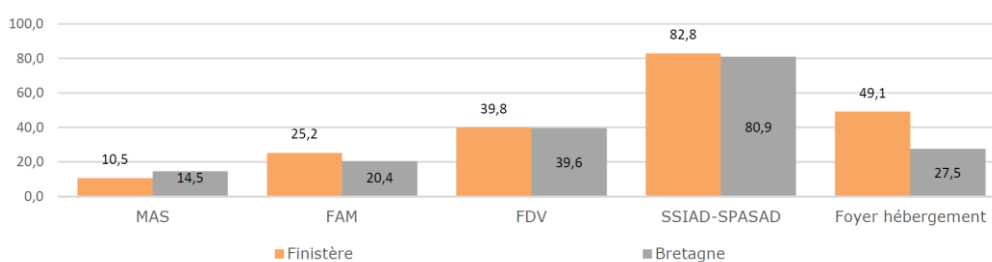
## 4. Organisation de l'offre médico-sociale<sup>11</sup>

### 4.1 Public adulte

- Structure d'hébergement

Le département est relativement bien doté en structures d'hébergement à destination du public adulte. Si l'offre en foyer d'hébergement est presque deux fois supérieure à la moyenne régionale, le taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée est plus faible qu'en région.

Figure 23 : Taux d'équipement par structure d'hébergement pour 10 000 hab. de 20 ans ou plus.

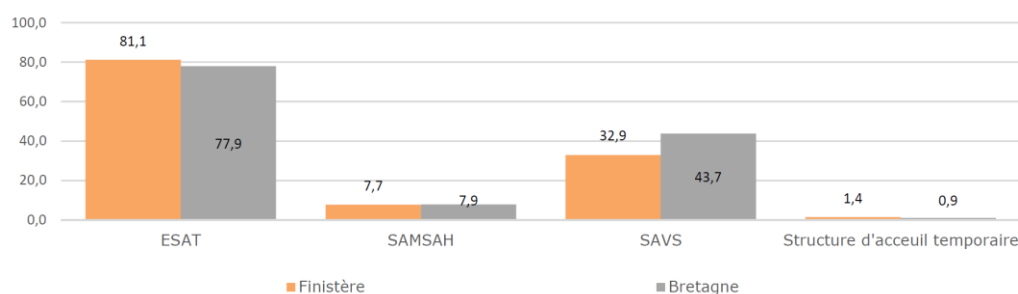


Sources : FINESS au 1er janvier 2017 - INSEE - recensement population 2013

- Structure de service

Le taux d'équipement en ESAT est supérieur à la moyenne régionale mais est sensiblement inférieur en ce qui concerne les structures de service à domicile à destination des personnes adultes handicapées. De même, le nombre de places en centres de rééducation et d'orientation est sensiblement inférieur au taux régional : 0,06 places pour 1 000 adultes contre 0,17 en Bretagne.

Figure 24 : Taux d'équipement par structure de service pour 10 000 hab. de 20 ou plus



Sources : FINESS au 1er janvier 2017 - INSEE - recensement population 2013

En 2016, le département dispose d'une capacité de **86 places en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)/Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)** dédiées aux adultes de moins de

<sup>11</sup> Les constats opérés au sein du groupe 3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux apportent des éléments complémentaires d'analyse de l'offre médico-sociale sur le territoire (p.62). Par ailleurs, la cartographie en annexe 7 permet de visualiser la répartition des établissements médico-sociaux et des publics accueillis sur le territoire.

60 ans handicapés ou atteints de maladies chroniques. Il compte également **169 places en Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)<sup>12</sup>**.

#### 4.2 Public enfant et adolescent

Le Finistère dispose d'un taux d'équipement en IEM et IME proche des taux régionaux et sensiblement supérieur en ce qui concerne les places en ITEP. Le département est toutefois dépourvu d'établissement d'accueil temporaire et accuse une offre limitée en places dédiées à l'autisme (3,6 places pour 10 000 hab. en 2016 contre 5,2 en Bretagne<sup>13</sup>).

Figure 25 : Taux d'équipement pour 10 000 hab.

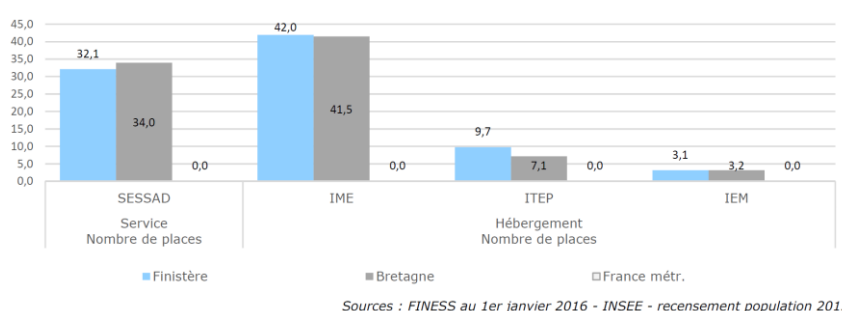
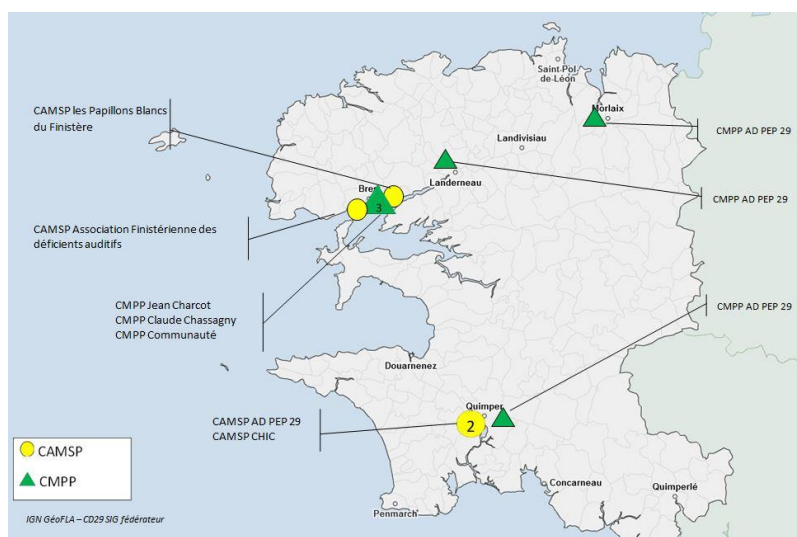


Figure 26 : Répartition des CMPP et des CAMSP en 2019



<sup>12</sup> Une carte de la répartition des services de soins à domicile à destination des personnes handicapées est visible en annexe 7.

<sup>13</sup> FINESS au 1<sup>er</sup> janvier 2016 – INSEE recensement de la population 2013.

## 5. Les acteurs de la coordination

Le diagnostic territorial partagé a mis en lumière le rôle central joué par les instances et acteurs de la coordination dans l'amélioration des parcours de vie et de soins des personnes concernées par des troubles de la santé mentale.

➤ **Trois Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)** apportent un soutien aux professionnels finistériens pour la prise en charge des situations complexes, quels que soient les âges et les pathologies.

- Appui Santé Nord Finistère
- Appui Santé en Cornouaille
- Cap Autonomie Santé Lorient-Quimperlé constituée depuis mai 2018.

Les PTA fusionnent plusieurs réseaux de santé : les **MAIA**, les **CLIC** et les **Centres de Coordination en Cancérologie**. CAP Autonomie Santé inclut dans son réseau une **Plateforme territoriale d'éducation thérapeutique**.

⇒ **Les dispositifs MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)** associent les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie pour favoriser la fluidité des parcours et assurer une qualité de vie au domicile. Le département compte 6 MAIA :

- MAIA du Pays de Brest
- MAIA Est Cornouaille
- MAIA du Pays de Morlaix
- MAIA Ouest Cornouaille
- MAIA COB
- MAIA polyvalente du Pays de Quimperlé.

⇒ Les **Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)** accueillent et orientent les personnes âgées de plus de 60 ans et assure une mission de coordination des intervenants de l'aide et du soin. Le Finistère dénombre **21 CLIC**.

➤ La **Maison des Personnes Handicapées (MDPH)** assure une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille et offre un accès unifié aux droits et prestations. Elle porte également le dispositif « **Réponse Accompagnée pour Tous** » déployé sur le département depuis 2018.

➤ Le **Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)** s'inscrit dans le cadre de la démarche « Une Réponse Accompagnée pour Tous ». Il s'adresse aux Finistériens en situation de handicap, vivant à domicile ou en structure, et à risque de rupture de parcours faute de solution adaptée à leur situation. Il a pour mission de mobiliser et coordonner les acteurs sociaux et médico-sociaux pour organiser une prise en charge transitoire des personnes et assurer la continuité des parcours.

- **Le service Intégré d'Accueil et d'Orientation du Finistère (SIAO 29)** est une plateforme unique qui vise à améliorer l'orientation et la prise en charge des personnes sans logement.
- La **cellule de veille de la Commission Logement du Conseil Local de Santé Mentale** de Brest est un espace de concertation autour de situations complexes visant à maintenir dans leur logement les personnes en souffrance psychique.
- Outre ses missions de prévention, d'accueil, d'information et d'accompagnement des jeunes de 12 à 25 ans, **la Maison des adolescents** remplit une mission de coordination en vue de favoriser la continuité et la cohérence des prises en charge. Elle participe en outre à faciliter la mise en réseau des acteurs (parents, professionnels et institutions). Le département bénéficie de la présence de 2 Maisons des adolescents, l'une située sur Brest (RADO) et rattachée au CHRU et l'autre basée sur Quimper et rattachée à l'EPSM Gourmelen.

## 6. Les instances de démocratie en santé

### 6.1 Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS)

Les CTS rassemblent des acteurs locaux de santé et des représentants des usagers. Instances de débats et de propositions, les CTS participent à l'animation des territoires et la coopération des acteurs de santé en proximité avec les usagers et au plus près des spécificités territoriales. Chaque CTS comprend une Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM)

Deux CTS concernent le territoire du PTSM : **le CTS Pen Ar Bed et le CTS Lorient Quimperlé. Les CSSM de ces deux CTS sont sollicitées pour avis sur le diagnostic partagé du PTSM 29.**

### 6.2 Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Espaces de concertation et de coordination entre les acteurs de la cité et de la santé mentale, les CLSM participent à la mise en œuvre des politiques locales de santé mentale et concourent, par leurs actions, à la promotion de la santé mentale dans la cité et à l'inclusion des personnes concernées.

Le département compte deux CLSM actifs :

- ⇒ CLSM de Brest Métropole, installé depuis 2006 et sollicité pour avis sur le diagnostic partagé du PTSM 29.
- ⇒ CLSM de Concarneau Cornouaille Agglomération, engagé en 2018 dans le cadre du Contrat Local de Santé<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> L'installation récente du CLSM de Concarneau Cornouaille Agglomération ne permet pas sa sollicitation pour avis sur le diagnostic territorial partagé du PTSM 29.

A noter que le Contrat Local de Santé du Pays de Brest porte une réflexion sur **le déploiement de CLSM sur 5 territoires intéressés : C.C. Pays de Landerneau Daoulas, CC Lesneven Côte des Légendes, CC du Pays d'Iroise, CC Presqu'île de Crozon Aulne Maritime et la CC de Pleyben Châteaulin Porzay.**

Le **Pays Centre Ouest Bretagne** a inscrit dans son Contrat Local de Santé 2017-2020 la mise en œuvre d'un CLSM. Le **CLS de Quimperlé Communauté** 2016-2019 prévoit également la mise en place d'un CLSM.

Si le **CLSM de Morlaix**, crée en 2013, n'est plus actif en 2019, des actions engagées perdurent telles le groupe ressource prévention du suicide (porté par la Mutualité Française Bretagne et l'ARS) ou le guide de la santé mentale<sup>15</sup>. Par ailleurs, le CLS du Pays de Morlaix, en cours d'élaboration, prévoit **la mise en place d'un CLSM à l'horizon 2020.**

---

<sup>15</sup> <https://www.morlaix-communaute.bzh>

# Les problématiques identifiées dans les groupes de travail

## Groupe 1. La place de la prévention et de l'inclusion

### Problématiques identifiées

- ⇒ **Axe 1.** Une discontinuité des parcours d'accompagnements et de soins
- ⇒ **Axe 2.** Un défaut de prévention et de repérage précoce des troubles de la santé mentale
- ⇒ **Axe 3.** Des obstacles à l'inclusion dans la cité des personnes souffrant de troubles de la santé mentale
- ⇒ **Axe 4.** Des représentations sociales négatives de la santé vectrices de stigmatisation et de discriminations

⇒ **Axe 1. Une discontinuité des parcours d'accompagnements et de soins.**

*La méconnaissance des acteurs entre eux, accrue par un cloisonnement institutionnel freine la co-construction avec l'usager de parcours de soins et d'accompagnements sans ruptures.*

### Problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Un défaut d'interconnaissance**
- ✓ **Un manque de coordination des acteurs du social, médico-social et du sanitaire**
  - ⇒ **Un manque de clinique partagée**
  - ⇒ **Une variabilité des réseaux et collaborations selon les territoires**
- ✓ **Une difficulté à organiser les transitions et passages de relais entre sanitaire, social et médico-social.**

✓ **Un défaut d'interconnaissance.**

- Les travaux réalisés ont mis en évidence **une difficulté à identifier les acteurs du territoire et leurs périmètres de compétences**. Les causes principales évoquées tiennent à **une complexification de l'offre et des dispositifs existants, ainsi qu'à une multiplication des instances de coordination et des projets de territoire** (par exemple : PTSM, CLS, CLSM) pour lesquels une recherche de cohérence et d'articulation est nécessaire (complémentarité, découpages territoriaux, dynamiques locales, etc.).
- **Le morcellement de l'information** par secteur et une **certaine difficulté des acteurs à communiquer entre eux sur les actions réalisées** contribuent à une perte de lisibilité et ne facilitent pas l'interconnaissance. Les actions de prévention développées sur le territoire méritent, notamment, d'être mieux valorisées auprès des partenaires et des financeurs.

- Les participants ont également **souligné un manque de reconnaissance de la place et compétences de certains acteurs**, manque de reconnaissance préjudiciable à la mise en œuvre d'un travail partenarial pour faciliter la continuité des parcours et la participation des personnes à la vie de la cité. Par exemple, les élus, bailleurs sociaux, aides à domicile, familles mais aussi les personnes accompagnées ne sont pas toujours identifiés et inclus dans le travail collaboratif. Or, la mobilisation de l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours des personnes limite le risque de rupture (notamment dans les situations de vulnérabilité).

- ✓ **Un manque de coordination des acteurs du social, médico-social et du sanitaire.**

- Si la généralisation des procédures d'appel à projet participe à une rationalisation des politiques publiques, elle induit **une spécialisation des activités et peut contribuer à une mise en concurrence des acteurs au détriment des coopérations et de la valorisation des dynamiques locales.**

- Les instances de coordination et de réflexion du territoire sont des leviers reconnus pour l'interconnaissance et la dynamique partenariale. Les acteurs déplorent cependant **un manque de reconnaissance et de valorisation financière de ces temps de travail collaboratif en tant que critère de la qualité des accompagnements et soins.**

- Les temps de rencontres et d'échanges, notamment autour de situations concrètes, permettent l'élaboration d'un cadre de réflexion et d'analyse partagé entre les professionnels.

- Au-delà de l'interconnaissance, il s'agit de favoriser, au grès de temps de travail et de réflexion partagés, **l'acculturation des acteurs pour une meilleure compréhension réciproque.**

**Exemple de ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :**

Le réseau CORSPEA (Coordination en réseau des soins psychiques des enfants et adolescents) sur Brest.

- Les travaux ont montré le maintien de **réseaux efficaces mais au caractère « personne-dépendant » et/ou localisés.** De manière générale, les acteurs ont souligné l'importance de moyens dédiés à l'organisation de la coordination et de l'animation des réseaux de territoire pour une dynamique pérenne.

- Enfin, le cloisonnement des secteurs et **l'absence d'instance de coordination dédiée à la gestion des situations intermédiaires** peuvent freiner l'anticipation de la complexification des situations et des réponses à apporter.

- ✓ **Une difficulté à organiser les transitions, passages de relais entre les dispositifs, notamment aux âges charnières.**

- Les échanges ont mis en évidence que **l'entrée dans un dispositif médico-social peut entraîner la rupture d'un suivi psychiatrique et inversement**, pour des raisons liées à des blocages administratifs et une difficulté des acteurs à coordonner leurs accompagnements (perte d'information, mobilité des personnes sur le territoire). Par exemple, l'entrée en ESAT peut mettre à mal le suivi psychiatrique engagé, comme un suivi en CMP/CMPP peut faire obstacle à l'ouverture d'un dossier MDPH/RAPT.



- **Le manque de souplesse des règles de la sectorisation psychiatrique, de transversalité des dispositifs et fonctionnements du social, médico-social et sanitaire ne favorise pas la fluidité des parcours.** Parmi les exemples cités ; le découpage par catégorie d'âge variable selon les institutions et dispositifs, les orientations de la MDPH s'appuient sur un diagnostic qui, en psychiatrie, demande du temps et peut évoluer.
- Les passages de relais entre les acteurs peuvent être freinés par **les absences ou les délais de réponse des partenaires : CMP, CMPP, CAMSP, MDPH, mais également les établissements médico-sociaux.** Cette réponse différée induit **des décrochages d'accompagnement** et accroît **les tensions entre acteurs.** De plus, elle **impacte négativement la prévention** des troubles psychiques et du risque de dégradation des situations sanitaires et sociales des personnes concernées.
- **Le manque d'échange et de partage d'informations entre les acteurs** du secteur sanitaire, social et médico-social constitue un autre obstacle à la coordination des acteurs pour permettre la continuité des parcours lors des transitions entre dispositifs, aux âges charnières et lors des mobilités territoriales des personnes.

#### **Pistes d'amélioration :**

- Améliorer la lisibilité de l'offre de services, soins, accompagnements.
- Favoriser et consolider le travail partenarial : formalisation, valorisation, mutualisation.
- Valoriser les temps d'échanges et de coordination dans le cadre de la nomenclature SERAFIN PH, volet « prestations indirectes ».
- Consolider et élargir les instances de coordination.
- Développer la fonction de coordinateur de parcours tout en valorisant l'utilisateur-acteur.
- Faciliter le partage d'informations dans le cadre du secret partagé entre équipes de soins.
- Renforcer les accueils séquentiels et les structures/unités spécifiques (Ex : 16-25 ans, personnes vieillissantes avec troubles psychiatriques).
- Assouplir les contraintes budgétaires qui participent au cloisonnement institutionnel.

⇒ **Axe 2 : Un défaut de prévention et de repérage précoce des troubles de la santé mentale.**

*Les acteurs soulignent l'importance de la prévention pour favoriser le repérage précoce des signes de troubles de la santé mentale. L'effort de prévention et de sensibilisation doit concerner l'ensemble des acteurs.*

**Les problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Prévention secondaire : un manque de repérage précoce des signaux faibles de troubles de la santé mentale dans la cité : travail, établissements scolaires, habitat ...**
- ✓ **Prévention primaire : un défaut de sensibilisation citoyenne aux troubles de la santé mentale.**
- ✓ **Des difficultés d'accès aux acteurs et lieux de prévention.**

✓ **Un manque de repérage précoce des signaux faibles de troubles de la santé mentale dans la cité : travail, établissements scolaires, habitat ...**

- Le diagnostic partagé a mis en évidence la place et rôle **d'acteurs de proximité dotés de compétences de veille, de repérage et de transmission d'informations.** Ex : aides à domicile, professionnels de l'Education nationale, proches aidants ...
- Outre l'étayage par des professionnels de la psychiatrie (formation, appui), ces acteurs de proximité ont besoin de trouver **des relais adaptés auprès des partenaires pour répondre de manière graduée aux souffrances et difficultés repérées.**
- Les besoins de sensibilisation et de formation à la santé mentale concernent également les élus, les professionnels des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), Centres Départementaux d'Action Sociale (CDAS), les personnels des centres de loisirs etc.
- La prévention des souffrances psychiques réside **dans la promotion d'un bien être social, familial, scolaire ...** Le soutien à la parentalité, l'accompagnement à la scolarité, le développement de la cohésion sociale mais également la valorisation et le renforcement des ressources personnelles ou compétences psycho-sociales sont à ce titre autant d'outils à renforcer.

Selon la Haute Autorité de Santé :

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.

Sont classiquement distinguées la **prévention primaire** qui agit en amont de la maladie, la **prévention secondaire** qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la **prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

**Zoom : les dispositifs de prévention et de promotion de la santé mentale à destination des jeunes finistériens.**

❖ 4 Points Accueil Ecoute Jeune répartis sur le département :

Cornouaille (PEPS 29)  
Pays de Brest (PEP 29)  
Pays de Morlaix (SESAM)  
Pays COB (SESAM)

❖ La ligne téléphonique PASAJ (portée par l'association Parentel).

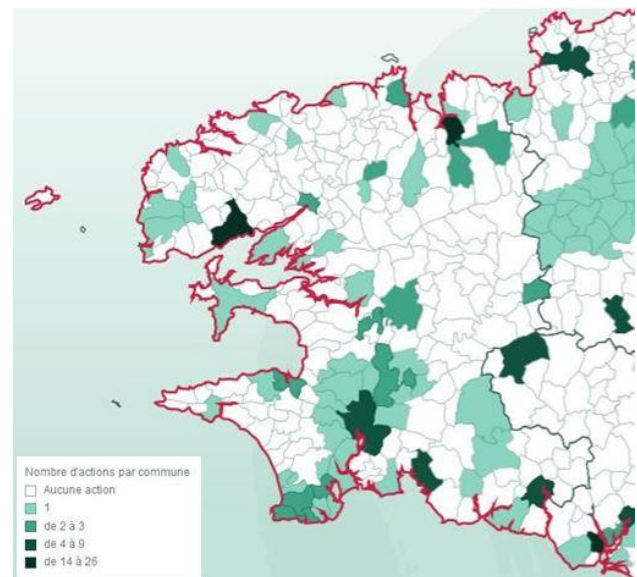
❖ Les Maisons des Adolescents de Brest et Quimper

Ces acteurs participent au « réseau écoute jeunes en Finistère » copiloté par la DDCCS, l'ARS et le Conseil départemental.

✓ **Un défaut de sensibilisation citoyenne aux troubles de la santé mentale.**

- Les participants ont fait le constat **d'une culture de la prévention peu ancrée en France**. La prévention des troubles de la santé mentale est, par exemple, peu abordée dans les programmes scolaires. En outre, le champ de **la prévention manque de moyens financiers durables consacrés aux actions de promotion de la santé mentale et de sensibilisation du grand public**.

Figure 27 : Actions de prévention et de promotion de la santé mentale en 2018 (Carte : Oscarsanté)



- Les participants au groupe de travail soulignent l'importance **d'évaluer plus efficacement l'impact de la prévention sur la santé Publique** pour valoriser et favoriser la pérennité des moyens alloués.
- Si les **Semaines d'Information sur la Santé Mentale** sont saluées comme un outil de sensibilisation et d'information du grand public, les acteurs constatent qu'elles tendent à mobiliser des personnes déjà familiarisées avec le champ de la santé mentale.
- Les **Conseils Locaux de Santé Mentale** sont valorisés dans leur rôle **d'animation de territoire, d'évaluation des besoins et de mobilisation de partenaires autour, notamment, d'actions de formation et de sensibilisation**.

✓ **Des difficultés d'accès aux acteurs et lieux de prévention.**

- Le diagnostic réalisé a mis en évidence **le rôle central du médecin généraliste en matière de prévention, de repérage et d'orientation des personnes vers les interlocuteurs adaptés**. Toutefois, les médecins généralistes se disent eux-mêmes insuffisamment formés aux troubles de la santé mentale (dans le cadre de la formation initiale et continue). Par ailleurs, les données recueillies démontrent de difficultés d'accès à un médecin généraliste sur certains territoires.

Selon une étude de la DRESS :

- **58%** des personnes s'adresseraient d'abord à leur médecin généraliste en cas de troubles de la santé mentale
- **25 à 30%** de la patientèle des médecins généralistes souffriraient de troubles de la santé mentale.

*DRESS, Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale, 2014*

- Le rôle des CMP, comme des CMPP, CAMSP est également souligné par les acteurs. Mais **une saturation des consultations et les délais de réponse** aux demandes des usagers de quelques semaines à plusieurs mois (voire plusieurs années en CAMSP) pour une consultation avec un médecin psychiatre ne leur permettent pas de remplir leur mission de de prévention et de diagnostic. Les échanges soulignent une augmentation de la file active en lien notamment avec

l'accueil de patients présentant de nouvelles symptomatologies (ex : syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out »<sup>16</sup>)

#### **Pistes d'amélioration :**

- Valoriser et renforcer les compétences des acteurs de première ligne.
- Confirmer le rôle des Points Accueil Ecoute Jeune.
- Construire une culture de la prévention : plateforme d'appui en santé mentale, développer les actions de prévention en milieu scolaire, auprès des 0-3 ans.
- Renforcer la formation à la santé mentale des médecins généralistes, professionnels de la PMI, pédiatres.
- Mettre en œuvre une politique nationale et transversale en santé mentale.
- Favoriser l'aller vers : destigmatiser les lieux de soins, améliorer l'accueil des usagers via le renforcement de la formation des professionnels de santé libéraux et hospitaliers.

⇒ **Axe 3. Des obstacles à l'inclusion dans la cité des personnes souffrant de troubles de la santé mentale.**

*Des freins persistent à l'exercice des droits et de la citoyenneté des personnes. Le défi d'une société inclusive suppose la mobilisation de l'ensemble des acteurs et un changement de regard sur la santé mentale.*

#### **Problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Une difficulté à accéder et à se maintenir dans un logement autonome.**
- ✓ **Des difficultés d'accès à une activité professionnelle cohérente avec le projet de vie.**
- ✓ **Une difficulté à accéder à une vie sociale et culturelle.**
- ✓ **Des freins à l'accès aux services et accompagnements.**
- ✓ **Un manque de sensibilisation et d'ouverture de la cité.**

✓ **Une difficulté à accéder et à se maintenir dans un logement autonome.**

➤ **La précarité économique et sociale, les difficultés liées au « savoir habiter » peuvent conduire à des expulsions locatives des personnes concernées par des troubles de la santé mentale (l'exemple des personnes souffrant d'un syndrome de Diogène est récurrent). Si les bailleurs sociaux**

---

<sup>16</sup> La Bretagne connaît un taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail sensiblement plus élevé qu'en France : 2,6% contre 2,2%. Source : Etat de santé de la population en Bretagne, Projet Régional de Santé 2018-2022

recueillent les alertes données par le voisinage et/ou les intervenants au domicile, ils disposent de leviers limités d'actions et ne peuvent pas toujours éviter les expulsions.

- Des solutions existent pour évaluer les besoins et accompagner dans le parcours (dispositif CASAL par exemple<sup>17</sup>), mais les **bailleurs sociaux peuvent aussi faire état de difficultés à trouver des partenaires et des expertises soutenantes**. Si des réseaux efficaces existent, leur pérennité tient à des relations interpersonnelles ou à une dynamique territoriale telle que le travail partenarial instauré entre les professionnels de Douarnenez Habitat et les acteurs locaux de la santé mentale et celui développé au sein de la Commission logement du CLSM de Brest.
- **La difficulté à prendre en compte les besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles de la santé mentale** (auto-censure des personnes par crainte de la discrimination, perte d'informations qualitatives lors de la constitution des dossiers) ne permet pas de proposer des logements adaptés et la mise en place d'une veille favorisant le maintien dans le logement.
- **La précarité constitue un obstacle à l'accès au parc privé**. Les acteurs font état, sur le territoire, de situations de mal logement qui aggravent ou génèrent des souffrances psychiques.

✓ **Des difficultés d'accès à une activité professionnelle cohérente avec le projet de vie.**

- Le diagnostic territorial souligne une difficulté à penser et organiser un accueil séquentiel, des aller-retour entre milieu ordinaire et milieu protégé qui faciliteraient une insertion professionnelle en accord avec les parcours de vie des personnes, leurs aspirations et l'évolution de leurs besoins et ressources. Cette difficulté s'origine pour partie dans un manque de souplesse des dispositifs (doubles orientations) et le manque de temps dédiés à la transition/intégration des personnes concernées dans l'environnement professionnel.
- Selon une enquête de l'OCDE datée de 2012, le taux d'emploi des personnes atteintes de TMC (troubles mentaux courants) est compris entre 60 % et 70 %, soit 10 à 15 points de moins que les personnes qui n'en souffrent pas. Le taux d'emploi correspondant des personnes ayant des TMG (troubles mentaux graves) est de l'ordre de 45 % à 55 %.
- **Le milieu ordinaire n'est pas suffisamment sensibilisé à la santé mentale** ce qui ne favorise pas l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques. L'adaptation des rythmes de travail, la sensibilisation des équipes sont notamment nécessaires pour faciliter l'intégration des personnes sur leur poste de travail. Par ailleurs, les dispositifs visant à accompagner de manière individualisée les individus dans leurs parcours professionnels sont valorisés par les participants (Dispositif Emploi Accompagné par exemple).
  - **Le travail partenarial et le partage d'informations doit permettre de faciliter l'insertion professionnelle**. Pour la Mission Locale, par exemple, le défaut de transmissions d'informations importantes sur les situations des jeunes accompagnés peut mettre ces derniers en échec (stage non adapté du fait de contre-indications médicales)

<sup>17</sup> Commission d'Accompagnement Social et d'Accès au Logement

✓ **Une difficulté à accéder à une vie sociale et culturelle.**

- **La priorisation des réponses apportées aux personnes souffrant de troubles psychiques sur les besoins primaires s'opère au détriment de la vie sociale et culturelle** pourtant essentielle au bien-être. Si des dispositifs existent (tarifs réduits), ils peuvent être inégaux selon les territoires et leurs conditions d'accès sont limitées.

✓ **Des freins à l'accès aux services et accompagnements.**

- **Des problèmes de mobilité** (personnes en situation de dépendance, précaires, marginalisées) accrus par l'enclavement de certains territoires, l'éloignement des services et le manque de solutions de transports participant à l'isolement social des personnes et freinent leur participation à la vie de la cité.

**Exemple de ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :**

« Voiture solidaire 9 » : le CH Landerneau a mis à disposition des patients du territoire de Crozon une voiture gérée par le club thérapeutique de l'hôpital. Le dispositif permet notamment aux personnes de se rendre plus facilement aux consultations.

- **Les disparités d'accès au numérique** peuvent faire obstacle à la prise d'information et encourager le non recours aux droits. Un effort d'accompagnement des personnes peu familiarisées avec l'outil numérique comme un déploiement de services de proximité peuvent compenser les difficultés énoncées.

✓ **Un manque de mobilisation de la cité.**

- **L'inclusion des personnes concernées par des troubles de la santé mentale suppose une sensibilisation et une mobilisation citoyenne** : voisins, pairs, collègues de travail, équipes éducatives etc. L'enjeu est de lever les freins à l'intégration : lutte contre la stigmatisation et les discriminations, adaptation de la cité au handicap psychique, ouverture de la psychiatrie sur la cité et inversement.
- Les échanges ont souligné **le rôle des Conseils Locaux de Santé Mentale pour animer les territoires, impulser une dynamique collective.**

#### Pistes d'amélioration :

- Renforcer le travail partenarial notamment autour des situations identifiées complexes.
- Développer une offre de logements inclusifs et adaptés aux besoins des personnes.
- Assouplir les orientations MDPH et développer les dispositifs passerelles entre milieu ordinaire et milieu protégé pour permettre le « droit au retour » (ESAT de transition par exemple).
- Renforcer l'accompagnement des personnes à l'insertion professionnelle et des employeurs : dispositif emploi accompagné élargi, UEROS, pair-aidance.
- Renforcer les dispositifs de proximité et d' « aller vers » : CMP, Maisons de santé, équipes mobiles.
- Renforcer l'accès au numérique des usagers.
- Mobilisation/ouverture de la cité via :
  - Développer les évaluations d'impact en santé en renforçant la dimension santé mentale
  - Accompagner les élus et collectivités sur leur rôle en matière de santé mentale
  - Renforcer les CLSM et mieux articuler les dynamiques territoriales (PTSM/CLSM/CLS/ASV)
  - Renforcer le rôle des CMP

#### ➤ **Axe 4. Les représentations sociales négatives de la maladie psychique vectrices de stigmatisation et de discriminations.**

#### Les problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Un phénomène de stigmatisation qui induit un isolement social.**
- ✓ **Un phénomène de stigmatisation qui induit un non recours et un refus de soins et d'accompagnement.**

- ✓ **Un phénomène de stigmatisation qui induit un isolement social.**

➤ **Le traitement médiatique, culturel, politique etc. des troubles de la santé mentale et plus particulièrement de certaines maladies psychiques** telles la schizophrénie concoure à ancrer un imaginaire négatif sur les personnes souffrant de pathologies psychiques.

➤ L'isolement social que peut induire la stigmatisation accroît la souffrance psychique autant qu'il précarise les personnes.

#### Enquête « Santé mentale en population générale.

Plus de 75% des 36 000 personnes interrogées associent les termes de fou et de malade mental à des comportements violents et dangereux. Plus de 75% des sujets associent le terme dépressif à la tristesse, l'isolement et le suicide ». Selon la même étude, les comportements qui sont le plus souvent attribués au « malade mental », au « fou » sont le meurtre pour 45% des enquêtés, le viol (39%), l'inceste (37.6%), la violence envers les autres (29%).

Source : Roelandt J-L., Caria A, Defromont L., Vandeborre A., Daumerie N., « Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. » L'Encéphale (2010) Supplément 1 au N°3, 7-13

✓ **Un phénomène de stigmatisation qui induit un non recours et un refus de soins et d'accompagnement.**

- La stigmatisation des lieux de soins participe à détourner les personnes du soin au risque de dégrader leur état de santé. Il ressort par exemple des échanges que les jeunes seraient plus enclins à aller vers les Maisons des Adolescents que vers les CMP identifiés « psychiatrie ».

**L'isolement social vecteur de troubles psychiques.**

L'isolement relationnel touche environ 10% des Français de plus de 15 ans. L'étude sur les solitudes de la Fondation de France souligne que ces 5,5 millions de personnes isolées sont probablement concernées par une vulnérabilité psychosociale. Cette étude montre que 6 % des 15-30 ans sont en situation d'isolement social, cumulée avec la précarité et la vulnérabilité sociale et économique. Cet isolement mène à des situations de mal-être et l'apparition de troubles psychiques

Source : Les solitudes en France 2016, Fondation de France.

**Focus : Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).**

Introduits par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les GEM sont des **associations portées par et pour les usagers ou ex-usagers avec l'appui d' « animateurs » (non soignants) ou de bénévoles**. A la fois lieux de convivialité, d'activités partagées et de prise d'informations, les GEM participent à lutter contre **l'isolement social et favorisent l'inclusion et l'exercice de la citoyenneté**. Ils s'appuient sur le principe de la **pair-aidance** ou « **soutien par les pairs** » qui repose sur **l'entraide** entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une maladie psychique ou physique. L'écoute et le partage d'expériences permettent notamment de rompre l'isolement et de mieux vivre avec sa maladie. Les GEM reposent également sur le **principe de l'autogestion** : les membres décident des activités, du fonctionnement et de la gestion financière et administrative de l'association.

Le Finistère bénéficie de la présence de 4 GEM dédiés aux personnes concernées par des troubles psychiques :

**GEM Au Petit Grain**-Brest

**GEM La Boussole** –Brest

**GEM Le Sympa**-Morlaix

**GEM L'Envol**-Quimper

**Pistes d'amélioration :**

- Destigmatiser les lieux de soins.
- Renforcer la formation des professionnels non soignants.
- Lutter contre l'isolement des personnes et de leurs proches :
  - Encourager la pair-aidance
  - Renforcer le soutien aux aidants
  - Renforcer les équipes mobiles
- Communiquer de manière positive sur la santé mentale via, par exemple, les revues des collectivités.



## Groupe 2 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et somatiques.

### Problématiques identifiées

- ⇒ Axe 1. Une difficulté à coordonner les acteurs de soins somatiques et psychiatriques
- ⇒ Axe 2. Des freins à l'accès au diagnostic
- ⇒ Axe 3. Des freins à l'accès aux soins somatiques et psychiatriques
- ⇒ Axe 4. Un isolement et un manque de soutien des usagers et des aidants

- ⇒ **Axe 1. Une difficulté à coordonner les acteurs de soins somatiques et psychiatriques.**

*Les acteurs soulignent des problèmes transversaux de coordination et de gestion des interfaces entre soins somatiques et psychiatriques. Le manque de coordination et les dysfonctionnements dans la transmission d'informations et l'orientation des patients génèrent des discontinuités des accompagnements et ne permet pas une prise en soin globale de la personne. Il en résulte des ruptures de soins tant psychiques que somatiques, une dégradation de l'état de santé de la personne et sa situation globale.*

### Problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Une méconnaissance de la diversité et des spécificités de l'offre de soins sur le territoire.**
- ✓ **Une difficulté à coordonner l'ensemble des acteurs pour une prise en soins globale.**
  - ⇒ **Une perte d'informations (transitions entre somatique, psychiatrie, social, judiciaire ... mobilités territoriales.**
  - ⇒ **Une difficulté à identifier et mobiliser l'ensemble des acteurs.**
- ✓ **Un cloisonnement des prises en soins entre somatique, psychiatrie et addictologie.**

- ✓ **Une méconnaissance de la diversité et des spécificités de l'offre de soins sur le territoire.**

- Le diagnostic territorial partagé a mis en évidence **une offre sanitaire diversifiée, relativement solide et a souligné la présence de pôles d'excellence** (sismothérapie, RTMs<sup>18</sup>, Centres experts, centres de jour à orientation spécifique, Thérapie comportementale et cognitive ...). **La lisibilité de cette offre, notamment dans le secteur privé, demeure toutefois limitée.** Il ressort également **une**

<sup>18</sup> Stimulation transcrânienne ou Transcranial Magnetic Stimulation.

**difficulté de lecture des spécificités de l'offre de soins ambulatoires en psychiatrie** (quelles modalités d'accès ? Quels praticiens pour quels problèmes ? Quels délais de réponse et durées de prise en charge ? Pour quel coût ?)

- **Les sites d'informations existants sont jugés peu lisibles, cloisonnés et insuffisamment actualisés.**
  - ✓ **Une difficulté à coordonner l'ensemble des acteurs pour une prise en charge globale.**
- **Une perte d'informations entre acteurs**, notamment lors des transitions entre somatique, social, psychiatrie, judiciaire etc. et des mobilités territoriales des personnes accompagnées, nuit à la continuité des soins psychiatriques et somatiques. Par ailleurs, un déménagement ou la transition de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie adulte peut entraîner un changement des professionnels de suivi et une perte d'informations potentielle. La nécessité pour le patient de « raconter » à nouveau son parcours de vie et de santé est vécue comme une contrainte, sinon une souffrance.
- **Si le médecin traitant est reconnu dans son rôle de coordination et de transmission d'informations aux partenaires**, il peut lui-même se trouver en difficulté s'il dispose d'informations trop partielles, s'il est insuffisamment étayé par une formation initiale et continue spécifique et/ou par un médecin psychiatre référent. **Un risque de mise à distance des patients souffrant de troubles psychiques est souligné** car les suivis sont jugés chronophages. L'exemple de la complexité des dossiers, notamment de la MDPH, accroît le risque de perte d'informations et suppose pour le médecin généraliste de disposer du temps et de l'étayage nécessaire.
- **Le manque d'interconnaissance et de travail partenarial ne facilite pas la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés** : pharmaciens, infirmiers, mandataires judiciaires, conseillers de probation et d'insertion, éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse etc.
- **La saturation des consultations dans les centres d'accueil de proximité (CMP, CMPP, CAMSP) freine les prises de relais.** Si les doublons repérés dans les listes d'attente des structures relèvent d'une stratégie légitime des familles pour s'assurer une réponse, elles embolissent d'autant plus des listes d'attente déjà considérables. Par exemple, les délais de consultations dans certains CMPP du département s'élèvent à 2 ou 3 ans ce qui oblige aujourd'hui les centres à refuser les nouvelles prises en soins et accompagnements.
- **Ce phénomène de saturation des consultations concerne également l'offre en psychiatrie ambulatoire.** L'hétérogénéité de l'offre, comme son inégale répartition (manque de médecins psychiatres sur certains territoires), cumulées à l'accroissement des patientèles peut freiner l'accès à un psychiatre libéral et contrarier les passages de relais.
- **Les conséquences de ce manque de coordination sont nombreuses et délétères pour le patient** : errance, retard de diagnostic, de la prise en soins, renforcement des phénomènes d'exclusion ... En l'état, il n'existe pas de professionnels dédiés à la coordination entre soins somatiques et psychiatriques.



✓ **Un cloisonnement des prises en soins entre somatique, psychiatrie et addictologie.**

- Le diagnostic partagé a mis en évidence **un manque de communication entre les praticiens** qui s'origine notamment dans **une démographie médicale inégale selon les territoires** (1er recours et médecins psychiatres et pédopsychiatres) et de fait, dans un accroissement des patientèles qui ne permet pas de se dégager du temps pour l'échange. A titre d'exemple, un psychiatre libéral installé en Cornouaille et rencontré dans le cadre du diagnostic partagé dénombre 700 nouveaux patients reçus en consultation l'an passé.
- Les professionnels déplorent **un manque d'interlocuteurs directs tant chez les psychiatres que chez les médecins généralistes** et ce d'autant plus **si le patient vient d'un autre territoire**.
- Il en résulte un **défaut de transmission d'informations sur le suivi somatique et psychiatrique**, d'autant que **les outils de transmissions sécurisés tels que le Dossier Médical Partagé sont encore peu appropriés par les patients et les praticiens**. Notons également que **les patients n'ont pas tous de médecins traitants dans leur cercle de soins**.
- Les praticiens constatent également **un défaut spécifique d'articulation et de prise de relais entre psychiatrie privée et publique**, articulation qui suppose de travailler sur la complémentarité entre les institutions et d'améliorer la connaissance mutuelle des ressources de base des structures.
- **L'articulation entre les services et soins ambulatoires d'addictologie, soins somatiques (gastroentérologie, maladies infectieuses ...) et la psychiatrie est à renforcer**. Cette articulation est d'autant plus nécessaire que l'on observe un phénomène de comorbidité entre troubles psychiatriques et conséquences somatiques des addictions.
- **Le renforcement de la formation, tant initiale que continue, des professionnels du soin en santé mentale, notamment des médecins généralistes**, est identifié comme un des besoins prioritaires.

En Finistère, 8,8 % des patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère et 28,9% pour TED et déficiences n'ont pas de médecins traitants déclarés. Données SNIIRAM, 2012-2013, Atlas de la santé mentale.

❖ A titre d'exemple, les entretiens réalisés auprès des professionnels de la filière addictologie du Sud- Finistère ont mis en évidence une augmentation du nombre de patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques reçus en consultations d'addictologie (près de 45% des consultations réalisées à la Clinique de l'Odet de Quimper).

❖ Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac constituent les premières de mortalité chez les personnes atteintes de troubles psychiques (Psycom).

#### **Pistes d'amélioration :**

- Faciliter l'accès à l'information via une cellule d'appui à la prise d'informations et un guide du territoire en santé mentale.
- Faciliter l'accès aux dispositifs : Simplifier les dossiers MDPH, Assouplir les conditions d'accès aux accompagnements.
- Développer et entretenir le travail en réseau.
- Améliorer les interfaces entre la psychiatrie et la médecine générale et autres acteurs de soins de premiers recours (ex : N° de tel direct ou unique de médecins psychiatres référents sur le territoire).
- Améliorer l'interface entre la psychiatrie privée et publique en facilitant la circulation des informations.
- Renforcer la formation continue et initiale des professionnels de santé en définissant un socle commun de connaissances pour tous, élaborant une politique territoriale de formation continue, constitution d'un collège.
- Développer la médecine générale en établissements (↗ l'attractivité).
- Réorganiser l'accueil des publics enfants et adolescents : ligne d'accueil facilitée, définition d'une gradation de la réponse, réponses à minima, consolider les compétences des professionnels d'accueil.

