

Annexe 4 – PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Rédacteur : N.Villaudière

La liste des membres de l'assemblée médicale de la CPT est présentée en fin de document.

Validation par la CPT : 2 juin 2017

Validation par le Collège médical et le Comité stratégique : 16 juin 2017.

Contenu

Annexe 4 – PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE	1
<i>A. Présentation de la filière</i>	<i>2</i>
1. Périmètre d'étude.....	2
2. Description et état des lieux de la filière	3
3. Activité des établissements parties du GHT.....	9
4. Référence au PRS 2012-2017	12
<i>B. Enjeux et Objectifs</i>	<i>14</i>
1. Synthèse des travaux menés.....	14
2. Thèmes prioritaires retenus.....	24
3. Enjeux, Objectifs et Actions	34
4. Plan d'actions 2017 / 2018.....	37
<i>C. Documents complémentaires</i>	<i>38</i>
1. Description de la filière	38
2. Les structures ambulatoires de la filière.....	39
3. Liste des membres de l'Assemblée Médicale de la CPT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest	41

A. PRESENTATION DE LA FILIERE

La convention constitutive du GHT a prévu que l'élaboration du projet médical partagé pour la filière psychiatrie et santé mentale était déléguée aux trois établissements parties à la CPT préfiguratrice de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

La CPT, qui est appelée à réunir « les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie » (décret 26 octobre 2016), a accepté, au cours du premier semestre 2017, l'adhésion de nouveaux membres :

- le CH de Muret,
- plusieurs établissements privés de santé participant au service public hospitalier : association Route Nouvelle (centre de postcure), association Après (centre de postcure), ARSEAA (pôle guidance infantile), établissement MGEN (hôpital de jour),
- l'association ASEI (Agir, Soigner, Eduquer, Insérer).

Certains de ces établissements ont pu participer à l'élaboration du projet médical partagé.

Par ailleurs, la CPT s'apprête à collaborer avec plusieurs services médico-sociaux intervenant sur son territoire.

Le CH de Lannemezan va être également associé aux travaux de la CPT, au cours du second semestre 2017 (cf courrier du 15 février 2017 de la directrice générale de l'ARS). Les axes de travail sont en cours de définition.

Les travaux d'élaboration du projet médical partagé de cette filière ont été confiés à l'assemblée médicale de la CPT. Le projet médical partagé pourra par ailleurs servir de socle aux futurs projets territoriaux de santé.

L'assemblée médicale s'est efforcée à définir un socle fondateur d'objectifs et d'actions communs aux établissements de la CPT. Ces objectifs viendront nourrir les travaux à conduire pour l'élaboration des contrats territoriaux de santé mentale.

1. Périmètre d'étude

Le périmètre d'étude concerne l'ensemble des épisodes de soins ou de prises en charge dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale pour les adultes et les enfants et adolescents.

Une attention particulière a été portée afin de garantir la cohérence des travaux conduits sur cette filière avec les filières « personnes âgées et vieillissement », « urgences et soins critiques dont AVC » et « soins de suite et de réadaptation ».

- Un médecin généraliste du CH Gérard MARCHANT a participé aux travaux de la filière « urgences et soins critiques » afin de mieux coordonner et articuler les aspects psychiatriques et somatiques dans le cadre de l'urgence.
- Les liens étroits entre la gériatrie et la géronto-psychiatrie seront renforcés notamment dans le cadre de la déclinaison opérationnelle des actions identifiées en faveur de la prise en charge des personnes âgées : patient psychiatrique vieillissant nécessitant une prise en charge somatique de gériatre, patient gériatrique développant une pathologie psychiatrique, patient présentant des troubles du comportement...

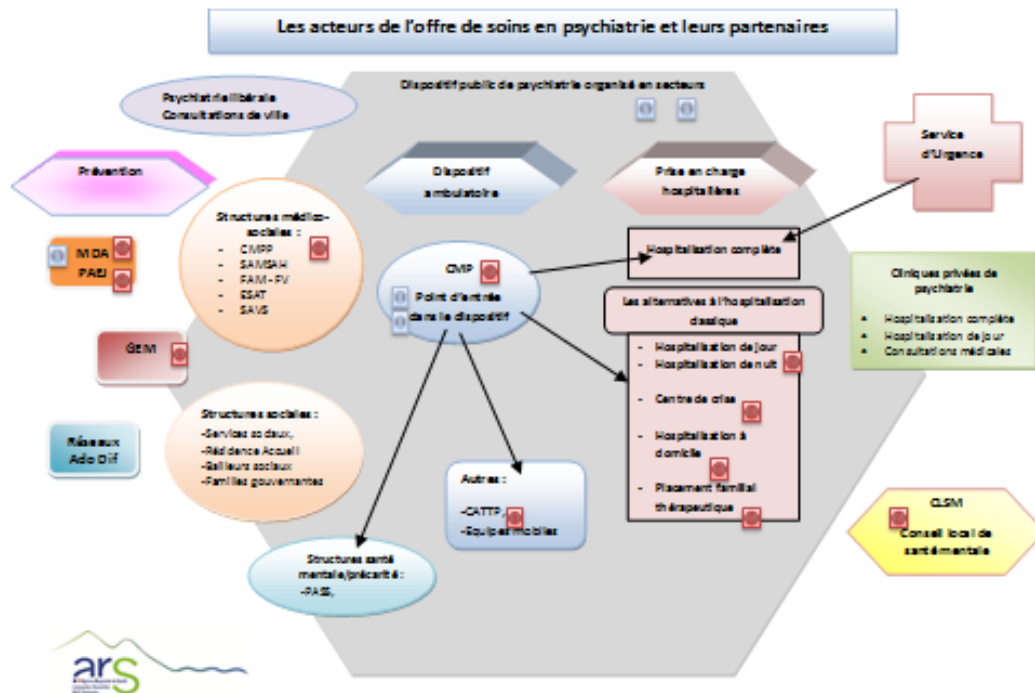
2. Description et état des lieux de la filière

a) Les acteurs et l'organisation de la prise en charge en psychiatrie

Le système de prise en charge des troubles psychiques est très spécifique et se caractérise par une diversité¹ :

- des organisations des secteurs libéral, hospitalier, médicosocial et social,
- des financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier),
- des structures variées (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, Centre d'Accueil Thérapeutique Temps Partiel, appartements thérapeutiques, Centre de Post Cure, Accueil Familial Thérapeutique...),
- des modalités de soins avec des gradients de prises en charge qui recouvrent l'ensemble du parcours patient (prise en charge en ambulatoire, prise en charge à temps partiel et prise en charge à temps complet),
- des prises en charge de patients en Soins Libres et en Soins Sans Consentement (SDRE, SDT, SPI),
- des modalités d'accompagnement avec les services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, groupes d'entraide mutuelle...

Le schéma ci-après modélise cette multiplicité des acteurs².