#### ⇒ **Axe 2. Des freins à l'accès au diagnostic.**

*Les acteurs repèrent des obstacles et inégalités d'accès au diagnostic qui freinent la proposition et la mise en place, aux premiers signes d'alerte, d'un accompagnement de soins, social et médico-social adapté.*

#### **Problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Un défaut de dépistage précoce et de prévention.**
- ✓ **Un engorgement de certains dispositifs préventifs/consultations diagnostic (CMP, CMPP, consultations autismes ...).**
- ✓ **Des conditions d'accueil et de consultation non adaptées qui ne permettent pas la prévention et le repérage de troubles somatiques et psychiques.**
- ✓ **Un cloisonnement des approches psychiatriques**

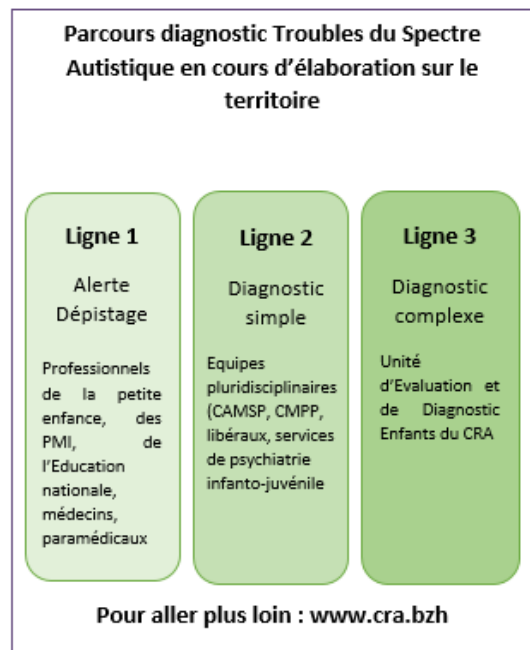
*« Ça lève les incertitudes » « ça soulage » « ça déculpabilise » « ça permet des stratégies d'adaptation, d'avoir un regard plus précis sur ses comportements » « on peut se battre », « ça permet d'avoir des traitements plus adaptés ». **Membres de GEM à propos de l'accès au diagnostic.***

- Ces propos de membres des GEM du Finistère éclairent quelques-uns des enjeux qui entourent l'accès au diagnostic. Les échanges au cours des séances de travail ont mis en évidence des obstacles qui retardent l'entrée dans un

parcours de soins adapté, mais également la mise en place d'accompagnements sociaux et médico-sociaux spécifiques.

✓ **Un défaut de dépistage précoce et de prévention.**

- **Les acteurs de 1ère ligne peuvent se trouver démunis pour qualifier, évaluer les signaux d'alerte : « On se pose la question quand survient la crise ».** Or, le repérage précoce des signes de souffrances psychique doit permettre la mise en place de prises en soins et d'accompagnements adaptés afin de prévenir l'aggravation et les conséquences des troubles psychiques. Les professionnels ont par exemple souligné que le repérage précoce d'états mentaux à risque chez les enfants et les adolescents est un gage de réduction des risques d'entrée dans la schizophrénie et limite le risque suicidaire.
- **Le besoin de formation des professionnels, qu'ils soient soignants ou non soignants (travailleurs sociaux, équipes éducatives, aides à domicile ...)** est à nouveau souligné.
- Ces difficultés peuvent traduire **un manque de sensibilisation du tout un chacun mais également la coexistence d'une pluralité des définitions de la santé mentale et de ses troubles qui freinent l'orientation des personnes et de leurs proches vers les interlocuteurs adaptés.** De l'avis des participants, la distinction et les complémentarités entre troubles de la santé mentale et handicap psychique ne sont pas clairement identifiées. Dès lors, comment professionnels et usagers peuvent-ils s'orienter vers les bons interlocuteurs, vers la bonne filière ? La pertinence de l'orientation est d'autant plus importante que l'accès à certains dispositifs et accompagnements nécessite qu'un diagnostic soit posé par un spécialiste (ex : autisme, maladies neuro-dégénératives).



**Zoom : la prévention du risque suicidaire en Finistère**

La prévention du risque suicidaire mobilise sur le territoire une pluralité d'acteurs (élus, associatifs, établissements de santé etc.), pour certains constitués en réseau.

Par exemple, la Mutualité française Bretagne anime les **réseaux prévention des risques liés à la souffrance psychique et aux conduites suicidaires** sur le pays de Cornouaille et sur le pays de Brest. La Mutualité coanime également avec l'ARS un **collectif de prévention du suicide** sur le Pays de Morlaix.

Le **collectif Kizidic**, animé par le centre social de Châteauneuf du Faou, oriente ses actions sur le public jeune.

A noter également la mise en place du dispositif de veille **VigilanS** porté par le CHRU de Brest et qui consiste à maintenir le lien entre les patients ayant réalisé un geste suicidaire et l'équipe soignante qui l'a pris en charge.

Le CHRU de Brest propose une prise en charge spécifique des 15-25 ans en situation de crise suicidaire au sein de **l'Unité d'Accueil médico-psychologique Angéla Duval** et qui dispose également d'une cellule d'étude et de prévention du suicide.

✓ **Un engorgement des dispositifs de prévention et de diagnostic.**

- **La saturation des consultations en centre d'accueil et de diagnostic freine l'entrée dans le processus d'évaluation et dans un parcours de soins.** Plusieurs raisons sont évoquées : la rareté sur le territoire de certaines structures spécifiques de dépistage et l'accroissement des demandes du public. Le département ne compte par exemple que deux unités de diagnostic autisme (enfant et adulte), situées sur Brest. A l'heure actuelle, il faut compter trois ans d'attente pour une consultation, délai qui s'explique par l'augmentation importante ces dernières années des demandes de diagnostic enfant mais aussi adulte et une capacité de traitement des demandes limitée par le nombre de praticiens et le temps nécessaire à l'évaluation. En outre, **le manque de lisibilité sur les diagnostics autisme de proximité (niveau 2) et une méconnaissance de la gradation du diagnostic** participe à engorger les centres.
- **L'accroissement des demandes vers les CMP,** souligné par les acteurs, est le signe que les structures sont identifiées et appropriées par une partie de la population et des professionnels du territoire. Leur caractère public les rend accessibles au plus grand nombre et notamment aux personnes en situation de précarité économique. A titre d'exemple, la file active moyenne des CAMP rattachés à l'EPSM Gourmelen est passée de 739 patients en 2013 à 891 en 2018, soit une augmentation de 21%. Parallèlement, sur ces unités, l'activité a augmenté de 39%. A noter toutefois, que le nombre d'actes réalisés en CMP a diminué de 8,2% entre 2015 et 2017 sur l'ensemble du département.
- Un **manque de souplesse des règles de la sectorisation** est également souligné. Par exemple, si la pluralité et la concentration des structures autour des hôpitaux favorisent le travail partenarial et améliorent les conditions de sortie d'hospitalisation, elles tendent à appauvrir les zones rurales et les territoires enclavés en structures de proximité.

✓ **Des conditions d'accueil et de consultation non adaptées qui ne permettent pas la prévention et le repérage de troubles somatiques et psychiques.**

- **Le dépistage de pathologies somatiques auprès de certaines populations** (troubles du spectre autistique, pathologies psychiques sévères, poly-handicaps, grande exclusion ...) **nécessite d'adapter les modalités de la consultation et du suivi, les techniques utilisées** (notamment dans le cadre de soins gynécologiques, bucco-dentaires etc.), **de disposer du temps nécessaire à l'échange et au bilan global de santé.** Une consultation et des soins somatiques auprès d'une personne avec une hypersensibilité supposent un environnement (luminosité, bruits etc.) et une approche relationnelle spécifiques. Les acteurs rappellent que cette inadaptation constatée génère de la souffrance chez les patients et augmente le risque de non recours et de refus de soins.

**Exemple de ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :**

Service de médecine générale en service psychiatrique tel que proposé au CH Bohars.

- **Accéder à des publics comme les migrants et personnes sans domicile stable suppose d'aller à la rencontre des personnes sur leurs lieux de vie et « points de chute » identifiés tout comme de s'adapter aux temporalités des personnes** : une prise de rendez-vous est par exemple peu pertinente au vu des réalités des publics en situation de grande exclusion.

- Les acteurs ont souligné **la permanence de préjugés forts autour de la santé mentale chez les soignants** qui entravent une évaluation pertinente. Les participants ont cité notamment la trop

*« C'était pas possible, je ne voulais pas savoir ce que ça voulait dire, j'ai laissé de côté, c'était pas possible de faire avec ça » Un usager à propos de l'annonce d'un diagnostic de schizophrénie*

fréquente interprétation de troubles somatiques comme symptômes de troubles psychiques, notamment chez les personnes en situation de handicap complexe.

✓ **Non recours aux soins.**

- **Les troubles psychiques peuvent conduire la personne à négliger ou ne pas percevoir les troubles somatiques** (dénier de la maladie, altération du schéma corporel, troubles cognitifs ...).

- Les acteurs rappellent également que **l'étiquetage social lié à certains diagnostics peut retarder l'expression d'une souffrance par crainte des conséquences sociales et familiales du diagnostic et participer à la détérioration de l'état de santé des usagers**. Au-delà du constat des représentations sociales négatives sur la santé mentale, comment accompagner la personne dans l'appropriation du diagnostic et plus largement dans son parcours de soins et de vie ?

- Les médecins psychiatres soulignent **des avancées de la pratique psychiatrique et des outils de communication qui démontrent d'une évolution de la relation Médecin-Malade** : d'objet, le patient devient acteur de sa maladie et de son parcours de soins. Ce changement de paradigme s'accompagne d'une reconnaissance des compétences des patients. Les membres des GEM interrogés ont rappelé l'importance de la rencontre avec le « bon médecin », le « bon interlocuteur » qui « va mettre sur le chemin », « mettre des choses en place ». Ces médecins sont ceux qui instaurent une relation de confiance, qui cherchent le consentement et permettent d'engager le soin dès la rencontre.

✓ **Un cloisonnement des approches psychiatriques.**

- Les usagers soulignent le cloisonnement des approches psychiatriques qui les confronte à des diagnostics multiples et par là même à des propositions thérapeutiques variables selon les références et écoles de pensée des professionnels sollicités.

#### Pistes d'amélioration :

- Faciliter le repérage précoce en renforçant la formation des professionnels non soignants (équipes éducatives, travailleurs sociaux, intervenants au domicile) et soignants (médecins généralistes, infirmiers ...).
- Faciliter l'accès des publics aux bilans autisme et renforcer les Unités fonctionnelles (équipes pluridisciplinaires d'accueil et d'évaluation).
- Consolider la prévention et le repérage des états mentaux à risque chez les enfants et adolescents (psychoses émergentes, risque suicidaire).
- Renforcer les messages sur la réduction de la dépendance avec ou sans produit.
- « Aller vers » les publics isolés, en mouvement : équipes mobiles.
- Améliorer les conditions d'accueil et de consultations en développant la médecine générale en services psychiatriques et en renforçant la formation des personnels soignants en santé mentale.
- Diversifier l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.
- Favoriser l'accès des publics à des consultations avec des psychologues.
- Simplifier les dossiers administratifs et développer des outils pour faciliter le suivi des dossiers.

### ⇒ **Axe 3. Des freins à l'accès aux soins somatiques et psychiatriques.**

*Les acteurs repèrent des obstacles et inégalités d'accès aux soins somatiques et psychiatriques.*

#### Les problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Un maillage territorial discontinu de l'offre de soins et de services :**
- ✓ **Un engorgement des services de soins et de suivi de proximité (ex : CMP, CMPP)**
- ✓ **Une difficulté accrue d'accès aux soins des publics vulnérables (en errance, en situation de handicap, précaires) – détenus**

#### ✓ **Un maillage territorial discontinu de l'offre de soins et de services.**

- Les acteurs, tant professionnels qu'usagers alertent sur **l'inégalité de la démographie médicale sur le territoire**. En effet, si la majorité des bassins de vie du département sont concernés par un déficit de médecins généralistes, le Centre Est du Finistère est tout particulièrement en difficulté. On observe également une évolution à la baisse du nombre de praticiens sur les territoires de Quimper et Douarnenez, comme sur celui de Morlaix et du Centre Est Finistère (**Cf : figure 12**). Le déclin de la démographie médicale observé pour les médecins généralistes s'accompagne **d'une difficulté à trouver des remplaçants sur certains territoires**.

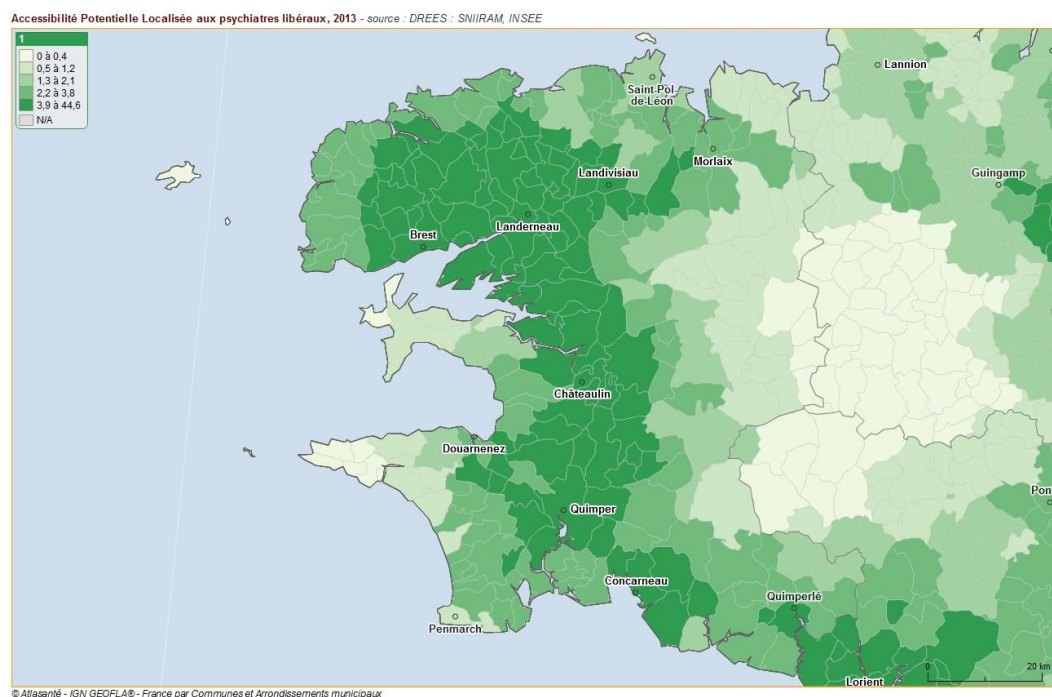


### Zoom : L'accès aux soins des personnes souffrant de troubles de la santé mentale : un enjeu majeur

- ❖ Selon l'OMS, en 2015, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée **de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur**.
- ❖ Sur le Finistère, les personnes souffrant de troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère ont **une espérance de vie moindre de 12,7 ans**. Les personnes prises en charge pour troubles névrotiques et de l'humeur vivent en moyenne **10,5 ans de moins** que les autres finistériens (Atlas de la santé mentale). Ce phénomène de comorbidité s'explique par plusieurs facteurs : addictions, régime alimentaire, pauvreté, et isolement social mais aussi les effets secondaires des médicaments psychotropes ou encore un accès aux soins somatiques contrarié. (Pour aller plus loin : Psycom).
- ❖ Sur le Finistère, seuls **42,4% des patients hospitalisés** pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère ont reçu des soins somatiques courants (soins dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques) dans les deux années qui suivent l'hospitalisation (Atlas de la santé mentale, données 2013)

- L'indice d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) à un médecin psychiatre libéral est certes partiel (il ne tient pas compte des délais de consultation) mais il permet de mettre en évidence les disparités d'accès aux praticiens sur le territoire : l'indice APL est par exemple de 19,3 à Brest, mais seulement de 10,5 à Quimper et de 3 à Morlaix.

Figure 28 : Accessibilité Potentielle à un médecin psychiatre libéral par commune en 2013.



Un médecin psychiatre interrogé dans le cadre du diagnostic partagé s'alarme de la perte d'attractivité du territoire de Quimper au profit de celui de Brest. L'une des raisons évoquées tient à l'accroissement des patientèles qui peut faire frein à l'installation d'un jeune médecin.

✓ **Le refus de soins.**

- Comme souligné précédemment, la stigmatisation de la maladie psychique, ses conséquences sociales mais aussi l'impact de certaines thérapeutiques sur le quotidien (vie sociale, affective, activité professionnelle, prise de poids ...) peut freiner le recours et l'adhésion aux soins.

✓ **Un engorgement des services de soins et de suivi de proximité.**

- **Les délais d'attente déjà évoqués détournent les usagers du soin et augmentent le risque d'aggravation et d'installation des troubles.**

- **Un engorgement des consultations des psychiatres libéraux et le coût des consultations non remboursées par des psychologues** peuvent inciter les usagers à s'orienter vers l'offre publique. Il peut également être une cause de renoncement aux soins.

**Le SUMPPS : un accès facilité aux soins pour les étudiants.**

Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de l'Université de Bretagne Occidentale dispose d'une Unité médico-psychologique et facilite l'accès des étudiants à des consultations gratuites avec des psychologues et psychiatres. Il propose également des activités tournées vers le bien-être.

- **La saturation des lits, liée pour partie à l'embolisation des services par des hospitalisations inadaptées, bloque l'accès à des populations plus prioritaires.** Ce problème est d'autant plus prégnant en pédopsychiatrie. L'accès à des hospitalisations programmées dont les intérêts pluriels ont été soulignés tant par les usagers que les professionnels (anticipation des situations de crise, solution de répit, réduction des temps d'hospitalisation etc.) est rendu de fait plus difficile.

✓ **Un manque de consultations dédiées pour les populations vulnérables et/ou éloignées des soins.**

- Les échanges ont mis en évidence **une problématique spécifique d'accès aux soins pour les personnes détenues.** Par ailleurs, les acteurs soulignent que les sorties d'incarcération peuvent entraîner des ruptures de suivi faute de consultations de suite. Si les personnes incarcérées doivent avoir accès à une qualité et une continuité des soins identiques à celles de la population (loi du 18 janvier 1994), les professionnels engagés dans le diagnostic partagé ont souligné les nombreux freins existants. L'enjeu est pourtant de taille : selon l'Observatoire international des prisons, plus de 20% des personnes incarcérées souffrent de troubles psychotiques, soit un taux de pathologies psychiatriques 20 fois plus élevé que dans la population générale. Selon le contrôleur général des lieux de privation de liberté, 70 % des détenus souffrent de troubles de la santé mentale. Les conditions d'incarcération (surpopulation, promiscuité, violences ...) participent à l'aggravation ou au développement d'une souffrance psychique. Le département ne dispose d'aucune place en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Les personnes incarcérées disposent d'une Unité Sanitaire dépendant du CHRU située sur la Maison d'Arrêt de Brest et bénéficient d'une antenne du CSAPA du CHRU Bohars.

➤ **Les Mineurs Etrangers en Errance forment une population qui appelle également à une vigilance particulière.**

Les mineurs étrangers en errance peuvent présenter des souffrances psychiques développées au cours du parcours migratoire et/ou en lien avec leurs conditions d'existence sur le territoire d'accueil<sup>19</sup>. Sur le Finistère, cette population est essentiellement présente sur Brest et dans une moindre mesure sur Quimper. Ils sont particulièrement sujets aux poly-addictions et ont souvent un état de santé très précaire faute de suivi en amont. De manière générale, les Migrants rencontrent des difficultés d'accès aux soins psychiatriques et somatiques<sup>20</sup>. Ces difficultés tiennent essentiellement :

- Au besoin de recourir à un service d'interprétariat professionnel coûteux, ou difficilement accessible ;
- A une méconnaissance et aux représentations des populations de la santé mentale et une expression différente de la souffrance psychique ;
- A la mobilité des personnes sur les territoires ;
- Aux conditions d'accès aux dispositifs variables selon leurs statuts (demandeurs d'asile, réfugiés, situation illégale...)

➤ **La discontinuité des parcours d'accompagnement des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance peut faire frein à l'accès aux soins.** Ce public est impacté d'autant plus par les difficultés d'accès aux pédopsychiatres<sup>21</sup>.

**L'enjeu de l'accès aux soins des populations migrantes**

« La prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6 % chez les populations migrantes. Ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (60 %) et de traumatismes complexes (8 %).» Par ailleurs, plus d'un quart des patients ont présenté des idées suicidaires, et 7% se sont trouvés au moins une fois en urgence psychiatrique.

Source : Arnaud Veisse (et al.), *Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés*, INPS, BEH, n°19-20, 2017.

**Exemple de ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :**

Le développement de l'interprétariat professionnel sur l'EPSM Gourmelen (<https://www.epsm-quimper.fr/lepsm-recompense-pour-son-action-sur-linterpretariat-professionnel/>)

<sup>20</sup> Pour aller plus loin : Le Réseau Louis Guillou : [rlg35.org](http://rlg35.org)

<sup>21</sup> Pour aller plus loin : Laetitia Darmon, « Pédopsychiatrie en crise : un lourd impact », TSA Mensuel n°102, mai 2019

#### Pistes d'amélioration :

- Renforcer la formation des travailleurs sociaux sur les troubles de la santé mentale.
- Favoriser l'accès des publics à des consultations avec des psychologues.
- Développer la télémédecine fixe et embarquée.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation.
- Formaliser les habitudes de travail pour favoriser les hospitalisations programmées.
- Développer une filière courte pour les personnes souffrant de troubles psychiques.
- Améliorer les passages de relais (prendre le temps).
- Former les professionnels à la crise suicidaire et à la prise en charge de nouvelles pathologies addictives : internet, jeux vidéo, de grattage, cyberpornographie ...
- Améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables et/ou éloignés du soin : lits d'accueil médicalisés, dispositifs relais entre sanitaire et médico-social à destination des jeunes confiés à l'ASE, développer le recours à l'interprétariat, équipes mobiles spécialisées etc.

#### ⇒ **Axe 4. Un isolement et un manque de soutien des usagers et des aidants.**

#### Les problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Des difficultés à accéder aux informations**
- ✓ **Un manque d'accompagnement des patients et des proches aidants :**
  - **Accompagnement des familles et des personnes concernées le temps du diagnostic**
  - **Un manque d'accompagnement des primo-accédants**
  - **Un défaut de prise en compte de la parole, expertise des proches aidants**
  - **Un défaut de préparation des retours à domicile**
- ✓ **Un constat de non recours.**

#### ✓ **Des difficultés à accéder aux informations.**

- Les usagers expriment **une difficulté à identifier les espaces de prises d'informations sur la santé mentale à laquelle s'ajoute un manque de lisibilité des informations disponibles.** Le langage médical n'est pas toujours compréhensible pour le plus grand nombre. Les participants relèvent toutefois que des informations existent mais qu'« *on ne s'y intéresse que quand on y est confronté* ». Dès lors, comment informer les publics qui ne sentent pas concernés *a priori* par les troubles de la santé mentale ? De l'avis des acteurs, les campagnes d'information nationales sur la santé mentale sont trop peu nombreuses.

✓ **Un manque d'accompagnement des patients et des proches aidants.**

- **Les représentants des familles expriment un sentiment d'isolement et un manque d'écoute des médecins psychiatres.** Vers qui les familles peuvent se tourner pour exprimer leur ressenti ? Comment leur parole est-elle prise en compte ? Pourtant, et si le patient y consent, l'accueil et l'écoute des familles, peuvent, selon les médecins psychiatres, constituer une ressource pour l'élaboration du diagnostic et la co-construction des accompagnements. Par ailleurs, comme le rappellent les médecins psychiatres, **le diagnostic en psychiatrie nécessite du temps et ce d'autant plus que certains d'entre eux sont difficilement modifiables et impactants** pour les malades. S'il est important d'accompagner durant ce processus, les personnes elles-mêmes mais également leurs proches, **une vigilance éthique doit être portée aux droits des patients de ne pas communiquer sur leurs problèmes de santé.** Les acteurs s'accordent sur le besoin de rendre accessible aux usagers les informations données au cours de cette période via une communication adaptée (« *parler le même langage* »).
- **La complexité de certains dossiers d'accès aux dispositifs peut mettre en difficulté les primo-accédant** qui n'ont pas toujours connaissance des associations d'usagers en présence sur le territoire et pouvant apporter une aide administrative.
- Les professionnels déplorent **le manque de temps à consacrer à l'anticipation des retours à domicile au risque d'accroître le risque de réhospitalisation.** La qualité des relais d'accompagnement mis en place et une meilleure évaluation des ressources des personnes sont des leviers identifiés pour améliorer la réussite des sorties et plus largement l'intégration des personnes concernées dans la cité.

Sur le Finistère, **26%** des patients qui sortent d'une hospitalisation temps plein pour troubles mentaux sévères sont réhospitalisés dans les 15 jours qui suivent leur sortie vers le domicile ou un service médico-social (Bretagne : 20,1%, France : 17,3%).

Source : Atlas de la santé mentale, données 2015.

**Pistes d'amélioration :**

- Faciliter l'accès à l'information, notamment sur les territoires ruraux, enclavés :
  - Identifier des lieux/référents de prise d'information (ex : pharmaciens)
  - Développer des correspondants CLSM sur les territoires (ex : élus)
- Décloisonner les accompagnements sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour faciliter les accueils séquentiels.
- Encourager une démarche de la collectivité vers les citoyens.
- Consolider l'étagage des malades et des proches aidants : case manager, éducation thérapeutique, réhabilitation psycho-sociale, pair-aidance (GEM, UNAFAM).
- Développer l'« aller vers » les patients et les proches aidants.
- Renforcer et valoriser les « bonnes pratiques » des intervenants à domicile.

## Groupe 3 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

### Problématiques identifiées

- ⇒ **Axe 1.** Un manque de coordination entre acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.
- ⇒ **Axe 2.** Un manque d'interconnaissance et de communication
- ⇒ **Axe 3.** Un manque de personnalisation des parcours accentué par un cloisonnement des accompagnements
- ⇒ **Axe 4.** Des freins à l'accès aux droits des usagers et des aidants

- ⇒ **Axe 1. Un manque de coordination entre acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.**

*La difficulté à identifier les partenaires et à les mobiliser freine la coordination des acteurs et accroît le risque de ruptures dans les parcours de vie des usagers.*

### Problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Une difficulté à identifier les acteurs, leurs périmètres de compétence et leurs modalités de saisie**
- ✓ **Un défaut d'organisation de la continuité du parcours entre les professionnels : Passages de relais, transitions entre dispositifs**
- ✓ **Des freins juridiques et économiques à la collaboration entre les acteurs**
- ✓ **Une variabilité des réponses selon les territoires**

- ✓ **Une difficulté à identifier les acteurs, leurs périmètres de compétences et les modalités de leur saisie.**

- Le diagnostic partagé met en évidence **le manque de lisibilité de l'offre de services et d'accompagnements** et **la difficulté des acteurs à déterminer les modalités d'orientation et de saisie des partenaires autant que leurs contraintes respectives.**
- **Les cultures et approches relatives aux secteurs sanitaires et médico-sociaux peuvent conduire à des postures professionnelles et des positionnements éthiques différents**, sources d'incompréhension et de saisies inadaptées.
- Le manque de coordination entre les acteurs se traduit également par **une difficulté à reconnaître la place et rôle de certains acteurs** (élus, bailleurs, aides à domicile, familles...). Ces derniers

peuvent être en demande d'informations et d'échanges vis-à-vis des professionnels soignants et travailleurs sociaux pour mieux appréhender les situations et « trouver leur place ».

✓ **Un défaut d'organisation de la continuité du parcours entre les professionnels : passages de relais, transitions entre dispositifs.**

- Le diagnostic territorial souligne l'**intérêt des accompagnements conjoints** le temps de « passer la main » pour fluidifier les transitions entre établissements, dispositifs et/ou aux passages des âges charnières.
- Les passages de relais sont contrariés par **des temporalités institutionnelles et attentes différentes entre les acteurs**. A titre d'exemple, l'organisation d'un retour à domicile d'un usager doit être réinterrogée dans le cadre d'une politique accrue de soins ambulatoires. La réduction des délais d'hospitalisation implique un temps plus restreint pour organiser l'accompagnement médico-social des personnes et une collaboration plus efficiente des acteurs.
- Les acteurs du territoire ont su développer **des habitudes de travail et des coopérations efficaces mais fragilisées par leur caractère « personne-dépendant »** : comment pérenniser malgré le turn-over des professionnels ?

✓ **Des freins juridiques et économiques à la collaboration entre les acteurs.**

- **Les financements différents** selon les structures comme **le manque de transversalité des dispositifs** du secteur sanitaire, social et médico-social peuvent faire frein à la collaboration et générer des ruptures dans l'accompagnement.

✓ **Une variabilité des réponses selon les territoires.**

- Les acteurs sont confrontés à des réponses variables selon les territoires. En cause : la répartition et disponibilité de l'offre, notamment à destination de publics aux besoins spécifiques, est problématique sur certaines zones et freine l'accessibilité des usagers les moins mobiles.
- Cette variabilité des réponses renvoie également à des dynamiques et organisations hétérogènes, autant qu'à des découpages territoriaux parfois complexes (Ex : découpage de la sectorisation en psychiatrie sur les territoires frontalières) et/ou qui ne s'accordent pas avec les choix de vie des personnes.
- L'enjeu identifié par les acteurs est ici de mieux évaluer les besoins réels des territoires, notamment dans le cadre d'un projet territorial vecteur de cohérence et de mise en adéquation de l'offre avec les singularités locales.

#### **Pistes d'amélioration :**

- Lisibilité de l'offre de service : création d'un annuaire en ligne, décloisonné, remis à jour.
- Améliorer la connaissance des modalités d'orientation vers les partenaires en renforçant les coordinateurs de réseaux, créer une application (interrogeable oralement) pour organiser une concertation (cartographier sur un territoire l'ensemble des acteurs à mobiliser).
- Favoriser l'organisation de temps de rencontres et de travail entre les professionnels d'un territoire.
- Développer les Staffs (sur le modèle du sanitaire et des GOS) pluridisciplinaires pour une recherche de solutions plus globales.
- Systématiser les entretiens relais d'accompagnement en présence de la personne (expression sur son parcours, ses besoins, attentes, objectifs).
- Renforcer et pérenniser le travail partenarial.

#### ⇒ **Axe 2. Un manque d'interconnaissance et de communication.**

*La méconnaissance des acteurs entre eux freine la communication et la transmission d'informations utiles à l'accompagnement des usagers.*

#### **Les problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Un problème de communication entre les acteurs.**
- ✓ **Défaut de transmission ou de partage des informations.**

#### ✓ **Un problème de communication entre les acteurs.**

- Le manque d'une culture partagée induit des mécompréhensions entre les acteurs. La rencontre et l'échange sont nécessaires à un processus d'acculturation mais sont freinés par les contraintes financières et organisationnelles. Le manque de valorisation des temps de participation aux instances de réflexion et de coordination ne permet pas aux professionnels d'investir pleinement ces temps et espaces partagés.
- Les élus ont pu signifier un manque de lieux d'échanges et de compréhension entre eux et les professionnels pour réfléchir aux problématiques de santé mentale qu'ils rencontrent sur leurs territoires.



- ✓ **Défaut de transmission ou de partage des informations notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisation, du repérage des signaux d'alerte : à qui transmettre l'information ? Vers qui orienter ?**

➤ Si le renforcement de l'interconnaissance est un levier souligné par les acteurs pour améliorer le partage d'informations, la difficulté à identifier un professionnel référent et au fait de la globalité du parcours de la personne peut mettre à mal la continuité des accompagnements.

#### **Pistes d'amélioration :**

- S'appuyer sur les instances type CSLM, MAIA/PTA pour favoriser l'échange d'expériences, de pratiques.
- Développer les compétences d'un professionnel coordinateur de parcours personnalisés. Ex : « Case manager ».
- Favoriser l'interconnaissance pour créer une confiance préalable à l'échange d'informations.

⇒ **Axe 3. Un manque de personnalisation des parcours accentué par un cloisonnement des accompagnements.**

*Les acteurs constatent une difficulté à personnaliser et adapter les accompagnements au grès des besoins et envies des usagers, de l'évolution de leurs pathologies.*

#### **Les problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Une difficulté à proposer un accompagnement personnalisé et modulable au fil du parcours de vie.**
- ✓ **Une difficulté à accepter et organiser la prise de risque, le « droit à l'essai ».**
- ✓ **Des freins à l'élaboration d'un projet professionnel personnalisé.**

- ✓ **Une difficulté à proposer un accompagnement personnalisé et modulable au fil du parcours de vie.**

➤ Les acteurs soulignent **l'importance du repérage des situations à risque de complexification pour anticiper les passages de relais et transitions entre accompagnements notamment aux âges charnières.** La situation des jeunes sortant des dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance est particulièrement problématique. Les « sorties sèches » du dispositif peuvent fragiliser les jeunes sur un plan social et économique, freinant également leur accès à la santé et risquant d'installer ou

**Exemple de ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :**

Les expérimentations « double orientation » de la MDPH.

d'accroître une vulnérabilité psychique. Si des dispositifs existent (Contrat Jeune Majeur), leur accès est limité.

- Les acteurs ont également souligné **l'insuffisante prise en compte des besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques dans les documents d'évaluation** (MDPH, AGGIR). Une difficulté à coter l'accompagnement relationnel est notamment soulignée : comment mesurer/quantifier l'accompagnement ? Selon quels critères ? Si la définition des besoins permet l'entrée dans les dispositifs, comment prendre en compte les envies des personnes ? Comment leur permettre de les exprimer ?
- **Un manque de souplesse des dispositifs ne permet pas complètement de penser et d'organiser des accompagnements séquentiels, modulables au grès des besoins, envies, étapes du parcours et évolutions des pathologies.** Les expérimentations de la MDPH en matière d'orientations multiples répondent ici à un besoin exprimé par les acteurs. Il ressort également des échanges que l'accueil séquentiel est contrarié par des difficultés d'accès à des structures intermédiaires entre l'hôpital et l'institution et dédiées à certaines catégories de publics dont les 16-25 ans ou les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques.
- En outre, les acteurs ont souligné l'intérêt des dispositifs de coordination et les outils/moyens associés. Ils regrettent toutefois **une sous-exploitation des outils et moyens de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) ou du Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)** comme le caractère fragile de certaines réponses apportées en lien avec l'indisponibilité de l'offre médico-sociale.
  - ✓ **Une difficulté à accepter et organiser la prise de risque, le « droit à l'essai ».**
- Un manque de personnalisation qui s'explique également par **une difficulté des acteurs à penser et organiser la prise de risque avec la personne mais aussi son entourage.** Les professionnels qui engagent leur responsabilité sont confrontés à des injonctions contradictoires entre besoin et droit de liberté des personnes et demande de sécurité des familles qui freinent les propositions d'accompagnement ou les sorties de dispositif.
  - ✓ **Des freins à l'élaboration d'un projet professionnel personnalisé.**
- La question de l'insertion professionnelle est un domaine peu investi, selon les participants, par les Etablissements Sociaux et Médicaux Sociaux en général. Les ESAT qui accueillaient traditionnellement des personnes en situation de handicap mental accompagnent aujourd'hui un nombre croissant de personnes souffrant de troubles psychiques. **L'offre actuelle des établissements peut se révéler peu adaptée aux compétences, ressources et envies** de ce nouveau public tandis que **le milieu ordinaire peine encore à s'ouvrir aux handicaps, notamment psychiques.**
- Il apparaît nécessaire de **poursuivre l'effort de sensibilisation des entreprises aux troubles psychiques** et de **renforcer les structures et dispositifs visant à accompagner les personnes dans leur insertion professionnelle.**

**Exemple de ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :**

Dispositif Emploi Accompagné, Dispositif « Tremplin » des Genêts d'Or.

- Une vigilance doit être portée aux **limites du « tout inclusif »** : il importe de respecter les choix des personnes, leurs envies, leurs capacités pour que l'inclusion ne soit pas source d'exclusion.
- Le **manque de souplesse des orientations** est ici souligné comme un frein supplémentaire à l'adaptation des propositions d'activité aux projets de vie des personnes.

**Pistes d'amélioration :**

- Faciliter les accueils séquentiels : dispositifs modulables selon les besoins et envies.
- Faciliter l'accès à l'information sur les places disponibles en structures.
- Renforcer l'accueil familial + formation des accueillants familiaux.
- Formation des professionnels.
- Aller vers une responsabilité partagée : Responsabilisation des usagers, Co-construction d'un cadre explicite de la prise de risque, communication sur les décisions auprès des partenaires ...
- Renforcer l'accompagnement à la construction d'un projet professionnel : développement du dispositif Emploi Accompagné, de la pair-aidance ...

⇒ **Axe 4. Des freins à l'accès aux droits des usagers et des aidants.**

*Le défaut de coordination des acteurs, comme la difficulté à personnaliser les réponses d'accompagnement freinent le droit des usagers à affirmer leurs choix de vie.*

**Les problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Une difficulté des aidants à exercer leur droit au répit.**
- ✓ **Un défaut d'information à destination des proches aidants.**
- ✓ **Freins à l'accès aux droits de populations spécifiques : migrants, détenus, enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance.**
- ✓ **Difficultés d'accès à des accompagnements sociaux et médico-sociaux de proximité et adaptés aux besoins et projets de vie des usagers.**
- ✓ **Phénomènes de non recours ou refus d'accompagnements qui aggravent les situations des personnes.**

- ✓ **Une difficulté des aidants à exercer leur droit au répit.**

- Si la reconnaissance du droit au répit des aidants est effective depuis 2004, son exercice suppose l'accès à des solutions de soutien : accueils temporaires, formations, accompagnements à domicile etc. En l'état, **l'accès à ces solutions peut se voir contrarié par un manque de disponibilité de**

**l'offre et un non recours aux droits par crainte de la stigmatisation**<sup>22</sup>. Le diagnostic a mis en évidence **le risque de précarisation**<sup>23</sup> et **d'épuisement des familles**. Le soutien des institutions se révèle ici important (Education nationale, établissements, MDPH, CDAS ...).

- **Certains accompagnements imposent une avance de frais importante pour des familles à moyens financiers réduits** (temps partiel, arrêt de l'emploi pour aider). Peu de centres de loisirs acceptent des enfants porteurs de troubles psychiques. L'accueil dépend de la volonté de la commune et l'aide de la CAF peut varier (certaines communes augmentent l'ouverture de droit et du Quotient Familial pour ces enfants). Les alternatives à l'accompagnement existent mais comportent un coût pour les personnes (séjours vacances EPAL, associatif, Club thérapeutique ...).
- **Les équipes de professionnels aussi peuvent avoir besoin de répit** lorsqu'elles accueillent une personne concernée par troubles de la santé mentale car ces accompagnements sont souvent complexes et énergétivores. L'accompagnement et le partenariat par des équipes spécialisées ne sont pas assez conséquents.
  - ✓ **Un défaut d'information à destination des proches aidants.**
- **L'accès à une information précise est limité et complexe.** Il n'existe pas d'espace unique de prise d'information sur la santé mentale. Les informations sont éparées et relayées par les associations. Les professionnels eux-mêmes méconnaissent parfois l'existence de certains dispositifs, accompagnements et aides spécifiques. Ils ne peuvent donc pas délivrer des informations complètes et actualisées.
- **L'information sur les aides (APA, MDPH ...) est peu lisible et complexe (les limites d'âge renforcent, par exemple, le cloisonnement des dispositifs).** L'accès aux aides dépend fortement du taux de handicap : en deçà de 80 %, l'accès aux aides est moins évident malgré des besoins réels. Cela suppose une gradation du handicap qui prenne mieux en compte le handicap psychique.
  - ✓ **Accès aux droits de populations spécifiques : migrants, détenus, enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance.**
- **L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux se révèle particulièrement problématique pour des catégories de populations dont le statut juridique n'autorise pas l'accès aux dispositifs.** La situation des migrants est ici soulignée. L'accès aux dispositifs sociaux et médico-sociaux pour les ressortissants étrangers dépend de conditions spécifiques variant selon la nationalité (Union européenne ou pays tiers), l'ancienneté de la présence en France et la nature du titre de séjour.

---

<sup>22</sup> Un besoin d'aide à l'exercice de la parentalité peut être difficile à exprimer pour les parents.

<sup>23</sup> Certains parents peuvent être contraints d'occuper un emploi à temps partiel ou de renoncer à travailler.

- ✓ **Difficultés d'accès à des accompagnements sociaux et médico-sociaux de proximité adaptés aux besoins et projets de vie des usagers.**

Figure 31 : Temps moyen d'accès au CMPP le plus proche

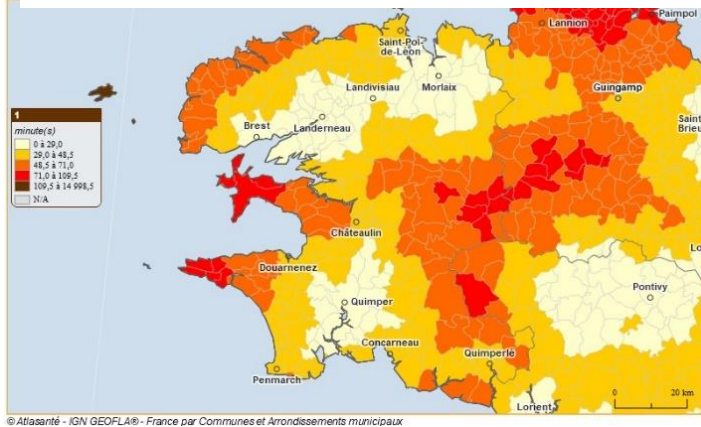


Figure 30 Répartition des CMP, CMPP et CAMSP en 2019

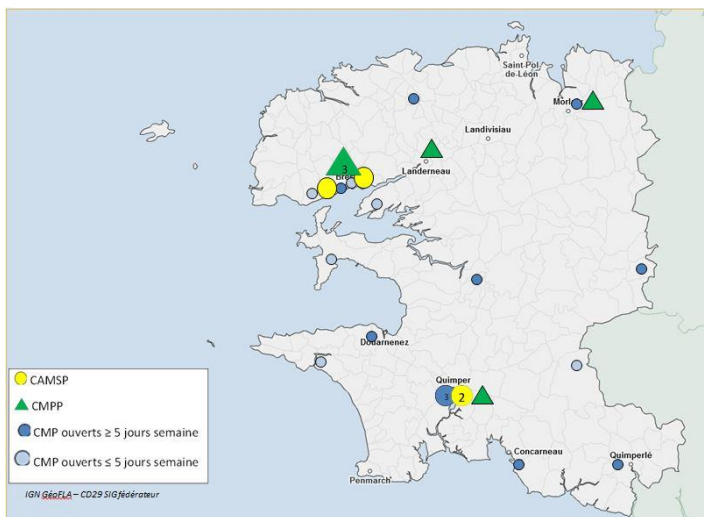


Figure 29 : Répartition des établissements pour personnes handicapées sur le territoire.



➤ Outre le manque de disponibilité de l'offre et les délais de réponse, l'éloignement des structures et services pose la question des capacités des personnes à se déplacer vers les structures médico-sociales et les services sociaux. Les territoires de la Presqu'île de Crozon, du Cap Sizun et du Centre Ouest Bretagne se distinguent par un éloignement conséquent des services et structures. A titre d'exemple, il faut presque 2 heures de trajet en voiture à un habitant de Plogoff pour accéder au CMPP le plus proche et près d'1 heure 30 minutes à un habitant de la commune de Plouyé pour se rendre dans le CAMSP le plus proche. Ces constats sont à nuancer toutefois si l'on s'attarde sur la répartition des CMPI, CMPP et CAMSP sur le territoire. Les zones de Crozon, du Cap Sizun ou de Scaër et Carhaix bénéficient de la présence de CMP. Il demeure cependant des zones non couvertes telles que la région de Pont l'Abbé et le Centre Finistère, à l'exception de Carhaix.

➤ Par ailleurs, les données recueillies montrent l'absence d'établissements pour personnes handicapées sur certains bassins de vie (Huelgoat et Quimperlé par exemple). Il est à noter également que la répartition des accueils de jour sur le territoire est particulièrement inégale et que les places en hébergements temporaires tendent à se concentrer sur les pôles urbains et leurs environs.

Figure 32 : Nombre de places ouvertes en accueil de jour.

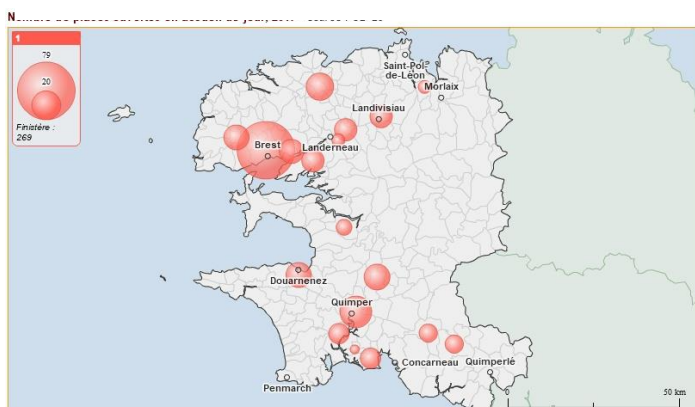
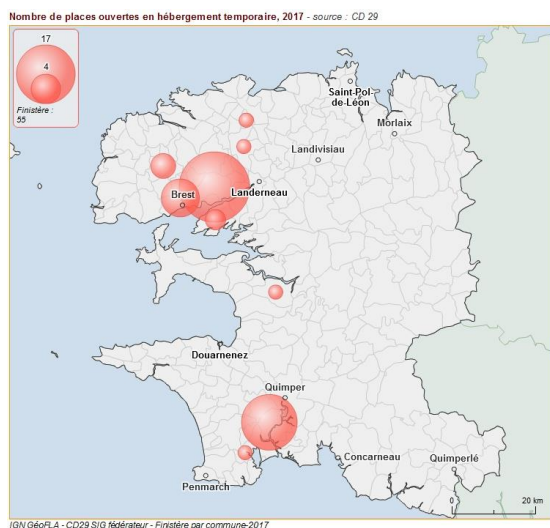


Figure 33 : Répartition et densité des places en hébergement temporaire.



- Les échanges ont mis en exergue des solutions locales et solidaires : covoiturage (Ouest G, Wimoov, ART) ou dispositifs d'aide à la réinsertion (Taxi COB à 2 euros, En route pour l'emploi sur Brest ...). Les solidarités familiales et communautaires pallient certaines difficultés sur les territoires peu dotés en transports en commun accessibles aux personnes à mobilité réduite.

- ✓ **Phénomènes de non recours ou refus d'accompagnement qui aggravent les situations des personnes.**
- **Le refus d'accompagnement, qu'il relève d'un déni des difficultés ou d'une crainte de la stigmatisation, tend à détériorer les situations sociales et sanitaires.** Les participants au groupe de travail soulignent l'importance de l'échange d'informations entre les acteurs du sanitaire, du social et médico-social pour anticiper mais aussi faciliter le suivi des personnes et limiter le risque d'inobservance des traitements. Par ailleurs, les acteurs remarquent que le seul moyen parfois d'accéder aux soins est le fruit d'une décision judiciaire.
- Ces difficultés dénotent de l'importance de l'étayage des équipes accompagnantes par un appui technique d'équipes spécialisées.

### **Pistes d'amélioration :**

- Faciliter le droit au répit via le renforcement de l'accueil familial temporaire, l'accueil et hébergement temporaire des personnes âgées et des enfants, un accès facilité à l'aide à domicile.
- Créer une plateforme d'accueil et de ressource à destination des aidants et renforcer la formation des aidants.
- Identifier et renforcer les acteurs soutenant : associations, Maisons de Services Publics, pair-aidants.
- Soutenir la réhabilitation psycho-sociale.
- Affirmer le rôle des CLS et CLSM pour assurer la cohérence territoriale et proposer des outils aux acteurs du territoire.
- Appuyer l'activation des contrats locaux de santé.
- Favoriser la mise en place et confirmer le rôle des centres intercommunaux d'action sociale.
- Formation commune entre les secteurs du sanitaire, social et médico-social et à destination du grand public.
- Renforcer et/ou créer des équipes mobiles à orientation sociale et médico-sociale.
- Renforcer la communication positive sur les troubles de la santé mentale.

## Groupe 4 : Accueils et accompagnements inadaptés

### Problématiques identifiées

- ⇒ **Axe 1.** Un manque de coordination des acteurs
- ⇒ **Axe 2.** Des freins à l'accès des usagers à des accueils et accompagnements adaptés à leurs besoins et projet de vie
- ⇒ **Axe 3.** Un défaut d'anticipation qui induit des orientations en situation d'urgence et des prises en charge inadaptées
- ⇒ **Axe 4.** Les représentations sociales négatives de la santé mentale

### ⇒ **Axe 1. Un manque de coordination des acteurs.**

*De manière transversale, les acteurs soulignent une difficulté de coordination qui conduit à l'orientation et le maintien dans des acteurs et accompagnements inadaptés.*

### Problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Un défaut d'interconnaissance qui nuit au travail partenarial.**
  - ✓ **Une difficulté à communiquer et transmettre les informations.**
  - ✓ **Une difficulté à identifier et mobiliser l'ensemble des partenaires concernés.**
  - ✓ **Une difficulté à coordonner les acteurs autour de situations complexes.**
  - ✓ **Des difficultés dans les passages de relais, Transitions entre dispositifs, Ages charnières, Mobilités territoriales.**
- 
- ✓ **Un défaut d'interconnaissance qui nuit au travail partenarial.**
  - **La spécialisation croissante des acteurs et la multiplication des dispositifs participent à complexifier l'offre existante.** La spécialisation des acteurs, comme les cultures professionnelles peuvent générer des pratiques et postures qui peuvent faire frein à l'interconnaissance et une approche inter-institutionnelle.
  - Si la rencontre et l'échange entre professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont identifiés comme un vecteur de collaborations, les acteurs regrettent **le manque de temps**



dédiés et de moyens disponibles au sein de leur organisation pour participer aux instances de réflexion et de coordination telles les CLSM, CLS, CTS.

- ✓ **Une difficulté à communiquer et transmettre les informations.**
- Le défaut de coordination se traduit également **par une perte d'informations entre acteurs au détriment des patients notamment les plus vulnérables**. Il ressort des échanges, une difficulté à transmettre les informations à l'ensemble des partenaires qui entourent la personne qu'ils soient travailleurs sociaux, professionnels de l'aide à domicile, bailleurs sociaux mais également médecins généralistes. Les raisons évoquées sont plurielles : absence de cadre partagé de partage d'informations qui respecte le droit des patients à communiquer ou pas les informations les concernant, l'absence de référent identifié sur les situations pour faciliter la transmission d'informations entre la médecine de ville et l'hôpital et assurer les transitions et la mise en place d'un accompagnement adapté en sortie d'hospitalisation.
- Le diagnostic met en évidence **l'importance de la qualité de la transmission d'informations pour mieux anticiper le besoin d'accompagnement et limiter le risque de dégradation des situations**, notamment dans **le cadre d'une sortie d'hospitalisation**.
- ✓ **Une difficulté à identifier et mobiliser l'ensemble des partenaires concernés : médecins généralistes, intervenants au domicile (soignants, aides à domicile), bailleurs sociaux, mandataires ...**
- **Certains acteurs, les bailleurs sociaux notamment, ont pu exprimer un sentiment de « solitude »** lorsqu'ils sont confrontés à des situations qui appellent une réponse ou tout du moins un étayage des acteurs partenaires.
- ✓ **Une difficulté des acteurs à se coordonner :**
  - **autour de situations complexes qui supposent un regard pluri-institutionnel.**
  - **une difficulté particulière des acteurs à coordonner les passages de relais : Transitions entre dispositifs, Ages charnières, Mobilités territoriales (ex : migrants)**
- Les acteurs ont identifié **une difficulté transversale à coordonner l'ensemble des professionnels et les usagers notamment lors des passages de relais et aux transitions dans le parcours de vie** : âges charnières, changements de dispositifs, de territoires. Ce manque de coordination entrave l'orientation des usagers vers des accueils et accompagnements adaptés et complique également l'anticipation des professionnels autour de situations à risque de complexification.
- Si l'activation des dispositifs de coordination (PTA, MAIA, RAP, PCPE) facilite la recherche collective de solutions, les professionnels pointent également du doigt **les limites de ces dispositifs lorsque les solutions viennent à manquer faute de disponibilité de l'offre ou d'épuisement des propositions**. Un accompagnement des acteurs dans leurs demandes de prise de relais peut limiter les **demandes inadaptées vis-à-vis des instances de coordination**.
- Il ressort également des échanges que **l'élaboration de projets de vie et de soins distincts** ne permet pas de penser un accompagnement global.

- **Le cloisonnement entre les secteurs social, médico-social et sanitaire** constitue un frein supplémentaire : coexistence de plusieurs circuits de décision, des périmètres de compétences et territoires d'intervention qui freinent l'articulation des acteurs et de leurs actions. Le « travailler ensemble » peut être difficile à harmoniser et pérenniser.
- Il ressort des échanges **un manque d'évaluation a posteriori des orientations** qui pourrait s'opérer par des temps de retours d'expériences entre les partenaires et les personnes concernées.

#### **Pistes d'amélioration :**

- Faciliter la connaissance de l'offre de soins et d'accompagnement sur le territoire.
- Améliorer la transmission des informations sur les patients.
- Décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Soutenir la coordination.
- Pérenniser le travail en réseau/partenarial.

### ⇒ **Axe 2. Des freins à l'accès des usagers à des accueils et accompagnements adaptés à leurs besoins et projet de vie.**

*Les difficultés d'orientation des usagers associées au manque de disponibilité de l'offre d'accueil et d'accompagnement conduisent à des situations telles que des maintiens en hospitalisations sans raison thérapeutique, des cohabitations inadaptées aux conséquences sociales, sanitaires délétères pour les patients.*

#### **Problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Une difficulté à orienter les usagers vers les accueils et accompagnements adaptés à leurs besoins.**
  - ✓ **L'organisation et la disponibilité de l'offre d'accueil et d'accompagnement.**
  - ✓ **Une difficulté d'accès à des hébergements adaptés.**
  - ✓ **La durée d'hospitalisation conséquente des jeunes patients.**
- 
- ✓ **Une difficulté à orienter les usagers vers les accueils et accompagnements adaptés à leurs besoins.**
  - « *L'hôpital n'est pas un lieu de vie* » ont pu rappeler plusieurs professionnels. Ils constatent pourtant que des patients sont maintenus dans leurs services sur parfois de longues durées faute de places d'aval ou d'alternatives à l'hospitalisation. Une étude réalisée par le CH Morlaix montre que parmi les patients hospitalisés depuis plus de 292 jours sur l'établissement (pour certains plusieurs

années), 32 patients sont en attente d'un accueil dans un établissement médico-social : 11 vers des Foyers de vie, 8 vers des EHPAD, 7 vers des Unités de Soins de Longue Durée psychiatrie, 4 vers des Foyers de Vie Médicalisés, 3 vers des Unités de Vie Protégée en EHPAD, 2 vers des Maisons d'Accueil Spécialisées et 2 vers des Unités d'Hébergement Renforcées (Données : CH Morlaix)

- De manière générale, si l'hospitalisation et sa durée ne sont pas en soi inadaptées au vu des besoins de soins, **elles ne sont pas sans conséquence sur le plan social (risque d'affaiblissement des liens sociaux), économique (perte de revenus) tout en mettant potentiellement à mal l'adhésion aux soins.**
- Les difficultés liées à l'orientation des personnes s'originent également dans **le manque de connaissance et de lisibilité de l'offre disponible** sur le territoire.
- Le manque de souplesse des dispositifs et de leurs conditions d'accès est une autre des causes identifiées. Les barrières d'âge propres à la psychiatrie et aux dispositifs sociaux et médico-sociaux contrarient les orientations des personnes vers des accueils et accompagnements adaptés.
- ✓ **L'organisation et la disponibilité de l'offre d'accueil et d'accompagnement.**
- Le déclin plus ou moins important selon les territoires de la démographie médicale et la répartition inégale de l'offre de soins et d'accompagnement contrarient les orientations des personnes. Si là encore, les dispositifs de coordination et les outils et moyens associés facilitent la recherche de solutions et l'orientation des personnes, les acteurs regrettent que les délais ou absences de réponse des partenaires peuvent faire échouer les solutions identifiées, faute de places disponibles ou d'engagements non tenus.
- ✓ **Une difficulté d'accès à des hébergements adaptés.**

Figure 34 : Densité des structures et dispositifs d'hébergement sur le département. Données : Atlas de la santé mentale.

	Finistère	Bretagne	France
Densité de places en USLD pour 1000 hab.(75+) - 2015	1,1	1,6	2,7
Densité de places d'UHR (unités d'hébergement renforcé) en EHPAD et USLD pour 100 000 hab. (65+) - 2015	15,2	15,3	19
Densité de places d'UCC (unités de réhabilitation cognitivo-comportementales) en SSR pour 100 000 hab. (65+) - 2015	12	8,4	9,7
Densité de places en EHPA et résidences autonomie pour 1000 hab.(65+) - 2015	2,8	6,9	10,8
Densité de places en EHPAD pour 1000 hab. (65+) - 2015	64,4	63,5	52,3
Densité de places dans les services de soins à domicile (SSIAD et SPASAD) pour 1000 hab. (65+) - 2015	10	11	11
Densité de SAAD pour 100 000 hab. (65+) - 2015	3,3	20,9	22,2
Densité de places en ITEP pour 100 000 hab. de 6 à 18 ans. - 2015	145,5	107,6	148,2
Densité de places en IME pour 100 000 hab. de 6 à 20 ans - 2015	549,7	546,8	577,8
Densité de places en SESSAD pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans - 2015	301,8	320,7	307,3
Densité de places d'hébergement social pour 100 000 hab.- 2014	55,4	Nd	93,3
Densité de places d'hébergement social à destination des demandeurs d'asiles et réfugiés pour 100 000 hab. - 2014	24,4	29,3	37,8
Densité de logements accompagnés pour 100 000 hab. - 2014	25,7	18,8	22

- Les acteurs soulignent **des carences en matière d'hébergements dans les établissements mais aussi inclusifs, intermédiaires entre l'institution et l'hospitalisation à destination, notamment, de publics aux besoins spécifiques** : jeunes entre 16 et 18 ans, personnes handicapées vieillissantes

avec troubles de la santé mentale, personnes avec troubles neurodégénératifs tels le syndrome de Korsakoff, les personnes en grande exclusion (personnes sans domicile stable, migrants).

- Les acteurs soulignent un déséquilibre croissant dans certains établissements médico-sociaux entre équipes soignantes et équipes éducatives en lien avec une **chronicisation des accompagnements** faute de places d'aval et d'accompagnement social en amont.
- **Les personnes concernées, leurs proches aidants et les équipes professionnelles accèdent difficilement à des solutions de répit** : hébergements temporaires, hospitalisations programmées...
- Une vigilance doit être portée sur le maintien à domicile qui **suppose un étayage social et sanitaire coordonné**, nécessaire à la sécurisation des personnes et de leurs proches.
- ✓ **La durée d'hospitalisation des jeunes patients.**

- Les professionnels alertent sur **le risque accru d'installation et d'aggravation des troubles que suscite une hospitalisation longue chez les jeunes patients**. Le caractère « traumatisant » que peut avoir l'expérience de l'hospitalisation en service psychiatrique peut en effet **détourner les jeunes patients des soins et mettre à mal l'adhésion thérapeutique** alors même qu'une prise en charge précoce revêt ici un enjeu tout particulièrement important.

En 2017-2018, la Durée Moyenne de Présence (DMP) en hospitalisation temps plein est **de 39 jours** dans les établissements finistériens, soit près de 6 jours de moins que la moyenne régionale.

La DMP en hospitalisation temps plein en **psychiatrie infanto-juvénile** est de **30,8 jours**. Bien qu'en nette baisse par rapport à l'année 2017 (36,1 jours), elle reste très au-dessus de la moyenne régionale de **25,5 jours**.

Données RIM-P 2018

#### Pistes d'amélioration :

- Permettre les passerelles entre dispositifs (notamment aux âges charnières).
- Développer les dispositifs type AGIR (accompagnement global individualisé renforcé).
- Renforcer l'accès à des lieux de vie adaptés.
- Réduire le temps d'hospitalisation des jeunes patients en facilitant l'hospitalisation séquentielle.
- Renforcer l'offre en ambulatoire.
- Développer les équipes mobiles formées aux psychotraumatismes pour aller vers les migrants.
- Favoriser l'accessibilité des usagers via des solutions de déplacements et le déploiement d'une offre de proximité.
- Renforcer le travail partenarial via par exemple des projets d'accompagnement partagés.

⇒ **Axe 3. Un défaut d'anticipation qui induit des orientations en situation d'urgence et des prises en charge inadaptées.**

*Le repérage des situations à risque ou des dégradations de l'état sanitaire et social des usagers permet d'enclencher un accompagnement adapté et de réduire le risque de complexification des situations, voire « d'impasses » à la prise en charge.*

**Les problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Un défaut de repérage des troubles de la santé mentale.**
- ✓ **Une difficulté d'accès à l'information de premier niveau.**
- ✓ **Le refus de soins.**
- ✓ **Le non recours.**

✓ **Repérage des troubles de la santé mentale : qui repère ? Comment ? A qui transmettre l'information ?**

- L'anticipation s'appuie sur un repérage efficace des signaux d'alerte. Or, des carences sont observées par les acteurs. **Les CMP et CMPP jouent un rôle primordial en matière de prévention et d'orientation « vers » mais les délais observés de consultations de plusieurs semaines à plusieurs mois mettent à mal leurs missions.**
- Le repérage des états mentaux chez les publics isolés, migrants et en situation de grande exclusion implique une **adaptation des modalités d'accès au public** : équipes mobiles mixtes (soignants et travailleurs sociaux) pour aller à la rencontre des personnes sur leurs lieux de vie.
- **Le refus de soins** interroge la manière de travailler avec les personnes. Au-delà du repérage, se posent la question éthique de la réponse à apporter et celle de l'adhésion de la personne à la proposition de soins et/ou d'accompagnement : cela nécessite un travail spécifique avec la personne pour lui permettre d'exprimer un mal-être et d'anticiper avec elle un parcours de soins et d'accompagnement.
- Les échanges ont mis en évidence un **sentiment d'isolement de certains professionnels lié à une difficulté à relayer les observations inquiétantes auprès des acteurs adaptés et parfois à une absence de réponse de ces mêmes acteurs**. Les bailleurs sociaux, par exemple, peuvent identifier des difficultés dans le savoir habiter des locataires (gestion et entretien du logement, relation au voisinage) qui sont potentiellement des signes ou les conséquences de troubles psychiques. Dès lors, à qui transmettre l'information ? De quelle manière et dans quelles limites ?

**Exemple de ce qui fonctionne sur le territoire :**

Le Staff Précarité sur la ville de Brest.

La Cellule de veille de la Commission logement du Conseil Local de Santé Mentale de la ville de Brest.

- ✓ **Une difficulté à identifier les acteurs de prévention et à accéder à une information de 1er niveau.**
- Un meilleur repérage des signaux d'alerte et l'identification des acteurs de prévention vers lesquels s'orienter impliquent **un effort de formation et de sensibilisation des professionnels soignants et non soignants, mais également du grand public.**
- Plus largement, il importe de développer une culture de la prévention et de promotion de la santé mentale.

**Pistes d'amélioration :**

- Mieux repérer et transmettre les signaux d'alerte : « aller vers », renforcer le travail partenarial/réseau, formation ...
- Favoriser la participation des personnes pour une meilleure adhésion.
- Renforcer la prévention : interventions d'équipes mobiles spécialisées psychiatrie dans les structures sociales et médico-sociales, décroiser les réponses et approches des troubles de la santé mentale, développer la pair-aidance ...
- Développer les CLSM sur l'ensemble du territoire en cohérence avec les autres instances.

⇒ **Axe 4. Les représentations sociales négatives de la santé mentale.**

*Les acteurs repèrent un problème transversal de stigmatisation des personnes souffrant de troubles de la santé mentale qui peut conduire à des accompagnements inadaptés.*

**Les problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **L'étiquetage malade « psy » peut faire obstacle à l'entrée et au maintien dans les accompagnements :**
    - ⇒ **Non recours et refus de soins des personnes concernées.**
    - ⇒ **Réticences des professionnels soignants et non soignants à accueillir des personnes « étiquetées psy ».**
  - ✓ **Les représentations sociales des soignants à l'égard des patients participent à un manque de personnalisation des soins.**
- 
- ✓ **L'étiquetage « malade psy » peut faire obstacle à l'entrée et au maintien dans les accompagnements.**
  - L'imaginaire collectif autour de la maladie mentale mais aussi le manque de formation spécifique des professionnels soignants et non soignants peuvent générer **des réticences à accueillir des personnes avec des troubles psychiques.** Les acteurs soulignent l'intérêt d'un étayage par des

professionnels de la psychiatrie (équipes mobiles par exemple) pour lever les craintes par la formation et apporter un appui s'ils rencontrent des difficultés.

- La stigmatisation de certaines pathologies peut également détourner les personnes du soin : la crainte de l'étiquetage et des discriminations liées aux représentations sociales sur certaines pathologies psychiatriques peut encourager **le non recours et le refus de soins**.

✓ **Les représentations sociales des soignants à l'égard des patients.**

- **Des pratiques soignantes inadaptées perdurent vis-à-vis des patients :** infantilisation (ressentie vis-à-vis de la gestion des cigarettes par le personnel soignant), mise à distance, peur, réponses inadaptées aux comportements des personnes en crise ... Ces pratiques s'originent pour partie dans un imaginaire collectif sur les maladies psychiques et un manque de formation spécifique des soignants pour adapter leurs pratiques et personnaliser au mieux les soins apportés.

Exemple de situation inadaptée :

Les chambres d'isolement utilisées pour sécuriser les patients en situation de crise sont le plus souvent jouxtées aux postes de soins infirmiers. Cela permet une veille permanente des soignants qui peut être également difficile à vivre pour les patients. Le poste de soins est aussi un lieu de passage des autres patients, de réunions infirmières, de « pause » et de « relâche » .. Comme le rapporte une personne concernée « *les bruits de café, de conversations, les rires* » peuvent rajouter à la souffrance des patients et générer de l'incompréhension, sinon de la violence.

Exemple issu de la rencontre avec les GEM du Finistère.

- **La personnalisation des soins suppose de penser et organiser collectivement le droit au risque** et de respecter le droit des personnes à vivre selon leurs choix de vie. Ceci implique également de renforcer les solutions inclusives et de travailler à l'ouverture de la cité aux personnes souffrant de troubles psychiques.

**Pistes d'amélioration :**

- Renforcer la formation dans le champ de la santé mentale à destination des travailleurs sociaux, personnels éducatifs, des citoyens en général et des soignants en secteur somatique sur la posture professionnelle et l'éthique.
- Développer les comités éthiques dans les établissements et à l'échelle des bassins de vie.
- Communiquer de manière positive sur la santé mentale.
- Renforcer la sensibilisation des publics jeunes.

## Groupe 5 : Anticipation et gestion des situations de crise.

### Problématiques identifiées

- ⇒ **Axe 1.** L'interconnaissance et la communication entre les acteurs
- ⇒ **Axe 2.** Une difficulté à anticiper les situations de crise
- ⇒ **Axe 3.** Une gestion des situations de crise à optimiser
- ⇒ **Axe 4.** L'isolement des familles et des usagers

### ⇒ **Axe 1. L'interconnaissance et la communication entre les acteurs.**

*Les professionnels constatent un manque de connaissance des acteurs présents sur le territoire, de leur périmètre d'intervention et compétences. Il en ressort des difficultés à communiquer et à transmettre les informations qui nuisent à la continuité des soins. Des initiatives innovantes existent mais ne sont pas suffisamment connues.*

### Problématiques spécifiques identifiées :

- ✓ **Un problème d'identification des acteurs et de leurs périmètres de compétences.**
  - ✓ **Un problème de communication et de transmission d'informations entre les professionnels.**
- 
- ✓ **Un problème d'identification des acteurs et de leurs périmètres de compétences.**
  - « **Illisibilité** », « **complexification** », « **millefeuille** » sont quelques-uns des qualificatifs utilisés par les participants au groupe de travail pour décrire l'offre de soins, d'accompagnement et de coordination sur le territoire. Cette difficulté à identifier l'existant participe à **une méconnaissance réciproque des acteurs, de leurs modalités de saisie et de leur champ d'intervention**. Elle induit des mésusages des ressources et freine la bonne coordination des acteurs dans l'anticipation et la gestion des situations de crise.
  - Si les instances de coordination (PTA/MAIA mais également CLSM) sont de l'avis de tous, un vecteur indéniable d'interconnaissance et un facilitateur pour la sécurisation des parcours, certains acteurs déplorent **leur difficulté à dégager du temps et des moyens pour y participer**.



✓ **Une difficulté à communiquer et à transmettre les informations nécessaires à la prise en soins.**

➤ « *On ne se comprend pas* » est un constat relayé par la majorité des acteurs, qu'ils soient professionnels ou usagers. Au-delà de la profusion des sigles spécifiques à chaque secteur, ce sont les cultures, langages et approches variables de l'objet « santé mentale » qui freinent une communication efficiente entre les acteurs.

« *On ne parle pas la même langue* »

➤ La difficulté à échanger les informations sur les patients et les documents administratifs et médicaux nécessaires à la prise en soins ne permet pas une coordination efficace des actions de chacun tout particulièrement dans la gestion des situations de crise.

**Pistes d'amélioration :**

- Améliorer l'accès à l'information sur l'offre existante.
- Développer les outils numériques partagés.
- Développer le conventionnement : valorisation des fonctionnements existants, pérennisation.
- Renforcer le rôle du médecin traitant.
- Favoriser des temps de rencontres et d'échanges, notamment pour assurer le lien entre services hospitaliers et soins de ville.
- Conforter le développement des CLSM, notamment sur les territoires en marge, les communes rurales dispersées.

⇒ **Axe 2. Une difficulté à anticiper les situations de crise.**

*Les acteurs s'accordent sur les difficultés inhérentes à des situations de crise tant en cas de crise inaugurale, évoluant souvent longtemps sur un mode larvé, ou bien survenue au détour d'un suivi. Ils identifient les difficultés, en partie propres à la pathologie ou en lien avec la grande complexité des situations, à accéder précocement à des soins psychiques ainsi qu'à investir des soins au long cours.*

**Problématiques identifiées :**

- ✓ **Un problème d'identification des lieux et acteurs de prévention : aux premiers signes d'un mal-être, à qui transmettre l'alerte ? Vers qui orienter ?**
- ✓ **Un délai entre l'alerte formulée par les acteurs de 1ère intention et la réponse apportée par les professionnels sollicités.**
- ✓ **Une difficulté des acteurs à identifier et se positionner sur les situations complexes, les publics à la frontière du somatique, de la psychiatrie et du social.**

✓ **Une difficulté à repérer les signaux d’alerte et à transmettre l’information aux acteurs adaptés.**

- Le rôle des équipes mobiles spécialisées auprès des équipes soignantes et médico-sociales est souligné en matière de prévention et de formation. Toutefois, l’accès à ces acteurs et dispositifs est freiné par un maillage territorial inégal qui tend à concentrer les ressources sur les pôles urbains<sup>24</sup>.
- Le diagnostic partagé a mis en évidence une difficulté spécifique pour repérer des signes d’une détresse psychique chez les publics isolés, en mouvement (migrants) et/ou en situation d’exclusion.
- La question du refus de soins interroge le mandat d’action des professionnels et acteurs de première ligne.
- Il ressort également des échanges un manque de formation et de sensibilisation des professionnels et de l’entourage.

✓ **Un problème d’orientation vers les acteurs adaptés**

- Les difficultés d’orientation tiennent à un défaut de coordination des acteurs lié à un manque d’interconnaissance. Elles résultent également du manque de référent identifié ou présent pour assurer ce rôle de coordination. Si le médecin traitant est reconnu comme un acteur clé, il n’est pas toujours disponible ou présent dans le cercle de soins. Par ailleurs, les fonctionnements institutionnels variables selon les territoires et les acteurs peuvent conduire à des orientations inadaptées.
- L’évolution imprévisible de certaines pathologies rend difficile l’anticipation et l’orientation vers les interlocuteurs adaptés.

✓ **Un délai entre l’alerte formulée par les acteurs de 1ère intention et la réponse apportée par les professionnels sollicités.**

- La non-réponse ou une réponse différée aux souffrances psychiques risque d’accroître la survenue de crises et l’installation de leur chronicité.
- Les lieux d’accueil et de suivi tels les CMP et CMPP sont en difficulté pour exercer leurs missions de prévention et de réponse aux situations de crise au vu de l’engorgement de leurs activités de consultations. Le manque de médecins généralistes sur certains territoires peut également retarder la réponse donnée aux signaux d’alerte.
- Le diagnostic en psychiatrie est un processus qui nécessite du temps et est rarement linéaire. Cette temporalité propre vient parfois se confronter aux attentes des personnes et de leurs proches en demande d’une réponse rapide aux premiers signaux d’alerte, réponse qui peut être une condition d’accès à des accompagnements spécifiques.

---

<sup>24</sup> La rareté sur le territoire de centres de ressources spécialisés est déplorée. Notons l’existence d’un centre ressource autisme sur Brest (CRA) ainsi qu’une antenne du centre de ressources sur les auteurs de violences sexuelles (CRAVS) de Bretagne au sein du CH Bohars. Ce dernier dispose également d’un centre expert dépression résistante.

✓ **Une difficulté des acteurs à identifier et se positionner sur les situations complexes, les publics à la frontière du somatique, de la psychiatrie et du social.**

- Les acteurs s'accordent sur des **difficultés spécifiques à anticiper les situations de crise chez des publics à la frontière du somatique, de la psychiatrie et du social** et pour lesquels la réponse psychiatrique n'est pas toujours la plus adaptée et/ou la seule suffisante. Par exemple, si les enfants et adolescents victimes de maltraitance ont un risque accru de développer des troubles de la santé mentale, les souffrances qu'ils expriment interrogent tant le morcellement des accompagnements et les ruptures sociales et affectives qu'il génère, que les antécédents familiaux. Les mineurs étrangers en errance, les jeunes en souffrance psychique (mal-être, victimes de harcèlement, décrochages scolaires), personnes âgées avec des troubles du comportement sont d'autres exemples de situations frontières cités en séance et pour lesquels il **peut manquer de structures ou dispositifs adaptés.**

Exemple de ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :

La Maison Thérapeutique du Collégien et du Lycéen.

- Il s'agit d'apporter une **réponse globale** (sociale, sanitaire, médico-sociale, éducative ...) **et coordonnée afin de limiter le risque de psychiatrisation de souffrances d'ordre social et/ou situationnel.**
- Le diagnostic met en évidence **une difficulté à accéder à des personnes référentes** sur ces situations complexes pour assurer la transmission de l'information et la coordination des acteurs et réponses apportées.

#### Pistes d'amélioration

- Améliorer le repérage des signaux d'alerte et la transmission des informations.
- Favoriser, encourager la déclaration de directives anticipées de prise en soins en cas de nouvelle décompensation.
- Agir sur le non recours et le refus de soins en développant/communiquant sur la pair-aidance (GEM, UNAFAM, associations thérapeutiques).
- Affirmer le rôle du médecin généraliste et consolider ses compétences en santé mentale.
- Poursuivre l'organisation de la filière gériatrique.
- Encourager le travail partenarial.
- Consolider et renforcer le rôle des CMP.
- Identifier des personnes référentes dans l'entourage proche (la notion de référence est moins « lourde » que celle de personne de confiance) qui interviendraient d'abord en soutien, étayage.
- Coordinateurs de parcours : médiateurs entre la personne, son environnement, les professionnels et institutions (Ex : case manager).
- Améliorer la fluidité des parcours par l'accès des personnes souffrant de pathologies neuro-dégénératives aux Unités Cognitivo-Comportementales et lits de replis.

### ⇒ **Axe 3. Une gestion des situations de crise à optimiser.**

*Les acteurs constatent une difficulté à coordonner leurs actions. Le cloisonnement des accompagnements somatiques, psychiatriques et médico-sociaux ne permet pas une prise en charge globale et coordonnée de la personne et génère des ruptures de parcours, notamment aux âges charnières de la vie, lors des passages de relais, des transitions.*

#### **Les problématiques spécifiques identifiées :**

##### ✓ **Début de crise :**

- Une difficulté à évaluer la situation de crise et son degré de gravité.
- Une difficulté des acteurs à coordonner leurs interventions : qui intervient ? Pour quelle mission ? Dans quels délais ?
- Une difficulté à obtenir les certificats médicaux lors d'une demande d'hospitalisation sans consentement.
- Des transports inadaptés des personnes vers les lieux de prise en soins.

##### ✓ **Pendant la crise :**

- Des problèmes d'orientation des patients et d'organisation des soins.
- Des délais d'attente importants lors de l'admission dans les services de soins.

##### ✓ **Post crise : assurer le passage de relais**

- Une difficulté à partager les informations aux acteurs de relais.
- Une absence ou des délais de réponse des acteurs de relais.
- Une prise de relais particulièrement difficile pour les publics en mouvement et vulnérables.

##### ✓ **Une difficulté à évaluer la situation de crise et son degré de gravité.**

- Les échanges ont mis en évidence des appréciations multiples de la crise et de l'urgence psychiatrique que l'on soit patient, proche aidant, médecin généraliste, psychiatre, membre des forces de l'ordre, du SDIS ou encore travailleur social ou élu. Cette absence de cadre d'analyse partagé peut induire des sollicitations inadaptées et des réponses en décalage avec les attentes des personnes qui signalent l'urgence.

##### ✓ **Une difficulté des acteurs à coordonner leurs interventions : qui intervient ? Pour quelle mission ? Dans quels délais ?**

- La méconnaissance des procédures en lien avec la gestion de crise et d'urgence associée à celle plus transversale de méconnaissance des acteurs entre eux participent aux difficultés rencontrées par les professionnels pour coordonner leurs interventions autour de la personne en détresse psychique.

- ✓ **Une difficulté à obtenir les certificats médicaux lors d'une demande d'hospitalisation sans consentement.**
- Dans le cadre d'une demande d'hospitalisation sans consentement, **la difficulté à mobiliser rapidement un médecin pour un avis et un certificat médical est une problématique récurrente rencontrée par les acteurs mobilisés auprès de la personne en situation de détresse.** Cette difficulté est majorée le soir, la nuit et le week-end. S'il est plus facile de mobiliser un médecin de garde sur Brest et Quimper, cela s'avère plus complexe en zone rurale. Comme l'a précisé un de ses représentants, le SAMU opère une régulation centralisée par des médecins libéraux le soir et le week-end. Seuls 4 médecins sont volontaires sur l'ensemble du territoire ce qui implique des délais de réponse conséquents.
- Dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un représentant de l'Etat, les élus manquent de soutien dans la prise de décision.
  
- ✓ **Des transports inadaptés des personnes vers les lieux de prise en soins.**
- Si les professionnels du SDIS sont amenés à assurer le transport des personnes vers les établissements de soins, ils précisent qu'ils n'ont ni l'équipement, ni les compétences et les habilitations pour garantir des conditions optimales de transport pour des patients dangereux pour eux-mêmes et pour les autres. Ces conditions sont jugées « traumatisantes » par les patients eux-mêmes. Faute de solutions, ce sont souvent les familles qui prennent en charge le transport de leur proche dans la mesure où celui-ci consent à se rendre dans un établissement de soins.
  
- ✓ **Des problèmes d'orientation des patients et d'organisation des soins.**
- Les dysfonctionnements repérés en amont, mais également **l'organisation territoriale de l'offre de soins (la sectorisation de la psychiatrie adulte et pédopsychiatrie par exemple) peuvent induire des orientations des personnes vers des lieux de prise en soins inadaptés.** L'orientation d'adolescents aux comportements violents vers des services de pédiatrie, des hospitalisations programmées qui se muent en hospitalisations sans consentement sont quelques-uns des exemples cités par les participants. Une autre des causes identifiées tient **au manque de disponibilité de lits dans les services** et ce qui implique une optimisation de leur gestion.
- Plusieurs acteurs soulignent **l'importance de l'anticipation et plus particulièrement de la co-construction avec les patients d'un projet de soins en amont de la crise pour faciliter les orientations en situation d'urgence.**
  
- ✓ **Des délais d'attente importants lors de l'admission dans les services d'urgences**
- **Les difficultés à obtenir les pièces administratives et les certificats médicaux nécessaires à la constitution des dossiers patients** génèrent des délais d'attente importants lors de l'admission dans

les services de soins (parfois de plusieurs heures) et mettent en difficulté tant les professionnels accompagnants et accueillants que les patients.

« *La contention est la plus grande souffrance que peut connaître un patient* »

*Propos recueilli auprès d'un membre d'un GEM*

médicamenteuses pour répondre à des comportements violents vis-à-vis de soi et des autres, comportements majorés par le contexte et l'attente. Le risque d'impacter l'état de santé de la personne et créer une perte de confiance des patients vis-à-vis du soin et des soignants est souligné.

➤ Ces délais d'attente constituent **un risque de perte de chance pour le patient** : ils accroissent le risque de recours aux contentions physiques et

En Bretagne, en 2018, les diagnostics psychiatriques ne concernent que 5% des passages aux urgences des 18-74 ans. A l'échelle du Finistère, la part de diagnostics psychiatriques posés lors d'un passage aux urgences oscille entre 4,7% (CHIC Quimper) et 1,4% (CHIC Concarneau). Source : RBU, Panorama 2018 de la région Bretagne).

Dans le Finistère en 2015, 18% des passages aux urgences de patients adultes aboutissent à une hospitalisation temps plein. (Source : ARS Bretagne – Portrait statistique en santé mentale Version 1 – données RIM-P 2016)

En 2015, 14,8% des admissions en hospitalisation par les urgences concernent des troubles de l'humeur ; 18,1% sont liées aux addictions, et 12,2% se rapportent à des troubles mentaux sévères (troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères)

(Source : Atlas de la santé mentale. Données RIMP-2015.)

✓ **Post crise : assurer le passage de relais.**

- **Une difficulté à partager les informations aux acteurs de relais** : le manque de partage d'informations des services hospitaliers aux acteurs de relais en sortie de crise (médecins, infirmiers à domicile notamment) augmente les risques d'une nouvelle crise faute de mise en place d'un suivi et accompagnement adapté. Par ailleurs, comme le souligne un membre de GEM : le retour dans un domicile qui porte les stigmates de la crise précédant une hospitalisation peut mettre en difficulté et révèle le besoin d'un accompagnement par un travailleur social ou un professionnel de l'aide à domicile.
- **Une absence ou des délais de réponse des acteurs de relais** : les services d'hospitalisation n'obtiennent pas systématiquement de réponse à la demande de prise de relais faute d'acteurs (proches, soignants ou travailleurs sociaux) existants ou disponibles autour de la personne.
- **Une prise de relais particulièrement difficile pour les publics en mouvement et vulnérables** : la prise de relais s'avère particulièrement complexe pour les publics en mouvement, isolés qui, de par leurs conditions d'existence précaires, ne vont pas forcément d'eux-mêmes vers les services et/ou ne sont pas en capacité de coordonner eux-mêmes leur accompagnement.
- De manière transversale, les acteurs soulignent **un manque de temps et de moyens dédiés aux retours d'expériences sur la gestion des situations de crise.**

#### **Pistes d'amélioration :**

- Renforcer le maillage territorial et la fonction d'accueil de crise des CMP.
- Développer les équipes mobiles.
- Améliorer la communication et la transmission d'informations et développer le Dossier Médical Partagé.
- Développer et formaliser des stratégies communes : qui intervient ? Pourquoi ? Comment? ex : modalités de transports vers les unités de soins.
- Constituer une équipe d'astreinte de médecins pour assurer la permanence des soins.

#### ⇒ **Axe 4. L'isolement des familles et des usagers.**

*Le manque d'accompagnement ressenti tant par les malades que par leurs proches aidants, ajouté au « poids » de la stigmatisation participent à l'isolement des personnes et à l'épuisement des proches.*

#### **Problématiques spécifiques identifiées :**

- ✓ **Une difficulté à communiquer entre soignants et proches aidants et usagers.**
- ✓ **Un sentiment d'isolement ressenti par les usagers, et un sentiment d'abandon par les familles.**

#### ✓ **Une difficulté à communiquer entre soignants et proches aidants et usagers.**

- **La complexité du champ de la psychiatrie, son vocabulaire, procédures, spécialités** etc. est tant un obstacle supplémentaire pour les usagers pour accéder aux interlocuteurs adaptés et à une information de 1er niveau, qu'une source de mécompréhensions réciproques.
- Les difficultés de communication résident également dans **la multiplication au fil du parcours de soin des interlocuteurs** qui oblige les personnes concernées à répéter leur «histoire ».

#### ✓ **Un sentiment d'isolement ressenti par les usagers, et un sentiment d'abandon par les familles.**

- **L'échange et la co-construction entre soignants et soignés** autour notamment des modalités de soins, des thérapeutiques et leurs effets secondaires aident à lever les aprioris et favorisent une confiance réciproque et donc l'adhésion aux soins.
- Le sentiment d'abandon ressenti par les familles est particulièrement prégnant lorsque les **demandes d'aide en situation de crise ne trouvent pas de réponse ou de manière différée**. Le

besoin d'être accompagné, écouté est d'autant plus important que la répétition des crises induit un épuisement des aidants.

- Le diagnostic met en évidence **l'intérêt des groupes de pairs (GEM, UNAFAM) pour lutter contre l'isolement et se familiariser à la maladie et au champ de la psychiatrie.**

**Pistes d'amélioration :**

- Accroître les actions de formation et de sensibilisation des citoyens.
- Développer une plateforme électronique d'accès aux soins et d'orientation.
- Favoriser la co-construction, la participation, la décision partagée (ex : choix des traitements).
- Développer la pair-aidance.



# Vers la feuille de route

## 1. Synthèse du diagnostic partagé : émergence de problématiques transversales.

Le diagnostic territorial partagé a permis de faire émerger des problématiques transversales, sources de ruptures dans les parcours de vie et de soins.

- **Le cloisonnement entre les secteurs empêche de penser le parcours des personnes de façon globale et sans rupture (interconnaissance des acteurs et lisibilité de l'offre ?).**

La fluidité des parcours d'accompagnement et de vie des personnes concernées repose sur la capacité des acteurs à coordonner leurs actions au grès des besoins et envies des personnes. Le manque de lisibilité de l'offre de soins et d'accompagnement constitue un premier obstacle à la coordination. Au-delà de l'accès à l'information sur l'existant, les acteurs ont souligné l'importance de l'interconnaissance et d'une compréhension réciproque comme préalables et facilitateurs du travail en réseau et partenarial.

- **La répartition de l'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire est inégale.**

Si le diagnostic territorial a valorisé la diversité et la relative solidité de l'offre sur le territoire, il démontre aussi d'une répartition inégale des services, tant sur un plan quantitatif que qualitatif, qui génère des inégalités d'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. Les territoires ruraux et littoraux enclavés sont particulièrement en difficulté.

- **Un manque de formation et de sensibilisation des professionnels soignants et non soignants à la santé mentale.**

Tant les professionnels de santé que les professionnels du social et médico-social ont exprimé un besoin de formation et de sensibilisation à la santé mentale. Cet effort de formation doit permettre de lever les freins à la prise en charge des personnes concernées par des troubles de la santé mentale et d'améliorer la qualité de leur accompagnement.

- **La capacité à répondre dans les délais.**

Le diagnostic territorial partagé met en lumière l'hétérogénéité des délais de consultation (de plusieurs mois à plusieurs années), notamment dans les centres d'accueil de proximité. Cause de décrochage et de dégradation des troubles, l'accroissement des délais d'accès à une consultation de diagnostic et/ou de suivi induit une perte de chance pour les personnes concernées et leurs proches.

- **La question récurrente de la prise en charge de l'urgence**

Les difficultés des acteurs à prévenir, anticiper et coordonner la prise en charge de l'urgence et de la situation de crise concourent à des réponses inadaptées et induisent une perte de chance pour le patient.

➤ **Un effort de prévention à renforcer**

La prévention des troubles psychiques doit porter tant sur leur repérage précoce pour engager un accompagnement adapté, que sur une politique de promotion de la santé mentale selon une approche globale, dans sa dimension individuelle (favoriser le développement des ressources, la résilience) et collective par l'action sur les déterminants de santé (précarité, isolement, stigmatisation) et le renforcement de conditions de vie favorables à une santé mentale positive (cohésion sociale).

➤ **Les personnes souffrant de troubles de la santé mentale sont fortement stigmatisées (mobilisation de la cité ?).**

Le diagnostic a montré le maintien de représentations sociales fortes et sources de discriminations à l'égard des personnes concernées par la maladie psychique ainsi que de leurs proches. Le défi d'une société inclusive doit, pour être relevé, mobiliser l'ensemble des citoyens et s'accompagner d'un changement de regard sur la maladie mentale.

➤ **Les proches aidants ne sont pas suffisamment accompagnés et soutenus.**

De manière transversale, les groupes de travail ont mis en exergue le sentiment d'abandon et le manque de soutien des proches aidants. Le manque d'écoute, de reconnaissance parfois, et la difficulté à accéder à l'information comme de bénéficier de solutions de répit accroissent la fatigue et la souffrance des proches.