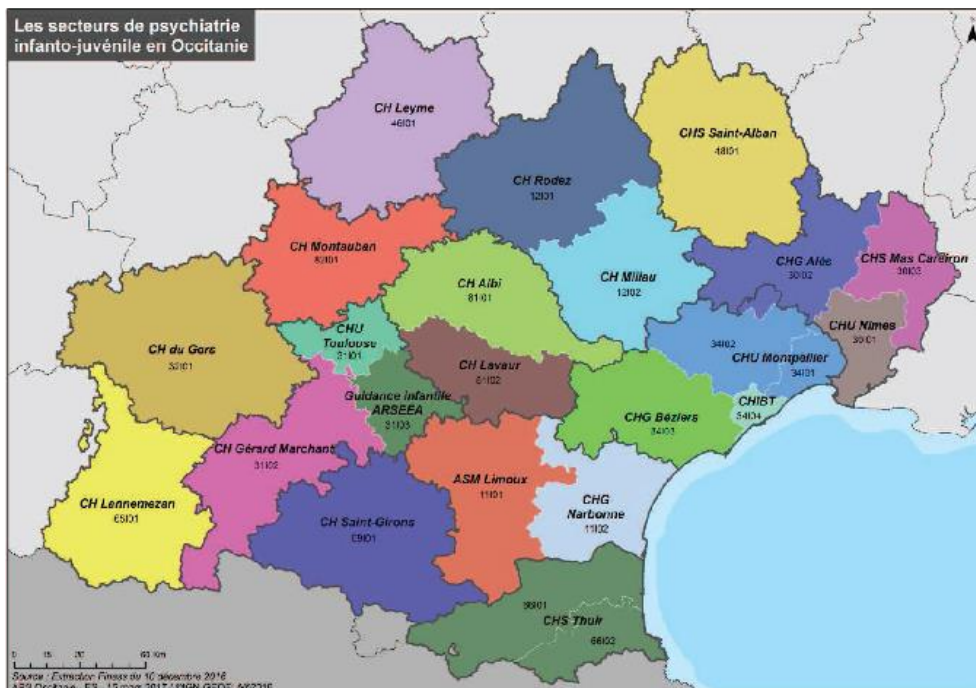


¹ Source : « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », les rapports de l'IRDES N°58, décembre 2014,

² Source : « L'offre de soins en psychiatrie » ARS Occitanie mars 2016, Commission spécialisée prévention

A cette diversité des acteurs s'ajoute une organisation territoriale spécifique de l'offre de soins publique en « secteurs »

b) Les secteurs de psychiatrie



L'analyse des cartes montre une diversité des limites de zonage selon le découpage considéré :

- par territoire administratif,
- par bassin de santé,
- par secteur psychiatrique adulte,
- par secteur psychiatrique infanto-juvénile.

c) Etat des lieux de la filière

(1) Les dispositifs de soins en psychiatrie des établissements parties

Tableau des autorisations et capacités d'hospitalisation de la filière : psychiatrie générale et infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire.

	G. Marchant	CH de Lavaur	CHU	CH de Lannemezan*	CH du Gers*
Accueil urgences psychiatriques			17		
Hospitalisation + de 24 H, Intra hospitalière	307	142**	99		
dont unité sectorisée d'admission	140		22		
dont unité sectorisée de suite	95				
dont unité intersectorielle d'admission	32				
dont unité intersectorielle de suite					
dont unité non sectorisée	40 (UHSA)		77		
Hôpital de jour	185	104	85		
Hospitalisation de nuit	5 (suspendus)	11***	8		
Hospitalisation + de 24 H, Extra hospitalière	60	59			
Dont places de placement familial thérapeutique	13				
Dont places d'appartement thérapeutique	19				
Dont places en centre de post cure	28	18**			
HAD	15				

* Les données relatives à ces établissements seront complétées ultérieurement, auprès des établissements concernés, dans le cadre des travaux conduits par la CPT et des contrats territoriaux de santé mentale

** 160 lits autorisés, 19 places de post cure autorisées

*** non mis en œuvre

La description complète de la filière est disponible dans les documents complémentaires.

Cette description détaillée différencie les dispositifs dédiés à la psychiatrie générale et pénitentiaire de ceux dédiés à la psychiatrie infanto-juvénile pour l'hospitalisation et les structures ambulatoires.

(2) La démographie professionnelle au sein des établissements parties

(a) Ressources médicales

Les ressources médicales ont été renseignées par les établissements, tous statuts confondus.

	G.MARCHANT			CH de LAVAU			CHU		
	ETP moyen rémunéré 2016	Effectifs physiques 31 12 2016	Poste de PH vacant 31 12 2016	ETP moyen rémunéré 2016	Effectifs physiques 31 12 2016	Poste de PH vacant 31 12 2016	ETP moyen rémunéré 2016	Effectifs physiques 31 12 2016	Poste de PH vacant 31 12 2016
Psychiatres	64,95	74	4	15,55		4	35.5		2
Gériatres*									
Pédiatres*	1	1	0				0.5		0
Médecins généralistes*	3,72	6	0	1					
Autres				2,23					

* praticiens intervenant au sein d'unités psychiatriques

(b) Ressources non médicales

	G.MARCHANT		CH de LAVAUUR		CHU	
	ETP moyen rémunéré 2016	Postes vacants 31 12 2016	ETP moyen rémunéré 2016	Postes vacants 31 12 2016	ETP moyen rémunéré 2016	Postes vacants 31 12 2016
Psychologues	40,36	7	19,25		23,2	
Assistantes sociales	28,92	7	11		15,3	
Neuropsychologues	0	0	0		0,5	0
Orthophonistes	4,43		2,4	1	9,8	0,8
Autres*	69,18	1 (éduc spéc)	22**		36	

* Ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, éducateurs spécialisés

** Educateurs spécialisés

G.Marchant : intervention d'un kinésithérapeute libéral à raison de trois demi-journées hebdomadaires en moyenne.



d) Organisation des urgences psychiatriques au sein du GHT

Au sein du territoire d'attractivité du GHT, l'accueil des situations d'urgence psychiatrique s'organise différemment selon le secteur psychiatrique : soit au sein du service d'urgences psychiatriques (SUP) pour Toulouse, soit au sein de services d'urgences somatiques (SU MCO) en l'absence d'un SUP.

(1) Secteurs du Tarn Sud

L'organisation est identique pour les urgences psychiatriques adultes et infanto-juvénile.

Il n'y a pas d'urgences psychiatriques sur les secteurs du Tarn Sud. Les urgences psychiatriques sont accueillies au sein des services d'urgences MCO du CH de Lavour ou du CHIC-Castres-Mazamet. Le psychiatre se déplace au sein du SU.

Organisation de la permanence des soins :

- sur le CHIC-CM, un infirmier de psychiatrie est présent H24.
- 2 lignes d'astreinte de psychiatrie adulte (1 sur Lavour et 1 sur Castres),
- 1 ligne d'astreinte pour la pédopsychiatrie.

(2) Secteurs de la Haute-Garonne « Nord »

- Adulte (à partir de 15 ans) : urgences psychiatriques de Purpan (URM).

Le service dispose de 8 lits « d'hospitalisation de crise » dits « ouverts » pour la filière des patients en modalité d'hospitalisation libre et de 9 lits d'hospitalisation des patients sous contrainte dits « fermés ».

Ces 17 lits correspondent à des lits d'unité d'hospitalisation de courte durée des SU MCO.

Remarque : Les patients, y compris en situation d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), peuvent être hospitalisés directement dans les secteurs, après un dédouanement somatique.

- Pédiatrie (jusqu'à 15ans) : pas de structure d'urgences psychiatriques dédiée.

L'accueil des patients se fait au SU pédiatrique :

- Appel de l'équipe de liaison de pédopsychiatrie en journée.
- La nuit et le week-end, appel de l'interne de psychiatrie de garde avec supervision par un sénior d'astreinte.

(3) Secteurs de la Haute-Garonne « Sud »

- Adulte (à partir de 16 ans) : urgences psychiatriques du CH de Lannemezan. Si le patient arrive au SU MCO de Saint-Gaudens, il est transféré aux urgences psychiatriques du CH de Lannemezan.
- Enfant (jusqu'à 15 ans et 3 mois) : accueil du patient au SU MCO de Saint-Gaudens, parfois au SU pédiatrique du CHU.