**Ce qui fonctionne et mérite d'être renforcé :**

- Existence de dispositifs pluriels et spécifiques aux catégories de population sur le territoire + pôles d'excellence
- Intérêt souligné des équipes mobiles spécialisées (formation des équipes, prévention des risques, orientation etc.) et des SAVS-SAMSAH .
- Les CMP sont Identifiés et appropriés par les acteurs.
- Intérêt souligné de la pair-aidance pour rompre l'isolement, accompagner, appuyer les personnes dans leur parcours de vie et de soins.
- Développement à poursuivre de la réhabilitation psychosociale.
- Les instances de coordination (MAIA, PTA, PCPE, CLS et CLSM) sont reconnues dans leur rôle d'animation du territoire (partenariat, interconnaissance, prévention etc.)

## 2. Les leviers transversaux identifiés.

Au terme des séances de travail, près de 200 pistes d'amélioration ont été identifiées par les participants. Au travers de ces propositions, se dessinent des leviers d'amélioration transversaux :

- Faciliter l'accès à l'information sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.
- Renforcer la formation des professionnels :
  - Formation initiale et continue,
  - Formations pluri-professionnelles.
- Renforcer l'offre de proximité et l'« aller vers » : CMP, CMPP, CAMSP ..., équipes mobiles, HAD.
- Faciliter la coordination des acteurs pour une meilleure sécurisation des parcours, en particulier avec les professionnels libéraux :
  - Transmission d'informations,
  - Renforcer le travail partenarial et valoriser le temps de la coordination,
  - Assouplir les conditions d'accès aux dispositifs, permettre les orientations plurielles,
  - Mieux articuler les projets du territoire.
- Renforcer l'accès aux soins, en particulier en situation d'urgence et dans le cadre d'accompagnements des publics vulnérables, précaires et détenus.
- Renforcer le pouvoir d'agir et de décider des personnes en adaptant les pratiques de soins : réhabilitation psychosociale, pair-aidance.
- Développer la prévention sur les troubles de la santé mentale.
- Sensibiliser les citoyens, communiquer de manière positive sur la santé mentale pour une cité plus inclusive.

# Conclusion

Le diagnostic territorial partagé mis en œuvre dans le cadre du PTSM 29 a permis, grâce à l'implication des acteurs du territoire, l'identification des difficultés et dysfonctionnements qui fragilisent les parcours de vie et de soin des personnes concernées par des troubles de la santé mentale. Mais il concourt également à valoriser les forces individuelles et collectives dont bénéficie le territoire finistérien.

Les constats opérés permettront de définir les futures priorités de la politique territoriale de santé mentale du département, priorités qui se déclineront dans un plan d'actions réaliste et porté par les acteurs locaux engagés dans le champ de la santé mentale. L'enjeu réside dans sa mise en œuvre concrète via un contrat territorial et dans sa capacité à répondre efficacement aux besoins identifiés.

La richesse des échanges menés dans le cadre du diagnostic partagé, comme la dynamique impulsée, constituent une première plus-value du PTSM. Elles dénotent également d'une attente forte des acteurs vis-à-vis de la démarche engagée. Dans la continuité des valeurs participatives et collaboratives portées par l'équipe projet, les travaux se poursuivront dès septembre 2019.

# Glossaire

**ACT** Appartement de Coordination Thérapeutique

**APA** Allocation Personnalisée d'Autonomie

**ARS** Agence Régionale de Santé

**CAMSP** Centre d'Action Médico-sociale Précoce – concerne les enfants de 0 à 6 ans

**CATTP** Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**CDAPH** Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

**CHRS** : Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale.

**CHU** Centre Hospitalier Universitaire

**CLS** Contrat Local de Santé

**CLSM** Conseil Local de Santé Mentale

**CMP** Centre Médico-Psychologique

**CMPP** Centre Médico Psycho-Pédagogique

**CMU** Couverture Maladie Universelle

**CMU-C** Couverture Maladie Universelle Complémentaire

**CNSA** Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**CSAPA** Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**DDCS** Direction Départementale de la Cohésion Sociale

**DDSP** Direction Départementale de la Sécurité Publique

**DMP** Dossier Médical Partagé

**DTPJJ** : Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EMPP** : Équipe Mobile Précarité Psychiatrie

**EPCI** : Établissement Public de Coopération Intercommunale

**ESAT** : Établissement et Service d'Aide par le Travail

**ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient

**GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**IME** : Institut Médico-Educatif

**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

**PCH** : Prestation de Compensation du Handicap

**PCPE** : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PTA** : Plateforme Territoriale d'Appui

**PTSM** : Projet Territorial de Santé Mentale

**RAPT** : Réponse Accompagnée Pour Tous

**RSA** : Revenu de Solidarité Active

**SAAD** : Services d'Aide A Domicile

**SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours

**SIAO** : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

**SISM** : Semaine d'Information sur la Santé Mentale

**SPASAD** : Service Polyvalent d'Aides et de Soins à Domicile

**SPIP** : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**SUMPPS** : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé.

**UMD** : Unité pour Malades Difficiles

**USMP** : Unité de Soins Médico-Psychologique

# Annexes

**Annexe n°1 : Composition du COPIL PTSM 29**

**Annexe 2 : Pilotes et Copilotes des groupes de travail**

**Annexe 3 : Participants aux groupes thématiques**

**Annexe 4 : Comptes rendus des groupes de travail**

**Annexe 5 : Compte rendu du temps de travail avec les GEM finistériens**

**Annexe 6 : Cartographie**

- **Carte 1 : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie**
- **Carte 2 : Structures pour personnes en situation de précarité**
- **Carte 3 : Services de soins et d'accompagnement à domicile Adultes Handicapés (SSIAD-SAMSAH)**
- **Carte 4 : Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) – Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)**
- **Carte 5 : Etablissements et services d'Aide par le Travail (ESAT)**
- **Carte 6 : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile**
- **Carte 7 : Etablissements pour enfants handicapés (IME, ITEP, IEM)**

Annexe 1 : Composition du COPIL PTSM29

Nombre de représentants par groupe d'acteurs	Composition nominative et structure		
Usagers et entourage	0	FNAPSY	Département 29 non concerné-
	1	UNAFAM	<b>Monique AMICE MANAC'H</b> , Suppléant : <b>Rolland POUPON</b>
	3	Représentants de GEM	<b>Nicolas JONCOUR</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille <b>Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille <b>Lucie PERSON REGULAIRE</b> , GEM Le Sympa, Morlaix (présidente + coordinatrice)
Opérateurs	2	URPS médecins et pharmaciens	<b>Luc MOUGIN</b> , pharmacien Concarneau
	7	Direction administrative, médicale ou soignante, d'établissements sanitaires autorisés en psychiatrie (public et privé)	<b>Christine BEBIN</b> , Directrice Clinique Kerfriden
			<b>Céline AUBRY</b> , CH Morlaix, Directrice Adjointe, Direction de la psychiatrie et des relations usagers
			<b>Sandrine BARANGER</b> , CHU Brest, Directrice des soins et directrice référente du site de Bohars
			<b>Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest)
			<b>Annie GALVAIN KELLY</b> , EPSM Quimper, Pédopsychiatre, Chef de pôle de pédopsychiatrie
	2	Direction de la MDPH ou son représentant	<b>Delphine BOURDAIS</b> , Directrice MDPH 29 <b>Dominique SERRAILLE</b> , Chef de service évaluation MDPH
	1	Direction d'associations gestionnaires d'établissements et services médicosociaux adultes et enfants	<b>Patrick BEAUVAIS</b> , DGA délégué à l'enfance- Fondation Masse Trevidy
	1	Direction d'établissements et services du champ social	<b>Gilles MAZE</b> , responsable pôle sante/précarité UT COallia Finistère-Côtes d'Armor
	1	Direction de bailleurs sociaux	<b>Morgane CLUGERY</b> , responsable développement social Finistère Habitat
1	Direction d'organisme pour l'emploi et l'insertion professionnelle et sociale	<b>Catherine BURGEVIN</b> , Référente emploi accompagné sur le Finistère	
1	Direction d'un organisme de prévention et ou promotion en santé mentale	<b>Lucie KERMAGORET</b> , Mutualité Française Bretagne	
2	Représentant d'un Conseil local de santé mentale MAIA polyvalente de Quimperlé	<b>Sabine KERROS</b> , Responsable du service de promotion de la santé, <b>ville de Brest.</b> <b>Cecile HENNE</b> , pilote MAIA	



<b>Institutionnels</b>	2	Direction de la délégation départementale de l'ARS et le référent santé mentale	<b>Jean Paul MONGEAT</b> , Directeur départemental <b>Gwenola PRIME COTTO</b> , Responsable du Département Animation territoriale, Adjointe au Directeur de la Délégation départementale Finistère
	1	Direction des services départementaux de l'action sanitaire et sociale ou son représentant	<b>Domitille SERRAZ</b> , médecin PMI
	1	Direction de la CPAM ou son représentant	<b>Magalie LEBRET</b> , responsable du secteur RPS/PRADO
	1	Direction départementale de la cohésion sociale ou son représentant	<b>Manon SERGEANT</b> , Responsable d'unité soutien aux territoires fragilisés Service des solidarités territoriales, DDCS du Finistère
	1	Directeur des services académiques de l'Education nationale ou son représentant	<b>Dr Annie FLOC'HLAY</b> , Médecin conseiller technique , DSDEN 29

## Annexe 2 : Pilotes et copilotes des groupes de travail.

Groupe de travail P.T.S.M 29	Pilote	Co-pilote
1. La place de la prévention et de l'inclusion	Roland <b>LE GOFF</b> , Directeur des soins de l'EPSM Gourmelen.	<b>Patrick BEAUVAIS</b> , DGA délégué à l'enfance - Fondation Masse Trevidy <b>Mathieu RENON</b> , Chargé de mission, Papillons Blancs 29
2. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et somatiques	<b>Sandrine BARANGER</b> , CHU Brest, Directrice des soins et directrice référente du site de Bohars	<b>Bruno ROULLAND</b> , Clinique Pen An Dalar, Psychiatre et Président de C.M.E
3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	<b>Cecile HENNE</b> , pilote M.A.I.A	<b>Céline AUBRY</b> , CH Morlaix, Directrice Adjointe, Direction de la psychiatrie et des relations
4. Accueils et accompagnements inadaptés	<b>Raphaël LAGARDE</b> , directeur délégué Hôpital de Quimperlé- GHBS	<b>Christine BEBIN</b> , Directrice Clinique Kerfriden
5. Anticipation et gestion des situations de crise	<b>Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest)	<b>Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille

### Annexe 3. Participants aux groupes de travail

Composition du groupe 1 : La place de la prévention et de l'inclusion		
<b>Pilote : Roland LE GOFF</b> , Directeur des soins, EPSM Gourmelen.		<b>Copilote : Patrick BEAUVAIS</b> , DGA délégué à l'enfance- Fondation Masse Trevidy
		<b>Copilote : Mathieu RENON</b> , Chargé de projet, Papillons Blancs 29
Participants	Fonction	Etablissement - Institution
Jean-Claude CARN	Représentant des usagers	UNAFAM
Alain BROUDIC	Membre de GEM	GEM L'Envol
Daniel COUM	Psychologue clinicien, Direction des Services	Association Parentel
Julie PERIN	Chargée de mission - Partenariats, DTAS du Pays de Cornouaille	Conseil départemental du Finistère
Lucie KERMAGORET	Responsable d'activité prévention promotion de la santé	Mutualité Française 29-56
Sébastien DESLOGES	Directeur de pôle	Mutualité française 29-56
Sabine STEHANNO	Pilote MAIA	MAIA Est Cornouaille
Dr Marie LE POUPON	Psychiatre	Appui Santé Nord Finistère
Laura RIOS GUARDIOLA	Chargée de mission santé- Coordination CLS Pays de Brest	Pôle métropolitain Pays de Brest
Erika DENOUAL	Chargée de mission, Animation Territoriale de Santé	Pays COB
Elodie FALQUERHO	Chargée de mission C.L.S	Pays de Morlaix
Albert HERVET	Vice-Président à la Cohésion Sociale	Concarneau Cornouaille Agglomération
Alexandra POTTIER	Chargée de mission CLS	Concarneau Cornouaille Agglomération
Christine LOY	Infirmière conseillère technique	DSDEN 29
Magalie LEBRET	Responsable secteurs SRPS / PRADO / Prévention	CPAM 29
Maud NEZAN	Etudiante, M1 IDS handicaps, vieillissement	UBO
Dr Muriel FLEURET	Psychiatre	CH de Landerneau
Dr Catherine GUITTIERE	Psychiatre	CH Pays de Morlaix
Mikaël KERHROM	Responsable du service psychiatrie	Hôtel Dieu de Pont-L'abbé
Véronique GUEGAN	Cadre de santé	CH Pays de Morlaix
Dr Bernard PLOUHINEC	Médecin généraliste	Ordre des Médecins
Florence PIROU	Responsable de service SAVS / SAMSAH	KAN AR MOR
Joëlle QUEGUINER	Chef de service	Fondation Massé-Trévidy
Mélanie DELACRE,	Directrice de l'IME de Plourin et du SESSAD de Morlaix	Les Genêts d'Or
Aurélie MARC	Assistante de service social	ITEP Toul Ar C'Choat
François AUNIS	Directeur	CMPP Claude Chassagny – Brest (OSJ)
Hélène ENEZ	Coordinatrice PCPE	Fondation Ildys
Nathalie CONQ	Responsable du pôle social	Fondation Ildys
Sylvie COLIN	Responsable du pôle gestion locative	Douarnenez habitat
Aurélie DONNART	Responsable Service Social	OPAC Quimper Cornouaille
Nathalie BERNARD	Chargée de missions sociales	Brest Métropole Habitat
Françoise DUPUY	Chargée de mission	Mission Locale Pays de Cornouaille
Valérie ANDRO	Chargée insertion socio-professionnelle	Les Maraîchers de la Coudraie

## Composition du groupe 2 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et somatiques

Pilote : Bruno ROULAND, Psychiatre et Président de CME, Clinique Pen An Dalar.			Copilote : Sandrine BARANDER, Directrice des soins et directrice référente du site de Bohars		
Participants	Fonction	Etablissement-Institution			
Christian HEYDON	Représentant des usagers	UFC Que Choisir			
Régine BRETON	Bénévole	UNAFAM 29			
Danielle HIMILY	Référente antenne Brest	UNAFAM 29			
Eric JOUSSELLIN	Membre du CA des Papillons Blancs				
Dr Valérie SAVINA	Médecin, Service chargé du suivi des mineurs confiés, DTAS du Pays de Brest.	CD29			
Mélanie BELLEC	Pilote MAIA	MAIA Pays COB			
Dr Aurélien LUCAS	Médecin	Appui Santé Nord Finistère			
Dr Annie FLOC'HLAY	Médecin conseiller technique	SDEN 29			
Loïk JOUSNI	Psychologue clinicien, Responsable Maison des Adolescents du Finistère Nord	MdA Nord Finistère			
Isabelle MELSCOET	Elue à la ville chargée de la santé et des personnes âgées, Conseillère Brest métropole	Brest métropole et ville			
Dr Cyrielle LE MELL	Médecin généraliste - praticien hospitalier	EPSM Gourmelen			
Dr Pierre-François SERANNO	Médecin généraliste - praticien hospitalier	EPSM Gourmelen			
Dr Marie-Caroline GERAUD-WELBY	Psychiatre, Chef de pôle pédo-psychiatrie	CHRU de Brest - Site Bohars			
Sylvie KERIOU	Cadre de santé	E.P.S.M Goumelen			
Elisabeth BINAISSE	Cadre Coordonnateur Supérieur de Santé	CH Pays de Morlaix			
François JAMET	Cadre supérieur de santé	CHRU de Brest - Site Bohars			
Mathieu WERNER	Cadre de santé pôle psychiatrie, secteur ambulatoire.	GHBS Quimperlé			
Isabelle RAZOIR	Directrice des CMPP et de l'Equipe Départementale d'Appui au Diagnostic de niveau II TSA / Chargée de développement de projets sur le pôle médicosocial des PEP29	PEP 29			
Dr Catherine MOUDEN	Psychiatre-Addictologue, Chef de Service	CHRU de Brest - site Bohars			
Dr Gurvan LEBIVIC	Médecin généraliste libéral				
Céline KERNANEC	Infirmière	Croix Rouge			
Marie DORE	Directrice	Clinique Pen An Dalar			
Luc MOUGIN	Vice-président	URPS Pharmaciens de Bretagne			
Marine LE PAGE	Directrice des services à Domicile : EMIA29, SAMSAH, SAVS	Les Genêts d'Or			
Ghislaine TAULEN	IDE SAMSAH LGO	Les Genêts d'Or			
Nicole ROYER	Responsable de service	CHRS Emergence-ADSP-Maison Bleue, Don Bosco			
Fabienne BRUNERAU-KEREBEL	Psychologue	CHRS Emergence-ADSP-Maison Bleue, Don Bosco			
Dr Christine DELAROCHE	Médecin psychiatre	CMPP Jean Charcot – Sauvegarde de l'Enfance			
Corinne TESTANIERE	Directrice	CMPP Jean Charcot - Sauvegarde de l'Enfance			
Lucie LE MOIGNE	Assistante de Service social	COALLIA			
Ronan KERMARREC	Directeur, Pôle protection juridique et autonomie	UDAF 29			
Danielle GARREC	Cadre supérieur de santé	IFPS - Quimper			

### Composition du groupe 3 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Pilote : Cécile HENNE pilote MAIA		Copilote : Céline AUBRY, Directrice adjointe, Direction de la psychiatrie et des relations usagers, CH Pays de Morlaix
Participants	Fonction	Etablissement-Institution
Céline ROLLAND	Bénévole	UNAFAM Morlaix-Carhaix
Vincent VIGOUROUX	Administrateur (ADMR) Membre CSSM du CTS Penn Ar Bed au CTS (collège usager)	GCSMS des montagnes Noires CTS Penn Ar Bed
Jean-Charles ABADIE	Accueillant familial, Président de l'A2F	Association a2f
Dominique SERRAILLE	Cheffe de service évaluation- coordination des équipes pluridisciplinaires	M.D.P.H.
Julie PERIN	Chargée de mission - Partenariats DTAS du Pays de Cornouaille	Conseil départemental du Finistère
Jean-Paul NICOLAS	Membre de la CSSM du C.T.S. Penn Ar Bed (collège usager)	CTS Finistère Pen Ar Bed
Ly CHANBOPHA	Conseillère technique de service social	SDEN 29
Dominique GUERINAUD	Conseillère technique de service social	SDEN 29
Dr Sylvie LE LANN	Chef de pôle Psychiatrie/Addictologie Chef de Service Secteur 5	Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
Dr Gwénéolé CORNEC	Psychiatre	CH de Landerneau
Méline ROBERT	Cadre de santé	Centre de réadaptation Psychosociale CH Pays de Morlaix
Célia DROGOU	Assistante de service Social	EPSM Etienne Gourmelen
Malika REDAOUIA	Directrice CMPP Quimper Pont-l'Abbé	PEP 29
Céline MAGIRARD	Cadre de santé	USLD USLD An Haleb CH Pays de Morlaix
Emilie CERISAY	Adjointe à la direction	Quimperlé - GHBS
Dr Nicolas GALLAY	Coordinateur médical, médecin coordonnateur en EHPAD	EHPAD des ABERS et Plabennec Lannilis - Landeda - Plouguerneu - Plabennec GCSMS
Isabelle FALHUN-CUREAU	Directrice Finistère et service GRAFIC	LADAPT Brest
Nathalie VUKUSIC-GUENA	Responsable service préorientation	LADAPT Brest
Fanny ROUE	Educatrice spécialisée	Fondation Massé-trévidy
Isabelle GALL	Chef de service éducatif	ITEP Toul Ar C'CHOAT
Catherine PERENNOU	Directrice adjointe SAVS-SAMSAH	KAN AR MOR
Anne GUEMAS	Directrice du SAVS/SAMSAH,	Don Bosco
Julien TREVISAN	Directeur de l'ESAT de Guipavas et de l'ESAT-FDV-SAVS renforcé de Plabennec	Les Genêts d'Or
Olivier L'HELGOUARC'H	Directeur Gestion Locative	OPAC QUIMPER CORNOUAILLE
Gilbert CAËR	Responsable de service intervention sociale	Service HEPATEMP - AGHEB

### Composition du groupe 4 : Accueils et accompagnements inadaptés

**Pilote : Raphael Lagarde**, directeur délégué Hôpital de Quimperlé - **Copilote : Christine BEBIN**, Directrice Clinique Kerfriden. GHBS

Participants	Fonction	Etablissement-Institution
Monique AMICE MANAC'H	Bénévole	UNAFAM
Orphée RECOING	Président	GEM l'Envol
Marlène NICOLAS	Pilote MAIA, Directrice	Appui Santé en Cornouaille
Claudine GRALL	Cadre de santé	PTA Nord Finistère
Dr Domitille SERRAZ	Médecin PMI, Protection de l'enfance	CD29
Dr Tiphaine BOULDOIRES	Cheffe de Pôle de Psychiatrie du Sujet Agé	EPSM Gourmelen
Dr GALVAIN-KELLY,	Pédopsychiatre	EPSM Gourmelen
Dr Monique QUERELLOU	Psychiatre	CH Landerneau
Antoine GUILLERM	IDE équipe mobile à orientation Sociale et Medicosociale	CH Pays de Morlaix
Anne GRIMALDI	Cadre Supérieur de Santé	CH Pays de Morlaix
Sébastien DESVENT	Responsable du pôle sanitaire	Fondation Ildys
Ederm PERENNOU	Président	CROI Bretagne
Marina SENANT	Aide médico-psychologique	Fondation Massé-Trévidy
Mounir BELHAFIANE	Directeur Adjoint	CH Douarnenez-Ehpad Collines Bleues Chateaulin
Philippe CARLIER	Directeur du Pôle Actions Médico-sociales et de la Protection de l'Enfance	Don Bosco
Chantal GILLET	Cadre de santé et responsable de site	Résidence Saint-Michel
Mélissa QUERRE	IDE	Résidence Saint-Michel
Muriel SEVEN	Psychologue	SAVS-SAMSAH KAN AR MOR
Jean-Luc BELEGUIC	Directeur	SAVS-SAMSAH KAN AR MOR
Julien DELHOMMEAU	Directeur	ESAT de Châteaulin et du FDV-FAM de Dinéault, les Genêts d'Or
Maureen RENEZ	Chargée de médiation	OPAC Cornouaille
Maelenn HERVE	Assistante de Service Social	Clinique Kerfriden
Maëla BURLOT	Educatrice Spécialisée	COALLIA
Gilles Mazé	Responsable pôle santé/précarité	COALLIA

## Composition du groupe 5 : Anticipation et gestion des situations de crise

**Pilote : Brigitta BERGOT**, Psychiatre CH Landerneau, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest)

**Copilote : Laurent Calvez**, GEM L'envol, Pays de Cornouaille

Participants	Fonction	Etablissement-Institution
Roland POUPON	Bénévol	UNAFAM
Rollande RAOULT	Bénévole	UNAFAM
Cyndie MESTRE	Référente PAG/Réponse Accompagnée Pour Tous	MDPH
Annael CANVAROUE	direction enfance famille	CD 29
Manon SERGEANT	Responsable de l'unité de soutien aux territoires fragilisés, Service des solidarités territoriales.	DDCS 29
Claire DARLEY	Pilote MAIA	MAIA Pays de Brest/Appui Santé Nord Finistère
Chantal GAREST	Chargée de projets en prévention promotion de la santé	Mutualité Française de Bretagne
Lt Gilles BATTISTON		Gendarmerie 29
Patrick AZNARD		Gendarmerie 29
LtCol Cyril LEGRAND		Gendarmerie 29
Cdt Alban FAVRAIS	Chef de service opération	SDIS 29
Jocelyne SICARD CRAS	Conseillère technique de service social	SDEN 29
Céline SONNET	Correspondante e parcours	Appui santé Nord Finistère
Dr Philippe GENEST	Psychiatre, Chef de service psychiatrie adulte, représentant président C.M.E	CHRU de BREST - Site de Bohars
Henry URVOY	Cadre de santé, psychiatre adulte ambulatoire	CMP – HJ DOUARNENEZ AUDIERNE EPSMGourmelen
Nathalie CAUSSIN	Cadre de santé, pédopsychiatrie	CH pays de Morlaix
Patricia SALAUN	Cadre de santé Pole de psychiatrie	CHRU de BREST - Site de Bohars
Dr Anne-Laure BERGOT-LE FLOCH	Médecin généraliste, pôle psychiatrie	CHRU de BREST - Site de Bohars
Karelle HERMENIER	Directrice adjointe des résidences EHPAD-U.S.L.D, Directrice référente du pôle Personnes Agée	CHIC Quimper
Dr Pauline LE SQUERE	Médecin gériatre	CHIC Quimper
Nadine ROBIC	Cadre de santé en médecine gériatrique	CHIC Quimper
Patricia Salaun	Elue et cadre de santé pôle psychiatrie	CHRU de BREST - Site de Bohars
Dr Noureddine CHAHIR	Directeur	SAMU 29
Carole LE LAMER	Cadre de santé	Ehpad Saint-Michel de Plougourvest
Dr Margaux KERRIEN	Médecin	CMPP Claude Chassagny
Malika REDAOUIA	Directrice	CMPP Quimper Pont-l'Abbé
François AUNIS	Directeur	CMPP Claude Chassagny – Brest
Gwen PENGUILLY	Cadre de santé chef de service	SIAD Union Archipel
Yann MOYOU	Directeur l'ESAT et des FDV-FAM de Landivisiau	Les Genêts d'Or

Ronan KERMARREC	Directeur Pôle protection juridique et autonomie	UDAF 29
Morgane CLUGERY, ,	Responsable développement social pour l'habitat	Finistère Habitat
Catherine LE MENN	Cadre de santé	IFPS de Quimper
Marielle Cogné	Intervenante d'Action Sociale	COALLIA
Marie-Laure COCAIGN	Responsable de secteur	Mission locale Pays de Morlaix



## Annexe 5 : Comptes Rendus des travaux des groupes de travail.

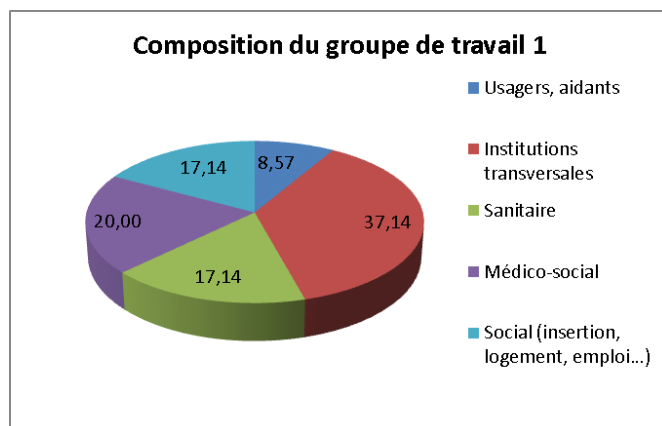
### Groupe de travail n°1 : La place de la prévention et de l'inclusion - Compte rendu séance 3

#### Dates des séances de travail :

- ✓ Vendredi 8 mars 14h-17h IFPS Quimper
- ✓ Vendredi 29 mars 14h-17h EPSM Gourmelen Quimper
- ✓ Jeudi 25 avril 14h-17h EPSM Gourmelen Quimper

Thématiques : stigmatisation et préjugés, culture et vision sociétale, prévention primaire, secondaire, tertiaire, insertion et inclusion, réhabilitation, réadaptation, empowerment, déterminants en santé, mode de vie, environnement, antécédents, repérages précoces.

#### I. Composition et participation au groupe de travail.



Séance 1	Séance 2	Séance 3
« Identification des problèmes »	des « Analyse des causes »	« Pistes d'amélioration »
27 participants	22 participants	22 participants

## II. Éléments de définition

### Prévention

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 : "*la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps*". Il s'agit d'en distinguer trois types :

- « La prévention primaire : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.
- La prévention secondaire : vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire : qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. »

Source : *Lexique des parcours de A à Z, ARS, 2016*

### Le repérage et l'intervention précoce

« L'intervention précoce doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées -dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie-, afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées. Elle se distingue de la prévention, qui vise à lutter contre les facteurs identifiés comme pouvant contribuer au développement de troubles psychiques (risques psychosociaux, négligences parentales, exposition au stress, consommation de substances psychoactives et conduites addictives ...). »

Source : Priorité 1 des PTSM, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/priorite-1>

## Stigmatisation

Un stigmat est un attribut ou trait (la couleur de peau, l'origine sociale, le sexe ou une maladie ...) qui jette le **discrédit** sur celui qui le possède et son entourage. Un attribut ne devient un stigmat que par la valeur négative qui lui est conférée dans une interaction. C'est donc un **produit social**. Par le biais des **représentations sociales**, nous établissons différentes catégories de personnes ou groupes auxquels nous attribuons des caractéristiques communes et relatives au contexte socio-culturel. Nous construisons ainsi **des stéréotypes** (ex : « les schizophrènes sont dangereux ») qui s'appuient sur des croyances préétablies. **Les représentations sociales liées à ces stéréotypes nous amènent à nous figurer le monde de façon simplifiée et sont à l'origine d'attitudes stigmatisantes (distance sociale, méfiance, peur) et de comportements discriminatoires (rejet, exclusion).**

Définition inspirée du Psycom, « Stigmatisation en psychiatrie ». <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Stigmatisation-en-psychiatrie>

Pour aller plus loin :

- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Caria A., Roelandt J.-L., Defromont L., Daumerie N., Vandeborre A. (2010) Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36(3S1), 7-13
- Psycom : Les mythes et réalités sur la santé mentale : <http://www.psycom.org/Comment-agir/Mythes-et-Realites>

## Inclusion :

Le terme d'inclusion est préféré aujourd'hui à celui d'intégration. L'intégration tend à mettre l'accent sur les attentes de la société vis-à-vis des individus tandis que l'inclusion suppose une reconnaissance de la différence et du point de vue de la personne et de fait, une implication de la cité.

Pour aller plus loin :

Martine Dutoit, *Des pratiques pour sortir des ghettos et promouvoir l'inclusion en Santé mentale*, Dans *Vie sociale* 2006/4 (N° 4), pages 81 à 86

### III. Compte rendu des travaux

<b>1. La place de la prévention et de l'inclusion</b>	<b>Pilote : Roland LE GOFF</b> , directeur des soins de l'EPSM Gourmelen à Quimper (rlegoff@epsm-quimper.fr)	<b>Copilote : Patrick BEAUVAIS</b> , DGA délégué à l'enfance, Fondation Masse Trevidy ( <a href="mailto:patrick.beauvais@fmt.bzh">patrick.beauvais@fmt.bzh</a> )  <b>Copilote : Mathieu RENON</b> , chargé de mission aux Papillons Blancs 29 (m.renon@papillonsblancs29.fr)
<b>Problèmes</b>	<b>Analyse causale</b>	<b>Pistes de travail et calendrier</b>
<b>Axe 1. Une discontinuité des parcours d'accompagnements et de soins. La méconnaissance des acteurs entre eux, accrue par un cloisonnement institutionnel freine la co-construction avec l'usager de parcours de soins et d'accompagnements sans rupture.</b>		
<p>- <b>Un défaut d'interconnaissance :</b></p> <p>=&gt; Des difficultés à identifier les acteurs sur le territoire et leurs périmètres de compétences =&gt; Une difficulté à échanger, à communiquer : « on ne se comprend pas ».</p> <p>- <b>Isolement, phénomène d'exclusion de certains acteurs. Ex : bailleurs</b></p>	<p><b><u>Manque de lisibilité de l'offre de services, accompagnements, dispositifs sur le territoire, des acteurs mobilisés dans le champ de la santé mentale :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les annuaires partagés n'existent pas où ne sont pas connus.</b> Si des référencement existent, ils sont sectorisés.</li> <li>- <b>Morcellement de l'information.</b></li> <li>- <b>Une difficulté des acteurs à communiquer sur leurs actions</b>, à rendre visible le travail réalisé. =&gt; Un manque de langage commun, partagé entre les structures et les financeurs : besoin de médiation, d'un traducteur pour communiquer, valoriser les actions (notamment en matière de prévention)</li> <li>- <b>Une complexification de l'offre et dispositifs.</b></li> <li>- <b>Une multiplication et superposition des instances de coordination et des projets de territoire</b> =&gt; Comment articuler les projets de territoires ? (Ex : PTSM, CLS, CLSM)</li> </ul> <p><b><u>Un manque de coordination :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Une difficulté à identifier certains acteurs comme partenaires.</b> =&gt; manque de reconnaissance de certains acteurs, de leur rôle et compétences lié</li> </ul>	<p><b>Lisibilité de l'offre de services, soins, accompagnements :</b></p> <p>Répertoire mis à jour, partagé et décloisonné des ressources/acteurs, missions etc. Ex : Répertoire Opérationnel des Ressources (<a href="http://services.telesantebretagne.org">services.telesantebretagne.org</a>)</p> <p><b>Faciliter les échanges/ communication entre établissements :</b> Un référent dédié et identifié dans les structures comme personne ressource.</p> <p><b>Développer les temps de rencontres réguliers entre professionnels du sanitaire, social et médico-social :</b></p> <p>Visites d'établissements, échanges sur les pratiques, projets innovants Objectifs : acculturation, lever les réticences, apprendre à travailler ensemble.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps d'analyse de pratiques pluri-</li> </ul>

<p><b>sociaux, élus, services d'aide à domicile, familles.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un manque de coordination des acteurs du social, médico-social et du sanitaire.</b></li> <li>- <b>Manque d'une clinique partagée</b></li> <li>- <b>Une difficulté à coordonner les transition/passage de relais entre sanitaire, social, médico-social.</b></li> </ul> <p><b>Difficultés accrues :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Agès charnières.</b></li> </ul> <p>Ex : 16 ans et un jour = orientation vers la psychiatrie adulte, 18 ans = fin de l'accompagnement des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.</p> <p>Ex : passage de l'enfance à l'adolescence, maintien de jeunes de 12 ans en hôpital de jour pour enfant faute de</p>	<p>à un défaut d'interconnaissance. Ex : Aides à domicile, travailleurs sociaux, bailleurs sociaux etc. mais aussi les familles, les usagers eux-mêmes. Vigilance : Un risque accru de démobilité des familles vulnérables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Une spécialisation croissante des acteurs et de leur périmètre d'intervention.</b></li> </ul> <p>La refonte Générale des Politiques Publiques, procédures d'appel à projet =&gt; rationalisent, spécialisent les interventions des acteurs. <b>Mise en concurrence des acteurs au détriment des coopérations, clivage des actions et des acteurs au détriment de la mise en valeur et l'optimisation des biotopes territoriaux. =&gt; conduit à un univers morcelé, en mille-feuille.</b></p> <p>En parallèle, la refonte des politiques publiques a contribué à un recentrement de l'activité vers des approches quantitatives et évaluables.</p> <p>Les passerelles qui ont longtemps prévaluées (PJJ/ASE/sécurité sociale/enseignement/psychiatrie...) où dialoguaient des approches cliniques partagées et des liens structurels ont eu tendance à disparaître d'autant que les contraintes budgétaires ont plus particulièrement impacté les actions de préventions plus difficilement évaluables, jusque-là portées par les institutions. « <i>Les prestations indirectes</i> », la qualité, la complexité du social ne sont plus valorisées ou portées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un manque de reconnaissance, de valorisation financière des temps de coordination, de participation aux instances.</b></li> </ul> <p>La participation aux instances de synthèses, de réunion de réseau sont de plus en plus difficiles à tenir, du fait de contraintes budgétaires, et peuvent tenir à des questions de relations interpersonnelles.</p> <p>Pistes : dans le médico-social, valoriser ces temps d'échanges et de coordination</p>	<p>professionnels sur des situations concrètes, pour dégager des pistes collectives de travail. - SISM : journée d'échange entre les acteurs.</p> <p><b>Favoriser/consolider le travail en réseau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser les partenariats : Ex : convention cadre pour clarifier l'objet et les modalités de collaboration. =&gt; conventions à évaluer.</li> <li>- Valoriser les expériences qui « fonctionnent bien » (expérience de Douarnenez Habitat), communiquer, mutualiser les outils. Ex : réseaux existants de prévention de la souffrance psychique et du risque suicidaire.</li> <li>- Informer les partenaires des offres de formation proposées par les établissements</li> <li>- Mobiliser les partenaires dans le cadre de projets.</li> <li>- Lever les contraintes budgétaires qui freinent les collaborations : projets conjoints sur les espaces interstitiels du type équipes décloisonnées (légitimées par les institutions), ancrées dans les spécificités et ressources territoriales, mobiles (favorisant le « aller vers » et des saisines fluides et ouvertes ...) dont les mandats peuvent couvrir les domaines suivants : communication, formation, analyse « clinique », capitalisation des expériences et ouverture sur « les possibles » ...</li> </ul> <p><b>Les instances de type CLS, CLSM semblent être de bons leviers pour fédérer/animer un réseau.</b></p> <p>⇒ Suppose de financer la coordination des projets de territoire.</p>
--	--	--

<p>places en dispositifs pour adolescents.</p> <p>- <b>Accueil de personnes âgées avec troubles psychiatriques</b></p>	<p>dans le cadre de la nomenclature SERAFIN PH, volet « prestations indirectes »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Valoriser, expliquer la plus-value de ces temps pour la qualité des accompagnements et soins, pour le parcours des usagers.</li> <li>⇒ Repenser les critères d'évaluation de la qualité : valoriser la dimension qualitative, les effets différés des actions de prévention.</li> </ul> <p><b><u>Une variabilité des réseaux et collaborations selon les territoires :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Maintien de réseaux efficaces</b> mais ils sont souvent portés par des initiatives personnelles et sont dépendantes des interrelations tissées à cet effet (Ex : réseau adolescent difficile sur Brest animé par le DCTR St André)</li> <li>=&gt; Comment pérenniser ? Besoin de moyens dédiés (coordinateur)</li> <li>- L'irrégularité des rencontres</li> <li>- Le turn-over des personnels</li> <li>- Un manque d'une d'instance médiatrice, de créateur de liens pour favoriser les coopérations</li> </ul> <p><b><u>Une difficulté à organiser, coordonner les passages de relais entre secteurs sanitaire, social et médico-social :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un cloisonnement institutionnel</b></li> <li>=&gt; Du point de vue des locaux, des orientations du secteur psychiatrique.</li> <li>=&gt; Les frontières entre les secteurs ne sont pas assez poreuses pour fluidifier le parcours entre les différents secteurs.</li> <li>=&gt; problème du financement et de reconnaissance des actions de prévention</li> <li>- Un manque de réponse ou des délais de réponses trop longs qui provoquent des décrochages, des ruptures d'accompagnement. Ex : CMPP, Délais d'attente pour les orientations MDPH, orientations ESAT.</li> </ul> <p><b>-Engorgement des services</b></p>	<p><b>Faciliter la participation des acteurs aux temps de coordination :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorisation financière</li> <li>- Reconnaissance de ces temps comme un critère d'évaluation de la qualité.</li> </ul> <p><b>Améliorer la coordination lors des passages de relais :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la fonction de coordinateur de parcours.</li> <li>Case manager : pour aller plus loin, <a href="https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm#">https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm#</a></li> <li>« Case management en santé mentale », revue Santé Mentale, n° 216, Mars 2017</li> <li>- Développer la formation infirmière en pratiques avancées <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Vigilance : favoriser l'utilisateur acteur.</li> </ul> </li> <li>- Intérêt souligné des instances de coordination type PTA/MAIA</li> </ul> <p><b>- Faciliter le partage d'informations :</b></p> <p>Le partage de l'information dans le cadre du secret partagé entre les équipes de soins et partenaires =&gt; suppose de sensibiliser au nouveau cadre légal pour développer et légitimer le partage d'infos + outils à sécuriser et développer.</p> <p><b>Améliorer le passage de relais aux âges charnières :</b></p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manque de structures dédiées, unités de vie spécifiques</b> (Adolescents, personnes vieillissantes avec des troubles psychiatriques)</li> <li>- Un manque de transmission d'informations. Ex : Besoin d'échange entre acteurs et médecins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'entités spécifiques aux 16-25 ans en psychiatrie</li> <li>- Favoriser les accueils séquentiels à tous les âges de la vie (psychiatrie-institutions médico-sociales)</li> <li>- mettre fin aux barrières d'âge dans la prise en charge pour assurer une continuité du parcours et des accompagnements dans les lieux de vie.</li> <li>- assouplir les contraintes budgétaires qui participent au cloisonnement des accompagnements et soins ex : le CASF et le CSP</li> </ul>
<p><b>Axe 2. Un défaut de prévention et de repérage précoce des troubles de la santé mentale.</b> <i>Les acteurs soulignent l'importance de la prévention pour favoriser le repérage précoce des signes de troubles de la santé mentale. L'effort de prévention et de sensibilisation à la santé mentale doit concerner l'ensemble des acteurs.</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un manque de repérage précoce dans la cité des troubles de la santé mentale : établissements scolaires, lieux de travail, habitat, famille ...</li> <li>- Défaut de sensibilisation du « tout un chacun » sur le repérage précoce</li> <li>- Une difficulté à identifier les lieux et acteurs de prévention : qui fait quoi? A qui transmettre l'information ?</li> </ul>	<p><b><u>Un manque d'anticipation : un défaut de repérage précoce des signaux faibles de souffrance psychique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Une difficulté à repérer les signaux faibles avant l'entrée dans une filière.</b></li> </ul> <p>Comment mailler avant l'orientation, avant la détermination d'une filière (reconnaissance handicap par exemple...). En l'état, les actions tendent à se centrer sur l'orientation et « le tout ou rien » donc sur l'aval : le symptôme, le déficit reconnu, parfois la crise, la situation critique et urgente au détriment des ressources multiples de l'environnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un manque de reconnaissance du rôle et des compétences des acteurs de 1ère ligne en repérage précoce :</b></li> </ul> <p>=&gt; Identifier les acteurs, leur reconnaître une compétence de veille, de repérage et de transmission d'information Ex : Aides à domicile, bailleurs, sociaux, équipes éducatives mais aussi proches aidants.</p>	<p><b>Valoriser/renforcer les compétences des acteurs de première ligne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner les enseignants dans la mise en place d'actions autour des compétences psycho-sociales/vivre ensemble/prendre soin de soi et des autres avec l'appui des infirmiers scolaires, intervenants extérieurs.</li> <li>- Inclure ou développer une sensibilisation/formation des enseignants à l'estime de soi/compétences psycho-sociales.</li> <li>- mieux reconnaître et renforcer les compétences des professionnels de proximité comme les aides à domicile.</li> </ul> <p><b>Confirmer le rôle des Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) :</b></p>

<p>- Difficultés d'accès aux CMPP/CMPI</p>	<p>- <b>Un manque de formation et accompagnement des professionnels de «1<sup>ère</sup> ligne » en repérage précoce :</b></p> <p>Les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne en repérage précoce (mairie, CCAS, bailleur, centre de loisirs, Education Nationale) manquent de sensibilisation, de formation pour détecter les « signaux faibles », les analyser et apporter une réponse, orienter =&gt; défaut de connaissance, d'interconnaissance, manque de temps et de de moyens. Exemple au sein de l'école, des services de santé, référents ASE etc ont énormément de situations à gérer, des professionnels soignants et travailleurs sociaux qui répartissent leur activité sur plusieurs établissements.</p> <p><b>Une culture de la prévention à construire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un manque de sensibilisation et formation des acteurs et du tout un chacun aux troubles de la santé mentale.</li> <li>- Des difficultés à évaluer l'impact des actions de prévention, dans un contexte privilégiant une approche du court terme.</li> <li>- Absence de la prévention sur les troubles de la santé mentale dans les programmes scolaires.</li> <li>- Les actions de prévention peuvent être les 1ères à être impactées par des restrictions budgétaires</li> </ul> <p><b>Difficultés d'accès aux CMPP/CMPI :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Délais de réponse, délais d'attente</li> <li>-Engorgement</li> </ul>	<p><a href="http://www.finistere.gouv.fr/Politiques-publiques/Jeunesse-sport-et-vie-associative/Politiques-en-faveur-de-la-jeunesse/Ecoute-et-information-des-jeunes/Point-accueil-ecoute-jeunes">http://www.finistere.gouv.fr/Politiques-publiques/Jeunesse-sport-et-vie-associative/Politiques-en-faveur-de-la-jeunesse/Ecoute-et-information-des-jeunes/Point-accueil-ecoute-jeunes</a></p> <p><b>Construire une culture de la prévention :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Création d'une plateforme d'appui</b> en santé mentale sur le même principe que les centres de ressource autisme (repérage précoce, prévention, destigmatisation, ressources documentaires)</li> <li>- <b>Besoin d'une équipe dédiée à l'intervention en milieu scolaire</b> pour sensibiliser à la santé mentale.</li> <li>- <b>Développer les actions de prévention auprès des 0-3 ans.</b></li> <li>- <b>développer la formation à la santé mentale des médecins généralistes, pédiatres et des professionnels de la PMI.</b></li> </ul> <p><b>Favoriser l'aller vers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déstigmatiser les lieux de soins en organisant des soirées débats/portes ouvertes.</li> <li>- Améliorer l'accueil des usagers en renforçant la formation des professionnels de santé libéraux et hospitaliers</li> </ul> <p><b>Besoin d'un politique nationale et transversale aux ministères concernés =&gt; nomination d'un secrétaire d'état ? création d'une agence dédiée ?</b></p>
--	--	---



**Axe 3. Des obstacles à l'inclusion dans la cité des personnes souffrant de troubles de la santé mentale.** *Des freins persistent à l'exercice des droits et de la citoyenneté des personnes concernées par des troubles de la santé mentale. Le défi d'une société inclusive suppose la mobilisation de l'ensemble des acteurs et un changement de regard sur la santé mentale.*

**- Une difficulté à accéder et se maintenir dans un logement autonome.**

**Un manque de travail partenarial :**

- Si les représentants des bailleurs dans le 29 semblent dire qu'il existe de nombreuses solutions pour évaluer les besoins, accompagner dans le parcours (dispositif CASAL), ils peuvent aussi faire état de difficulté à trouver des partenaires, des expertises soutenant. Si des réseaux existent, leur pérennité tient à des relations interpersonnelles

=> Question de la formalisation, du portage des réseaux => place des CLS ? du CLSM ?

=> Question de la transmission des informations du service social au bailleur social dans le respect du secret professionnel (rôle souligné des ASS, des mandataires judiciaires).

Vigilance : personnes isolées, non accompagnées, sans suivi sanitaire.

- Mais le développement de ce travail partenarial qui tient à des initiatives personnelles => comment formaliser ? pérenniser ?

- Un problème lié à la transmission/partage d'informations entre partenaires.

**Une dématérialisation des dossiers administratifs qui nuit à la personnalisation des accompagnements et accueils :**

- Une perte d'informations (parcours de vie, contextes) :

Autrefois toutes les personnes étaient reçues par les équipes qui pouvaient évaluer et adapter aux besoins spécifiques) d'où par exemple des échecs d'attribution de logement.

- Manque de prise en compte du handicap psychique dans les dossiers.

« ...qu'est-ce que ma génération a fait, malgré les engagements les volontés on en fait plus rien on fait de la communication on réduit l'intervention sociale à cela tout

**Favoriser l'échange des partenaires autour de situations identifiées complexes :**

Ex du territoire de Douarnenez : recherche de solutions en comité restreint pour les situations identifiées complexes (mise en place d'un réseau de partenaires, ex : CMP mobilise des référents qui viennent en conseil, en appui pour l'évaluation + CH)

Ex : EPCI Morlaix => commission problème individuel de logement qui mobilise plusieurs partenaires (SOLiHA, Office HLM, CD29)

Ex : cobmobile pays de Carhaix

Ex : « habitat adapté » sur le territoire de Brest.

Ex : Brest, Cellule de veille de la commission logement du CLSM : <http://www.sante-brest.net/article742.html>

- Permettre aux partenaires d'accéder à une personne ressource sur les établissements de soins (informations, orientation)

HLM : Permettre l'identification des problèmes de handicap psychique sans craindre une discrimination.

**Développer l'accompagnement en SAVS-SAMSAH**

**Développer les logements communautaires.**

**Impliquer les personnes dans le projet**

<p>- Une difficulté à co-construire un projet professionnel personnalisé.</p> <p>- Une difficulté à penser et organiser les allers retours entre milieu ordinaire et milieu protégé au grès des besoins/envies des personnes.</p>	<p><i>est réduit au fric... »</i></p> <p><b><u>Des difficultés d'accès au parc privé :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une précarisation des personnes qui freine l'accès à un logement dans le parc privé.</li> <li>- Des conditions d'accès restrictives aux dispositifs de caution solidaires</li> </ul> <p>Vigilance : situations observées de grande précarité (hébergement chez des amis, en tente, camping ...)</p> <p><b><u>Des rigidités administratives (ex orientations MDPH) bloquantes pour penser la notion de parcours :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un <b>manque de temps dévolu aux transitions pour faciliter l'intégration des personnes</b> (10 jours d'essai ne suffisent pas pour prendre ses marques, se familiariser avec une activité, s'intégrer dans un groupe de travail).</li> </ul> <p>Ex : Mises en Situation Professionnelle/Stage en ESAT qui permet de s'essayer aux activités de travail freinées par les contraintes administratives ex : Les conventions entre établissements (avec un Hôpital par ex) sont plus difficiles à mettre en œuvre (questions des responsabilités).</p> <p><b><u>Une difficulté à accéder à un emploi adapté aux envies et compétences des personnes :</u></b></p> <p>=&gt; <b>Manque d'offres diversifiées</b>, cohérentes avec les envies, compétences des personnes.</p> <p>=&gt; <b>Manque d'ouverture du milieu ordinaire</b> ex : le monde de l'entreprise n'est pas toujours sensibilisé, adapté, prêt à l'inclusion.</p> <p>Vigilance : Accepter aussi que le travail n'est pas une fin en soi.</p> <p><b><u>Un défaut de travail partenarial entre acteurs du social, de médico-social et du</u></b></p>	<p><b>d'acquisition d'un logement adapté.</b> Penser les projets immobiliers avec les personnes concernées.</p> <p><b>Développer les dispositifs passerelles de transitions entre MO et protégé :</b></p> <p>Projet ARESAT ; sensibilisation/formation des CLIC, centres sociaux ... et élaboration de projets communs pour inclure les travailleurs handicapés aux activités. <a href="https://www.avenir-esat.org/qui-sommes-nous">https://www.avenir-esat.org/qui-sommes-nous</a></p> <p>Le « <b>droit au retour</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre les aller – retour entre milieu ordinaire et ESAT</li> <li>- Développer les doubles orientations MDPH et assouplir de manière générale les notifications pour mieux adapter les modalités d'accompagnement au parcours de chacun.</li> <li>- Développer les ESAT de transition (un par département en cohérence avec les bassins d'emploi)</li> <li>- Création d'UEROS (Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle)/CRP spécialisés (centres de rééducation professionnelle)</li> </ul> <p><b>Renforcer l'accompagnement des personnes à l'insertion professionnelle :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositif emploi accompagné.</li> <li>- « <b>Job coaching</b> » : permet de penser global, l'environnement de la personne, médiation</li> </ul> <p>Suppose un échange entre les acteurs qui</p>
---	---	---

<p>- Un problème d'accès à une vie sociale et culturelle.</p> <p>- Des problèmes de mobilité.</p> <p>- Des disparités d'accès au numérique</p>	<p><b><u>sanitaire :</u></b></p> <p>Ex : Pour la mission locale, le défaut de transmissions d'informations importantes sur les situations des jeunes accompagnés (contreindications médicales par ex) peut entraîner des situations compliquées (stage non adapté qui met le jeune en échec)</p> <p><b><u>Un manque de passerelle entre milieu ordinaire et milieu protégé :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de travailler en partenariat pour éviter l'émergence de situations problèmes.</li> <li>- Cloisonnement institutionnel</li> <li>- Absence d'instance dédiée</li> </ul> <p><b><u>Une priorisation des réponses sur les besoins primaires au détriment de la vie sociale et culturelle pourtant essentielle au bien-être, à la santé :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendance à économiser sur les dispositifs d'accès à la culture.</li> </ul> <p>Piste d'amélioration = facilités d'accès aux activités sur la cité (aide financière, dossiers d'ouverture de droit simplifiés)</p> <p><b><u>Des problèmes de mobilité qui freinent l'accès aux services et accompagnements :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Précarité économique et sociale, situations de dépendance, enclavement de certains territoires ruraux freinent la mobilité des personnes et « l'aller vers »</li> <li>- Le manque de solutions de transports accroît l'isolement des personnes et les difficultés d'accès aux services.</li> </ul> <p><b><u>Des disparités d'accès au numérique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une dématérialisation des dossiers qui peut mettre en difficulté des</li> </ul>	<p>entourent la personne.</p> <p><a href="https://www.bretagne.ars.sante.fr/handicap-psycho-que-et-travail-laresat-publie-un-recueil-dexperiences">https://www.bretagne.ars.sante.fr/handicap-psycho-que-et-travail-laresat-publie-un-recueil-dexperiences</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faciliter l'accès aux bilans de compétences, développer les modules orientations approfondis.</li> </ul> <p><b>Capitaliser les expériences réussies.</b></p> <p><b>Equipes décloisonnées type GRL</b></p> <p><b>Mobilité des services :</b> équipes pluri-professionnelles itinérantes dans les zones rurales, isolées (ex camping car équipé) =&gt; relais territoriaux.</p> <p><b>Mobilité des usagers :</b></p> <p>Initiatives locales comme la mise à disposition d'une voiture sur Crozon gérée par le club thérapeutique des patients du CH Landerneau (« voiture solidaire9 »)</p> <p>Promouvoir le co-voiturage familial.</p> <p><b>Développer les dispositifs d'accueil de proximité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ex : PAEJ</li> <li>- Réaffirmer le rôle des CMP en maintenant notamment des temps de présence soignante.</li> <li>- Présence soignante sur les territoires (via les maisons de quartier par ex)</li> </ul> <p><b>Favoriser l'accès au numérique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître la formation des usagers</li> </ul>
--	--	---

<p>- <b>Un cloisonnement matériel et symbolique des espaces dans la cité.</b></p> <p>- <b>Un manque de sensibilisation et de mobilisation de la cité.</b> l'inclusion suppose la préparation et la mobilisation citoyenne : voisins, pairs, collègues de travail, équipes éducatives etc. =&gt; lever les freins.</p>	<p>personnes peu familiarisées avec l'outil informatique.</p> <p>- Un déploiement inégal de la couverture numérique sur le territoire, - culture/apprentissage des outils inégal selon les personnes.</p> <p><b>Un manque d'espaces partagés</b>, ouverts sur la cité (et accessibles à tous ?), vecteurs de rencontres et d'échanges.</p> <p><b>Un manque de communication</b> sur la santé mentale à destination du tout un chacun.</p>	<p>- Augmenter les compétences, accueil, rôle des Maisons de Service et d'Accueil du Public</p> <p><b>Mobilisation/ouverture de la cité</b></p> <p>- Urbanisme et santé mentale : Développer les évaluations d'impact en santé en renforçant la dimension santé mentale</p> <p>- Accompagnement des élus-collectivités sur leur rôle en matière de santé mentale</p> <p><b>Renforcer/développer les CLSM</b></p> <p><b>Renforcer les CMP</b> pour qu'ils puissent jouer un rôle de promotion de la santé mentale en proximité.</p> <p><b>Mieux articuler les dynamiques territoriales (PTSM/CLS/CLSM/ASV)</b></p>
<p><b>Axe 4. Les représentations sociales négatives des troubles de la santé mentale et des personnes concernées entraînent une stigmatisation des usagers et de leurs proches.</b></p>		
<p>- <b>Phénomène de stigmatisation des personnes souffrant de troubles de la santé mentale et de leurs proches.</b></p> <p>- <b>Non recours aux droits,</b></p>	<p><b>La stigmatisation des lieux de soins peuvent accentuer la stigmatisation des personnes en souffrance.</b></p> <p>⇒ Défaut de repérage précoce et de prévention. ⇒ Difficulté à enclencher des soins précoces.</p> <p><b>Représentations sociales négatives sur les troubles de la santé mentale (traitement médiatique, culturel, politique ...)</b></p>	<p><b>Faire de l'hôpital psychiatrique un lieu culturel :</b> Ex : exposition permanente ou temporaire (Ex de l'hôpital psychiatrique de Gand en Belgique, « Le Musée Dr. Guislain » de Patrick Allegaert et Annemie Cailliau <a href="https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-3-page-195.htm">https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-3-page-195.htm</a></p> <p><b>Renforcer la formation auprès des professionnels non soignants</b> Ex : dans le cadre de SISM</p>

<p>- refus de soins.</p> <p>- Isolement des personnes souffrant de troubles de la santé mentale et de leurs proches.</p>	<p><b>Méconnaissance, manque de sensibilisation de la cité sur la santé mentale</b></p> <p><b>Crainte de la stigmatisation, de la discrimination</b></p>	<p><b>Renforcer les équipes mobiles spécialisées</b> « allant vers » les usagers, les familles.</p> <p><b>Refus de soins :</b> Développer un référentiel commun sur l'approche du refus de soins (formes du refus, les ressources disponibles, les appuis sociaux et juridiques)</p> <p><b>Renforcer la participation des usagers et l'exercice de leur citoyenneté.</b></p> <p><b>Développer la pair-aidance</b> (Ex : GEM, UNAFAM)</p> <p><b>Renforcer le soutien aux aidants.</b></p> <p><b>Communiquer de manière positive sur la santé mentale,</b> la prévention et la recherche par exemple dans les revues des collectivités (CD29, Communautés de communes ...)</p>
--	--	--

## Groupe de travail n°2 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et somatiques - Compte rendu séance 3

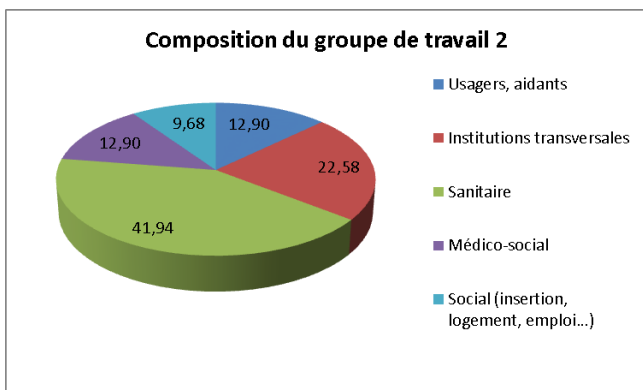
### Dates des séances de travail :

- ✓ Vendredi 8 février 9h - 12 h à Clinique Pen An Dalar Guipavas
- ✓ Mercredi 6 mars 13h30 - 16h30 EPSM Gourmelen
- ✓ Mercredi 3 avril 9 h-12h CH Bohars Brest

Thématiques : délais des rendez-vous, répartition inégale de l'offre, démographie médicale des psychiatres, stigmatisation, non recours, déni, difficultés d'expression des besoins, mode de vie, refus de soins, douleur, iatrogénie médicamenteuse, effets secondaires, droits sociaux...

Vignettes cliniques en annexe.

### I. Composition et participation au groupe de travail.



Séance 1 « Identification des problèmes »	Séance 2 des « Analyse causes »	Séance 3 des « Pistes d'amélioration »
27 participants	23 participants	22 participants

## II. Éléments de contextualisation

### L'accessibilité aux soins.

L'accessibilité aux dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux doit être interrogée au prisme de deux dimensions principales :

**La dimension matérielle** est, selon H. Picheral (2001), « surtout fonction du couple distance/temps, donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet effectué ». Outre la disponibilité de l'offre, l'accessibilité est étroitement liée aux conditions matérielles mises en œuvre pour faciliter l'accès à l'offre de soins et d'accompagnement sur un territoire (transports collectifs, accessibilité des locaux, des outils de prise d'informations ...).

**La dimension sociale** interroge quant à elle les freins individuels ou collectifs à bénéficier des dispositifs. L'accessibilité aux soins et accompagnements est en partie fonction des ressources économiques des individus pour faire face aux frais de santé (avance de frais, dépassements d'honoraires) et dépenses associées (frais de transports par exemple). D'autres facteurs sont à prendre en compte tels que les ressources pour accéder et comprendre les informations, effectuer les démarches, l'environnement et le réseau social des personnes. De même, des expériences de soins mal vécues comme des pratiques décourageantes des professionnels sont autant de freins supplémentaires à l'accès aux soins et accompagnements.

Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un **déterminant de santé** et un enjeu majeur en matière de lutte contre les inégalités de santé et plus largement de participation à la vie de la cité (loi du 11 février 2005).

Source : H. Picheral, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, GEOS, Atelier géographie de la santé, Université Montpellier 3, 2001

### L'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles de la santé mentale :

Selon une récente étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), les personnes suivies pour troubles psychiques sévères présentent **un taux de mortalité prématurée quadruplé par rapport à la population générale et une espérance de vie moindre de 15 ans en moyenne**. Ainsi, une personne diagnostiquée bipolaire ou schizophrène aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire (OMS, 2015).

Ce phénomène de comorbidité est lié à plusieurs facteurs plus ou moins associés : addictions, régime alimentaire, pauvreté, et isolement social mais aussi les effets secondaires des médicaments psychotropes. De plus, les freins à l'accès aux soins somatiques demeurent nombreux. Par exemple, les troubles

psychiques peuvent conduire la personne à négliger ou de ne pas percevoir les troubles somatiques (déni de la maladie, altération du schéma corporel, troubles cognitifs ...). La stigmatisation des patients, les idées préconçues et le manque de formation des soignants ont longtemps contribué à une moindre prise en compte des soins somatiques dans les services de psychiatrie.

Sources :

- PSYCOM, brochure Soins somatiques et psychiatrie (<http://www.psycom.org>)

- Irdes, « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée », dans *Question d'économie de la santé*, n°237, Septembre 2018.

### L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Le diagnostic tardif des troubles psychiques et les difficultés d'accès à un suivi psychiatrique participent à la détérioration de l'état de santé des personnes concernées, ainsi qu'à la fragilisation des situations sociales. Le manque de disponibilité de l'offre (implantation géographiques des structures, délais de réponse), l'isolement social, la difficulté de certains publics à formuler une demande de soins (grande précarité, déni des troubles, errance) comme le défaut de repérage précoce des signaux d'alerte sont quelques-uns des obstacles à l'accès au diagnostic et aux soins.

Les échanges menés au sein du groupe de travail ont mis en lumière des difficultés d'accès aux soins accrues pour les plus démunis, les personnes détenues, les migrants ou les personnes en situation de handicap.



### **Focus : l'enjeu de l'accès aux soins des populations migrantes.**

« La prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6 % dans cette population. Ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (60 %) et de traumatismes complexes (8 %). » Par ailleurs, plus d'un quart des patients ont présenté des idées suicidaires, et 7% se sont trouvés au moins une fois en urgence psychiatrique. (Rapport 2017 du Comede, Observation Etat de santé). Ces troubles peuvent être liés aux parcours migratoires comme aux conditions et trajectoires de vie dans le pays d'accueil (précarité, difficultés administratives, conduites addictives, délinquance).

Les freins à l'accès aux soins des personnes migrantes tiennent principalement :

- Au besoin de recourir à un service d'interprétariat professionnel coûteux.
- A une méconnaissance et aux représentations des populations de la santé mentale et une expression différente de la souffrance psychique.
- A la mobilité des personnes sur les territoires.
- A leur droit d'accéder aux dispositifs variable selon leurs statuts (demandeurs d'asile, réfugiés, situation illégale...)

*Pour aller plus loin :*

Le Réseau Louis Guilloux : <https://rlg35.org/>

Psycom. brochure « Consultations santé mentale et cultures en Ile-de-France » (<http://www.psvcom.org/Brochures-d-info/Soins-accompagnements-et-entraide>)

### **Accès aux soins psychiatriques : la « double peine » des personnes détenues**

Si les personnes détenues doivent avoir accès à une qualité et une continuité des soins identiques à celles de la population (loi du 18 janvier 1994), les professionnels engagés dans le diagnostic partagé ont souligné les nombreux freins existants. L'enjeu est pourtant de taille : selon l'Observatoire international des prisons, plus de 20% des personnes incarcérées souffrent de troubles psychotiques, soit un taux de pathologies psychiatriques 20 fois plus élevé que dans la population générale. Selon le contrôleur général des lieux de privation de liberté, 70 % des détenus souffrent de troubles de la santé mentale. Les conditions d'incarcération (surpopulation, promiscuité, violences ...) participent à l'aggravation ou au développement d'une souffrance psychique.

Sur le Finistère, les personnes incarcérées disposent d'une Unité Sanitaire dépendant du CHRU située sur la Maison d'Arrêt de Brest et bénéficie d'une antenne du CSAPA du CHRU Bohars. Les détenus ayant besoin d'une hospitalisation sont orientés vers l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) de Rennes qui dispose d'un nombre de lits limité (40 lits pour le territoire breton) et insuffisant pour répondre aux besoins selon les professionnels locaux interrogés.

Sources :

- Association des secteurs de psychiatrie en prison : <https://www.aspmp.fr/documentation/>

- CGLP, Rapport Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale. 2018. <http://www.cgplp.fr/2018/les-droits-fondamentaux-a-lepreuve-de-la-surpopulation-carcerale/>

### **Pour aller plus loin :**

IGAS, Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, novembre 2017 (<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>)

Centre Primo Levi, La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique. 2018. [https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s\\_Rapport.pdf](https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport.pdf)

Human Rights Watch, Double peine. Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France, 2016. <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriees-pour-les-personnes-presentant>

Répartition des équipes mobiles de psychiatrie précarité en Bretagne ; <https://www.bretagne.ars.sante.fr/8-equipes-mobiles-de-psychiatrie-precarite-en-bretagne>.

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) en Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/17-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-en-bretagne>

## **III. Indicateurs pour le territoire du Finistère**

Données issues de l'Atlas de la santé mentale : <https://santementale.atlasante.fr>

### **L'accès à la prévention et aux soins somatiques - troubles mentaux fréquents :**

#### **Pour addictions**

	Finistère (Département) 2012-2013	Bretagne (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	40,6	39,6	46,8
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	16,7	12,3	17,2
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	16,7	16,1	16,8
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	40,1	40,2	40,9

source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

\* Les 3 actes retenus sont : hémogramme, glycémie, cholestérol dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation.

\*\* ECG, bilan rénal et au moins un autre acte de la liste suivante :  
...[à compléter]

\*\*\* Dépistage cancer du sein et du col de l'utérus, vaccination DT polyo dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation.

\*\*\*\* Soins dentaires, gynécologiques (y compris contraception orale ou DIU), ophtalmologiques dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation.

### Pour troubles de l'humeur

	Finistère (Département) 2012-2013	Bretagne (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	49,3	49,2	53,9
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	17,1	14	18,4
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	32,7	32,6	33,4
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	48,8	49	48,9

source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

\* Les 3 actes retenus sont : hémogramme, glycémie, cholestérol dans les deux ans qui suivent la sortie de l'hospitalisation.

\*\* ECG, bilan rénal et au moins un autre acte de la liste suivante :  
... [à compléter]

\*\*\* Dépistage cancer du sein et du col de l'utérus, vaccination DT polyo dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation.

\*\*\*\* Soins dentaires, gynécologiques (y compris contraception orale ou DIU), ophtalmologiques dans les 2 années qui suivent la sortie d'hospitalisation.

### L'accès à la prévention et aux soins somatiques – troubles mentaux sévères :

#### Pour autres TMS (TED et déficiences)

	Finistère (Département) 2012-2013	Bretagne (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	37	29,6	30,1
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	11,8	7,9	10,9
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	15,6	14,8	13,4
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	42,4%	40,9%	11 124

source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

#### Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)

	Finistère (Département) 2012-2013	Bretagne (Région) 2012-2013	France 2012- 2013
Part de patients ayant eu les 3 actes de prévention classique* (%)	41,5	39,2	43,6
Part de patients ayant eu des actes de prévention complémentaire** (%)	14,1	11,8	15,3
Part de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination*** (%)	23,5	23,1	22,9
Part de patients ayant eu des soins somatiques courants**** (%)	36,0%	34,2%	103 360

source : SNIIRAM, RIM-P, cohorte de patients hospitalisés à temps pleins pour des troubles névrotiques et de l'humeur, addictions, pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, ou troubles envahissant du développement et autres déficiences - 2012-2013

## IV. Compte rendu des travaux de la séance 3

<b>2. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et somatiques</b>	<b>Pilote : Bruno ROULLAND</b> , Clinique Pen An Dalar, Psychiatre et Président de C.M.E ( <a href="mailto:b.roulland@ramsaygds.fr">b.roulland@ramsaygds.fr</a> )	<b>Copilote : Sandrine BARANGER</b> , CHU Brest, Directrice des soins et directrice référente du site de Bohars ( <a href="mailto:sandrine.baranger@chu-brest.fr">sandrine.baranger@chu-brest.fr</a> )
<b>Problèmes</b>	<b>Analyse causale</b>	<b>Pistes de travail et calendrier</b>
<p><b>Axe 1. Une difficulté à coordonner les acteurs de soins somatiques et psychiatriques.</b> <i>Les acteurs soulignent des problèmes transversaux de coordination et de gestion des interfaces entre soins somatiques et psychiatriques. Le manque de coordination et les dysfonctionnements dans la transmission d'informations et l'orientation des patients et de leurs proches aidants génèrent des discontinuités des accompagnements et ne permet pas une prise en soins globale de la personne. Il en résulte des ruptures de soins tant psychiques que somatiques, une dégradation de l'état de santé de la personne et de sa situation sociale.</i></p>		
<p>- <b>Une méconnaissance des acteurs et des dispositifs sur le territoire.</b></p> <p>=&gt; Un manque de lisibilité des dispositifs existants, de leurs périmètres de compétences.</p> <p>- <b>Une perte d'informations entre acteurs.</b></p> <p>=&gt; notamment lors les transitions entre somatique, social, psychiatrie, judiciaire etc.</p> <p>- <b>Un cloisonnement des prises en soins entre somatique et</b></p>	<p><b>Illisibilité de l'offre de soins et de services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Millefeuille de services et de dispositifs qui ne permettent pas de comprendre le système ni de savoir à qui s'adresser, même entre professionnels.</li> <li>- Quelle est l'offre existante ? Où ? quels périmètres/limites de compétences ?</li> <li>- Sites d'informations plus ou moins lisibles, plus ou moins mis à jour.</li> <li>- Une difficulté particulière à identifier les offres du secteur privé.</li> <li>- Un manque de communication entre les professionnels et à disposition des usagers sur les secteurs d'excellence développés par les structures : sismothérapie (ECT), RTMs, centre de jour à orientation spécifique (trouble bipolaire, psychose, dépression ...), Thérapie Comportementale et cognitive.</li> <li>- Une difficulté à identifier les spécificités de l'offre de soins ambulatoires en psychiatrie : psychothérapie analytique, possibilité de consultations en urgence, gestion thérapeutique, relaxation, Thérapie Comportementale et Cognitive ...</li> <li>- Un manque de lisibilité des parcours de soins ambulatoires en psychiatrie : comment faire ? Par quel praticien ? pour quel problème ? délais de réponse ? durée de prise en charge ? quel coût ?</li> </ul> <p><b>Complexité de la constitution des dossiers selon les statuts des patients :</b></p> <p>Rôle pivot du médecin traitant pour les dossiers MDPH mais il peut manquer d'informations.</p>	<p><b>Faciliter l'accès à l'information :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cellule d'appui à la prise d'informations.</li> <li>- Guide du territoire sur la santé mentale.</li> </ul> <p><b>Faciliter l'accès aux dispositifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simplifier les dossiers MDPH</li> <li>- Assouplir les possibilités d'accompagnement.</li> </ul> <p><b>Développer la sensibilisation et formation aux troubles de la santé mentale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagnes de sensibilisation à la Santé Mentale pour les professionnels de santé et du travail social.</li> <li>- Renforcer la formation continue et initiale de la santé mentale en : <ul style="list-style-type: none"> <li>=&gt; Définissant un socle commun de connaissances pour tous.</li> <li>=&gt; Mettant en place une politique territoriale de formation continue, cohérente avec les priorités de santé publique du territoire</li> <li>=&gt; Constitution d'un collège.</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>psychiatrie.</b></p> <p>Des passages de relais contrariés, un défaut de transmission d'informations.</p>	<p>=&gt; Risque de mise à distance des patients atteints de troubles psychiatriques car suivis chronophages, manque de sensibilisation (pas de formations complémentaires/continues spécifiques).</p> <p><b><u>Manque de coordination entre professionnels :</u></b> Conséquences nombreuses et délétères de ce manque de coordination : errance, retard de diagnostic, non prise en charge en santé, renforcement des phénomènes d'exclusion. Il n'existe pas de professionnels dédiés à la coordination entre soins somatiques et psychiatrie.</p> <p><b><u>Manque de formation et sensibilisation des professionnels aux troubles de la santé mentale :</u></b> Au niveau de la formation initiale mais également de la formation continue.</p> <p><b><u>Un manque de communication/échange entre médecine générale, psychiatrique et spécialisée :</u></b> Un manque de temps pour l'échange et de partage d'informations en partie lié au manque de praticiens ; Les acteurs déplorent un manque d'interlocuteur direct, tant côté de la psychiatrie que des médecins traitants.</p> <p><b><u>Pas d'accès systématique des médecins généralistes aux informations sur le suivi psychiatrique et inversement :</u></b> Peu de professionnels utilisent des outils de transmission et de communication partagés (ex/ messagerie électronique protégée, dossier de soins partagé comme le D.M.P., système d'information convergent).</p> <p><b><u>Pas toujours de médecins traitants dans le cercle de soins :</u></b> Pas nécessairement de médecin traitant déclaré.</p>	<p><b>Améliorer les interfaces entre la psychiatrie et la médecine générale et autres acteurs de soins de premiers recours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N° de tel direct ou unique de médecins psychiatres référents sur le territoire.</li> <li>- Associer un médecin généraliste à un médecin psychiatre.</li> <li>- Initiatives locales : CHIC Quimper : mise en place de groupes de travail sur le lien entre handicap et somatique. Territoire de Brest : Amélioration de l'accès aux soins somatiques des personnes avec un handicap complexe (réponse à appel à projet de la Fondation Ildys)</li> </ul> <p><b>Améliorer l'interface entre la psychiatrie privée et publique.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faciliter la circulation des informations.</li> <li>- faciliter les échanges de formations pour le personnel soignant, faciliter la formation des internes en médecine générale et psychiatrique dans les établissements privés et confier des missions d'intérêt général au privé</li> </ul> <p><b>Développer la médecine générale en établissements :</b> Constat des places vacantes. =&gt; Améliorer l'attractivité de l'exercice en médecine générale à l'hôpital.</p> <p><b>Développer le travail en réseau :</b> Ex : réseau CORSPEA (Coordination en réseau des soins psychiques des enfants et adolescents) sur les territoires de Brest, Landerneau et Morlaix.</p>
--	--	---

	<p>Manque de médecins généralistes sur certaines zones : démographie médicale en tension tant pour les médecins traitants que pour les psychiatres et particulièrement les pédopsychiatres.</p> <p><b><u>Un problème d'articulation et de relais entre psychiatrie publique et privée :</u></b>  Ex : les cliniques privées ne peuvent pas accueillir de patients de moins de 18 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Travailler sur la complémentarité entre institutions : confier au secteur privé des missions d'intérêt public ?</li> <li>⇒ Améliorer la connaissance « des ressources de base » des structures faciliterait la constitution de passerelles entre les institutions publiques et privées.</li> </ul> <p><b><u>Comment identifier une personne ressource si changement de territoire ?</u></b>  Il existe une perte d'informations et de dossiers communs lors d'un déménagement ou lors d'un changement de département, mais également lors du passage de la prise en charge enfant à la prise en charge adulte (changement de secteurs et de professionnels de santé notamment).</p> <p><b><u>Délais de consultations importants.</u></b>  Ex : délais de consultation dans certains CMPP à deux ou 3 ans. En l'état, les centres sont amenés à refuser des patients.  Constat d'éventuels doublons dans les listes d'attente = conséquences des stratégies des familles qui sollicitent plusieurs dispositifs pour s'assurer une réponse.</p>	<p>Environ 6 réunions dans l'année autour de :  L'analyse de situations complexes,  L'organisation des prises en charge (sont interrogées par exemple les questions liées au nomadisme, les doublons).  <i>Remarque : nécessité de « prendre soin » du réseau pour pérenniser la mobilisation des acteurs et la qualité des interrelations.</i></p> <p><b>Réorganiser l'accueil des publics enfants et adolescents.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proposer une ligne d'accueil facilitée (sans RDV ?)</li> </ul> <p>Ex : Centre Menez propose une demi-journée de consultation sans RDV..  Ex : Maison de l'Adolescent, l'accueil sans RDV permet de filtrer les demandes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoin de définir une gradation de la réponse : prioriser les besoins/urgences (ex : diagnostic précoce)</li> <li>- Proposer des réponses à minima.</li> <li>- Engager une réflexion sur les compétences nécessaires pour les professionnels qui assurent cet accueil.</li> </ul> <p><b>Développer un accueil facilité en psychiatrie libérale (plages d'accueil pour les urgences, sans RDV)</b>  <b>Développer les équipes mobiles pour assurer un suivi à domicile, dépister/prévenir les abandons de soins.</b></p>
--	--	--

**Axe 2. Un isolement, manque de soutien des usagers et des aidants.** *Le manque d'accès à l'information, le manque de lisibilité des dispositifs comme les délais de réponse institutionnelle = isolement des usagers et des proches, épuisement des aidants*

<p>- Des difficultés à accéder aux informations.</p> <p>- Méconnaissance des temporalités, outils propres à la psychiatrie (ex : temps du diagnostic).</p> <p>- Un manque d'accompagnement patients et des proches aidants ressenti plus particulièrement dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refus de soins des personnes aidées</li> <li>• Temps d'attente pour l'entrée dans un nouveau dispositif</li> <li>• Transition/âges charnières (sortie de passage de IME à FAM, ESAT)</li> </ul>	<p><b><u>Une difficulté pour identifier les lieux, espaces de prise d'informations :</u></b> Où s'adresser ? par quels biais ? Manque de lisibilité des informations. Pléthore de services/structures/dispositifs/acteurs. Langage spécifique à la psychiatrie par toujours accessible/compréhensible par tous.</p> <p><b><u>Un manque de sensibilisation du tout un chacun/citoyenne :</u></b> Informations existantes mais « on s'y intéresse que quand on y est confronté » : comment toucher les publics qui ne se sentent pas concernés par le sujet de la santé mentale ? Il n'existe pas de campagne d'information nationale sur la santé mentale.</p> <p><b><u>Accompagnement des familles le temps du diagnostic :</u></b> Remarque : pour le psychiatre, le diagnostic est intéressant s'il a des conséquences thérapeutiques (accès aux soins et accompagnements) accès aux droits. Prudence nécessaire car le diagnostic psychiatrique est difficilement modifiable. Toutefois, la famille doit respecter le choix du patient à ne pas dévoiler ses problèmes de santé mentale. Importance aussi de rendre accessible les informations données aux usagers et aux familles (compréhension, parler le même langage).</p> <p><b><u>Un manque d'accompagnement des primo-accédants :</u></b> Ex : les patients, aidants manquent d'aide pour constituer les dossiers complexes (ex : statuts pluriels). Ils se sentent seuls et peu soutenus. Ils ne connaissent pas toujours l'aide possible par les associations d'usagers.</p> <p><b><u>La prise en compte de la parole/expertise des proches aidants :</u></b> Vers qui les familles peuvent se tourner pour exprimer leur ressenti ? Comment</p>	<p><b>Faciliter l'accès à l'information :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disposer d'une information fiable sur les filières.</li> <li>- Site internet répertoriant l'offre de services et de soins sur le territoire : suppose un suivi (veille, mises à jour, un soutien de l'ARS).</li> </ul> <p><b>Faciliter l'accès à l'information sur les territoires ruraux, isolés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- référents/lieux de prise d'informations identifiés Ex : pharmaciens.</li> <li>- référents/correspondants CLSM sur les territoires : s'appuyer sur les élus des communes qui sont en charge des questions sociales et sanitaires (relais avec les CLSM) Vigilance : les petites communes peuvent être difficilement pour mettre en œuvre un CLSM, nommer des référents dans les petites communes pour assurer le relais avec le CLSM le plus proche (formation/information ex : DU correspondant CLSM à l'UBO Brest)</li> </ul> <p><b>Décloisonner les accompagnements sociaux, médico-sociaux et sanitaires.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assouplir les passerelles entre les dispositifs pour faciliter l'accueil séquentiel.</li> </ul> <p><b>Encourager une démarche de la collectivité vers les citoyens.</b></p> <p><b>Consolider l'étayage des malades et des proches</b></p>
--	--	---

<p>•Soutien à la coordination du parcours du proche</p> <p><b>- Un constat de non recours.</b></p> <p>Ex : Des familles issues de la classe moyenne qui mobilisent leurs propres ressources pour accompagner un proche et tardent à formuler une demande aux acteurs de soins.</p>	<p>est prise en compte la parole des familles ?</p> <p>Si consentement des patients, l'accueil/l'écoute des familles peut être une ressource pour le diagnostic.</p> <p>L'importance est de co-construire l'accompagnement et de ne pas rejeter l'aide des familles.</p> <p>CMPP : peuvent rencontrer des difficultés à mobiliser les familles malgré la mise en place de « groupes de familles ».</p> <p><b><u>Préparation des sorties/accompagnement à domicile :</u></b></p> <p>Les professionnels manquent de temps et anticipent mal certains retours à domicile qui se transforment en échec avec un retour en institution. L'évaluation des ressources des personnes est un levier identifié pour améliorer la réussite des sorties et des relais d'accompagnement en santé mentale mais aussi pour améliorer l'intégration des usagers dans la cité.</p> <p><b><u>Ressenti du symptôme :</u></b></p> <p>Si pas de ressenti du symptôme, pas de demande.</p> <p><b><u>Etiquetage social lié au diagnostic :</u></b></p> <p>Conséquences directes sur le déni et le refus de soins et donc la détérioration de l'état de santé des usagers.</p> <p>Crainte/refus de la stigmatisation et des discriminations « je ne suis pas fous »</p> <p>Constat des représentations sociales négatives sur la santé mentale : comment on accompagne le sujet ?</p> <p>Remarque : avancées de la pratique psychiatrique et des outils de communication, changement de la relation Médecin/Malade =&gt; le patient objet est devenu acteur : cela doit être accepté par les psychiatres. Il s'agit de reconnaître les compétences des patients et prendre en compte leurs ressources. Il existe encore au sein des professionnels, des préjugés forts autour de la santé mentale qui dégradent l'accompagnement des usagers.</p>	<p><b>aidants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- appuyer le développement des case manager</li> <li>- développer la réhabilitation psycho-sociale</li> <li>- favoriser l'éducation thérapeutique.</li> </ul> <p>Communiquer sur les associations de pair-aidance (Ex : GEM, UNAFAM).</p> <p>Renforcer la pair aidance via recrutement et formation et implantation de séances d'échanges et d'information dans les CMP/CATTP (pair aidants, représentants d'usagers, patients ...)</p> <p><b>Développer « l'aller vers » les malades et les proches aidants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcer les équipes mobiles,</li> <li>- numéro d'appel pour accéder à un entretien avec un soignant.</li> </ul> <p><b>Renforcer et valoriser les « bonnes pratiques » des intervenants à domicile.</b></p> <p>Former, professionnaliser autour de l'accompagnement des personnes avec troubles psychiatriques.</p> <p>Ex : infirmiers à domicile mais aussi aides à domicile.</p> <p>Développer et favoriser la formation des professionnels sur le risque suicidaire (formation sentinelle et/ou évaluation, repérage et orientation (formations en cours sur le territoire : DGOS) + formations sur le thème de la psychose.</p>
--	--	---



**Axe 3. Des freins à l'accès au diagnostic.** *Les acteurs repèrent des obstacles et des inégalités d'accès au diagnostic. Ces obstacles freinent la proposition et la mise en place aux premiers signes d'alerte d'un accompagnement de soins, social et médico-social adapté.*

**- Un défaut de dépistage et de prévention.**

Identifier les signes d'alerte pour proposer une réponse adaptée (CMP, consultations spécialisées) : qui signale ? Comment ? A qui ?

**- Engorgement de certains dispositifs préventifs/consultations (Ex : CMP, CMPP, CMPI)**

**Un cloisonnement des approches psychiatriques qui nuit à l'accès à un diagnostic :** diagnostics multiples, variables selon les

**Repérage de la souffrance psychique :**

Comment qualifier, évaluer les signaux d'alerte? « on se pose la question quand survient la crise ».

Paradoxalement : en médecine générale, fréquence des consultations qui ont pour objet des troubles de la santé mentale.

Constats : difficulté liée à la pluralité des définitions de la santé mentale, des troubles de la santé mentale :

Ex : une personne qui se sent dépressive n'ira pas forcément en CMP qui est associé à la psychiatrie.

Difficulté également dans la distinction et les complémentarités entre troubles en santé mentale et handicap (vers qui orienter l'utilisateur ?).

**Stigmatisation :**

Refus, crainte de l'étiquetage lié au diagnostic « psy »

Peur de la psychiatrie, des conséquences sociales, familiales.

**Un problème d'orientation :**

Difficultés à accéder à la « bonne filière », à la « bonne spécialité ». Or certains accompagnements spécifiques ne sont accessibles que si un diagnostic est posé par un spécialiste (ex : troubles neurodégénératifs = diagnostic par un neurologue). Certaines structures spécifiques de dépistage n'existent pas sur certains territoires, créant des délais d'attente longs et un éloignement géographique, au détriment de l'égalité d'accès de l'utilisateur.

**Augmentation des besoins de santé ?**

Augmentation des files actives (plus de diagnostics ou plus de pathologies ?). Plusieurs acteurs sont capables de quantifier leurs listes d'attente et d'analyser les modalités de prise en charge dans le temps (création de tableaux et d'indicateurs suivis annuellement).

**A l'échelle départementale :**

Unités fonctionnelles avec cadre de santé référent, équipes pluriprofessionnelles tournées vers l'accueil et l'évaluation.

**Consolider le repérage des états mentaux à risque chez les enfants et adolescents :**

le repérage précoce permet un accompagnement/suivi qui réduit le risque d'entrer dans la schizophrénie.

**Faciliter l'accès des publics aux bilans autisme.**

**Favoriser l'accès des publics à des consultations avec des psychologues :**

Ex : Dans le Morbihan, prise en charge par la CPAM des consultations auprès de psychologues (18 ans et +)

Ex : CEVP : vulnérabilité psychologique

Ex : Dispositif Ecoute-Emoi coordonné par la Maison des Adolescents.