Une réflexion est en cours entre le CH Comminges Pyrénées, le CH G. Marchant, le CHU et l'association « ASEI » ainsi que le CH de Lannemezan, pour améliorer la prise en charge pédopsychiatrique des jeunes de moins de 16 ans se présentant au CH de Saint-Gaudens.

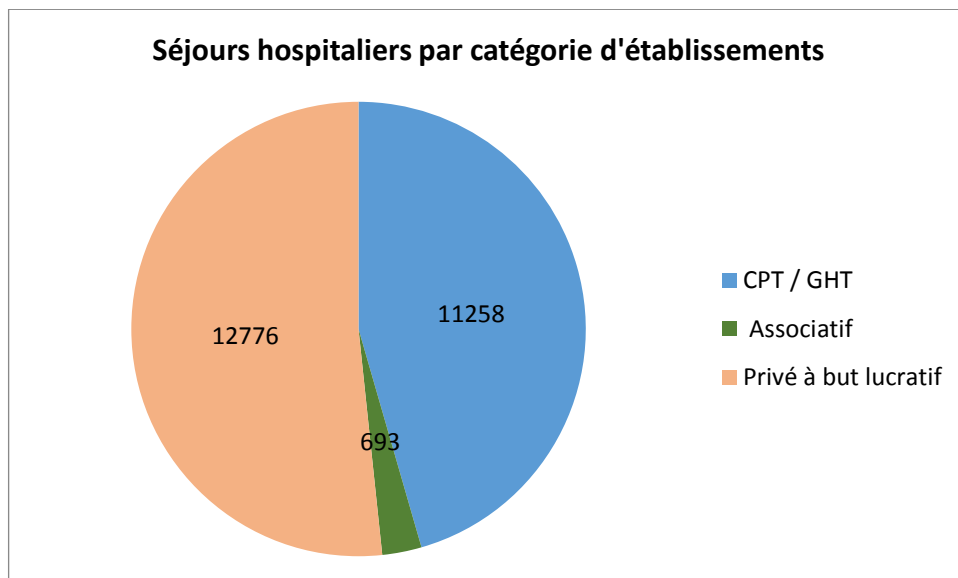
3. Activité des établissements parties du GHT

a) Activité d'hospitalisation

Les données présentées sont issues du « PMSI psychiatrie », base nationale ATIH 2015 pour les séjours hospitaliers (intra et extra).

Les établissements dont l'activité est analysée, sont regroupés en trois catégories, selon leur statut.

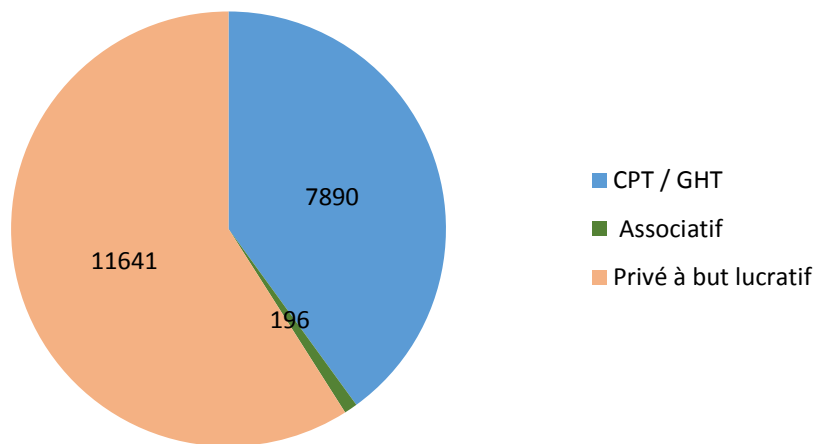
- CPT / GHT : CHU, CH G.Marchant, CH de Lavour
- Secteur associatif : Centre de guidance infantile, Route Nouvelle, Centre de santé mentale de la MGEN, Après.
- Secteur privé à but lucratif : Château de Seysses , Maison de santé Mailhol, Clinique de Beaupuy, Clinique des cèdres, Clinique d'Aufrery, Clinique du Docteur BECQ, Clinique Marigny, Clinique Castelviel, Clinique de Montberon.



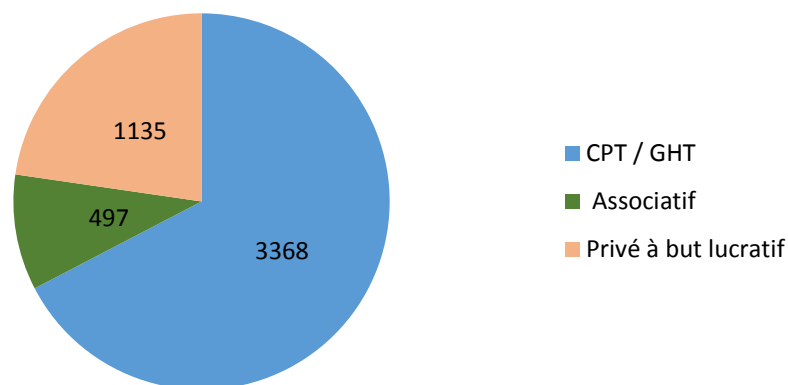
Le secteur privé réalise 51,5% des séjours, les établissements de la CPT réalisent 45,5% et les structures associatives près de 3%.

Cependant, une analyse par mode de prise en charge, entre une prise en charge conventionnelle (plus de 24 heures) et une prise en charge en hospitalisation à temps partiel, montre que les offres de soins des secteurs sont différentes.

Séjours en hospitalisation + 24H



Séjours d'hospitalisation à temps partiel



Les établissements associatifs sont positionnés sur une offre essentiellement médico-sociale ou de « post cure », sous forme d'hôpital de jour.

Les établissements privés réalisent 59 % des séjours, 64,2% des journées en hospitalisation complète (HC) et 12% des séjours d'hospitalisation à temps partiel (TP).

La DMS des séjours en hospitalisation complète du secteur privé est plus longue que celle des établissements de la CPT ou du secteur associatif :

- DMS des établissements de la CPT : 24, 5 jours,
- DMS des structures associatives : 79,9 jours,
- DMS du secteur privé à but lucratif : 32,2 jours.

Dans les établissements du secteur privé, l'hospitalisation de plus de 24 heures représente 91% des séjours hospitaliers. Elle représente 70% des séjours des établissements de la CPT et 28,3% des séjours du secteur associatif.

Ces données tendent à montrer que les établissements publics proposent une prise en charge orientée vers un mode ambulatoire : des séjours en HC plus courts, un tiers des séjours en hospitalisation TP.

Dans le cadre des travaux réalisés pour le projet médical partagé, nous ne disposons pas des données d'activité externe des établissements du secteur privé et ne pouvons donc pas comparer cette activité, ni les files actives totales (activité hospitalière et activité externe).

Cependant, les données recueillies pour les établissements parties du GHT, montrent que la part de l'activité externe est très nettement supérieure à l'activité d'hospitalisation.