**Renforcer l'action et les moyens des CMPP.**

<p>références/écoles de pensée des professionnels</p> <p><b>- Des conditions d'accueil, de consultations somatiques qui ne sont pas adaptées aux spécificités des patients.</b> =&gt; adaptation des modalités de la consultation et du suivi (« aller à la rencontre de »), des techniques (soins gynécologiques, bucco dentaires), temps nécessaire à l'échange et au bilan global de santé.</p> <p><b>Problématiques spécifiques identifiés :</b></p> <p><u>Publics adultes :</u> Poly-exclus : Personnes en situation d'exclusions, en mouvement (ex : personnes sans domicile fixe, migrants en errance et parmi eux les femmes isolées) - Personnes souffrant de pathologies chroniques lourdes.</p> <p><u>Enfants/Adolescents/ jeunes</u></p>	<p>CMP : accroissement des demandes car dispositif public accessible à tous et sans frais pour les patients, favorise l'accueil de patients « hors radars ». =&gt; bon indicateur de la pertinence du parcours de soins. Point positif : certaines structures comme les CMP semblent plus sollicitées, elles sont donc des lieux « ressource » identifiés.</p> <p><b>« Lenteur » administrative</b> Travail de la MDPH en ce sens.</p> <p><b><u>Manque de lisibilité sur les diagnostics de proximité (niveau 2), méconnaissance de la gradation du diagnostic.</u></b></p> <p><b><u>Rigidité des règles de la sectorisation :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre le temps du passage de relais.</li> <li>- Constat d'un déséquilibre de l'offre de service sur le territoire : la pluralité/concentration des structures autour des hôpitaux favorise le travail partenarial et améliore les conditions de sorties//manque de structures à proximité du lieu de vie des personnes (zones rurales, territoires enclavés)</li> <li>- Le changement de professionnels lors d'un déménagement ou lors du passage de l'âge enfant à l'âge adulte entraîne une perte d'informations et l'utilisateur doit à nouveau, raconter son parcours de vie et de santé.</li> </ul> <p><b><u>Enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance :</u></b> Instabilité des lieux d'accueil =&gt; ruptures de parcours, ruptures de suivis. Un manque de passerelles constaté entre dispositifs. Difficultés accrues dans le cadre d'un changement de département.</p> <p><b><u>Les représentations des soignants sur les pathologies mentales.</u></b> Il existe encore au sein des professionnels, des préjugés forts autour de la santé mentale qui dégradent l'accompagnement des usagers. ⇒ Manque de formation des soignants (initiale et continue) sur les pathologies mentales et les besoins spécifiques des personnes.</p>	<p><b>Un besoin d'outils pour faciliter le suivi des dossiers.</b> <b>Simplifier les dossiers administratifs.</b></p> <p><b>Développer la formation des personnels soignants en santé mentale.</b> <b>Inventorier l'offre de formation sur le territoire</b></p>
--	---	--

<p><u>adultes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérage des psychoses précoces, troubles alimentaires, risque suicidaire.</li> <li>- MNA (Mineurs Non Accompagnés) : repérage des troubles psychiques.</li> <li>- Diagnostic autisme</li> </ul>	<p><b><u>Un manque de consultations spécialisées</u></b></p> <p>Ex : Une consultation et des soins somatiques auprès d'une personne avec une hypersensibilité supposent de prendre le temps, un environnement adapté, un contact spécifique (Ex : Troubles Envahissant du Développement)</p> <p>L'inadaptation des conditions de consultation aux spécificités des personnes génère de la souffrance, augmente le risque de non recours et de refus de soins. Les médecins ne s'appuient pas suffisamment sur les personnes ressources qui accompagnent la personne Ex : l'infirmier(ère) accompagnateur ne doit pas être cantonné à la maîtrise de l'agitation.</p>	
<p><b>Axe 4. Des freins à l'accès aux soins somatiques et psychiatriques. Les acteurs repèrent des obstacles et des inégalités d'accès aux soins somatiques et psychiatriques.</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un déclin de l'offre de santé de premier recours (Ex : médecins généralistes)</li> <li>- Un déficit de médecins psychiatres.</li> <li>- Maillage territorial discontinu de l'offre de soins et de services.</li> <li>- Engorgement de certains dispositifs (ex : CMP, CMPP)</li> <li>- Non recours</li> <li>- Refus de soins</li> </ul>	<p><b><u>Démographie médicale en tension tant pour les médecins traitants que pour les psychiatres et particulièrement les pédopsychiatres</u></b></p> <p>Difficulté à trouver des remplaçants.</p> <p><b><u>Engorgement des services :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lits engorgés car embolisation des services par des hospitalisations inadaptées</li> </ul> <p>Ex : attente d'une orientation MDPH, manque de place en établissements médico-sociaux =&gt; bloque l'accès à des populations plus prioritaires. Problème encore plus prégnant en pédopsychiatrie.</p> <p>L'éloignement géographique de certaines structures augmente la difficulté d'accès aux soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problème du cout des soins : un certain nombre d'usagers s'orientent vers les CMP ou l'hôpital car le cout d'un suivi par les psychologues libéraux est élevé et non remboursé.</li> </ul> <p><b><u>Stigmatisation</u></b></p>	<p><b>Formaliser les habitudes de travail</b></p> <p>Ex : conventions pour faciliter les hospitalisations programmées.</p> <p><b>Renforcer la formation des travailleurs sociaux sur les troubles de la santé mentale.</b></p> <p>Etayer les travailleurs sociaux, les ESMS de manière générale par l'intervention d'équipes mobiles.</p> <p><b>Favoriser l'accès des publics à des consultations avec des psychologues :</b></p> <p>Ex : Dans le Morbihan, prise en charge par la CPAM des consultations auprès de psychologues (18 ans et +)</p> <p><a href="https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/morbihan/lorien">https://france3-regions.francetvinfo.fr/bretagne/morbihan/lorien</a></p>

<p><b>Points de vigilance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grande exclusion,</li> <li>- personnes incarcérées,</li> <li>- migrants en errance,</li> <li>- personnes avec un handicap mental,</li> <li>- personnes âgées avec troubles cognitifs,</li> <li>- personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques sévères.</li> </ul> <p>Risque : réponses psychiatriques et médicamenteuses aux troubles du comportement liés au somatique, au contexte social, environnemental)</p>	<p><b><u>Un manque de consultations spécialisées/lieux dédiés pour les populations vulnérables et/ou éloignées du soin.</u></b></p> <p>Ex : population carcérale : Constat que l'injonction aux soins permet l'accès aux soins. De même, les sorties de détention peuvent entraîner des ruptures de suivi car absence de consultations de suite Manque d'anticipation et de coordination des acteurs. Ex : Les Mineurs Etrangers en Errance sont concernés par des problèmes de poly-toxicomanie et ont souvent un état de santé général très précaire.</p>	<p><a href="http://lorient-securite-sociale-rembourse-consultations-psychologues-1436587.html">t/lorient-securite-sociale-rembourse-consultations-psychologues-1436587.html</a></p> <p>Ex : CEVP : vulnérabilité psychologique Ex : Dispositif Ecoute-Emoi coordonné par la Maison des Adolescents. <a href="https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/120189/jeunes-en-souffrance-psychique-lancement-de-lexperimentation-ecoutemoi-en-ile-de-france-communique/">https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/120189/jeunes-en-souffrance-psychique-lancement-de-lexperimentation-ecoutemoi-en-ile-de-france-communique/</a></p> <p><b>Améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables et/ou éloignés du soin :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer le suivi psychiatrique des détenus.</li> <li>- Lits d'accueil médicalisés en services psychiatriques (LAM) pour accueillir personnes sans domicile fixe.</li> <li>- Développer des dispositifs relais entre le sanitaire et le médico-social pour accueillir les jeunes confiés à l'ASE en rupture d'accueils familiaux.</li> <li>- Développer des hébergements pour les personnes vieillissantes avec des troubles psychiatriques (- de 60 ans notamment) Ex : Unités pour Personnes Handicapées Vieillissantes.</li> <li>- Développer des hébergements pour les personnes souffrant de troubles neurodégénératifs Ex : Unités Cognitivo-Comportementale.</li> <li>- développer le recours à l'interprétariat pour faciliter l'accès aux soins des personnes</li> </ul>
--	---	--

	<p>migrantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- développer les équipes mobiles pour aller à la rencontre des migrants en errance.</li> </ul> <p>Ex : travail partenarial PJJ/Don bosco autour des mineurs non accompagnés/Mineurs Etrangers en Errance (organisation de maraudes)</p> <p>Ex : convention en cours entre le CHU Brest et Coallia pour favoriser l'accès aux soins des MME.</p> <p><b>Développer les alternatives à l'hospitalisation.</b></p> <p>Ex : hébergements avec un accompagnement pluri professionnel.</p> <p><b>Développer une filière courte pour les personnes souffrant de troubles psychiques.</b></p> <p><b>Développer la télémédecine fixe et embarquée.</b></p>
--	--

ANNEXES.

*Pour préserver l'anonymat des personnes, les noms ont été modifiés*

**Vignette clinique 1 : L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE FEMME ATTEINTE DE RETARD MENTALE ET D'UNE DYSHARMONIE ÉVOLUTIVE AVEC UN TROUBLE DES CONDUITES EN DUO AVEC UNE MÈRE PSYCHOTIQUE**

Jacqueline est âgée aujourd'hui 37 ans et débarque sans RDV à la consultation. Mon cabinet médical est situé au rez de jardin d'une double co-propriété située en centre-ville [REDACTED]. Toutes ses affaires la précèdent et gisent dans le hall de l'immeuble. Le taxi vient de la déposer à la demande de la responsable de l'hôtel qui l'hébergeait depuis 3 jours sur proposition du 115. C'est après un nouvel épisode d'agressivité et de conflit de voisinage. Jacqueline est exaltée, ne reste pas en place, vocifère et veut se rendre à Lorient voir une copine. Face à cette situation d'urgence, un nouveau placement

sous contrainte [REDACTED] est décidé avec sa tutrice. Il faudra 4 H pour qu'un transporteur arrive et l'accompagne aux urgences psychiatriques, juste avant l'intervention de la police alertée par les occupants de l'immeuble pas habitués aux cris de la patiente dans les couloirs de l'immeuble.

Je rencontre pour la première Jacqueline en 1994. C'était une jeune adolescente de 12 ans. Elle m'a été confiée par son médecin généraliste puisqu'elle présentait des troubles du comportement importants à type d'agitation, d'agressivité qui a conduit à une éviction scolaire. Ses difficultés scolaires sont réelles. C'est une enfant inhibée et une tendance à être considérée un peu comme la tête de turc, partout où elle passe.

Jacqueline est la seconde d'un couple âgé (la mère avait 52 ans à cette époque) et l'aîné a été adopté.

Sous traitement neuroleptique à petite dose le comportement s'apaise et la jeune adolescente reprend la classe.

Si le père est absent, la mère se montre très inquiète, sténique, opposante. Elle avait tendance à mettre en cause la compétence et le sérieux des équipes pédagogique. Ainsi, la maman de Jacqueline ne comprenait pas la position de l'école de vouloir la placer dans une classe pour enfants en difficulté. Elle n'entend pas les difficultés d'intégration, d'adaptation avec une dangerosité de sa fille. Cela s'est soldé par un long périple pour la jeune fille. Le rejet par la mère des solutions institutionnelles proposées sur [REDACTED] s'est soldé par un éloignement et son admission en internat [REDACTED] en SEGPA.

Le suivi ambulatoire très régulier pendant 3 ans, jusqu'à ses 15 ans a été relayé par l'équipe du CMPI [REDACTED], le temps que Madame accepte et que les RDV s'organisent. Au retard mental s'associe des troubles psychotiques avec des thèmes érotomaniaques et des mécanismes persécutifs. Sa scolarisation à l'E.R.E.A de [REDACTED] est souvent entrecoupée par des hospitalisations en urgence ont eu lieu face à des accès d'excitation. Les parents de Jacqueline sont peu mobilisables et lors de l'annonce de l'orientation de la jeune vers un IMPRO (effective en 1998), la maman décompense sur un mode psychotique, paranoïaque.

En 2001, Jacqueline est désormais âgée de 19 ans et je reprends contact avec elle à la faveur d'une hospitalisation à la Clinique [REDACTED]. Cette prise en charge demandée par le médecin de l'IME [REDACTED]. Elle y est inscrite depuis quelques années et l'équipe est confrontée à des troubles du comportement avec passage à l'acte. Le contexte est dramatique puisque son père est accusé d'inceste et les investigations judiciaires l'emmèneront en prison. Jacqueline a progressé dans différents domaines comme celui de la vie relationnelle et de l'intégration à un groupe. Elle a su aussi accéder à un mode de fonctionnement autonome et cela malgré l'évidence du handicap et d'un mode toujours explosif lors de frustration.

Le suivi ambulatoire mensuel est toujours honoré et Jacqueline a plaisir à venir. Elle fréquentera l'IME de [REDACTED] jusqu'en 2005 sur décision de la C.D.E.S puisqu'elle ne relevait plus d'une prise en charge éducative et face à ses absences, son comportement. Le lourd passif familial, a conduit sa mère à s'installer avec Jacqueline à [REDACTED] dont elles sont originaires. Malgré la distance, le parcours médical de Jacqueline sera émaillé d'hospitalisations ponctuelles en

clinique à la faveur de son agitation épuisante pour toutes les 2 qui vivent en huit-clos symbiotique. Jacqueline a des réactions caractérielles, des TOCs et s'automutile. Elle bénéficie de traitements neuroleptiques. Une nouvelle fois, parvenue à l'âge adulte des propositions localement lui ont été faite pour qu'elle bénéficie d'une prise en charge institutionnelle. Cela s'est avéré particulièrement problématique. L'essentiel du soutien matériel et moral de Jacqueline est assuré par sa mère sous le contrôle de l'UDAF. Intervention qui est acceptée par les 2 protagonistes. Les hospitalisations ponctuelles sont organisées d'un comme un accord pour apaiser donc les tensions, les compulsions et les déambulations incessantes de Jacqueline et face aux échecs d'ouverture sur l'extérieur. A partir de 2012, le cadre institutionnel devient de plus en plus difficile à tenir.

Un an plus tard, en 2013 c'est le drame qui est évité de peu lors de l'incendie de la maison de [REDACTED]. Le couple viendra s'installer dans leur appartement [REDACTED] qui était occupé par le frère aîné. Depuis plus de 3 ans, les hospitalisations se succèdent entre la Clinique et les soins sous contraintes sur [REDACTED]. Jacqueline et sa mère ont une approche sensitive de la vie sociale et c'est quasiment toujours lors d'un conflit de voisinage que les admissions s'organisent pour une mise à l'abri et une réévaluation thérapeutique. Nos capacités sont limitées et la prise en charge naturellement compliquée puisque Jacqueline présente une forte réactivité toute forme d'incompréhension, renforcée par l'assurance qu'elle sera systématiquement soutenue par sa mère , qu'elle informe par téléphone en temps réel. Sa dernière hospitalisation en Clinique date de 2017 pour des menaces suicidaires de défenestration toujours dans le même contexte. La patiente sera transférée en SDT [REDACTED].

Début 2019, Jacqueline est donc hospitalisée sous la contrainte pour la 4ème fois en moins de 2 ans. Dès la crise passée, elle ressort de l'établissement public. Son accueil en Clinique privée devient une perte de chance pour elle eu égard ses difficultés. Un soutien ambulatoire mensuel est maintenu et accepté par le couple mère-fille.

### **Vignette clinique 2 : Thomas, 39 ans**

Bonne scolarité jusqu'en 4è où les résultats commencent à décliner et l'angoisse de l'avenir chaque fois qu'il faut se déterminer en choisissant une orientation scolaire. Thomas emprunte 2 classes de 1è différentes avant le bac qu'il n'obtiendra pas.

Déménagement vers une autre région qui, en même temps qu'il s'agit d'une opportunité professionnelle pour sa mère, peut être un nouveau départ pour lui. Mais, Thomas sèche les cours d'une école privée préparant à un BTS après avoir été refusé par un lycée public où il aurait pu repréparer le bac car il n'accepte pas d'être en internat. Abandon des études.

Thomas se retrouve à la maison et dans le même temps demande à consulter un psychologue. Il y aura plusieurs consultations jusqu'à son départ pour [REDACTED] (une autre région) lorsqu'il décide de rejoindre des « copains » internet, sans travail, ni projet.

Il quitte le domicile parental en novembre 2001, poursuit de manière plus ou moins espacée ses consultations en ville, puis en CMP et occupe des petits boulots. Il reprend des études (DAEU, puis bac pro en 2008), a 2 tentatives de vie de couple. La seconde durera 3 ans jusqu'en 2011. Le dernier emploi occupé pendant 6 mois (CDD) s'est achevé en mars 2012.

C'est en février 2013 que Thomas est dirigé par le psychologue vers un psychiatre du CMP, notamment pour le 1<sup>er</sup> dossier AAH.

En juillet 2014, soit un an après le décès de son père, Thomas est en possession d'un billet de train pour rendre visite à sa mère. Il n'arrivera pas. En l'absence de réponse au téléphone, celle-ci se rend à [REDACTED] où après recherches, elle le retrouve hospitalisé sous contrainte, après une tentative de suicide. C'est la 1<sup>ère</sup> hospitalisation en EPSM.

Sa mère prend conscience de l'existence de la maladie psychique et, dans les commentaires et non-dits, elle perçoit que les soignants ont des avis divergents : pour un psychiatre, pas de traitement nécessaire ; pour un autre, il faut un traitement. C'est à ce moment qu'il reçoit la 1<sup>ère</sup> prescription de médicament psychotrope, à « dose homéopathique » lui dira une infirmière.

A partir de juillet 2014, s'enclenche un vrai suivi avec traitement en CMP avec :

- Psychothérapie
- Psychomotricienne (de 2015 à 2017)
- Médecin psychiatre prescripteur d'un traitement

Pendant 3 ans (juillet 2014 à juillet 2017), s'il est assidu dans les rendez-vous fixés, la lutte est permanente pour ne pas se retrouver dans l'accoutumance médicamenteuse et ne pas subir les effets secondaires décrits dans les notices. « Je ne suis pas malade » dit Thomas, mais il reconnaît certains bienfaits du traitement. Il le suit en pointillé et souvent à dose plus réduite que la prescription. Dans le même temps, il recherche des substituts, ce qui conduit à des addictions, notamment avec l'alcool. Pas d'information, d'accompagnement, de dialogue, pas d'éducation thérapeutique, malgré toute la prise en charge mise en place.

En septembre 2016, désireux d'en sortir et après des semaines d'attente, Thomas est reçu, sur sa demande, au centre d'addictologie de [REDACTED] où il a été dirigé par le CMP. Mais, c'est une infirmière qui le reçoit et qui, après avoir constitué un dossier, lui fixe un nouveau rendez-vous avec un médecin



addictologue un mois plus tard. Déception et nouvelle attente. Le jour dit, le médecin addictologue se limite à une ordonnance. C'est un médicament de plus, ce qu'il refuse. Nouvelle déception. La prescription reste sans suite et personne ne se préoccupe de lui et des suites de ce rendez-vous.

En avril 2017, les rendez-vous CMP s'espacent et le médecin psychiatre invite Thomas à « retrouver de l'autonomie et un travail à son rythme ». Fin d'un parcours de soins, erreur d'appréciation de son état de santé ou bien difficulté pour les praticiens à recevoir un patient souvent alcoolisé ? Thomas est perturbé par le changement de rythme et d'habitude. Il se sent rejeté et s'interroge sur les raisons. Pas d'informations ou insuffisantes, pas d'accompagnement. Les rendez-vous psychiatre ont lieu désormais tous les 2 mois. Après un dernier rendez-vous psychomotricienne en mai 2017, c'est la musicothérapie qui doit prendre le relais à partir de la fin juin. Thomas ne se présentera pas au 1<sup>er</sup> rendez-vous.

Les visites qu'il rend à sa mère qui a emménagé à [REDACTED] depuis qu'elle a cessé son activité professionnelle sont plus espacées, jusqu'au début juillet 2017, où s'inquiétant qu'il ne réponde plus au téléphone, constatant qu'il est absent de chez lui et que son véhicule n'est pas en stationnement devant son domicile, elle se retrouve au Commissariat de [REDACTED] pour déclaration de disparition inquiétante, après avoir vérifié l'absence d'admission auprès de l'hôpital général. C'est par le Commissariat qui vérifie que la mère de Thomas apprend l'hospitalisation en [REDACTED] depuis deux jours. C'est la 2<sup>e</sup> hospitalisation sous contrainte suite à un transfert de [REDACTED]. Comme pour la 1<sup>ère</sup> fois, elle n'en a pas été informée, ce qui aurait évité une démarche inutile au Commissariat, interrogatoire et sans doute un « fichage ».

En plusieurs allers et retours [REDACTED], Thomas a chargé l'essentiel de son petit studio et ses effets personnels dans son véhicule où il va vivre pendant plusieurs jours avant un retrait, par la Gendarmerie, de son permis de conduire et de son véhicule pour alcoolémie. Les gendarmes ne s'aperçoivent de rien en dehors de l'alcoolémie et après verbalisation, il le dépose à la gare alors qu'il a tout perdu et qu'il est sans moyens de paiement. Il passera 3 jours dans la rue avant d'être pris en charge par les pompiers qui le conduisent à l'hôpital de [REDACTED].  
Déni de la maladie, rupture de traitement, délire, voyage pathologique.....

Le rétablissement est long. Jusqu'en décembre 2017, il y aura 2 autres hospitalisations volontaires (1 mois et 1 mois ½). Pendant les séjours, quelle place pour les soins de médecine générale ? Bien qu'examiné par un médecin généraliste du service, Il est laissé sans soins pour des blessures qu'il s'est fait dans la rue, pour des kystes sébacés dont l'opération programmée depuis plusieurs mois en ambulatoire dans une clinique aura lieu durant la dernière hospitalisation, sur le temps d'une sortie autorisée. La chirurgienne ayant du retard sur l'horaire programmé, les infirmiers de [REDACTED] lui reprocheront son retour tardif.

2018 est marquée par des séjours en maison thérapeutique qui se mettent en place entre les deux dernières hospitalisations fin 2017 et surtout, l'acceptation du traitement. Fatigue, effets secondaires... et pas d'accompagnement thérapeutique, sauf rendez-vous périodique avec le psychiatre. La musicothérapie a été bénéfique. Les séances ont pris fin. Un prolongement est réalisé pour quelques semaines avec un atelier et des créations musicales destinées à être présentées en public. Angoisse, appréhension, manque de confiance,.... Et ensuite ?

Les séjours en maison thérapeutique ont pris fin aussi, fin 2018.

Comme pour tout changement d'habitude, c'est l'inquiétude à un moment où Thomas répète de semaine en semaine qu'il ne va pas bien et que le traitement altère ses facultés. Il n'est pas en paix, se plaint de maux de tête..... Sait-il le dire au psychiatre ?

Le diagnostic premier (celui du 1<sup>er</sup> dossier AAH) lui a-t-il été confirmé ? Alors que ces dernières années, il parlait d'angoisses et d'agoraphobie, il se dit aujourd'hui autiste.

Juste intuition ou bien refus d'être confronté à une réalité qu'il n'accepte pas ? Et sait-il en parler au psychiatre ?

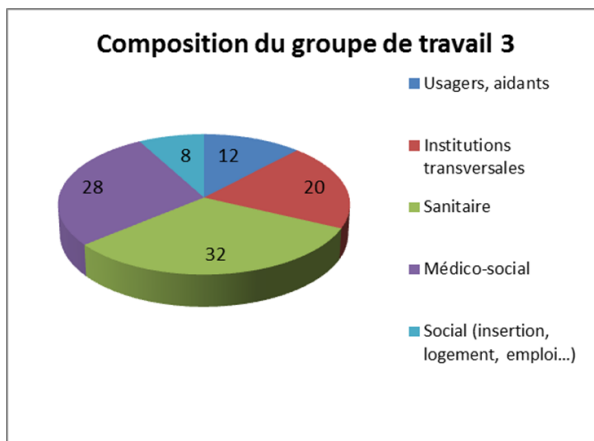
## Groupe de travail n°3 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux - Compte rendu séance 3

### Dates des séances de travail :

- ✓ Vendredi 1<sup>er</sup> mars de 9h30 à 12h30 à Morlaix
- ✓ Lundi 1<sup>er</sup> avril de 9h30 à 12h30 à EPSM Gourmelen - Quimper salle Paul Mondain (bâtiment SEDIAC)
- ✓ Jeudi 25 avril de 9h30 à 12h30 à Châteaulin

Thématiques : Handicap psychique, évaluation et orientation MDPH, patient « stabilisé », vieillissement des personnes, anticipation de la sortie d'hospitalisation ...

### I. Composition et participation au groupe de travail.



#### Séance 1

« Identification des problèmes »

22 participants

#### Séance 2

« Analyse des causes »

20 participants

#### Séance 3

« Pistes d'amélioration »

17 participants

## II. Éléments de définition

### L'accessibilité.

L'accessibilité aux dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux doit être interrogée au prisme de deux dimensions principales :

La **dimension matérielle** est, selon H. Picheral (2001), « surtout fonction du couple distance/temps, donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet effectué ». Outre la disponibilité de l'offre, l'accessibilité est étroitement liée aux conditions matérielles mises en œuvre pour faciliter l'accès à l'offre de soins et d'accompagnement sur un territoire (transports collectifs, accessibilité des locaux, des outils de prise d'informations ...).

La **dimension sociale** interroge quant à elle les freins individuels ou collectifs à bénéficier des dispositifs. L'accessibilité aux soins et accompagnements est en partie fonction des ressources économiques des individus pour faire face aux frais de santé (avance de frais, dépassements d'honoraires) et dépenses associées (frais de transports par exemple). D'autres facteurs sont à prendre en compte tels que les ressources pour accéder et comprendre les informations, effectuer les démarches, l'environnement et le réseau social des personnes. De même, des expériences de soins mal vécues comme des pratiques décourageantes des professionnels sont autant de freins supplémentaires à l'accès aux soins et accompagnements.

Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un enjeu majeur en matière de lutte contre les inégalités de santé et plus largement de participation à la vie de la cité (loi du 11 février 2005).

Source : H. Picheral, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, GEOS, Atelier géographie de la santé, Université Montpellier 3, 2001

### L'accompagnement social et médico-social :

L'accompagnement s'inscrit dans une stratégie d'intervention prenant en compte 3 niveaux qui sont : La personne avec ses capacités et ses limites, son environnement social, ses moyens, ses ressources et l'exercice de la citoyenneté. L'accompagnement est une activité d'aide aux personnes en difficulté ou en situation de handicap, qui concourt à la réalisation du projet de vie. Pour le champ médico-social, l'accompagnement est une fonction majeure qui peut s'accomplir à travers de multiples prestations (à domicile, en établissement...) et qui doit être réalisée en complémentarité avec d'autres grandes fonctions telles que l'évaluation multidimensionnelle des besoins, l'accueil, l'hébergement ou le soin.

L'accompagnement est organisé par la réalisation **d'un projet personnalisé**. Ce projet permet de déterminer les besoins et désirs de chaque personne, dans le respect de celle-ci, des lois et des règles institutionnelles. L'accession à **l'autonomie** reste une priorité pour les équipes permettant aux personnes de se

réaliser et d'être actrices de leur vie. L'accompagnement se décline alors en un large éventail d'interventions : Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, accompagnements médicaux, accompagnement à la vie citoyenne, accompagnement dans la vie socioculturelle.

**Sources :**

Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf)

L'Etablissement Public Social et Médico-social Intercommunal. <http://www.epsoms80.fr/1-epsoms-80/21-accompagnement-medico-social.html>

*Pour aller plus loin :*

Dossier Travail social et psychiatrie, quelle coopération ? dans Lien Social, n°1133 du 23 janvier 2014 (<https://www.lien-social.com/-1133-#ancre-sommaire>)

Psycom. <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Organisation-de-l-accompagnement>

### III. Compte rendu des travaux de la séance 3

<b>3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux</b>	<b>Pilote : Cécile HENNE</b> , pilote M.A.I.A (c.henne@maia-paysdequimperle.fr)	<b>Copilote : Céline AUBRY</b> , CH Morlaix, Directrice Adjointe, Direction de la psychiatrie et des relations usagers (caubry@ch-morlaix.fr)
<b>Problèmes</b>	<b>Analyse Causale</b>	<b>Pistes de travail et calendrier</b>
<b>Axe 1. Un manque de coordination entre acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.</b> <i>La difficulté à identifier les partenaires et à les mobiliser freine la coordination des acteurs et accroît le risque de rupture dans les parcours de vie des usagers.</i>		
<p>- <b>Une difficulté à identifier les acteurs et leurs périmètres de compétences.</b></p> <p>- <b>Repérage des signaux d'alerte :</b></p> <p>Quelle information transmettre ? Quand ?</p> <p>A qui transmettre l'information ? Vers qui orienter ?</p> <p>=&gt; Difficulté à identifier une personne référente.</p> <p><b>Point de vigilance :</b> si le médecin est identifié comme un acteur clé, il</p>	<p><b>Manque de lisibilité de l'offre de services/structures :</b></p> <p>- Absence de listing, de support permettant d'identifier les différents services-structures sur le territoire.</p> <p>=&gt; <b>Défaut de connaissance des modalités de saisie/d'orientation vers les partenaires</b> (ses missions ? ses limites d'action ? ...) et des contraintes des partenaires : qui fait quoi ? comment ? dans quelles limites ?</p> <p><b>Culture différente entre secteurs (approches, langages, pratiques différentes) :</b></p> <p>- Des approches différentes : certains services attendent la demande des personnes, mais difficultés quand celles-ci sont trop vulnérables ou en difficulté pour solliciter les professionnels.</p> <p>- Regard / posture professionnelle / positionnement éthique différents : regard sur les situations/vulnérabilité peuvent diverger.</p> <p>- Difficulté à reconnaître la place de chacun, dont celle de la famille/personne ressource ; avec accord de la personne. = importance d'expliquer et d'apporter des éléments pour permettre la compréhension de la situation et trouver sa place.</p> <p>- Les professionnels ont des attentes vis-à-vis des partenaires = besoin de partager / croiser les regards</p> <p><b>Cloisonnement :</b></p> <p>Absence de transversalité entre les dispositifs et structures</p>	<p><b>Lisibilité de l'offre de service :</b></p> <p>- Création d'un annuaire en ligne, décroisé, remis à jour, inventaire des acteurs, dispositifs.</p> <p>- S'appuyer sur l'outil ROR (en construction : nomenclature partagée sanitaire, sociale, médico-social)</p> <p><a href="https://www.esante-bretagne.fr/projets/services-aux-professionnels/repertoire-operationnel-ressources/">https://www.esante-bretagne.fr/projets/services-aux-professionnels/repertoire-operationnel-ressources/</a></p> <p>- Faciliter l'accès au dispositif de l'accueil familial par une meilleure communication auprès des acteurs + intégration dans le ROR.</p> <p><b>Connaissance des modalités d'orientation vers les partenaires :</b></p> <p>- Développer les coordinateurs de réseaux – MAIA =&gt; facilitateurs</p> <p>- Développer les centres ressources</p> <p>- Créer une application (interrogeable)</p>

<p>existe un risque de rupture s'il ne peut ou ne veut pas tenir ce rôle, si l'utilisateur n'a pas de médecin traitant)</p> <p><b>- Phénomène d'exclusion de certains acteurs</b></p> <p>ex : bailleurs sociaux, aides à domicile, familles.</p> <p><b>- Des freins à la collaboration (freins juridiques et économiques)</b></p> <p>Ex : blocage orientation MDPH.</p>	<p>Sources de financement différentes entre structures (ARS, CD, ...)</p> <p><b>Défaut d'organisation de la continuité du parcours entre professionnels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Passage de relais, ou accompagnement conjoint le temps de passer la main</li> <li>- Temporalités différentes selon les professionnels (ex : éducation nationale, MDPH, ...)</li> <li>- Attentes différentes entre offre Sanitaire et Médico-sociale : ex du « virage ambulatoire »</li> </ul> <p>=&gt; D'où : fermetures de lit, lourdeur de procédure,</p> <p>Ex : difficulté de recours à la réponse sanitaire car défaut de places, difficultés à organiser hospitalisations programmées, ...</p> <p>=&gt; Les délais d'hospitalisation plus courts peuvent poser problème pour organiser la prise en charge médico-sociale qui fait suite.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contraintes budgétaires pour tous les secteurs</li> </ul> <p><b>Des habitudes de travail, de coopération « personne dépendante » : comment pérenniser ?</b></p> <p>Turn-over important : évolution des pratiques en continue = qui peut faire vivre les coopérations ? les conventions ?</p> <p><b>Difficultés à connaître et reconnaître ses propres limites, par rapport à ses missions</b> = glissement/dépassement des tâches/missions/ capacité à répondre aux besoins (écoute par exemple) lié à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ego, manque d'humilité, manque de reconnaissance ressentie par le professionnel</li> <li>• Indisponibilité des partenaires =&gt; qui amène des « usages ».</li> <li>• Méconnaissance de l'offre</li> <li>• Défaut de confiance envers les partenaires, défaut de communication</li> <li>• Représentations, a priori (par rapport aux délais, déception pour certaines réponses, ...</li> </ul>	<p>oralement) pour organiser une concertation (cartographier sur un territoire l'ensemble des acteurs à mobiliser)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter les temps de travail professionnels entre les structures.</li> <li>- Organiser des temps de rencontre des professionnels d'un territoire (visite de structures, services, explication des missions..)</li> </ul> <p><b>Favoriser la coordination des parcours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les Staffs (sur le modèle du sanitaire et des GOS) pluridisciplinaires pour une recherche de solutions plus globales.</li> <li>- Systématiser les entretiens relais d'accompagnement en présence de la personne (expression sur son parcours, ses besoins, attentes, objectifs)</li> <li>- Identifier et articuler les instances de travail sur les parcours complexes : RAPT, PCPE, MAIA</li> <li>- Fluidifier les parcours</li> </ul> <p><b>Pérenniser les collaborations/le travail partenarial :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions régulières de coordination, d'échange.</li> <li>- Stages d'échanges de pratiques. Multiplier les contacts entre équipes.</li> <li>- Déléguer la démarche lorsqu'il y a une connexion opérateur dépendant</li> <li>- Formations des professionnels (y compris</li> </ul>
---	---	--

<p>- <b>Variabilité des réponses selon les territoires.</b></p>	<p><b>Avec pour conséquences :</b> Hyper-investissement des professionnels.</p> <p><b>Vigilance quant à la place de la famille</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parfois les services/professionnels ne veulent pas se positionner/prendre en charge la situation</li> <li>- Absence ou manque d'espaces d'échanges entre professionnels (Analyse, partage d'expériences, ...) et avec personnes et familles.</li> </ul> <p><b>Manque de valorisation des temps de coordination.</b></p> <p><b>Difficultés de mobilité (pour les personnes, familles et/ou partenaires) :</b> principe de « aller vers »</p> <p>⇒ Equipes mobiles pour faire du LIEN</p>	<p>médicaux) au management et au travail en équipe.</p> <p><b>Soutien à la coordination :</b> Temps dédié et valorisé dans les institutions pour le personnel d'encadrement et les professionnels de terrain (infirmiers, ASS, personnels d'admission ...)</p> <p><b>Lever les freins à la mobilité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérenniser les équipes mobiles sanitaires à orientation médico-sociale et développer des équipes mobiles mixtes (sanitaire/médico-social).</li> <li>- Reconnaître et mobiliser les compétences des services d'aide à domicile (aide au déplacement)</li> <li>- Taxis suivant les cas.</li> </ul> <p><b>« Aller vers » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- développer les équipes mobiles dans le secteur sanitaire, idem dans le médico social (aller au domicile notamment en situation de crise)</li> </ul> <p>=&gt; étayage par un coordinateur. Ex : « case manager » : référent, coordinateur, remontée d'informations.</p> <p><a href="https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm#">https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm#</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Case management en santé mentale », <i>revue Santé Mentale</i>, n° 216, Mars 2017</li> <li>-</li> </ul>
---	---	--



**Axe 2. Manque d'interconnaissance et de communication.** *La méconnaissance des acteurs entre eux freine la communication et la transmission d'informations utiles à l'accompagnement des usagers.*

<p>- <b>Problème de communication entre les acteurs.</b></p> <p>- <b>Une difficulté à échanger les informations.</b></p> <p><b>Vigilance identifiée :</b> Préparation des sorties d'hospitalisation : orienter et transmettre les informations aux acteurs sociaux et médico-sociaux</p>	<p><b>Défaut de transmission ou de partage des informations :</b></p> <p>Même si cadre législatif (loi 2016), difficultés de partage d'informations autour d'une situation, surtout en cours d'hospitalisation.</p> <p><b>Difficulté à dégager du temps pour la coordination, la concertation, la rencontre.</b></p> <p><b>Un langage/vocabulaire différent entre secteurs et avec personnes et familles (sigles, ...) + compréhension du message parfois difficile, mésinterprétations (biais : représentations sociales, situations, acteurs en présence ...)</b></p> <p><b>Difficulté à repérer ou absence d'un référent de la situation qui pourrait avoir une connaissance de la globalité du parcours.</b></p> <p><b>Carence de concordance, de cohérence entre les territoires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs sont confrontés à des réponses différentes selon le lieu. ⇒ Importance du projet de territoire, pour amener cette dynamique et respecter des singularités de territoire. S'il n'y a pas de projet de territoire, la réponse est technique, mais pas toujours adaptée dans un ensemble, dans un contexte de vie.</li> <li>- Complexité des découpages, limites parfois de l'organisation des secteurs de psychiatrie sur les territoires frontières.</li> </ul> <p><b>Insuffisance de lieux d'échange et de compréhension entre professionnels et élus :</b></p> <p>se mettre autour d'une table « en proximité » pour aborder les problématiques entre professionnels et élus, et créer cette dynamique « d'échanges et partages » (dépend aujourd'hui de l'initiative des intercommunalités)</p> <p>Communication : connaitre ses limites, disponibilité d'écoute.</p>	<p><b>Faciliter le partage d'informations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une plateforme dédiée aux 16-25 ans portée par le sanitaire et co-construite avec le médico-social (rôle d'évaluation, recherche, coordination de parcours, formation, équipe mobile en ressource).</li> <li>- S'appuyer sur les instances type CSLM, MAIA/PTA pour favoriser l'échange d'expériences, de pratiques.</li> </ul> <p><b>Référents de parcours :</b> Développer les compétences d'un professionnel coordinateur de parcours personnalisés. Ex : « Case manager »</p> <p><b>Cohérence territoriale :</b> S'appuyer sur les instances type CSLM, MAIA/PTA pour favoriser l'échange d'expériences, de pratiques.</p> <p><b>Le partage d'informations à destination des partenaires :</b> Favoriser le partage rapide d'une information actualisée sur les différents dispositifs du territoire.</p>
--	--	---

**Axe 3. Un manque de personnalisation des parcours accentué par un cloisonnement des accompagnements.** *Les acteurs constatent une difficulté à personnaliser et adapter les accompagnements au grès des besoins, envies des usagers et de l'évolution de leurs pathologies.*

<p>- <b>Des freins à la personnalisation des parcours et du projet de vie</b></p> <p>- <b>Une difficulté à accepter la prise de risque</b></p>	<p><b>Un manque de structures intermédiaires entre l'hospitalisation et l'institution :</b>          Quelle réponse apporter, par exemple, aux personnes en attente d'orientation MDPH?          Paradoxe : constat de places vacantes en accompagnements et structures spécialisées selon les territoires (Ex : ESAT, accueils de jour en foyers de vie, accueils familiaux) =&gt; manque de lisibilité sur la disponibilité de l'offre.          Focus sur les accueils familiaux : prise de risque de la personne accueillie, besoin de pédagogie, manque de reconnaissance de la profession, besoin de professionnalisation (formation), manque de communication sur le dispositif.</p> <p><b>Un manque de diversité et de disponibilité de l'offre sur les territoires et inégal accès à l'offre selon les territoires :</b> allongement des listes d'attente, nombre de places limité.</p> <p><b>Un excès de catégorisation des dispositifs : l'appartenance</b> à une catégorie conditionne l'entrée dans les dispositifs.</p> <p><b>Un manque de souplesse dans les parcours.</b></p> <p><b>Des documents d'évaluation à ajuster aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une difficulté à coter l'accompagnement relationnel. Comment mesurer/quantifier l'accompagnement ? Selon quels critères ? Ex : Grille AGGIR, PCH (MDPH) =&gt; Besoin de souplesse et de transversalité.</li> <li>- Une confusion entre besoin et envie des personnes : la définition des besoins permet l'entrée dans les dispositifs mais comment prendre en compte les envies des personnes ? Comment leur permettre de les exprimer ?</li> </ul> <p><b>Un accroissement de la responsabilité des structures.</b></p>	<p><b>Développer les unités spécifiques en EHPAD</b> pour accueillir les personnes âgées avec troubles psychiatriques</p> <p><b>Faciliter l'accès à l'information sur les places disponibles en structures.</b></p> <p><b>Développer les équipes mobiles</b></p> <p><b>Renforcer le rôle des CATT</b> dans les zones éloignées des lieux de soins et d'accompagnement.</p> <p><b>Développer les lieux d'accueil de proximité</b> portés par ex par les mairies ou le conseil départemental (modèle des Centres Locaux d'Information et de Coordination- CLIC)</p> <p><b>Création d'un dispositif souple, transversal, offrant plusieurs modalités de prise en charge en cohérence avec les parcours de vie des usagers.</b></p> <p><b>Assouplir les critères d'attribution.</b> Ex : UVE réservées aux travailleurs d'ESAT</p> <p>⇒ Expérimentation MDPH sur les doubles orientations (ESAT/accueils de jour)</p> <p><b>Aller vers une responsabilité partagée :</b></p>
--	--	--

<p>- <b>Freins à l'élaboration d'un projet professionnel personnalisé</b></p> <p><b>Pistes identifiées :</b></p> <p>- <b>Cloisonnement des ESMS entre eux (cause ?)</b></p>	<p>Ex : personnes « jeunes » accueillies en EHPAD  Dilemme qui concerne tous les établissements : arbitrage entre demande de liberté des personnes, demande de sécurité/protection des familles et prise de responsabilité des établissements.  Or respect de la liberté des usagers = obligation légale mais aussi une exigence thérapeutique, sociale.  Ex des hospitalisations sur demande d'un tiers ou d'un représentant de l'Etat.  Freins, questionnement éthique des élus par exemple, mais aussi des médecins généralistes : crainte d'une hospitalisation arbitraire (crainte liée aussi aux représentations sociales sur la psychiatrie et « l'hôpital psy »</p> <p>Questions posées dans ces situations :</p> <p><b>Qui évalue ?</b>  <b>Qui décide ?</b>  <b>Qui prend la responsabilité ?</b></p> <p>Besoin sur ces situations d'un réseau professionnel pour permettre <b>une co-évaluation, une co-décision et une responsabilité partagée.</b></p> <p><b>Des freins pour accéder à l'emploi.</b>  une offre d'emplois limitée en ESAT, pas toujours adaptée aux compétences/ressources/envies des personnes  un milieu ordinaire peu enclin à s'ouvrir au handicap psychique, aux personnes souffrant de troubles de la santé mentale « on est pas attendus » : nécessité de sensibiliser les entreprises aux troubles psychiques (personnel d'encadrement, collègues de travail) et d'adapter les postes de travail (temps de travail par exemple)  Point de vigilance : Importance d'identifier les limites du « tout inclusif » : respecter les choix des personnes, leurs envies, leurs capacités pour que l'inclusion ne devienne pas excluante (stigmatisation, injonction à s'inscrire dans une norme qui mettrait les personnes en souffrance)</p> <p><b>Manque de structures, dispositifs pour accompagner les personnes dans leur insertion professionnelle (échanges, aides techniques)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilisation des usagers</li> <li>- Co-construction d'un cadre explicité de la prise de risque.</li> <li>- Communiquer sur la réflexion, décision auprès des partenaires (y compris les usagers et proches)</li> </ul> <p><b>Renforcer l'accompagnement à la construction d'un projet professionnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoriser les structures permettant l'évaluation, le « réentrainement » au travail : chantiers d'insertion (les bénéficiaires de l'AHH ne sont pas prioritaires) ateliers d'insertion</li> <li>- développer les stages d'orientation, l'accompagnement au travail, à la prise d'informations et aux démarches vis-à-vis des entreprises.</li> </ul> <p>Ex : Dispositif emploi accompagné à développer et rendre accessible aux demandeurs d'emploi de plus de 30 ans, aux travailleurs d'ESAT avec un projet professionnel en milieu ordinaire.</p> <p>Ex : dispositif « Tremplin » des Genêts d'Or  <a href="https://www.lesgenetsdor.org/dispositif-et-service/tremplin">https://www.lesgenetsdor.org/dispositif-et-service/tremplin</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des services de proximité.  Ex : ouverture d'une session de pré-orientation spécifique sur Morlaix (jusqu'à présent sur Brest ou Quimper)</li> <li>- Sur les modèles des GEM et SAVS proposer</li> </ul>
---	---	--

	<p>Trouver des relais.</p>	<p>des lieux de vie type « club house » où la personne peut s'appuyer sur des pairs pour la question de l'insertion professionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la pair aidance</li> <li>- Renforcer le soutien aux employeurs : mesures incitatives</li> </ul>
<p><b>Axe 4. Des freins à l'accès aux droits des usagers et des aidants. Le défaut de coordination des acteurs, comme la difficulté à personnaliser les réponses d'accompagnement freinent le droit des usagers à affirmer leurs choix de vie. Les acteurs constatent la persistance de freins à l'accessibilité aux dispositifs.</b></p>		
<p><b>- Une difficulté des aidants à exercer leur droit au répit</b></p>	<p><b>Un droit qui existe mais dont l'accès est limité. Nécessité de renforcer et de reconnaître le droit au répit.</b> Droit au répit à définition variable mais qui est la conséquence des carences de places ou de dispositifs d'aide des familles ou des accueillants familiaux. Les nouveaux dispositifs sont déjà saturés (RAPT/PCPE). Le droit au répit est une contribution financière et un soutien à du temps de présence. C'est un choix sociétal qui dévoile une notion de parcours théorique mais peu réelle parfois. Une modification de la législation est nécessaire car les dispositifs et les relais restent rigides. Les complémentaires santé aident peu les personnes concernées par un trouble en santé mentale à recevoir des aides à domicile (versus pour les soins somatiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Répit pour l'utilisateur</u> qui peut bénéficier d'une alternative à son accompagnement (ex des séjours mais qui impliquent des coûts pour les usagers (séjours vacances EPAL, associatif/ Club thérapeutique, voyage solidaire via le CMP de Crozon, associatif)</li> <li>- <u>Répit pour les familles</u> qui peuvent être épuisées du fait de carences ou d'absence de places (délais d'attente) d'accompagnement. Un parent est souvent obligé de quitter son emploi (ou temps partiel) afin de s'occuper de son enfant ou d'un proche =&gt; entraîne des phénomènes de précarité et de rupture des liens sociaux et professionnels, ce malgré l'aide et la présence des associations. L'épuisement et l'apparition d'une crise aigue provoque parfois des hospitalisations inadéquates, faute de relais et de place en attente (orientation MDPH). Les parents ressentent un épuisement, un isolement dans le parcours et</li> </ul>	<p><b>Permettre l'exercice du droit au répit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouverture du dispositif de l'accueil familial aux aidants.</li> <li>- Développer les places en accueil/hébergement temporaire (Personnes âgées mais aussi enfants =&gt; ex : places en centres de loisirs)</li> <li>- Renforcer l'accès à l'aide à domicile (ex : accompagnants éducatifs et sociaux)</li> </ul> <p><b>Formation :</b> Développer la formation clinique des aidants via le cadre associatif par exemple (éducation thérapeutique, psycho-éducation).</p> <p><b>Plateforme d'accueil et de ressources pour informer et accompagner les aidants.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guichet unique</li> <li>- Evaluation globale de la situation.</li> <li>- Accompagnement ajusté et personnalisé des aidants.</li> <li>- Coordination</li> </ul>