Activité réalisée en ambulatoire (consultations médicales, entretiens infirmiers, démarches téléphoniques, réunions cliniques, accompagnement assistante sociale etc.) :

- G.Marchant : 227 688 actes pour 5 657 séjours hospitaliers (HC et TP)
- CHU : 62 480 actes pour 2 155 séjours
- CH de Lavaur : 50 923 actes pour 3 446 séjours

b) Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – activité ambulatoire

Les éléments ci-dessous sont issus d'un rapport réalisé à la demande de l'ARS Occitanie en 2016 par l'ORS MIP et le CREA-ORS LR : « Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques dans les CAMSP, CMP et CMPP. »

« Il existe en Haute-Garonne un vrai déficit de prise en charge sanitaire ambulatoire. En effet, celui-ci est de 15,4 pour 1 000 enfants de moins de 21 ans versus 24,6 pour 1 000 en Midi-Pyrénées. En ajoutant l'activité sanitaire du CMPP Le Nébouzan et l'ensemble de l'activité du CMPP Saint-Simon, le taux atteint 19,4 pour 1000. Ce taux est bien inférieur au taux national calculé par la DREES en 2003 qui était de 33 pour 1 000 enfants de moins de 20 ans. La forte croissance démographique de ce département explique en grande partie ce déficit de prise en charge, les moyens n'ayant pas augmenté à la hauteur de la population. Le taux de prise en charge va continuer à baisser mathématiquement du fait de l'accroissement de la population dans les prochaines années. On constate que c'est dans le bassin de Saint-Jean-L'Union que le taux d'enfants pris en charge (CMP et CMPP) est le plus bas (14,8 enfants pour 1 000) et dans le bassin de Toulouse qu'il est le plus important (31,7 pour 1 000), alors que c'est le bassin de santé où les professionnels libéraux sont les plus nombreux. »

« Dans le Tarn, les files actives de l'ensemble de ces dispositifs, hors CMP dépendants du secteur du Tarn Sud pour lesquelles les données n'étaient pas disponibles au moment de l'enquête, totalisent 4 967 accompagnements d'enfants ou adolescents. Certains d'entre eux peuvent être en file active sur deux structures du fait de prise en charge conjointe ou de relais de prise en charge entre les deux structures au cours de l'année, sans qu'il soit possible de le quantifier. Rapporté à la population du département, cela correspond à un taux de 56,1 suivis pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, au-dessus de la valeur moyenne de Midi-Pyrénées et au 4e rang (en ordre décroissant) des huit départements, derrière l'Aveyron, le Lot et le Gers. »

4. Référence au PRS 2012-2017

a) Diagnostic régional 2012/2017

« Les « troubles mentaux » représentent un enjeu de santé publique important : près de 5 200 tentatives de suicide sont enregistrées dans les services d'urgence de la région en 2008, plus de 64 000 personnes bénéficient d'une exonération pour une affection psychiatrique de longue durée soit 2,3% de la population de la région. C'est le premier motif d'admission en ALD avant 65 ans et l'indice comparatif d'admission en ALD est supérieur à la moyenne nationale dans tous les départements. »

...

« La consommation de tabac et de cannabis diminue mais 30 % de jeunes de 17 ans fument quotidiennement. Les comportements favorables ou défavorables à la santé sont relativement homogènes, de l'agglomération toulousaine aux territoires les plus ruraux, mais les conduites à risques, les difficultés et la mauvaise santé des jeunes sont souvent associés à un contexte social et familial difficile. Certains indicateurs témoignent de difficultés spécifiques. De nouvelles formes d'usage de produits psychoactifs et notamment d'alcool sont préoccupantes dans la région comme dans le reste de la France. Plus de 1 200 tentatives de suicide par an dans les services d'urgence de la région concernent des jeunes de 15 à 24 ans marqueurs de leur fragilité et souffrance psychique. La surmortalité par accident de la circulation dans certains départements ruraux de la région objective aussi cette fragilité et les besoins de prévention. »

Démographie professionnelle en psychiatrie :

- La comparaison du nombre de médecins toutes spécialités confondues objective que la psychiatrie recense le plus grand nombre de médecins : 527 psychiatres sont répertoriés dans la région.
- 262 psychiatres ont 55 ans et plus et 154 d'entre eux sont âgés de 60 ans et plus. L'indice de vieillissement est de 49%. Les psychiatres du secteur privé sont les plus vieux (IV 62% vs IV public 34%).
- 61 % d'entre eux sont localisés en Haute-Garonne.
- La densité médicale et l'indice de vieillissement indiquent que la situation de l'Aveyron, du Tarn et du Lot pourrait faire l'objet d'un suivi particulier.

b) SROS – volet Psychiatrie adulte

(1) Orientation 1 : Faciliter le diagnostic des pathologies mentales et leur prise en charge précoce.

- Aider en amont les professionnels du premier recours et les familles dans chaque bassin de santé
- Organiser le parcours de soins dans les bassins de santé
- Organiser l'arrivée aux urgences

(2) Orientation 2 : Améliorer la fluidité des prises en charge

- Favoriser le maintien ou le retour des patients en milieu ordinaire
- Renforcer les liens avec les structures médico-sociales
- Corriger les points critiques

(3) Orientation 3 : Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie

- Structurer l'organisation de l'offre en psychiatrie
- Mettre en place le dispositif des soins psychiatriques sans consentement
- Définir les conditions d'organisation de la réponse pour les populations spécifiques

c) SROS – volet Psychiatrie infanto-juvénile

(1) Orientation 1 : Assurer les prises en charge le plus précocement possible

- Sensibiliser et former les professionnels de première ligne dans chaque bassin de santé
- Organiser le recours à un avis spécialisé
- Aider et accompagner les familles

(2) Orientation 2 : Améliorer la fluidité des prises en charge

- Articuler les prises en charge
- Promouvoir le travail en réseau

(3) Orientation 3 : Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile

- Structurer l'organisation de l'offre en psychiatrie
- Conforter les prises en charge spécifiques

d) Analyse des SROS 2012/2017

Les 3 orientations du SROS de psychiatrie adultes et les 3 orientations du SROS de psychiatrie des enfants et adolescents 2012 / 2017, déclinées chacune en 3 objectifs, sont toujours d'actualité et à maintenir.

Plusieurs objectifs du SROS rejoignent directement deux des axes prioritaires retenus par le projet médical de la CPT : l'axe urgences psychiatriques et l'axe séjours longs/réhabilitation psycho-sociale/médico-social/social.

B. ENJEUX ET OBJECTIFS

1. Synthèse des travaux menés

a) Synthèse des séances de travail

(1) Des difficultés à définir une organisation territoriale graduée de l'offre de soins pour cette filière

La superposition des découpages entre les secteurs psychiatriques adultes et infanto-juvéniles, les bassins et territoires de santé, les territoires d'attractivité des GHT, les limites administratives, les territoires des CPT..., sont autant d'éléments qui rendent une offre de soins parfois peu lisible.

La CPT a défini comme objectif d'améliorer la lisibilité de l'offre de soins et permettre aux différents acteurs du territoire à mieux se coordonner et à élaborer en concertation une politique territoriale de psychiatrie et de santé mentale.

La sectorisation garde toute sa pertinence dans la proximité, l'accessibilité aux soins et la continuité des soins y compris pour les patients en soins sans consentement.

Les secteurs de psychiatrie publique ne sont pas les seuls offreurs de soins et doivent développer et renforcer leur partenariat avec les autres acteurs du privé et du médico-social afin de garantir des soins adaptés et un égal accès aux soins.

Les membres de l'assemblée médicale proposent deux prismes pour appréhender la notion de gradation des soins en psychiatrie :

- Gradation dans les modalités de prise en charge et structures de prise en charge
- Gradation en termes de proximité / recours / référence et recherche / innovation

(2) Une augmentation de la population et de ses besoins

La population du territoire du GHT présente une des plus fortes croissances démographiques du territoire national, comme cela est évoqué dans le diagnostic global du territoire d'attractivité du GHT.

Outre cette augmentation en effectifs, les études montrent une augmentation importante des besoins de santé dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

En 2014, les affections psychiatriques de longue durée sont les quatrièmes affections les plus fréquentes après les maladies cardio-neuro-vasculaires, les diabètes et les tumeurs malignes. Le taux de croissance annuel moyen entre 2005 et 2014 du nombre de bénéficiaires sur cette ALD est proche de 3.2%³.

En 2014⁴, on recensait 1 231 660 personnes bénéficiant d'une prise en charge ALD pour affection psychiatrique de longue durée France entière et 1 279 340 en 2015, soit une augmentation de près de 4%.

Pour le seul département de la Haute-Garonne, en 2015, 24 940 personnes sont bénéficiaires de cette ALD dont 2 590 nouveaux cas sur l'année soit 10,3% des effectifs de l'année.

Sur ce département, le taux standardisé de cette affection longue durée est de 2 198 personnes pour 100 000 habitants. Ce taux est de 3 018 sur le Tarn, significativement supérieur aux taux régional et national.

³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie_Points de repère N°46-juin 2016 « Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005. »

⁴ Données issues de l'Assurance Maladie, statistiques et publications, mise à jour novembre 2016.

Au-delà des données quantitatives, les membres du groupe de travail font état de sollicitations de plus en plus importantes de la part du secteur médico-social « personnes âgées » pour des avis psychiatriques.

(3) Des difficultés en termes d'accès aux soins psychiatriques et de santé mentale

Alors que les besoins de la population sont en augmentation, l'offre de soins est insuffisante sur certains territoires ou dans certaines disciplines.

(a) L'offre médicale de recours en psychiatrie et santé mentale

La démographie professionnelle est extrêmement tendue sur cette filière dans le secteur hospitalier et, pour certaines zones, dans le secteur libéral.

Les deux tableaux ci-dessous illustrent ces tensions. Ils sont construits selon des découpages par bassin de santé et non par secteur psychiatrique.

Tableau : densité médicale pour 100 000 habitants⁵

	Neuropsychiatre			Pédopsychiatre			Psychiatre			Total
	Libéral	Sal.	Tot.	Libéral	Sal.	Tot.	Libéral	Sal.	Tot.	
Haute-Garonne	1.3	0.1	1.4	0.9	0.5	1.3	16	10.7	26.7	29.4
Tarn Castres	0	0	0	0	0	0	3.6	2.9	6.5	6.5
Tarn Lavaur	0	1.5	1.5	1.5	1.5	2.9	7.4	19.2	26.5	30.9

Tableau : médecins en effectifs au 1^{er} janvier 2015⁶

	Neuropsychiatre			Pédopsychiatre			Psychiatre			Total
	Libéral	Sal.	Tot.	Libéral	Sal.	Tot.	Libéral	Sal.	Tot.	
Haute-Garonne	17	1	18	11	6	17	205	137	342	377
Tarn Castres							5	4	9	9
Tarn Lavaur		1	1	1	1	2	5	13	18	21

Ces données sont à prendre avec grande précaution puisqu'elles comptabilisent les médecins inscrits à l'Ordre départemental, sans préciser si ces derniers sont en exercice ou retraités, ni la spécialité effective d'exercice.

Pour exemple, l'effectif de pédopsychiatre libéral du Tarn est retraité.

⁵ Source : RPPS au 1^{er} janvier 2015 – Exploitation ORS MIP / CREAI-ORS LR « Repérage et prise en charge des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent dans le CAMSP, les CMP et CMPP en Midi-Pyrénées »

⁶ Source : RPPS au 1^{er} janvier 2015 – Exploitation ORS MIP / CREAI-ORS LR « Repérage et prise en charge des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent dans le CAMSP, les CMP et CMPP en Midi-Pyrénées »

Tableau nombre de personnes en ALD « Affection psychiatrique de longue durée »⁷

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	< 20 ans	Population totale
Haute-Garonne	162	530	645	514	1 851	25 044
Tarn Castres	17	44	45	52	158	2 766
Tarn Lavaur	2	57	34	31	124	1 355

Si on rapporte le nombre de médecins (psychiatres, pédopsychiatres et neuropsychiatres) de chaque zone au nombre de bénéficiaires de l'ALD psychiatrique de la zone considérée, on compte :

- un médecin pour 66,5 patients en Haute-Garonne (25 044 / 377),
- un médecin pour 307 patients sur le bassin castrais (2 766 / 9)
- un médecin pour 49 patients sur le bassin vauréen (1 355 / 21)

Par ailleurs, les tendances d'évolution de la démographie professionnelle sont à la baisse avec une pyramide des âges défavorable.

(b) Les autres professions de santé intervenant dans la prise en charge des patients⁸

Pour les orthophonistes, tous les bassins de santé de Haute-Garonne présentent des densités d'orthophonistes libéraux supérieures à la moyenne régionale. Le bassin de Saint-Gaudens qui est le moins bien doté (26,7 orthophonistes/100 000 hbts vs plus de 40/100 000 pour les autres bassins) a une densité comparable au département du Tarn.

Pour les psychologues, on constate une inégalité de répartition sur le territoire, le bassin de Toulouse regroupant plus de la moitié des psychologues libéraux. Les situations des bassins de Cornebarrieu, Muret, Saint-Jean-L'Union et Villefranche-de-Lauragais sont similaires, avec des densités de psychologues libéraux supérieures à la moyenne régionale et à celles de tous les autres départements. Seul le bassin de Saint-Gaudens est dans une situation difficile avec 16,7 psychologues libéraux pour 100 000 habitants. Dans le Tarn, près de 300 psychologues sont dénombrés, présents dans tous les bassins, mais surtout sur ceux d'Albi et de Lavaur. Il s'agit pour plus des deux tiers d'entre eux de professionnels salariés. La densité des psychologues dans le Tarn est inférieure à la moyenne de Midi-Pyrénées.

Les ergothérapeutes sont présents dans tous les bassins de santé de Haute-Garonne. Les densités observées en Haute-Garonne sont proches des moyennes régionales. Dans le Tarn, les ergothérapeutes sont surtout présents dans le bassin d'Albi (deux sur trois). Sept d'entre eux exercent en libéral. La densité en ergothérapeutes dans le Tarn est presque au niveau de la moyenne de Midi-Pyrénées.

Le département de la Haute-Garonne concentre la moitié des psychomotriciens de la région et plus de 60 % des professionnels libéraux. Les densités de professionnels libéraux sont proches ou supérieures à la moyenne régionale (5,7 pour 100 000 habitants) dans tous les bassins de santé. Les densités observées en Haute-Garonne sont proches des moyennes régionales.

⁷ Source : CNAMTS – CCMSA – CNRSI 2013 - Exploitation ORS MIP / CREAI-ORS LR « Repérage et prise en charge des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent dans le CAMSP, les CMP et CMPP en Midi-Pyrénées »

⁸ « Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées », ORS MIP / CREAI-ORS LR, février 2016

La densité en psychomotriciens dans le Tarn est parmi les plus basses de celles observées en Midi-Pyrénées. Ils sont proportionnellement deux fois plus nombreux sur les bassins d'Albi et Lavaur que sur le bassin de Castres-Mazamet.