<p>- Un défaut d'information à destination des proches aidants</p>	<p>déplorent un manque de soutien des institutions : l'Education Nationale, des ESMS, MDPH, du CDAS. Des solutions proposées sur le soutien éducatif (TISF à domicile) sont culpabilisantes car ne correspondant pas toujours aux besoins de l'enfant et des familles. Certains accompagnements imposent une avance de frais importants pour des familles à moyens financiers réduits (temps partiel, arrêt de l'emploi pour aider). Peu de centres de loisirs acceptent des enfants porteurs de troubles psychiques. L'accueil dépend de la volonté de la commune et aide de la CAF peut varier (certaines communes augmentent l'ouverture de droit et du QF pour ces enfants). Ex : l'accès à l'équithérapie, pas de prise en charge. Les familles doivent donc payer ou assurer le transport.</p> <p>- <u>Répît pour les équipes</u> : les équipes aussi peuvent avoir besoin de répit lorsqu'ils accueillent une personne concernée par des problèmes psychiques/psychiatriques car ces accompagnements sont souvent complexes et énergétivores. L'accompagnement et le partenariat par des équipes spécialisées ne sont pas assez conséquents. Les familles d'accueil doivent également pouvoir bénéficier de répit et de congés mais ils doivent trouver eux-mêmes des solutions (autres famille d'accueil, ESMS, hospitalisation programmée...).</p> <p><b>Il n'existe pas de lieu/plateforme polyvalente/répertoire du territoire/ site Internet national/campagne d'information nationale sur la santé mentale.</b> Les informations sont éparses et relayées par les associations. L'accès à l'information précise est limité et complexe.</p> <p>Les professionnels méconnaissent parfois l'existence de certains dispositifs/ accompagnements/ aides spécifiques. Ils ne peuvent donc pas délivrer totalement des informations à jour.</p> <p>Il existe un équilibre à trouver pour livrer des informations données aux familles de majeurs dans le respect de l'intimité et de la vie privée de l'utilisateur mais également le secret professionnels des différents acteurs.</p> <p>L'information sur les aides (APA, MDPH ...) est complexe et peu lisible, les limites d'âge renforce le cloisonnement des dispositifs. L'accès aux aides dépend fortement du taux de handicap (+ de 80 % = accès aux aides, en dessous, moins facile malgré</p>	<p>- Ressources à destination des aidants et des professionnels.</p> <p>=&gt; Travailler sur la déculpabilisation des aidants pour s'autoriser au répit.</p> <p><b>Identifier les besoins du territoire :</b> Favoriser la mise en place et affirmer le rôle des Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) =&gt; Communautés de communes</p> <p><b>Identifier et soutenir les acteurs soutenant :</b> Associations, maisons de services publics (notamment en zone rurale) Développer les clubs thérapeutiques et la pair-aidance.</p>
--	--	---

<p>- Accès aux droits de populations spécifiques : migrants, détenus, enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance.</p> <p>- Difficultés d'accès à des accueils et accompagnements de proximité et adaptés aux besoins et projets de vie des usagers :</p> <p>=&gt; Inégalités territoriales :</p> <p>=&gt; des freins à la mobilité des personnes</p>	<p>des besoins réels). Une meilleure gradation du handicap est à revoir (grilles d'évaluations non adaptées aux handicaps psychiques)</p> <p><b>L'aide et l'accompagnement aux démarches administratives</b> sont quasi inexistant malgré la complexité et la diversité des dossiers et des institutions à contacter (CDAS /RSA-APA, MDPH, CAF...). La dématérialisation implique la maîtrise et l'accès à des outils numériques, phénomène d'exclusion de personnes déjà en difficultés. L'accès direct aux interlocuteurs est de plus en plus difficile et devrait être maintenu pour les personnes en difficultés. Les documents institutionnels ou administratifs sont peu accessibles, peu faciles à lire et à comprendre.</p> <p><b>Manque de reconnaissance des droits des migrants</b> : Tous les migrants n'accèdent pas aux droits et ne relèvent pas des dispositifs de droit commun. Les solidarités locales sont inégales selon les territoires.</p> <p>Les droits existent mais leur accès est freiné en raison des carences de places et les délais d'attente.</p> <p>Développer <b>l'accueil familial</b> qui est mal connu et mal identifié. Il existe un manque de coordination des services quant à l'accueil familial. L'accès à cet accueil oblige une orientation par la MDPH en Foyer de vie. Les accueils peuvent être séquentiels, à temps plein ou temps complet, dans une ou plusieurs familles. Les familles sont formées à l'accueil. Elles peuvent accueillir au maximum 3 personnes (dont des couples), selon des critères réglementaires. Elles doivent bénéficier de congés.</p> <p>Développer les services/structures/ places d'ambulatoire en psychiatrie (saturation, délais d'attente ++)</p> <p>Faire le lien avec les <b>CLS et les CLSM</b> dans la réponse aux besoins des usagers</p> <p><b>Se questionner sur les besoins réels du territoire.</b></p> <p><b>Le logement social</b> est mal adapté aux personnes porteuses de troubles psychiques : malgré le développement des formations, les bailleurs sociaux sont démunis face</p>	<p><b>Soutenir la réhabilitation psycho-sociale.</b></p> <p><a href="https://centre-ressource-rehabilitation.org">https://centre-ressource-rehabilitation.org</a></p> <p><b>Renforcer la formation des accueillants familiaux.</b></p> <p><b>Permettre le répit des accueillants familiaux en développant l'accueil temporaire.</b></p> <p><b>Affirmer le rôle des CLS et CLSM pour assurer la cohérence des territoires, faire des propositions d'outils (que faire en cas de ? rencontres information, sigles, pédagogie ...).</b></p> <p><b>Appuyer l'activation des contrats locaux de</b></p>
--	--	--

<p>- <b>Phénomènes de non recours ou refus d'accompagnements.</b>  <b>Causes identifiées : déni (non reconnaissance des troubles) ou refus/crainte de la stigmatisation.</b></p>	<p>aux situations complexes et des usagers qui refusent des prises en charge, qui arrêtent leurs traitements. Les bailleurs n'ont souvent pas d'information sur ces locataires qui demandent un accompagnement particulier. L'évolution de certaines pathologies nécessite une adaptation du logement ou un autre type de logement mais le manque d'anticipation et de moyens freinent les propositions. Encore faut-il que le bailleur soit informé, en amont, des situations. Le DALO ne répond pas à tous les besoins des usagers qui présentent des troubles. Un lien avec les professionnels améliorerait le parcours de certains locataires (éducateur de l'ESAT en lien avec le bailleur social par exemple). Les bailleurs ne savent pas qui alerter en cas de troubles, tous les acteurs se renvoient la balle...</p> <p><b>L'éloignement et l'isolement géographique</b> augmentent les phénomènes d'exclusion et limitent l'accès aux soins et accompagnements. Des solutions de <b>co-voiturage solidaires</b> se développent (Ouest-G/ Wemoove/ART avec une dimension économique de retour à l'emploi/ Taxi Cob à 2 euros la course/ EHOP en Cornouaille/ en route pour l'emploi à Brest/ Carte de mobilité et d'inclusion). L'accès aux transports communs dépend des politiques territoriales. Les Genêts d'Or proposent une formation à la conduite pour les travailleurs en ESAT.</p> <p>La prescription de VSL est très encadrée et ne reconnaît pas les accompagnements en réhabilitation psycho-sociale.</p> <p><b>Le refus ou le déni peuvent aggraver les situations des personnes et provoquer des expulsions des logements sociaux</b> car les bailleurs n'ont pas de leviers pour que les locataires se soignent. Les troubles sont souvent évolutifs et se forment progressivement. En cas de crises ou de troubles à l'ordre public, les personnes sont admises en hospitalisation sans consentement. Lors de la sortie, les bailleurs sociaux manquent d'information pour mieux accompagner les locataires.</p> <p>D'une manière générale, <b>le manque d'échanges d'informations entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux</b>, pour le suivi d'hospitalisation, d'accompagnement ou les sorties d'hospitalisation, favorisent l'inobservance voire l'arrêt des soins des personnes présentant des troubles psychiques. Ces situations</p>	<p><b>santé.</b></p> <p><b>Développer des hébergements type pensions de famille, résidences accueil.</b></p> <p><b>Favoriser l'interconnaissance</b> pour créer une confiance préalable à l'échange d'informations.</p> <p><b>Renforcer la communication positive sur la santé mentale :</b>  A destination du grand public  Des professionnels en formation : formations transversales en santé mentale (IFSI, Facs de médecine, travail social ...) Cf modèles canadiens</p>
--	---	--

	<p>peuvent aboutir à du déni ou du refus de soins d'où la nécessité d'une prévention et d'un suivi régulier des ses usagers. Il n'existe pas d'interlocuteur unique qui améliorerait le décloisonnement.</p> <p>« On tourne en rond ». Le seul moyen d'accéder aux soins est parfois le fruit d'une décision judiciaire lorsqu'un médecin du CDAS interpelle le Procureur par exemple). Cette situation pose la question du consentement aux soins puis de l'adhésion aux soins.</p> <p>Les acteurs ont besoin d'un appui technique d'équipe spécialisée lorsqu'ils dépistent les premiers troubles (équipe mobile)</p> <p><b>La reconnaissance du handicap freine l'accès à l'emploi</b>, certains usagers redoutent donc de faire ces démarches. Les bénéficiaires du RSA ne peuvent pas tous retourner dans l'emploi en raison de troubles psychiques invalidants. <b>La stigmatisation freine l'accès aux droits.</b></p> <p><b>L'Education Nationale rencontre des familles dans le déni</b> lors de propositions d'orientation ou d'accompagnements spécifiques. Peu de leviers existent hormis la déclaration de situation préoccupante au Procureur de la République, avec un risque de judiciarisation des situations.</p> <p><b>La stigmatisation de la santé mentale</b> provoque un rejet des personnes concernées, un frein à l'accès aux droits et aux accompagnements. L'acceptation de la différence est encore un challenge d'actualité. De nombreux moyens existent mais il est nécessaire de mieux les utiliser, d'améliorer leur coordination et développer la prévention par des campagnes d'information grand public.</p>	<p><b>Maintien ou création d'équipes mobiles à orientation sociale ou médico-sociale.</b></p> <p><b>Formations communes et partagées entre les secteurs.</b></p> <p><b>Formations à destination du grand public.</b></p>
--	---	--



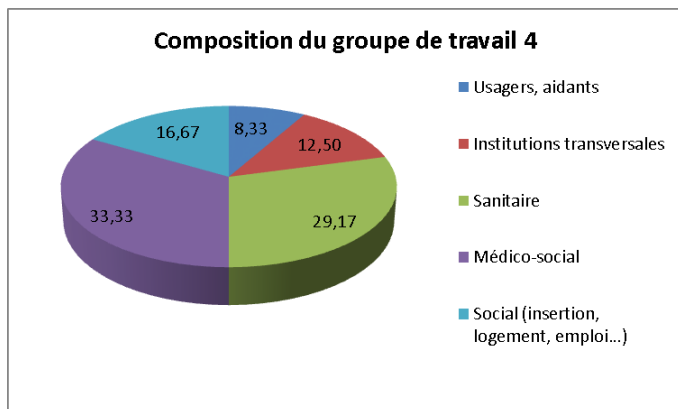
## Groupe de travail n°4 : Accueils et accompagnements inadaptés- Compte rendu séance 3

### Dates des séances de travail :

- ✓ Mardi 26 février de 9h30 à 12h30 à Quimperlé (GHBS Site de Kerglanhard Salle du conseil – 2ième étage, rue de Kerglanhard - 29391 Quimperlé)
- ✓ Jeudi 28 mars de 9h30 à 12h30 aux Collines Bleues à Châteaulin
- ✓ Vendredi 26 avril de 9h30 à 12h30 à la Résidence Saint Michel Plougourvest

Thématiques : hospitalisations longues, patients hospitalo-requérants, réhospitalisations fréquentes, structures d’aval, alternatives à l’hospitalisation, prises en charges et accompagnements inadéquates

### I. Composition et participation au groupe de travail.



Séance 1 « Identification des problèmes »	Séance 2 « Analyse des causes »	Séance 3 des « Pistes d’amélioration »
21 participants	18 participants	16 participants

## II. Éléments de contexte

### Quelques données :

La Cour des Comptes dans un rapport en date de 2011 constate un phénomène de saturation des services d'hospitalisation complète lié pour partie à la durée moyenne d'hospitalisation de l'ordre de 30 jours (soit 6 fois plus qu'en Médecine-Chirurgie-Obstétrique) mais également à des maintiens inadaptés en hospitalisation faute de solutions d'aval (Le rapport retient que 25% des personnes hospitalisées en services psychiatriques sont déclarées « sortantes »)<sup>1</sup>.

Les données recueillies auprès du CH-Morlaix corroborent ces constats généraux. Ainsi, parmi les patients hospitalisés depuis plus de 292 jours (pour la plupart depuis plusieurs années) sur l'établissement, 32 patients sont en attente d'un accueil dans un établissement médico-social ou hospitalier (dont 11 vers des Foyers de vie, 8 en EHPAD et 7 en Unités de Soins de Longue Durée).

1. Cour des Comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010, 2011, p. 29.*

Les situations d'accueils et d'accompagnements inadaptés repérées dans le groupe de travail sont plurielles. Elles se situent notamment dans :

- ⇒ Les hospitalisations longues, répétées, mais également le maintien en hospitalisation des patients en attente d'orientation vers un établissement médico-social ou encore l'hospitalisation des 16-18 ans en psychiatrie adulte sont quelques-unes des situations d'hospitalisation inadaptées repérées par les acteurs. Si la durée de l'hospitalisation n'est pas en elle-même inadaptée au vu des besoins, les usagers et professionnels ont pu insister sur les effets délétères des hospitalisations longues sur le plan social (fragilisation des liens sociaux, précarisation ...) et sanitaire (installation des troubles, refus de soins).
- ⇒ Les accueils et accompagnements médico-sociaux : le manque de disponibilité de l'offre, l'éloignement de certaines structures spécialisées comme le manque de souplesse des dispositifs et des orientations ... freinent l'accès des personnes à des lieux de vie et des accompagnements au plus près de leurs choix de vie et de leurs besoins.
- ⇒ Domicile : les acteurs ont également repéré les limites d'un maintien à domicile « par défaut » et/ou sans étayage social, sanitaire et médico-social adapté. Outre la mise en danger des personnes, de leurs proches, ces situations concourent à une aggravation des situations sociales (ex : risque d'expulsion locative) et sanitaire (non observance, installation des troubles et crises).
- ⇒ Les situations inadaptées résident aussi dans les pratiques des professionnels : les représentations sociales de la santé mentale et plus particulièrement de la maladie psychique (violence, imprévisibilité, danger ...<sup>1</sup>) participent au développement de pratiques qui peuvent nuire à la co-construction d'un projet de soins et d'accompagnement.

De manière générale, les acteurs alertent sur la question éthique et les conséquences de ces accueils et accompagnements inadaptés : risque de perte de chance pour les usagers, freins à l'exercice des droits, perte de confiance vis-à-vis des soins ...

1. Psycom, Stigmatisation en psychiatrie. <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Stigmatisation-en-psychiatrie>

### III. Compte rendu des travaux

<b>4. Accueils et accompagnements inadaptés</b>	<b>Pilote : Raphaël LAGARDE, directeur délégué Hôpital de Quimperlé-GHBS (r.lagarde@ghbs.bzh)</b>	<b>Copilote : Christine BEBIN, Directrice Clinique Kerfriden (c.bebin@orpea.net)</b>
<b>Problèmes</b>	<b>Analyse causale</b>	<b>Pistes de travail et calendrier</b>
<b>Axe 1. Un problème de coordination des acteurs. De manière transversale, les acteurs soulignent une difficulté de coordination qui conduit à l'orientation et le maintien vers des accueils et accompagnements inadaptés.</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un manque d'interconnaissance</li> <li>- Une difficulté à identifier, mobiliser l'ensemble des partenaires concernés.</li> <li>- Une difficulté à communiquer et à transmettre les informations.</li> <li>- Une difficulté à coordonner</li> </ul>	<p><b><u>Manque de temps pour la rencontre et l'échange :</u></b> Pratiques, postures qui font frein à « aller vers », à la rencontre interprofessionnelle/inter-institutionnelle.</p> <p><b><u>Perte de lisibilité (« qu'est-ce que l'on coordonne ? ») :</u></b> ⇒ <b>Une multiplication des dispositifs de coordination et une spécialisation des acteurs :</b></p> <p><b><u>Limites des dispositifs de coordination :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas toujours d'accès à l'offre (délais de réponse/engorgement, éloignement des services)</li> <li>- impasses : plus de solutions (piste : l'anticipation peut éviter les impasses)</li> <li>- demandes/saisies inadaptées vis-à-vis des instances de coordination : comment accompagner les professionnels dans leur demande de prise de relais ?</li> <li>- des instances de coordination existent pour la gestion de cas de complexes mais elles manquent pour les situations intermédiaires pour éviter leur complexification.</li> </ul> <p><b><u>Une perte d'informations au détriment du patient :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ex : retour à domicile. Piste : s'inspirer des démarches existantes dans le somatique de type PRADO (Programme de Retour A Domicile)</li> <li>- Quel cadre au partage d'informations ? Quelles informations transmises ? A qui (est-ce que l'interlocuteur est légitime à diffuser</li> </ul>	<p><b>Dispositifs de coordination élargis sur le modèle des PTA/MAIA à l'échelle des bassins de vie.</b></p> <p><b>Favoriser la rencontre entre les acteurs du territoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de formations pluri-professionnelles dédiées à la connaissance de l'environnement.</li> <li>- Développer les Groupes Opérationnels de Synthèse</li> <li>- Favoriser les temps d'analyse de pratique partagés entre acteurs de suivi.</li> <li>- Renforcer les CMP de proximité dans leur rôle de mise en liens des acteurs.</li> </ul> <p><b>Améliorer la lisibilité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Annuaire décloisonné de l'offre existante (ex : sous forme de carte heuristique), précisant les missions, ressources, disponibilités, publics)</li> </ul> <p>Ex : Répertoire opérationnel des ressources. Ex : ORIS <a href="https://www.esante-bretagne.fr/services/services-aux-professionnels/oris-orientation-patients/">https://www.esante-bretagne.fr/services/services-aux-professionnels/oris-orientation-patients/</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- améliorer la cohérence des découpages territoriaux.</li> </ul>

<p><b>les acteurs autour de situations complexes</b></p> <p>- <b>Des difficultés dans les passages de relais :</b></p> <p>=&gt; <b>Transitions entre dispositifs,</b></p> <p>=&gt; <b>Agés charnières,</b></p> <p>=&gt; <b>Mobilité territoriale.</b></p>	<p>l'information)? Exigence : respect du secret médical, droit des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de transmission d'informations notamment vers les travailleurs sociaux et acteurs partenaires (Bailleurs sociaux, aides à domicile etc)</li> <li>- Constat que le partage d'information favorise l'anticipation.</li> <li>- Importance d'assurer le lien entre partenaires notamment pour l'accompagnement/soins des personnes vulnérables.</li> <li>- Un manque de référents en ville qui assurent la qualité de la transmission d'informations entre la ville et l'hôpital.</li> <li>- Pas toujours de retours faits aux donneurs d'alerte =&gt; isolement des acteurs (bailleurs sociaux, élus) =&gt; comment accompagner ?</li> </ul> <p><b><u>Un manque de retour d'expériences sur les orientations =&gt; évaluations a posteriori.</u></b></p> <p><b><u>Des procédures et temporalités différentes selon les acteurs :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les acteurs sont limités par leurs périmètres de compétence et leur territoire d'intervention.</li> <li>- Coexistence de différents circuits de décision</li> <li>- Circuit de décision institutionnel, inter-institutionnel.</li> </ul> <p><b><u>Cloisonnement du sanitaire et du médico-social :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des projets thérapeutiques et des projets de vie/accompagnements distincts.</li> </ul> <p><b><u>Comment pérenniser « le travailler ensemble » ?</u></b></p> <p>Ex : prises de relais des CMP mais sont répartis inégalement sur les territoires, incarnent différemment leurs missions selon les territoires.</p> <p>Ex : prises de relais par les médecins traitants, les infirmiers libéraux.</p>	<p><b>Améliorer la transmission des informations sur les patients :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser la transmission des dossiers médicaux entre les territoires</li> <li>- Réaffirmer le rôle des CMP dans leurs missions de relais entre les professionnels de suivi</li> </ul> <p><b>Besoin d'évaluation des dotations territoriales et des pratiques : quels moyens sur les territoires ?</b></p> <p><b>Vigilance : selon quels critères ?</b></p> <p><b>Développer l'implantation du dispositif « chez soi d'abord » et élargir les publics bénéficiaires.</b></p> <p><b>Décloisonner :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les formations communes</li> <li>- Contractualiser les engagements via des projets d'accompagnement partagés.</li> <li>- N° d'appel identifié dans les structures sanitaires au bénéfice des partenaires du social et médico-social, notamment pour les situations d'urgence</li> <li>- Numéro unique pour que les médecins généralistes accèdent à un psychiatre de garde, à un infirmier de l'établissement de secteur.</li> </ul> <p><b>Pérenniser le travail en réseau/partenarial :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conventionner les partenariats (ex : EPSM/CMP et acteurs sociaux et médico-sociaux du secteur.</li> <li>- programmation de rencontres entre établissements.</li> <li>- organiser des temps d'échanges réguliers entre</li> </ul>
---	---	---

		acteurs sur les projets d'accompagnement en commun (ex : échanges trimestriels par tel ou physique)
<b>Axe 2. Des freins à l'accès à un accueil et accompagnement adaptés aux besoins et au projet de vie des usagers. <i>Les difficultés d'orientation des usagers associées au manque de disponibilité d'offres d'accueil et d'accompagnement induisent des situations inadaptées.</i></b>		
<p>- Un problème d'orientation.</p> <p>- L'organisation et la disponibilité de l'offre d'accueil et d'accompagnement</p> <p>- Un manque d'accueils et d'accompagnements à destination de publics aux besoins spécifiques.</p> <p><u>Problématique spécifique identifiée :</u></p> <p>- la durée des hospitalisations des jeunes patients.</p>	<p><u>Méconnaissance, Complexification de l'offre de soins, d'accompagnement, de coordination.</u></p> <p><u>Un manque de lieux de vie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de structures/hébergements adaptés, de lieux intermédiaires entre l'hospitalisation et l'institution, tournés vers la cité/inclusifs (travail nécessaire avec la cité)</li> <li>Ex : pour les jeunes entre 16 et 18 ans, besoins de « petites » structures</li> <li>Ex : pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes avec troubles de la santé mentale, personnes avec troubles neuro-dégénératifs (ex : personnes souffrant de syndromes de Korsakoff en EHPAD).</li> </ul> <p><u>Sanitarisation des structures médico-sociales :</u></p> <p>Ex : FAM : déséquilibre entre équipe soignante et éducative.</p> <p>Chronicisation de la prise en charge dans le médico-social faute de place d'aval, d'un accompagnement social en amont.</p> <p><u>Un manque de lieux de répit :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour la personne, les équipes de soins, d'accompagnements, les proches aidants.</li> <li>Piste : faciliter les hospitalisations programmées (rendues difficiles du fait d'un manque de places)</li> <li>- Un manque de moyens humains et financiers ou un besoin de redéploiement des moyens (coût des hospitalisations inadaptées)</li> </ul>	<p><b>Adapter le financement des acteurs de la psychiatrie, du médico-social, du libéral pour valoriser la complexité et l'anticipation.</b></p> <p><b>Renforcer l'accès à des lieux de vie adaptés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter les transitions entre établissements, dispositifs pour plus de souplesse dans les parcours (orientations multiples type ESAT avec Accueil de jour/FAM)</li> <li>- développer l'accueil séquentiel (hospi, ESMS)</li> <li>- ouvrir des places supplémentaires dans les structures en tension (FAM-FDV, MAS, IME ..)</li> <li>- développer les résidences accueils.</li> <li>- créer des places en unités spécialisées en sein des ESMS avec un étayage partenarial spécifique.</li> <li>- besoin de structures dédiées au public des 16-25 ans (avec accompagnement social, sanitaire et médico-social)</li> </ul> <p><b>Réduire les temps d'hospitalisation des jeunes patients en permettant les hospitalisations séquentielles</b> (définir des durées d'hospitalisation à l'avance et reproductibles si besoin) =&gt; suppose pour les acteurs de travailler ensemble à une</p>

	<p><b><u>L'engagement des acteurs : les solutions identifiées via les instances de coordination mises à mal par la non tenue des engagements des acteurs.</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de moyens des acteurs pour tenir leurs engagements.</li> <li>- Engagement « personne-dépendante » : comment pérenniser les engagements au départ des personnes ?</li> </ul> <p>Piste : contractualisation des engagements des acteurs sur les solutions proposées, conventionnement autour d'un projet de soins/d'accompagnement partagé.</p>	<p>cohérence entre le projet de vie et de soins.</p> <p><b>Développer des équipes mobiles formées aux psychotraumatismes pour aller vers les migrants.</b></p> <p><b>Renforcer l'offre en ambulatoire.</b></p> <p><b>Développer les dispositifs type AGIR (accompagnement global individualisé renforcé) =&gt; CHRS le Jarlot de Morlaix (Fondation Massé Trevidy)</b></p> <p><b>Favoriser l'accessibilité des usagers</b> via des solutions de déplacement et le déploiement d'une offre de proximité.</p> <p><b>Favoriser le répit des professionnels en organisant des espaces d'échange.</b></p> <p><b>Favoriser la tenue des engagements des acteurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- développer les projets d'accompagnement partagés (entre sanitaire, social et médico-social)</li> <li>- « entretenir les liens » via des rencontres, projets communs, transversaux dans le cadre des conventionnements</li> </ul>
<p><b>Axe 3. Un problème d'anticipation. Le défaut de repérage et d'accompagnement des troubles de la santé mentale conduit à des orientations en urgence qui favorisent les accueils et accompagnements inadaptés.</b></p>		
<p><b>Un défaut de repérage des troubles de la santé mentale : Qui repère ? Comment ? À qui</b></p>	<p><b><u>Repérage : qui repère ? Comment on traite les informations ? Qui les traite ?</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rôle des CMP identifié mais vigilance sur le risque de sanitarisation.</li> </ul>	<p><b>Mieux repérer et transmettre les signaux d'alerte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'« aller vers » en favorisant le déplacement au domicile des professionnels : CMP, IDE et travailleur social en charge du suivi</li> </ul>

<p><b>transmettre ?</b></p> <p><b>Sentiment d'isolement de certains partenaires : qui alerter ? quels appuis ?</b></p> <p><b>Une difficulté d'accès à l'information de 1<sup>er</sup> niveau</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au-delà du repérage, quelle réponse apporter ?</li> <li>- Personnes « hors radars » : Qui repère ? comment repérer ?</li> </ul> <p>Vigilance : limites à la surveillance ?</p> <p><b>Isolement des partenaires lanceurs d'alerte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance des acteurs entre eux : A qui transmettre ?</li> <li>- Absence de réponse, d'appui des partenaires.</li> </ul> <p><b><u>Refus de soins : Comment travaille-t-on avec la personne ?</u></b></p> <p>Comment permet-on l'expression d'un mal être ? Comment la faire participer ? comment anticiper avec elle ? Comment co-construire l'adhésion aux soins ? aux accompagnements ?</p> <p><b><u>Une culture de la prévention peu ancrée en France :</u></b></p> <p>Inversion de la tendance ? =&gt; efforts de prévention et de formation.</p>	<p>de la personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcer l'évaluation des personnes dans la co-construction du projet de vie.</li> </ul> <p><b>Mieux travailler avec les personnes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser « l'aller vers » via des équipes mixtes sanitaires et médico sociales.</li> <li>- Favoriser l'expression de directives anticipées co-construites avec la personne et envisageant par exemple la rechute, la crise, l'usage de la contention, les traitements ...</li> <li>- Mettre en place des groupes ETP afin de rendre acteur les patients.</li> </ul> <p><b>Renforcer la prévention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les interventions d'équipes mobiles spécialisées psychiatrie dans les structures sociales et médico-sociales.</li> <li>- Décloisonner les réponses et approches des troubles de la santé mentale.</li> <li>- Formaliser une méthode partagée autour du droit/devoir d'alerte sur les situations individuelles repérées.</li> <li>- Développer la pair-aidance : Les GEM sont des lieux de compensation dans les ruptures de parcours et dans le domaine de la prévention =&gt; recherche de solutions concrètes.</li> <li>- développer les CLSM sur l'ensemble du territoire tout en veillant à la cohérence et l'articulation entre les différentes instances et projets de territoire.</li> </ul>
--	---	--

**Axe 4. Les représentations sociales de la santé mentale. Les acteurs repèrent un problème transversal de stigmatisation des personnes souffrant de troubles de la santé mentale qui peut conduire à des accueils et accompagnements inadaptés.**

<p>L'étiquetage « malade psy » peut faire obstacle à l'entrée et au maintien dans les accompagnements.</p> <p>- Représentations sociales des soignants à l'égard des patients. ⇒ défaut d'individualisation des accompagnements/soins.</p> <p>- Non recours aux soins</p> <p>- Refus de soins</p>	<p><b><u>Méconnaissance du tout un chacun des troubles de la santé mentale :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance qui produit/entretient un imaginaire collectif, une peur des troubles de la santé mentale, de la « folie ».</li> </ul> <p>Piste : prévention, sensibilisation, communication.</p> <p><b>Une carence de formation spécifique des professionnels soignants.</b></p> <p><b>Manque d'une communauté pluridisciplinaire sur les questions éthiques.</b></p> <p><b><u>Culture de la catégorisation :</u></b></p> <p>Catégorie = porte d'entrée dans les dispositifs Or catégorisation = étiquetage social lourd à porter et durable selon les diagnostics (ex : schizophrénie)</p> <p><b><u>Difficulté à penser le droit à l'oubli.</u></b></p> <p><b><u>Difficulté à penser, organiser le droit au risque :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilemme qui concerne tous les établissements : arbitrage entre demande de liberté des personnes, demande de sécurité/protection des familles et prise de responsabilité des établissements.</li> <li>- Comment organiser le droit au risque lors de l'interaction de plusieurs institutions autour d'une même personne ?</li> <li>- « La personne est sujet et non objet » : droit de vivre selon ses choix de vie même si « hors normes ».</li> </ul> <p><b><u>Déficit de solutions inclusives/ouverture de la cité à l'inclusion :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'institutions dans la cité (besoins croissants liés par ex au vieillissement de la population.</li> <li>- Manque d'ouverture/mobilisation de la cité : entreprises, écoles, vie sociale et culturelle etc.</li> </ul>	<p><b>Renforcer la formation dans le champ de la santé mentale à destination :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>des travailleurs sociaux, personnels éducatifs</b> Ex : financements ARS pour des formations sur la réhabilitation psychosociale, l'éducation thérapeutique.</li> <li>- <b>des citoyens en général :</b> Ex : formation aux premiers secours en santé mentale, savoir réagir face à une personne en situation de crise etc.</li> <li>- <b>des soignants en secteur « somatique » notamment sur la posture professionnelle et l'éthique.</b> =&gt; intérêt souligné de formations transversales, pluri-professionnelles.</li> </ul> <p><b>Développer les commissions d'éthique dans les établissements.</b></p> <p><b>Créer un comité éthique et de retour d'expériences sur chaque bassin de vie.</b></p> <p><b>Communiquer de manière positive sur la maladie psychique, démystifier en valorisant la parole, vécu des personnes concernées</b> (ex : la médiatisation positive de personnes en situation de handicap physique telles que Philippe Croizon peut contribuer à « changer de regard »)</p> <p><b>Renforcer la sensibilisation des publics jeunes :</b> Ex : en renforçant les partenariats entre les écoles et les institutions de soins, le médico-social.</p>
---	--	--



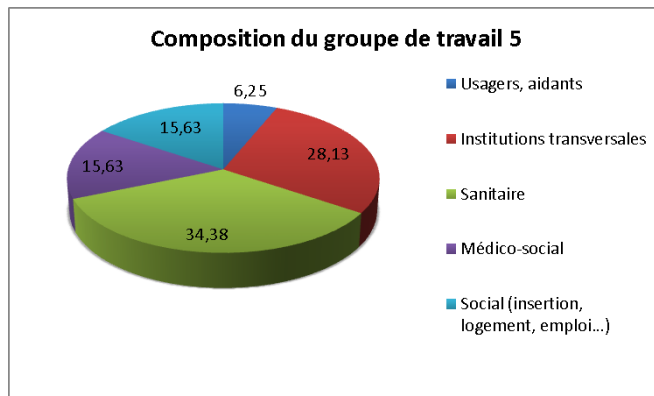
## Groupe de travail n°5 : Anticipation et gestion des situations de crise - Compte rendu séance 3

Dates des séances de travail : CH de Landerneau

- ✓ Mardi 5 février de 9h30 à 12h00 (salle de direction, à coté des services de psychiatrie)
- ✓ Mardi 5 mars de 9h30 à 12h00
- ✓ Mardi 2 avril de 9h30 à 12h00

Thématiques : Décompensation, hospitalisation en urgence, organisation de l'accueil, parcours de soins, continuité des soins.

### I. Composition et participation au groupe de travail.



Séance 1 « Identification des problèmes »	Séance 2 « Analyse des causes »	Séance 3 des « Pistes d'amélioration »
23 participants	22 participants	22 participants

## II. Éléments de définition

### La notion de crise :

Du Grec « *Krisis* » qui signifie : « *décision, jugement, discernement* », la crise renvoie à l'idée d'un moment clé où les choses doivent se décider. Ainsi pour les Grecs la « *Krisis* » met fin à la « *Krasis* » : la confusion.

Selon G. Caplan [1964], la crise est une « *période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un évènement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème* ». Autrement dit, la situation de crise se définit comme une rupture d'équilibre liée à la survenue d'un changement externe (difficultés sociales, économiques) ou interne (deuil, naissance, perte d'emploi etc.).

### L'urgence en psychiatrie :

L'urgence en psychiatrie est définie comme « *une demande dont la réponse ne peut être différée (...). Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique* » (circulaire du 30 juillet 1992).

Comme le précise le Psychom, l'urgence psychiatrique est liée :

- au patient lui-même
- à la notion de danger pour le patient et son entourage
- au ressenti de l'entourage, du voisinage ou de la famille qui estime nécessaire une intervention médicale immédiate, sans attendre une consultation programmée.

<http://www.psycom.org/Urgences-psychiatriques>

Au sein des situations d'urgence psychiatrique, il est possible de distinguer [Walter, Genest ; 2006] :

**La psychiatrie en urgence**, qui représente 30% des situations, résulte de décompensations de pathologies psychiatriques (psychoses, troubles bipolaires, troubles de la personnalité). Elles débouchent le plus souvent sur une hospitalisation. L'enjeu des soins est ici « *de maintenir ou rétablir le processus thérapeutique* » (p. 568).

**Les urgences psychiatriques ou situations de crise** (70% des appels) peuvent se définir comme « *un débordement d'apparence psychiatrique lié à un dysfonctionnement du contexte de vie d'un patient* » (p. 567). Face à un changement ou déséquilibre intervenant dans leur vie et environnement, les personnes peuvent se retrouver en difficulté pour s'y adapter. L'incapacité à résoudre la crise peut entraîner l'apparition d'un symptôme somatique ou psychique, potentiellement insupportable pour la personne ou son entourage au point d'exprimer une demande « *urgente et pressante* » d'intervention. Autrement dit, « *l'urgence psychiatrique n'est pas tant une aggravation de la pathologie qu'un dépassement du seuil de tolérance du sujet face à son trouble ou du seuil de tolérance de l'entourage* » [p. 566].

Une situation d'urgence psychiatrique peut aboutir à une hospitalisation. Celle-ci peut parfois être décidée sans le consentement de la personne, si son état de santé nécessite des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier, mais l'empêche de consentir.

Source : Psycom, Urgences en psychiatrie (<http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Urgences-en-psychiatrie>)

**Pour aller plus loin :**

- Walter Michel, Genest Philippe, « Réalités des urgences en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2006/7 (Volume 82), p. 565-570.  
<http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Organisation-des-urgences-psy>
- HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale, Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Février 2017
- HAS, Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses, décembre 2016
- HAS, Les espaces de calme-retrait et d'apaisement, janvier 2017.
- Circulaire du 30 juillet 1992 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000668756&categorieLien=id>
- Loi du 5 juillet 2011 : <https://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-5-juillet-2011-relative-aux-droits-protection-personnes-faisant-objet-soins-psychiatriques-aux-modalites-leur-prise-charge.html>

### III. Compte rendu des travaux

- **Vignette clinique / histoire de vie adulte :**

**Situation 1 :** Homme âgé de 88 ans, installé depuis 3 ans en Bretagne. Antécédents de violences conjugales. Problème d'alcool-dépendance identifié. Hospitalisé en Service gériatrique. Il a développé des troubles cognitifs liés à l'âge. Fait état d'accès de violences verbales et physiques à l'encontre du personnel. En situations de crise, prise en charge par les urgences psychiatriques. Pour répondre aux comportements violents vis-à-vis du personnel, recours à la sédation qui participe à la dégradation de son état de santé (risque accru de « fausse-route »)

**Situation 2 :** Intervention de la gendarmerie à la demande d'un proche pour répondre à une situation de crise. Demande du proche motivée par un besoin de sécurisation de la personne en crise, une crainte quant à leur propre sécurité. A leur arrivée, les forces de l'ordre constatent que la personne est « calme » ou que la situation ne répond pas aux critères d'urgence, de péril imminent.

- **Vignette clinique/ histoire de vie enfant :**

**Situation 1 :** Jeunes scolarisés qui, au sein de l'établissement, ont un comportement violent vis-à-vis d'eux-mêmes ou des autres. Pour répondre à la situation et prendre en charge les jeunes, les chefs d'établissement font appel au SDIS qui se retrouve seul intervenant sur le terrain. Profils à risque identifiés : jeunes en décrochage scolaire, victimes de harcèlement ou harceleurs, problématiques sociales et familiales.

**Situation 2 :** Enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance qui expriment une souffrance psychique aux travers de troubles du comportement. Accumulent au cours de leur parcours des ruptures d'accompagnement ; placements successifs, retours dans la famille d'origine, sorties de dispositifs ; des ruptures scolaires (changements d'établissement, décrochages).