En synthèse, les bassins de Saint-Gaudens et de Castres, les plus distants de Toulouse, présentent les densités de professionnels les plus faibles, allant parfois jusqu'à une absence d'offre de recours (pédopsychiatrie sur Castres et sur Saint-Gaudens).

(c) Les délais d'attente dans les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques

Les données présentées dans ce paragraphe sont issues d'un rapport publié en novembre 2015, selon une enquête menée par l'Observatoire Régional en Santé de Midi-Pyrénées.

- Structures « Adultes »

Dans le territoire de la Haute-Garonne, les délais d'obtention d'un rendez-vous pour une situation jugée « grave » sont globalement corrects puisque 11 CMP/15 proposent un rendez-vous avec un psychiatre dans les 48h et que 14 CMP proposent un rendez-vous avec un membre de l'équipe dans les 24h. 2 CMP ne semblent pas suffisamment réactifs devant une situation urgente ou grave.

Les délais de rendez-vous avec un psychiatre sont globalement élevés : seulement 6 CMP/15 proposent un rendez-vous dans un délai inférieur à 1 mois en situation normale. Les délais de rendez-vous avec un des membres de l'équipe pluridisciplinaire sont eux aussi globalement élevés puisque 6 CMP ont des délais supérieurs à 7 jours en situation normale.

Le nombre de patients ayant bénéficié d'une consultation médicale immédiate et/ou d'un entretien d'évaluation immédiat durant la semaine de l'enquête représente 9% de l'ensemble de l'activité recensée durant cette période pour l'ensemble de la région (la population des plus de 16 ans de la Haute-Garonne représente 43% de la population régionale des plus de 16 ans).

L'accessibilité des structures toulousaines est cependant facilitée par des ouvertures pouvant aller jusqu'à 19 h certains jours. De plus, dans toutes les structures, les infirmiers répondent aux soins urgents non programmés en l'absence d'un médecin.

Tous les CMP disposent d'un répondeur téléphonique orientant les patients en dehors des heures d'ouverture vers le standard de l'hôpital psychiatrique de rattachement et/ou le service des urgences de l'hôpital général ou le 15.

Les partenariats avec les autres acteurs de la prise en charge sont relativement développés.

En complément des données de l'enquête, il convient de préciser que tous les CMP (urbains comme ruraux) ont organisé un entretien d'accueil infirmier sans délai.

Dans le territoire du Tarn les délais de rendez-vous en situation normale avec un médecin psychiatre sont parmi les plus importants de la région puisque seulement 2 CMP proposent un rendez-vous dans le mois de la demande. Les délais de rendez-vous avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire sont plus satisfaisants puisque 12 CMP proposent un rendez-vous en moins de 7 jours.

La réactivité pour les situations urgentes est à noter au niveau médical puisque 12 CMP proposent un rendez-vous avec un psychiatre dans les 48h. Seuls 9 CMP proposent un rendez-vous dans les 24h avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

En terme d'accessibilité, on constate que seul un des CMP d'Albi propose une ouverture jusqu'à 19h tous les jours de la semaine et que moins de la moitié des CMP mentionnent pouvoir délivrer des rendez-vous en dehors des heures d'ouverture de la structure.



Toutes les structures répondent aux soins urgents non programmés en l'absence d'un médecin par un infirmier, et/ ou un psychologue et/ou un cadre de santé.

Bien que la majorité des CMP ne dispose pas de plages de consultations médicales réservées aux urgences, les médecins et les personnels répondent à des sollicitations jugées urgentes ou graves.

Toutes les structures transfèrent les appels en dehors des horaires d'ouverture vers le standard du centre hospitalier ou le service des urgences de l'hôpital général pour le Tarn sud, vers le centre d'accueil permanent pour le Tarn Nord.

Les partenariats avec les structures sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire sont développés mais ne sont pas tous formalisés.

- Structures « Enfants »

Dans le territoire de la Haute Garonne, les délais d'attente d'un premier rendez-vous dans les CMP sont longs, que ce soit avec un psychiatre ou avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

En situation d'urgence, la majorité des CMP n'est pas suffisamment réactive ; seulement un sur cinq est en capacité de proposer un rendez-vous avec un psychiatre dans les 48h et un sur huit dans les 24h avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

On constate également des disparités entre les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : les délais sont beaucoup plus courts et les CMP plus réactifs dans le secteur 31103 que dans les deux autres secteurs. C'est également le secteur qui, la semaine de l'enquête, a suivi le plus d'enfants et qui a réalisé les deux tiers des entretiens immédiats du département⁹.

Dans les CMPP, les délais de rendez-vous sont également très longs. L'analyse montre que les délais sont plus importants pour les membres de l'équipe pluridisciplinaire que pour les psychiatres. Cela est probablement lié à l'organisation mise en place et au fait que la consultation médicale est la porte d'entrée dans le CMPP.

Dans le territoire du Tarn, les CMP sont plutôt réactifs pour la prise en charge des situations urgentes par un psychiatre. Ils se situent dans la moyenne régionale pour la prise en charge en situation normale.

Les délais de prise en charge par un membre de l'équipe sont globalement importants tant pour les situations d'urgence que pour les situations normales.

Il convient de souligner le taux important de non réponse aux questions concernant les délais de rendez-vous avec les professionnels paramédicaux qui pourraient être liés à un mode d'organisation basé sur l'entretien médical en première intention.

(4) Des difficultés en termes de fluidité et de coordination des parcours

Cette filière se caractérise par l'association de plusieurs déterminants :

- de fortes incidences et prévalences des pathologies psychiatriques, des addictions et des risques suicidaires, sur le territoire ainsi que des signalements pour radicalisation (Tarn et Haute-Garonne),
- une démographie professionnelle tendue en tout point du territoire mais particulièrement critique dans les bassins de Castres et de Saint-Gaudens,
- des traitements longs ou des situations chroniques avec une multiplicité d'intervenants,
- une offre de soins publique insuffisante dédiée à la prise en charge de patients complexes avec des comorbidités,

⁹ Les moyens dédiés aux structures ambulatoires dans ce secteur, sont historiquement plus élevés.

- une proportion plus importante des prises en charge sans consentement dédiée principalement au secteur public.

Cette association génère une saturation de la filière qui se traduit par des difficultés d'accès aux soins et une absence de fluidité qui entraîne une augmentation du recours à des soins non programmés.

(a) L'accès aux soins psychiatriques non programmés

Tout recours non programmé à des soins psychiatriques peut représenter une urgence psychiatrique.

L'urgence concerne donc l'ensemble des activités non programmées réalisées au sein des services d'urgences, en consultation et en hospitalisation (admission directe non programmée ou via les SU).

Les membres de l'assemblée médicale font état d'un engorgement des urgences psychiatriques, notamment sur le CHU, avec une très forte augmentation du recours aux urgences psychiatriques et des difficultés d'aval, particulièrement sur l'agglomération toulousaine où la structure des urgences psychiatriques présente une DMS supérieure à 72 heures, notamment pour les patients en situation de soins sans consentement.

De plus, il est relevé depuis quelques années une forte tension sur les lits d'hospitalisation à temps complet et sur les chambres d'isolement. La présence d'un cadre de régulation et d'information sur le site du CHGM et l'installation d'un « bed manager » partagé entre le CHGM et le CHU, ont permis une amélioration de la visibilité des lits, une meilleure coordination entre les deux établissements mais n'ont pu faire face à la forte sollicitation en amont et en aval des urgences.