<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
<b>Axe 1. Une difficulté à anticiper les situations de crise.</b> <i>Les acteurs s'accordent sur les difficultés inhérentes à des situations de crise tant en cas de crise inaugurale, évoluant souvent longtemps sur un mode larvé, ou bien survenue au détour d'un suivi. Ils identifient les difficultés, en partie propre à la pathologie ou en lien avec la grande complexité des situations, à accéder précocement à des soins psychiques ainsi qu'à investir des soins au long cours.</i>		
<p><b>Un problème d'identification des lieux et acteurs de prévention.</b></p> <p>=&gt; Aux premiers signes d'un mal-être, qui alerter ?</p> <p><b>Un défaut d'orientation vers les acteurs adaptés.</b></p> <p>Ex: le manque/la mise à mal de l'anticipation dans la prise en charge peut entraîner une aggravation de l'état clinique et peut conduire à des hospitalisations sous contraintes).</p>	<p><b>Enjeu : éviter que la situation de crise ne devienne l'unique porte d'entrée</b></p> <p><b>Repérage précoce des signaux d'alerte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Quelle disponibilité des acteurs pour répondre aux signaux d'alerte ?</b> Piste : Conventions entre établissements médico-sociaux et hospitaliers : « permet de diminuer par 10 le nombre d'hospitalisations ».</li> <li>- <b>Défaut de personnalisation de la réponse.</b></li> <li>- <b>Non demande, refus de soins :</b> Ex : éducation nationale : les parents sont associés au projet mais que se passe-t-il s'ils ne se saisissent pas des propositions ? Les publics invisibles : « qui passent sous les radars » Ex : décrocheurs silencieux =&gt; importance de repérer les symptômes de malaise. La crainte de la stigmatisation peut expliquer le refus et le non recours. Une fois les signes d'alerte repérés, quel mandat d'action des intervenants ? Est-ce que la personne veut ou pas être soignée ? Recherche de l'adhésion nécessaire. Directives anticipées : réduisent le risque de survenue de la crise.</li> </ul> <p><b>Complexification/manque de lisibilité :</b></p> <p>Création d'Instances dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016 : Conseil Local de Santé mentale, Conseil territorial de santé + Commission spécialisée en Santé Mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment impliquer les acteurs du territoire ? ⇒ <b>Obstacle pour certains acteurs : l'absence de reconnaissance</b></li> </ul>	<p><b>Anticipation, Repérage des signaux d'alerte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Améliorer le repérage des signaux d'alerte et la transmission des informations.</b> Ex : Cellule de veille de la commission logement du CLSM du pays de Brest.</li> </ul> <p><b>Complexification/manque de lisibilité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Améliorer l'accès à l'information :</b> Ex : Guide « Repère dans la cité » <a href="http://www.reperes-brest.net/">http://www.reperes-brest.net/</a> Ex : Répertoire Opérationnel des Ressources ARS (Sanitaire) <a href="http://services.telesantebretagne.org">services.telesantebretagne.org</a> ⇒ Croisement des outils/annuaires ⇒ Besoin que les outils soient visibles et connus pour être mobilisés en situation de crise</li> </ul> <p><b>Manque de coordination :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conforter le rôle des CLSM</b></li> <li>• <b>Affirmer le rôle du médecin généraliste.</b></li> </ul>

<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
	<p align="center"><b>financière des temps de participation aux instances.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment améliorer la communication/échanges entre les instances ?</li> <li>- Comment améliorer la visibilité des travaux/échanges au sein des instances vers les acteurs du territoire (professionnels et usagers).</li> </ul> <p><b>Manque de coordination :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les médecins traitants sont identifiés comme des référents mais comment les identifier en situation de crise? Comment échanger les informations ?</li> </ul> <p>Limites : certaines zones très dépourvues en médecins généralistes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à recueillir les informations sur les patients.</li> <li>- Difficulté à organiser le parcours de soins.</li> </ul> <p><b>Importance d'une filière psychiatrique sur le territoire :</b> identification des acteurs, répartition/coordination, retours d'expériences.</p> <p>=&gt; Intérêt souligné de la constitution d'une filière gériatrique : facilite les prises en charge adaptées</p> <p>Ex : les hospitalisations de jour permettent une prise en charge spécifique, thérapeutique.</p> <p>Ex : En situation de crise : les réorientations sont possibles si les personnes entrent dans la boucle plus tôt.</p> <p><b>Le travail d'équipe sur un territoire facilite les prises en charge précoces, l'anticipation, l'évaluation.</b></p> <p>Or manque de temps, de financements, manque d'interconnaissance, méconnaissance des fonctionnements, des limites/contraintes de chacun sur les situations, méconnaissance du cercle de soins autour de la personne. Des fonctionnements institutionnels différents selon les territoires et selon</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser le développement du Dossier Médical Partagé.</li> <li>• Poursuivre l'organisation de la filière gériatrique.</li> <li>• Favoriser, encourager la déclaration de directives anticipées.</li> </ul> <p>Des études établissent une corrélation entre déclaration de directives anticipées et la durée d'hospitalisation à la baisse.</p> <p><b>Pour aller plus loin :</b></p> <p><a href="https://centre-ressource-rehabilitation.org/recherche-lancement-d-une-etude-sur-les-directives-anticipees-incitatives-en?debut_articles_rubrique=%40171">https://centre-ressource-rehabilitation.org/recherche-lancement-d-une-etude-sur-les-directives-anticipees-incitatives-en?debut_articles_rubrique=%40171</a>,</p> <p>« Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives », L'Encéphale, n°39, 2013, p.244-251.</p> <p><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700613000067">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700613000067</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affirmer et consolider la place et rôle des CMP.</li> <li>• Affirmer le rôle du médecin généraliste.</li> <li>• Plateforme numérique d'orientation à destination des professionnels avec</li> </ul>

<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
<p><b>Un problème de délais d'attente.</b></p> <p>=&gt; constat des acteurs que la non réponse ou une réponse différée aux souffrances psychiques risque d'accroître la survenue de crises et l'installation de leur chronicité</p> <p><b>. Une difficulté à identifier les situations complexes, limites qui appellent une réponse plurielle (sociale, psy, somatique)</b></p> <p>=&gt; Publics à la « frontière » du somatique, psychique, social : difficultés des professionnels à se positionner parfois.</p> <p>=&gt; risque de surmédicalisation et désinvestissement des autres acteurs : la réponse médicale est-elle toujours le plus adaptée</p>	<p>les acteurs Ex : bailleurs sociaux. Ex : CMPP : façons de travailler différentes selon les centres (réseaux, collaborations) La question de la coordination n'est pas toujours pensée, financée.</p> <p><b><u>Engorgement des dispositifs :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embolisation des services d'urgence par accueils d'adultes souffrant de déficits cognitifs (anticipation nécessaire, orientation).</li> <li>- Manque de structures adaptées d'hébergement pour les situations « frontières » Ex : Unités Cognitivo-Comportemental, lits de replis</li> <li>- Engorgement des CMP/CMPP : Comment favoriser leur mission d'anticipation ?</li> </ul> <p><i>Manque d'indicateurs spécifiques pour mesurer l'engorgement des dispositifs ? ex : CMP, CMPP : délais entre demande et 1<sup>ère</sup> consultation.</i></p> <p><b><u>Situations complexes</u></b> : besoin d'un chef d'orchestre, d'une personne référente identifiée.</p> <p><b>Réponse Accompagnée Pour Tous</b> : avancées sur l'accompagnement des jeunes de 18 ans sortants du dispositif ASE. Mais : si le dispositif ne s'adresse pas à un public cible, priorisation vers les publics concernés par des ruptures de prises en charge (ASE, situations complexes) =&gt; difficulté d'accès au dispositif par d'autres publics : pourquoi ne pas élargir ? (mais avec quels moyens ?) Remarque : Elargissement du périmètre de compétence des MAIA sur certains territoires.</p>	<p><b>deux entrées : situations simples et complexes.</b></p> <p><b><u>Situations complexes :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier des personnes référentes (la notion de référence est moins lourde que celle de personne de confiance) qui interviendraient d'abord en soutien, étayage.</li> <li>• Case manager : personnes référentes, médiateurs entre la personne, son environnement, les professionnels et institution.</li> </ul> <p><a href="https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm#">https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm#</a></p> <p>« Case management en santé mentale », <i>revue Santé Mentale</i>, n° 216, Mars 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Développer le travail partenarial, les réseaux autour de la personne :</b> Ex : Expérimentation Habitat pour Personnes Agées : désignation d'une personne de confiance, visite annuelle, travail partenarial (CLIC, PTA/MAIA)</li> </ul> <p><b><u>Engorgement des dispositifs :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître le nombre de places en unités Cognitivo-Comportemental</li> </ul>

<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
<b>Problématiques spécifiques identifiées</b>  <u>Enfants/adolescents :</u> - Jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance - Mineurs Non Accompagnés - Jeunes en souffrance psychique mais qui ne relèvent pas de la psychiatrie (mal être, troubles de l'apprentissage, du comportement, décrochage scolaire, addictions)  <u>Adultes :</u> - Personnes âgées qui développent des troubles du comportement liés au vieillissement. - Migrants : traumatismes liés aux conditions d'existence dans le pays de départ, aux parcours migratoires, difficultés sociales, économiques.	<b>Manque de formation :</b> ex : formation aux premiers secours santé mentale. ⇒ Sur le repérage des signaux d'alerte ⇒ Sur les dispositifs/acteurs du territoire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître de nombre de lits de replis</li> </ul> <b>Manque de formation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la formation aux premiers secours en santé mentale.</li> </ul> <b>Non demande, refus de soins :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer/communiquer sur la pair-aidance : GEM, UNAFAM</li> <li>• Favoriser l'expression des directives anticipées</li> </ul>



<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
<b>Axe 2. Un problème de gestion des situations de crise aigüe.</b> <i>Les acteurs constatent une difficulté à coordonner leurs actions en situation de gestion de crise. Le cloisonnement des accompagnements somatiques, psychiatriques et médico-sociaux ne permet pas une prise en charge globale et coordonnée de la personne et génère des ruptures de parcours, notamment aux âges charnières de la vie, lors des passages de relais entre institutions, des transitions (déménagements, changements de statuts ...)</i>		
<p><b>Une difficulté à évaluer la situation (crise ? urgence ?) et son degré de gravité :</b></p> <p>=&gt; évaluation relative aux acteurs (médecin généraliste, équipes de soins, forces de l'ordre, Education Nationale, proches...)</p> <p><b>Une difficulté des acteurs à se coordonner entre eux (qui intervient? Pour quelles missions ?)</b></p> <p><b>Des problèmes d'orientation des patients</b>  Risque accru d'hospitalisations non programmées ou sous contrainte, des cohabitations non adaptées (EX : adolescents aux comportements violents accueillis en services pédiatriques) cause = problème de territorialisation (ex : secteur psy adulte/enfant), de carences territoriales.</p> <p><b>Une difficulté à obtenir les certificats médicaux.</b></p>	<p><b><u>Evaluation :</u></b>  Evolutions imprévisibles de la pathologie.  Prendre le temps de l'évaluation.</p> <p><b><u>Grilles de lecture différentes entre les acteurs</u></b>  ex : constats de la Gendarmerie, recueil des ressentis différents de l'urgence/gravité de la situation selon les interlocuteurs, « qu'est ce qui relève de la psychiatrie ou du médical ? »</p> <p><b><u>Défaut de formation des acteurs.</u></b></p> <p><b><u>Les instances de coordinations existantes ne peuvent pas être mobilisées sur les situations de crise (temporalités différentes)</u></b></p> <p><b><u>Méconnaissance :</u></b>  Identification de qui fait quoi ? et quand ? = méconnaissance des acteurs et des contraintes de chacun.  Ex : appel au SAMU si crise avérée : quelles définitions de la crise ?</p> <p>Indisponibilité des acteurs de suivi.  Manque de référents psychiatrie sur le territoire, d'une filière identifiée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer le maillage territorial et la fonction d'accueil de crise des CMP.</li> <li>• Développer les équipes mobiles</li> <li>• Développer des structures/unités adaptées à la prise en charge de personnes âgées avec troubles neurodégénératifs.</li> <li>• Développer et formaliser des stratégies communes.</li> </ul>

<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
<p><b>Un problème de transport :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Les familles sont souvent en charge du transport,</li> <li>⇒ Mobilisation du SDIS (pas équipé)</li> </ul> <p><b>Des délais d'attente lors de l'admission en service d'urgence.</b></p> <p>=&gt; Une perte de chance pour le patient car ces délais d'attente peuvent avoir des conséquences au plan médical (recours à la sédation, contention) et entrainer un non respect des droits du patient, =&gt; un risque accru de mise en danger du personnel soignant.</p> <p><b>Une difficulté à partager les informations aux acteurs relais.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>absence ou des délais de réponse et donc de prise de relais</b> : transition sanitaire ⇔ social ⇔ somatique. Ex : sorties d'hospitalisation)</li> <li>- Une prise de relais particulièrement difficile pour <b>les publics en mouvement (migrants, sans domicile fixe) et vulnérables</b> (enfants confiés à l'ASE) :</li> </ul>	<p><b><u>Permanence des soins ambulatoires (Certificats médicaux)</u></b></p> <p>SAMU : En l'état : régulation centralisée (par médecins libéraux le soir et le week-end), effectifs mobiles et fixes (médecins dans leur cabinet) du lundi au samedi. 4 médecins volontaires sur le département=&gt; zones de vide, délais.</p> <p>Médecin de garde plus facile à mobiliser sur Brest et Quimper, plus difficile en zone rurale.</p> <p>SAMU = rôle de coordination des acteurs et des moyens.</p> <p>A besoin de s'appuyer sur des structures psychiatriques identifiées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une difficulté à trouver un médecin certificateur dans certains territoires : les médecins ne se déplacent pas car la démographie médicale ne le permet pas. Difficultés accrues entre 19h et 7h en zones rurales mais aussi urbaines.</li> </ul> <p><b><u>Manque de retours d'expériences entre acteurs de soins (temps dédiés, avec quels moyens ?)</u></b></p> <p>Délais d'attente pour une réponse de soins et d'accompagnement, prévention des crises.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Constituer une équipe d'astreinte de médecins.</b></li> <li>• <b>Echanger sur les pratiques en cours, formaliser les pratiques/coopérations</b></li> </ul>

<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
<b>Axe 3. Un manque d'interconnaissance et de communication entre acteurs.</b> <i>Les professionnels constatent de manière transversale un manque de connaissance des acteurs présents sur le territoire, de leurs périmètres d'intervention et de compétences. Il en ressort une difficulté à communiquer qui nuit à la continuité des soins et de l'accompagnement des patients.</i>		
<p><b>Un problème d'identification des acteurs et de leurs périmètres de compétences.</b></p> <p>Qui fait quoi ? Comment ? Selon quelles temporalités ?</p> <p><b>Un problème de communication et de transmission d'informations.</b></p> <p>Ex : une difficulté d'accès aux documents administratifs et aux certificats médicaux.</p>	<p><b><u>Un manque d'outils interconnectés qui permettent le partage d'informations dans le respect du secret professionnel, secret médical (=&gt; droits du patient)</u></b></p> <p><b><u>Des cultures différentes entre sanitaire, social et médico-social « on ne parle pas la même langue » (ex : acronymes)</u></b></p> <p>⇒ Des manières différentes d'aborder l'objet.</p> <p>Besoin d'un animateur pour rappeler le cadre de l'échange, favoriser la confiance des partenaires.</p> <p>Ex : gendarmerie = inclusion du social dans les services : une intervenante sociale mobilisée, sollicitée.</p> <p><b><u>Orientation :</u></b></p> <p>« on arrive toujours à trouver quelqu'un » plus difficile la nuit, le week-end.  « Si c'est pas notre mission on ne peut rien faire ». Si pas traité en situation de crise pas traité du tout.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Portail GWALEN</b> ; outil numérique partagé =&gt; faciliter le partage d'informations et la communication (Programme E parcours Bretagne : <a href="http://esanté-bretagne.fr">esanté-bretagne.fr</a>)</li> <li>• <b>Développer le conventionnement</b> : valorisation des fonctionnements existants, pérenisation.</li> <li>• <b>Favoriser des temps de rencontres et d'échanges, notamment pour assurer le lien entre services hospitaliers et soins de ville.</b></li> </ul> <p><b>Conforter le développement des CLSM, notamment sur les territoires en marge, les communes rurales dispersées.</b></p>

<b>5. Anticipation et gestion des situations de crise</b>	<b>Pilote : Brigitta BERGOT</b> , CH Landerneau, Psychiatre, Présidente de CME, Membre de la Commission Spéciale de Santé Mentale du Finistère (par délégation du président de CME du CHU de Brest) ( <a href="mailto:brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr">brigitta.bergot@hopital-landerneau.fr</a> )	<b>Copilote : Laurent CALVEZ</b> , GEM L'envol, Pays de Cornouaille ( <a href="mailto:lenvol-gem@orange.fr">lenvol-gem@orange.fr</a> ) et <a href="mailto:laurentcalvez@orange.fr">laurentcalvez@orange.fr</a>
<b>Problématiques</b>	<b>Causes</b>	<b>Pistes d'amélioration</b>
<b>Axe 5. Un sentiment d'isolement ressenti par les usagers, et un sentiment d'abandon exprimé par les familles.</b>		
<p>Une difficulté à communiquer entre soignants, accompagnants sociaux, proches aidants et usagers.</p> <p><b>Points de vigilance :</b></p> <p>Respect du secret médical, droit du patient à ne pas communiquer à ses proches les informations le concernant.</p> <p><b>Un sentiment d'isolement ressenti par les usagers, et un sentiment d'abandon par les familles.</b></p> <p>=&gt; le temps du diagnostic peut être mal vécu par les usagers et les familles (incertitudes, angoisses).</p>	<p><b>Des difficultés à « se repérer » dans le champ de la psychiatrie.</b>          Difficulté pour les non-initiés : difficulté à se repérer, vers qui se tourner ? pour quelle demande ?          Importance d'une filière identifiée</p> <p><b>L'instabilité des interlocuteurs</b> : oblige les patients à répéter leur parcours de vie, de soins.</p> <p>Vigilance : Les intérêts des familles peuvent diverger avec ceux des usagers (droits des patients)</p> <p><b>Stigmatisation :</b>          frein à « aller vers », entrée dans un dispositif (notamment MDPH : étiquetage handicap).          Constats : la demande d'une reconnaissance handicap à la MDPH demande du temps, n'est pas systématique. Résistances.          Importance « d'oser » demander de l'aide, « d'aller vers ».          Vigilance : En situation de crise, se présenter comme psychiatre peut freiner l'adhésion de la personne et donc la prise la charge.</p> <p><b>Un défaut d'accompagnement le temps du diagnostic.</b>          Ex : demande de diagnostic précoce pour les parents d'enfants autistes (conditions d'accès à des dispositifs spécifiques et adaptés)</p>	<p>Favoriser la co-construction, la participation, la décision partagée (ex : choix des traitements).</p> <p>Accroître les actions de formation/sensibilisation des citoyens.</p> <p>Plateforme électronique d'accès aux soins/orientation.</p> <p>Faciliter l'accès au médecin généraliste.</p> <p>Renforcer la sensibilisation et la formation du médecin généraliste.</p>

## Annexe 6 : Rencontre avec les membres des GEM Brest, Morlaix, Quimper

### Mardi 9 avril 2019 à L'EHPAD des Collines Bleues, Châteaulin (10h-12h30)

La rencontre a réuni 13 membres des GEM Finistérien, trois animateurs et deux stagiaires.

Suite à une présentation du PTSM, proposition est faite d'échanger à partir des 5 axes de la rosace. Le principe de la libre expression prévaut : les personnes sont libres de prioriser les axes à traiter.

#### ⇒ Gestion des situations de crise :

De l'avis de certains participants, le transport par les pompiers vers l'établissement est « *traumatisant* ». Un transport « banalisé » propre aux établissements serait moins stigmatisant et plus adapté.

Il est souligné un manque d'équipes mobiles sur le territoire de Morlaix. L'impression que « *la situation [de la psychiatrie] est de pire en pire* » est partagée par plusieurs participants.

Sur la gestion de crise proprement dite par les professionnels soignants, les personnes concernées rappellent que l'usage de la sédation en situation de crise peut avoir un impact sur la santé des patients et relève de la privation de liberté si elle est employée comme contention.

*La contention : « La plus grande souffrance que peut connaître un patient ».*

Sur ce sujet, certains s'interrogent : comment est évalué le comportement des patients en crise ? Les expériences

vécues laissent penser que l'évaluation de la situation de crise s'attache surtout au degré de violence. Or les comportements violents vis-à-vis de soi ou des autres peuvent s'expliquer par la déréalisation, les sensations physiques de la décompensation. Ainsi, n'y a-t-il pas d'autres réponses à apporter que la contention à l'expression de la souffrance ?

Toutefois, les participants constatent que le recours à la contention peut être nécessaire pour des personnes qui se mettent en danger ou mettent les autres en danger mais ils ont trop souvent l'impression qu'elle est la seule alternative proposée.

Le passage en chambre d'isolement est par ailleurs ressenti comme une violence, un évènement traumatique. Comme l'explique un participant : « *En isolement, je me souviens du bruit des chaussures, des clés, des portes qu'on ferme et qu'on ouvre* ». En effet, la chambre d'isolement est le plus souvent jouxtée au poste de soins infirmiers, cela suppose d'être sous le regard, « *sous surveillance* » en permanence. Le poste infirmier est aussi un lieu de passages, de réunions, de transmissions infirmières, de pause. Etre en isolement, c'est donc aussi être confronté aux « *bruits de café, de conversations* » qui peuvent ajouter au sentiment d'isolement, de colère, d'incompréhension.

Les personnes présentes témoignent de privations de liberté même en hospitalisation volontaire. L'exemple d'hospitalisations volontaires qui se transforment en hospitalisations sans consentement est cité.

Dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, comment affirmer, faire valoir ses droits face aux médecins ? Au judiciaire ? On peut bénéficier du soutien des avocats mais le service est payant. Certains participants témoignent de passages devant le juge en visio-conférence, passages qui ne sont pas toujours compris.

« *Sortir de la chambre !* »

L'univers de la psychiatrie est associé à l'univers carcéral : ils sont tous les deux des « *Zones fermées* ».

Dans le contexte de l'hospitalisation, il est souligné l'importance de « *la Cafétéria de l'hôpital* ». De manière symbolique, elle est la première porte sur l'extérieur, elle est aussi un lieu de rencontres, d'échanges qui marque le retour vers la « normalité ».

Les membres des GEM rappellent l'importance de la recherche du consentement à toutes les étapes du soin et surtout avant la crise. En effet, la recherche du consentement est la porte d'entrée du soin, sa condition première.

Il importe de s'entourer de personnes de confiance qui soient à l'écoute, en soutien et assurent le lien avec les soignants.

Les participants déplorent la baisse de l'effectif soignant qui entraîne une dépossession des infirmiers de leur rôle de soignant pour celui de « *vigile* ». Or, les infirmiers peuvent aussi être ceux qui « *écoutent* », « *les « confidents* ». Ils sont également ceux qui assurent le lien avec les autres professionnels, extérieurs à l'hôpital.

De manière générale, l'hospitalisation est mal vécue, jugée traumatisante. Elle crée un précédent, un ressenti négatif vis-à-vis de l'institution qui peut mettre à mal la confiance vis-à-vis des soignants et du soin et favoriser les ruptures.

« *L'hosto, c'est pour nous, les psy* »

Le manque de préparation de la sortie d'hospitalisation est souligné tout comme l'importance du rôle de l'assistante de service social pour mettre en place les aides, faire le lien avec l'extérieur et les autres professionnels. La systématisation d'un service social dans les établissements est une piste d'amélioration formulée par les participants.

Quelles sont les conditions matérielles du retour à domicile ? Par exemple, les personnes sont parfois amenées à retrouver un logement qui porte les marques de la crise qui a précédé l'hospitalisation. Le recours à une aide à domicile peut être aidant mais pas toujours possible selon les ressources.

#### ⇒ **Accès et maintien dans le logement :**

Les participants soulignent un manque de places dans des hébergements « adaptés » et disposant d'un accompagnement social et soignant. Les résidences MADEN sont présentées comme un exemple à développer car les places y sont limitées avec peu de turn-over ; « *les gens quand ils y sont, ils ne veulent pas partir, ils y sont bien* ».

La géographie du logement (proximité des services, lieux de soins, transports ...), un environnement propice, agréable, l'isolement phonique (pour soi et pour les autres), un voisinage bienveillant ... sont quelques-uns des critères cités par les personnes pour faciliter le maintien dans un logement autonome. Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS, SAMSAH) sont également des appuis importants.

Les participants repèrent une problématique spécifique d'accès au logement pour les personnes en grande précarité, souvent confrontées à des aller-retour entre les CHRS et l'hôpital.

Exemples de ce qui fonctionne :

- Association Buhez Nevez qui propose un accompagnement en logements groupés accompagnés.
- Baux glissant qui participent à la responsabilisation des personnes et permettent la transition.

#### ⇒ **Les représentations sociales des personnels soignants**

Les représentations sociales des soignants continuent de générer des pratiques maltraitantes : la stigmatisation du patient « psy », l'objectisation des patients, l'infantilisation (ex : la gestion des cigarettes par le personnel soignant lors de l'hospitalisation).

Il importe de renforcer la formation des soignants (des infirmiers mais aussi des médecins psychiatres) au relationnel avec les patients en souffrance psychique.

Il est également nécessaire de permettre et reconnaître la parole des patients et d'affirmer leur statut d'interlocuteur et partenaire.

La loi de 2005 pour la reconnaissance du handicap psychique a contribué à affirmer les droits du patient (création des GEM).

#### ⇒ **L'accès au diagnostic**

Comme en témoignent certains participants, il faut parfois attendre des années avant d'être diagnostiqué.

Les Centres de ressource autisme sont par exemple utiles mais les temps d'attente pour accéder à une consultation sont trop longs.

Des participants soulignent l'importance d'être aidé par des associations le temps du diagnostic (ex :

« *Pour les diagnostics, c'est trop long* ».

Association Aspéransa – création en cours d'un GEM autisme sur le Finistère).

Pour d'autres, il importe surtout de pouvoir parler à des personnes de confiance, « *pour comprendre la maladie* ».

Beaucoup expliquent que connaître son diagnostic est « *essentiel* » pour « *lever les incertitudes* », « *ça soulage* », « *ça déculpabilise* » mais aussi car « *ça permet des stratégies d'adaptation, d'avoir un regard plus précis sur ses comportements* », « *on peut se battre* », « *ça permet d'avoir des traitements plus adaptés* ».

Pour certains, le diagnostic ne présente que peu d'intérêt et n'a pas été une aide pour avancer : « *je me contente de savoir que j'ai besoin de voir le médecin, les psychologues tant de fois, de prendre un traitement, ce qui compte c'est mes activités au Gem, ce que je fais, ce que je réalise, ça suffit* ». Comme le rappelle un participant : « *Il ne faut pas être enfermé dans le diagnostic, c'est une personne qu'on accueille, pas une maladie* ».

D'autres participants témoignent qu'un diagnostic peut « *faire peur* » aux autres, à soi-même. Pour l'un d'entre eux, l'annonce d'un diagnostic de schizophrénie à tendance paranoïaque a été difficile à vivre : « *c'était pas possible, je ne voulais pas savoir ce que ça voulait dire, j'ai laissé de côté, c'était pas possible de faire avec ça* ».

#### ⇒ **Accès aux soins**

Sur le sujet de l'accès aux soins, les participants reconnaissent l'intérêt des unités de soins normalisées, des unités ouvertes tels les appartements thérapeutiques.

Le manque de personnel soignant (notamment infirmier) fait baisser la qualité des soins, du suivi, du bien-être des personnes.

Les associations sont valorisées dans leur rôle d'accueil, d'orientation et de mise en lien (ex : Le phare, accueil de jour en milieu ouvert).

Un participant témoigne que la rencontre avec le « bon » psychiatre « *qui a mis les choses en place* » a été décisive : le « *bon médecin* » est celui en qui on a confiance, qui cherche le consentement, engage le soin dès la rencontre.

Un autre explique avoir pu nouer une relation de confiance avec le psychiatre et avec les infirmiers qui font le lien en cas de besoin. Aujourd'hui « *je ne suis suivi que par mon médecin traitant, il n'y a plus de suivi psychiatrique* » et une baisse de la médication. Le médecin traitant est vu régulièrement pour le suivi du traitement et « *c'est très bien comme ça* ».

Les personnes rappellent que le soin ne se limite pas aux thérapeutiques médicamenteuses. A ce titre, les activités de l'Association Stand'arts (au sein de l'Atelier Thérapeutique Artistique du CH du Pays de Morlaix) sont citées en exemple : peintures, sculptures, contes, théâtre ... La mixité de l'équipe (soignants et artistes) de l'Atelier Thérapeutique amène une autre relation aux soignants et donne une dimension nouvelle aux soins, ouvre sur une activité sociale et culturelle qui permet de « *sortir* » de la psychiatrie.



Les participants rappellent la lourdeur des traitements et de leurs effets secondaires (apathie, prise de poids, fatigue ...): « *Je comprends que certains arrêtent* ». Même s'ils sont utiles, aidants, ils peuvent être des freins à une vie sociale, affective et professionnelle.

### **Stigmatisation :**

Tous les participants s'accordent sur la forte stigmatisation des personnes concernées par la maladie psychique.

Le constat d'un manque de connaissance de tout un chacun sur les maladies psychiatriques participe à maintenir les imaginaires collectifs. Il importe de « *travailler sur la communication* » autour de la maladie, dire de sa diversité pour peu à peu changer les discours sur les pathologies, encore aujourd'hui associés au « fait divers » à la peur, au danger.

« *Au moins dans les GEM on est pas jugés* »

La valorisation des personnes et de leurs réalisations peut être un levier si elle ne participe à construire de nouveaux stéréotypes (« *on est pas tous des artistes* »).

Le changement de dénomination de certaines pathologies (ex : schizophrénie) est également une piste d'amélioration.

Les Journées nationales Santé Mentale France 2019 ont fait du thème de la formation en 1ers secours en santé mentale un axe fort pour renforcer la formation et la sensibilisation du plus grand nombre. Cette formation pourrait même être intégrée au service national universel.

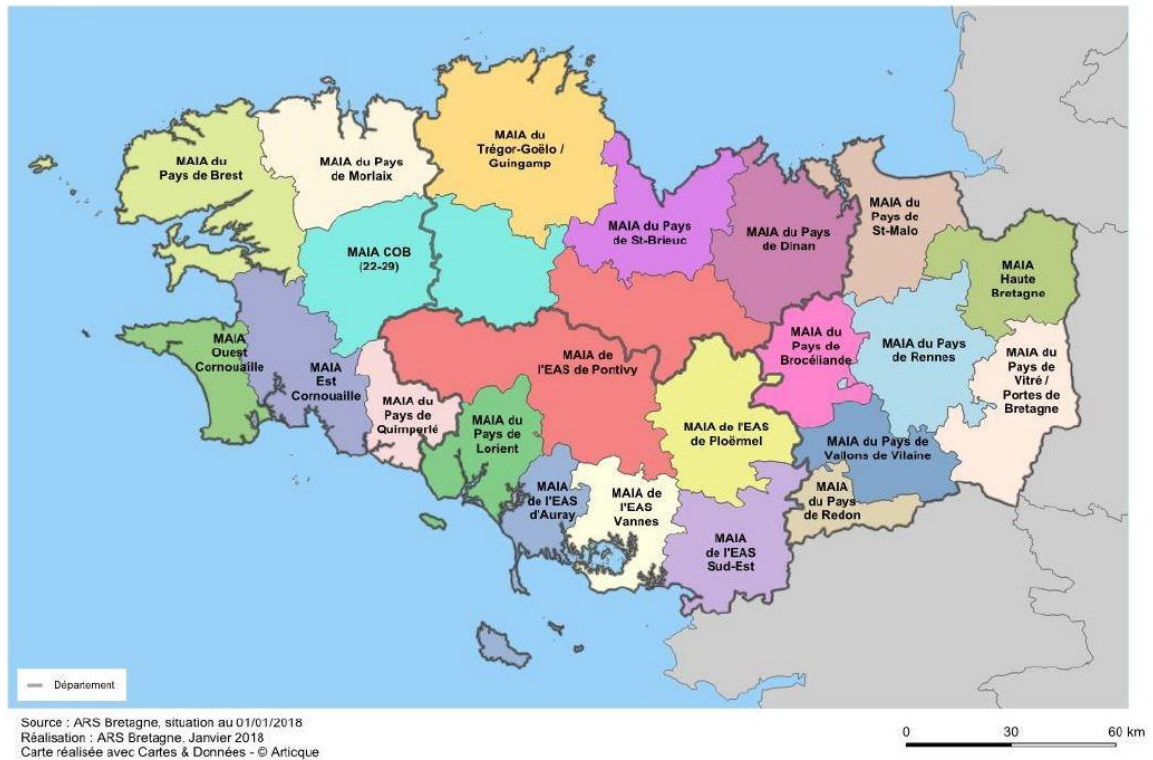
Le renforcement de la pair-aidance est un autre levier identifié. L'utilisateur, expert de sa maladie, est en mesure d'apporter soutien et formation aux autres personnes concernées. Il est souligné la réticence des soignants à voir se développer la pair-aidance par crainte d'un transfert de compétences des soignants vers les usagers.

Tous les participants tiennent à valoriser la plus-value des GEM, lieux « sans soignants », comme vecteur de citoyenneté, de responsabilisation des personnes. Les membres des GEM y sont acteurs via une prise de responsabilités (juridiques notamment), ils peuvent d'ailleurs être employeurs en tant que membres du bureau de l'association.

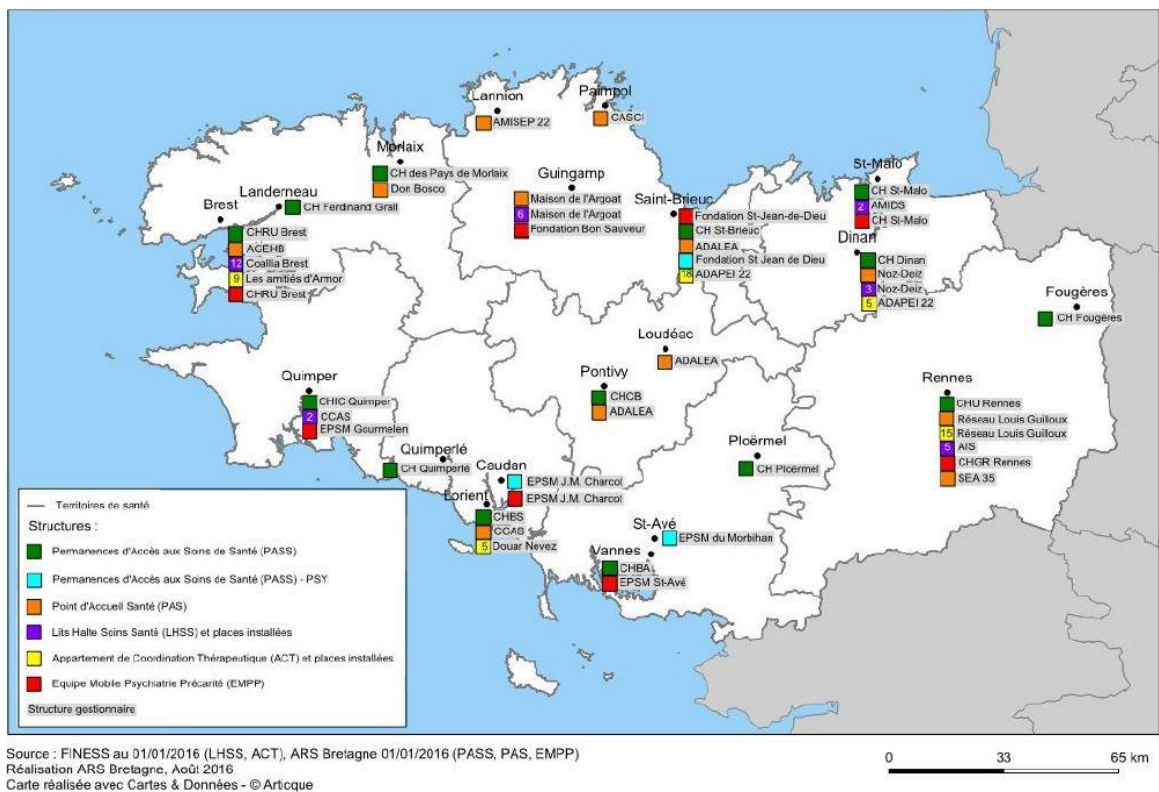
Les membres des GEM rappellent l'importance, dans le cadre du PTSM, de donner la parole aux usagers et pas seulement aux familles (importance de dissocier les deux). En effet, la prise de parole des personnes concernées et sa prise en compte doivent encore se négocier.

## Annexe 7 : Cartographie

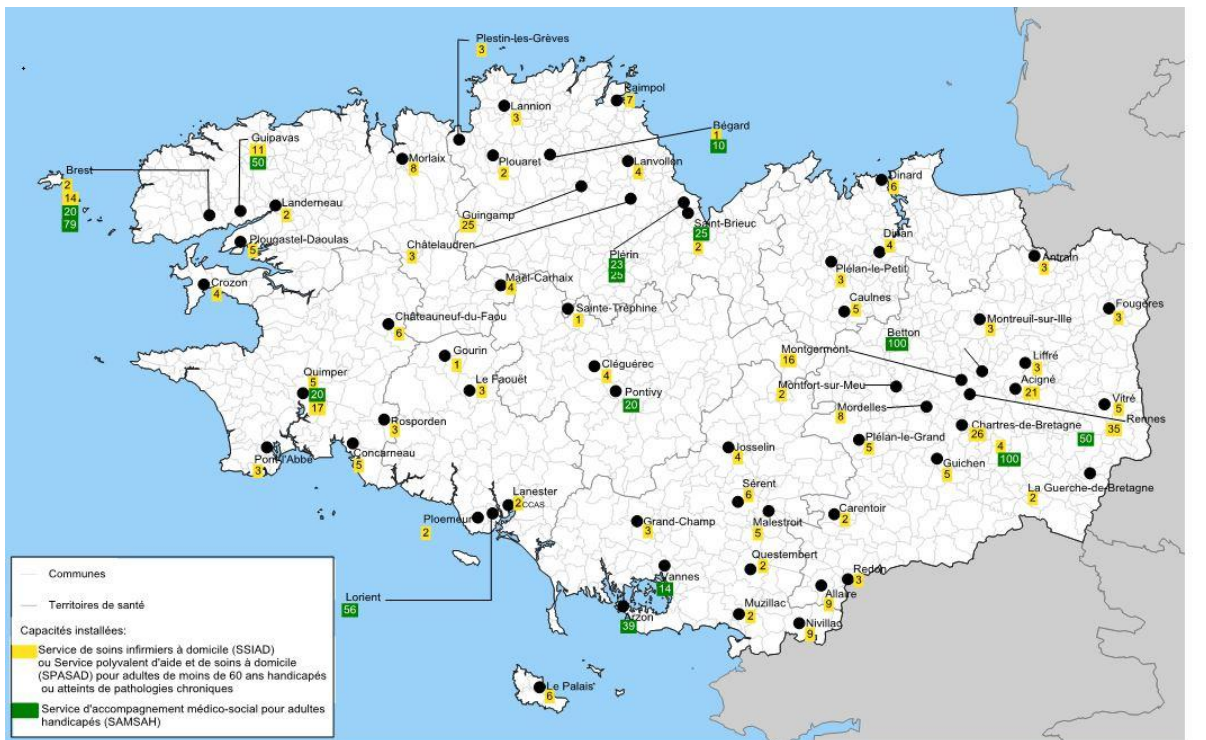
Carte 1 : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.



Carte 2 : Structures pour personnes en situation de précarité.



Carte 2 : Services de soins et d'accompagnement à domicile adultes handicapés (SSIAD, SAMSAH)



Source : ARS Bretagne, FINESS au 1er janvier 2016  
Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

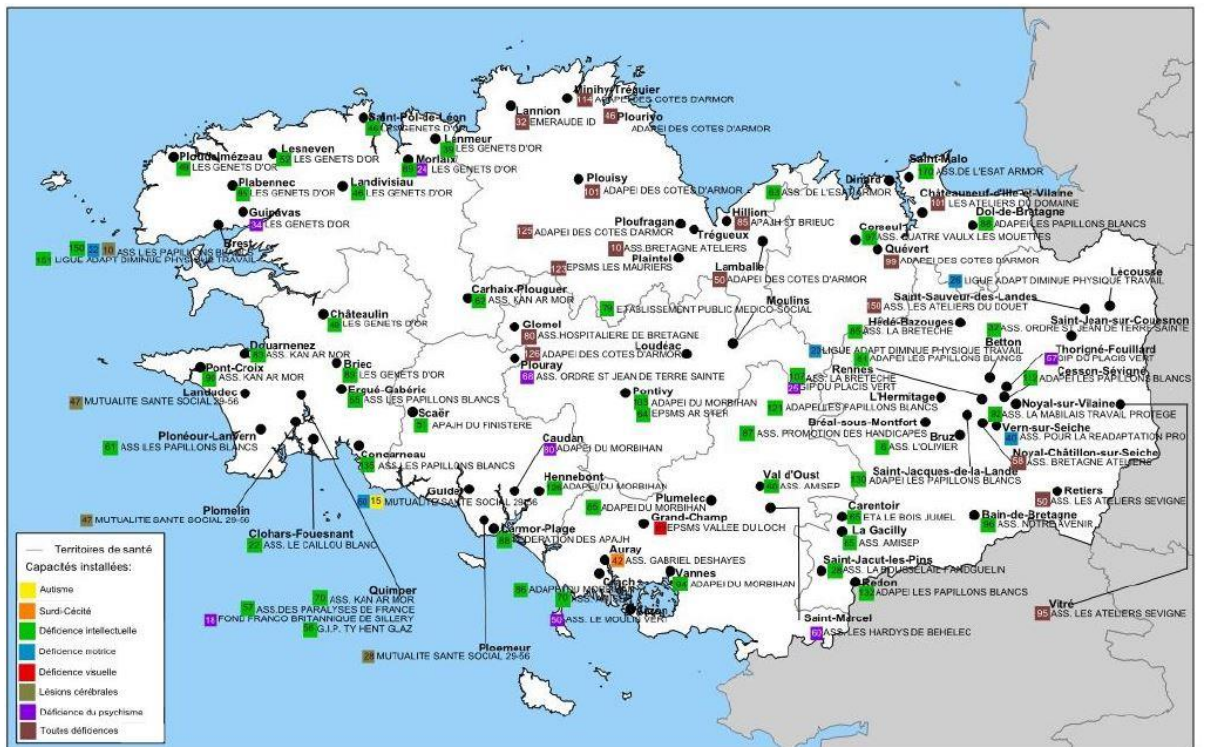
Carte 3 : Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) – Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)



Source : ARS Bretagne, FINESS au 01/01/2016  
Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

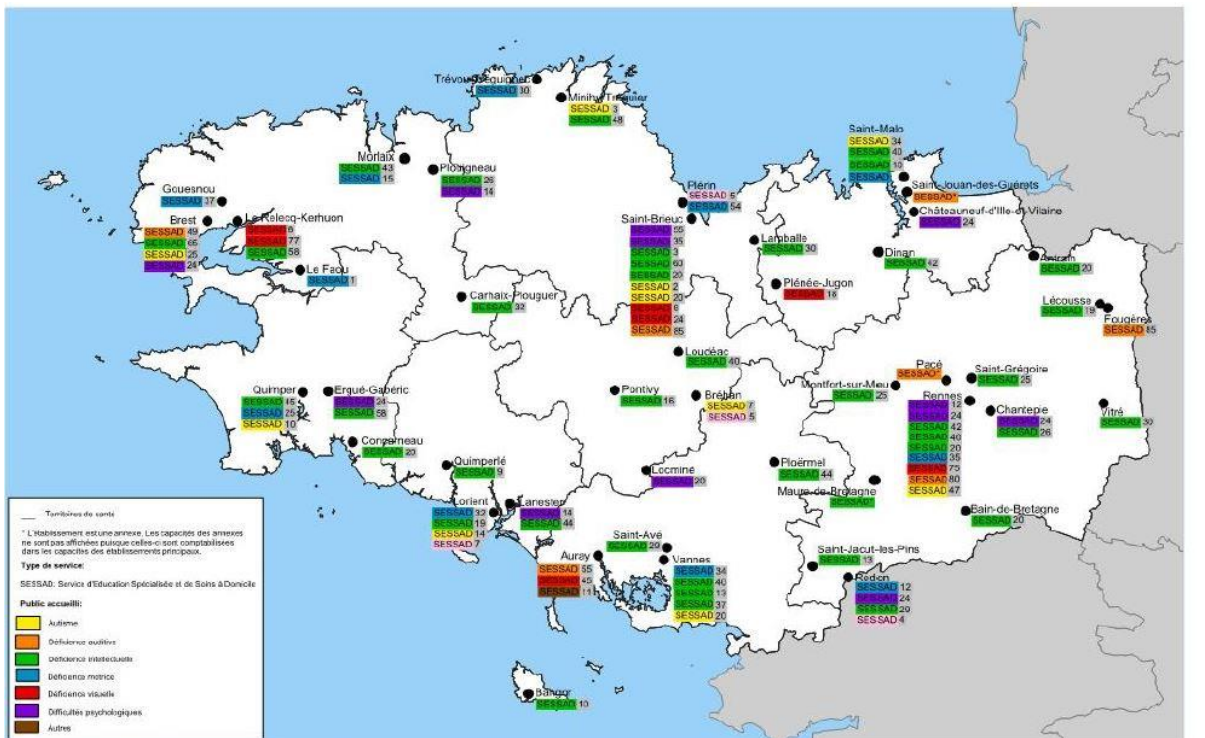
Carte 4 : Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)



Source : ARS Bretagne, Finess au 1er janvier 2016  
Réalisation ARS Bretagne, Septembre 2016  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

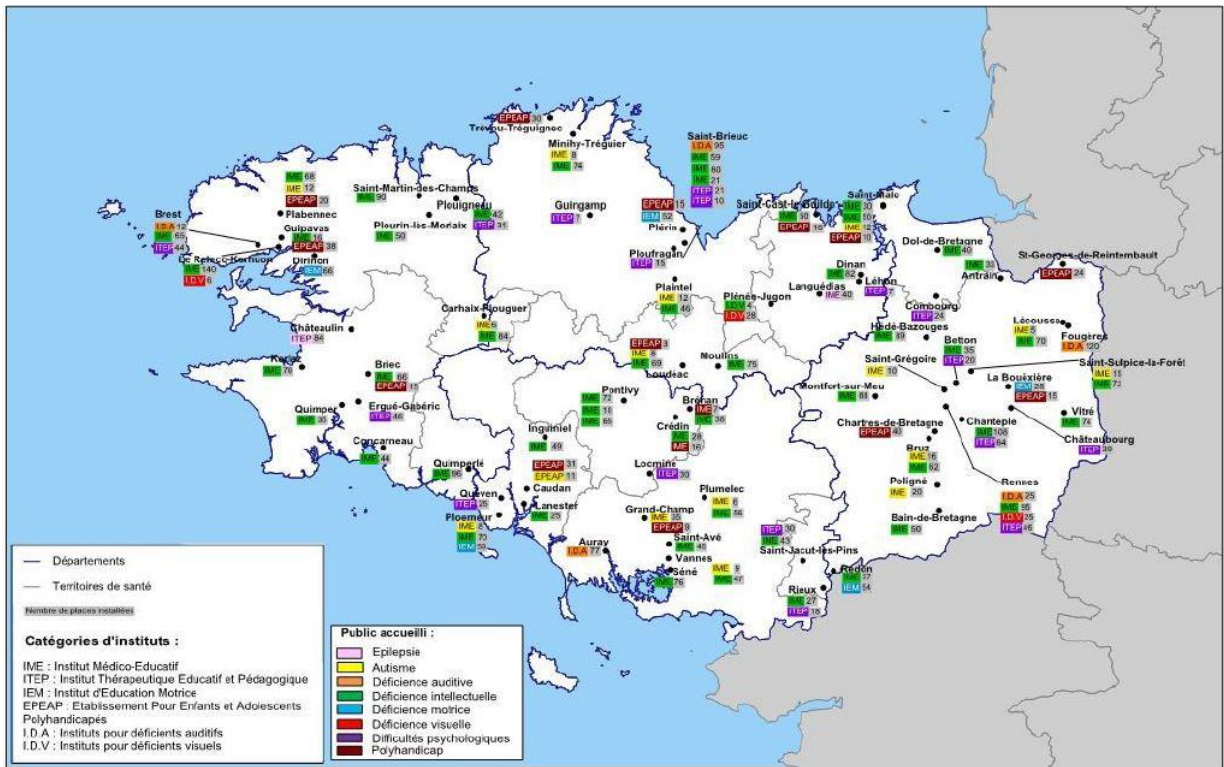
Carte 5 : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile



Source : ARS Bretagne, FINESS au 1er janvier 2016 - capacité installée  
Réalisation ARS Bretagne, Juillet 2016  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Carte 6 : Etablissements pour enfants handicapés (IME-ITEP-IEM)



Source : FINESS au 01/01/2016  
 Réalisation ARS Bretagne, Février 2017  
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 35 70 km