Début 2013, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a lancé un appel à projets de recherche sur l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale. Il avait pour objectif d'encourager et de financer la réalisation de travaux scientifiques pour éclairer les politiques publiques et la prise de décision dans le domaine de l'organisation et de l'activité des soins en psychiatrie et santé mentale. Parmi les quatre projets retenus figurait le projet proposé par le Laboratoire interdisciplinaire solidarités, sociétés, territoires - Centre d'études des rationalités et des savoirs (LISST-CERS), coordonné par François SICOT, sociologue : « Parcours de soins et systèmes locaux de prise en charge : une comparaison entre territoires et établissements... ». Le rapport a été finalisé en décembre 2015.

Le rapport montre que tous les lits d'hospitalisation ne se valent pas et qu'il s'agit, pour les bed-manager des urgences psychiatriques « *de tenir compte du côté des établissements des caractéristiques des lits, des chambres mais aussi de la sélection qu'opèrent plus ou moins ces établissements en fonction de ce qu'ils estiment être leurs possibilités, leurs compétences, leurs missions.* »

Dans le rapport, on peut aussi lire :

« Pour les cliniques, un patient n'équivaut pas à tous les patients...on dit facilement d'un patient qu'il est clinicable ou pas... A l'opposé des cliniques qui peuvent choisir leur patientèle avec des critères qui peuvent différer, le centre hospitalier spécialisé est vu comme l'établissement qui peut accueillir tous les patients, quel que soit la lourdeur de la pathologie et de la situation sociale...

Les hospitalisations depuis les urgences incarnent parfaitement une des dimensions du système local de prise en charge : des établissements choisissent, d'autres n'en ont pas les moyens. La sélection opérée se traduit de manière systématique par une relégation des patients non retenus dans les centres hospitaliers et, plus globalement, une segmentation très précise de l'offre.

Les cliniques remplissent une fonction sociale : elles accueillent une patientèle qui souhaite éviter la stigmatisation de l'hospitalisation psychiatrique... Les centres hospitaliers accueillent le tout-venant. »

L'organisation de l'accueil des urgences psychiatriques adultes et infanto-juvéniles décrite dans le paragraphe relatif à l'état des lieux de la filière, fait apparaître :

- des organisations très variables sur le territoire d'attractivité du GHT selon les structures d'accueil présentes,
- une absence d'organisation sur certains territoires et/ou pour certains patients, notamment pour les jeunes patients dont l'âge est compris entre 15 et 16 ans.

Dans le recours aux soins non programmés, deux situations distinctes de patients sont identifiées :

1. le patient est déjà inscrit dans un parcours de soins adapté,
2. le patient n'est pas inscrit dans un parcours de soins adapté.

Le parcours « en urgence » des patients ainsi que le parcours « post-urgence », devraient être adaptés en fonction de l'une ou de l'autre de ces situations.

Pour ce qui concerne l'augmentation du recours au sein des SU et les organisations qui permettraient de diminuer ce mode de recours, trois pistes sont évoquées :

- L'admission directe sans passage par les SU, au sein d'une unité psychiatrique est une solution mais les grandes difficultés de fluidité sur ces unités limitent cette possibilité d'admission directe.
- L'activité non programmée au sein des CMP permet d'évaluer la situation et, soit de confirmer une situation d'urgence nécessitant un possible recours à un SU soit, de proposer une réorientation vers un parcours de soin plus classique.
- Pour les patients non-inscrits dans un parcours de soins, la mise en place d'un numéro d'appel unique, d'une régulation réalisée par un psychiatre

Le non programmé serait la modalité principale d'admission en hospitalisation dans les structures publiques mais chacun s'accorde à constater le manque de lisibilité de cette modalité d'admission, au sein des établissements parties mais aussi pour ce qui concerne les établissements du secteur privé.

Outre le recours aux SU, les modalités d'intervention du pré-hospitalier en urgence mériteraient d'être évaluées et adaptées : modalités d'intervention du SAMU, SOS médecin...

Le projet médical partagé doit également faciliter l'accès aux plateaux techniques somatiques des patients en soins sans consentement et plus particulièrement en situation d'ASDRE. Les Soins Sans Consentement ne doivent pas être un obstacle à l'accès à des plateaux techniques somatiques (Loi du 4 mars 2002 : « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne...garantie de l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé »).

L'association de la saturation de la filière et de la complexité des prises en charge et des parcours de soins rend nécessaire de porter une attention particulière à la coopération entre les intervenants du territoire.

(b) Une coopération indispensable entre les intervenants

La prise en charge des patients est par nature pluri professionnelle et pluri disciplinaire car interviennent de nombreux professionnels de métiers et de secteurs d'activité différents : médecins généraliste et spécialiste, infirmiers et aides-soignants, psychologues, rééducateurs, éducateurs, travailleurs sociaux...

Au-delà des compétences individuelles de chacun des professionnels, la fluidité des coopérations entre les intervenants est essentielle à la qualité de la prise en charge et à la fluidité de la filière.

Se rajoutent à la complexité des prises en charge et à la diversité des acteurs, de grandes disparités dans la mise en œuvre des missions de certaines structures médico-sociales à statut identique, voire parfois une méconnaissance de leurs spécificités respectives. Pour exemple, les missions et les orientations du SAMSAH « Route Nouvelle » sont sensiblement différentes de celles d'une autre structure, le SAMSAH associatif « Après ».

Ces dernières années se sont développées des coopérations avec des établissements privés : HAD PSYDOM et le dispositif de soins partagé en psychiatrie. Elles devront être renforcées.

Il semble indispensable d'améliorer la lisibilité des rôles de chacun des acteurs du territoire et de faire apparaître leur complémentarité dans la prise en charge des patients et des familles de façon à améliorer les orientations de ces derniers ainsi que les coopérations entre les structures ou les professionnels.

(c) Le patient, son environnement et l'équipe de soins

La prise en charge de cette population nécessite de porter une attention particulière à l'entourage des patients pris en charge :

- L'intégration des aidants et leur participation à la mise en œuvre du projet de soins personnalisé et du projet de vie restent un élément essentiel à la continuité et à l'observance des traitements par le patient.
- Une attention spécifique doit être portée aux enfants des parents suivis en psychiatrie ou des parents en ALD ou soignés pour une affection somatique grave, au-delà de la psychiatrie (cancérologie, maladies neurodégénératives...).

(5) L'accès au recours somatique des patients atteints de pathologie psychiatrique

Au-delà de la coordination des parcours de soins psychiatriques, la nécessité d'améliorer l'accès au recours somatique apparaît comme un enjeu majeur pour cette population vulnérable : accès aux soins somatiques programmés et non programmés. En effet les patients présentant des troubles psychiatriques ont des comorbidités somatiques fréquentes (les causes cardiovasculaires sont le plus souvent citées, ainsi que le diabète, les maladies respiratoires et infectieuses).

Ces comorbidités sont responsables d'une surmortalité largement supérieure à la population générale (entre 15 et 20 ans d'espérance de vie en moins pour les pathologies sévères).

L'accès aux recours somatiques de patients suivis pour pathologie psychiatrique est un axe majeur de travail et d'amélioration de la prise en charge de cette population qui doit bénéficier d'un accès aux soins somatique organisé et adapté.

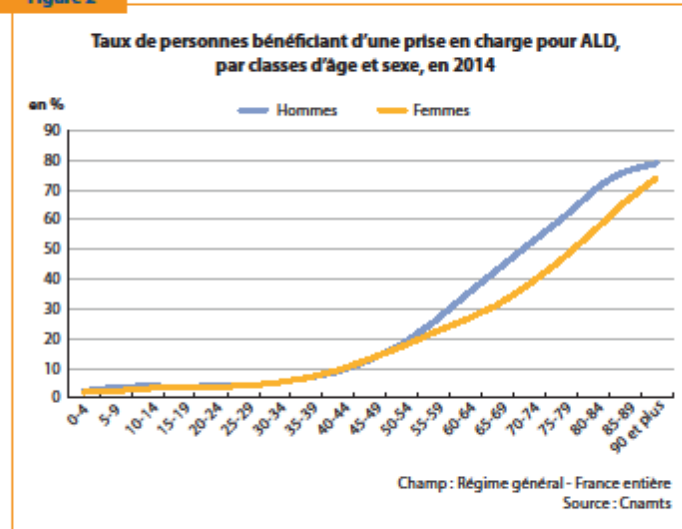
Les recours sont difficiles à obtenir et à organiser pour les patients hospitalisés en psychiatrie ou suivis en psychiatrie ambulatoire. Ces difficultés engendrent notamment des recours importants aux services d'urgences en cas de décompensation somatique en plus des recours pour accidents traumatiques.

L'accès aux soins de suite et de réadaptation reste très limité pour cette population car les unités de SSR ne sont pas organisées pour une prise en charge somatique des patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques. Ainsi, les patients suivis en psychiatrie et qui nécessitent une rééducation pour un problème post-traumatique ou neurologique, ont très difficilement accès à ces prises en charge.

La prise en charge somatique du sujet psychiatrique âgé mérite aussi une attention spécifique en raison des co-morbidités souvent associées. En effet, les bénéficiaires du dispositif des ALD sont en moyenne âgés de 62 ans. La prévalence des bénéficiaires dans la population assurée augmente très fortement avec l'âge pour atteindre 75 % chez les personnes de plus de 90 ans¹⁰ comme le montre la figure suivante :

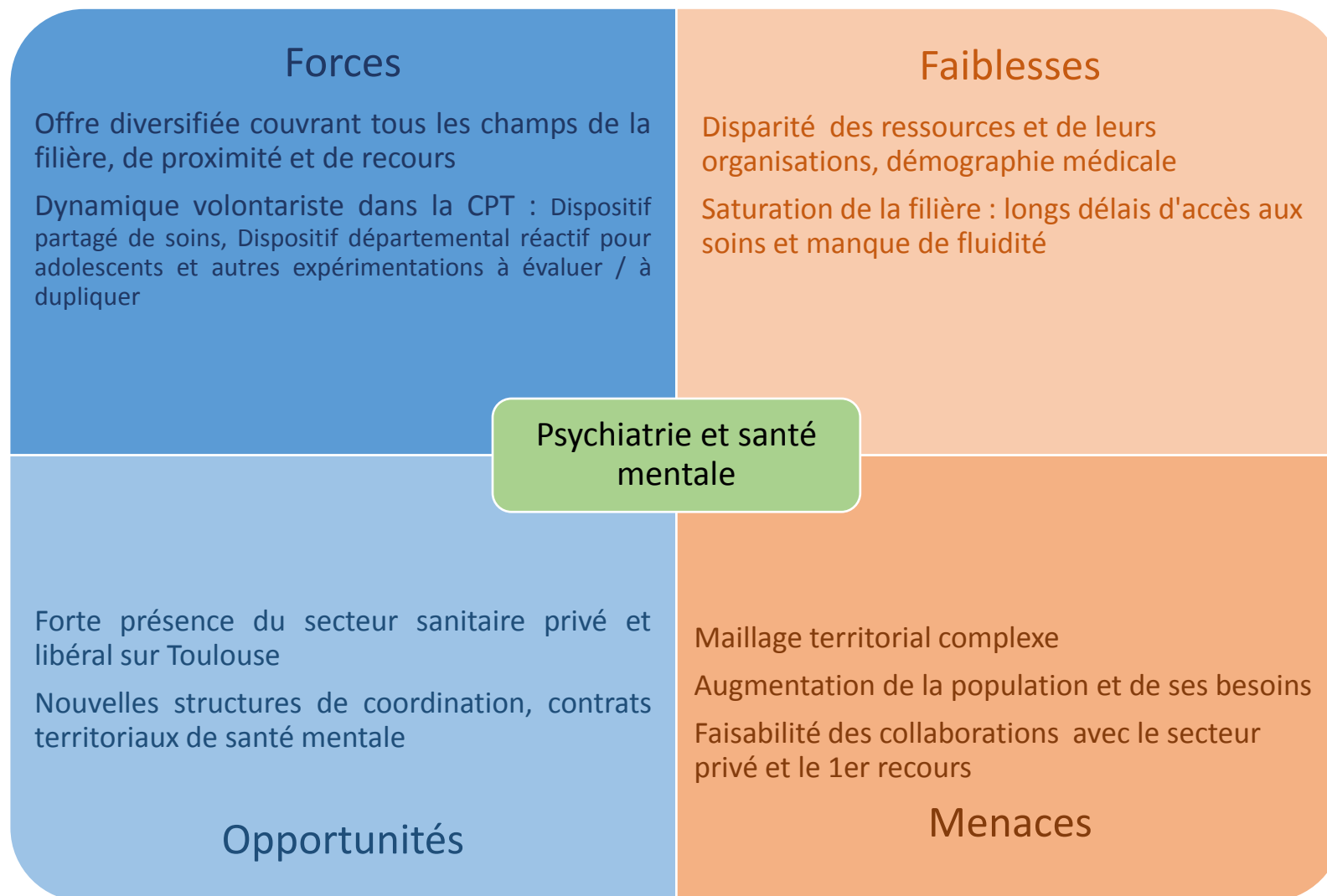
¹⁰ Source : CNAMTS, Points de repère – Numéro 46 juin 2016

Figure 2



Si les comorbidités les plus fréquentes dans la population générale sont les pathologies cardio-neuro-vasculaires, les diabètes et les tumeurs malignes, la maladie d'Alzheimer et autres démences touchent essentiellement les personnes de 75 ans et plus : l'âge moyen des bénéficiaires de cette ALD est 84 ans.

b) Matrice d'analyse stratégique





2. Thèmes prioritaires retenus

Les propositions inscrites pour la psychiatrie adulte devront être déclinées aussi pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi que pour la psychiatrie de la personne âgée.

Les travaux conduits dans le cadre de la CPT en vue de l'élaboration du projet médical partagé du GHT, seront proposés pour élaborer les contrats territoriaux de santé mentale. Les modalités d'organisation et de mise en œuvre des objectifs et actions de la filière santé mentale seront définies au regard des actions et organisations arrêtées dans le ou les projets territoriaux de de santé mentale, contractualisés dans chacun des contrats de santé mentale, en lien avec les communautés psychiatriques de territoire concernées.

a) Thèmes transversaux

(1) Améliorer l'accessibilité aux structures sanitaires de la filière et la fluidité de ces structures

(a) Améliorer l'accessibilité des structures ambulatoires ou hôpitaux de jour réactifs de psychiatrie

Différentes modalités d'organisations ont été expérimentées ou sont mises en œuvre :

1. dans chaque CMP pivot, dans le cadre de pratiques avancées, présence d'un infirmier de permanence pour une évaluation avec une orientation possible vers le psychiatre sur place ou vers la SU psychiatrique,
2. ouverture des CMP jusqu'à 20h ou le samedi matin,
3. développer les « Accueil de Jour Intersectoriel Réactif » (AJIR), y compris pour les adolescents (Hôpital de jour réactif Boris Vian)

Compte tenu des besoins identifiés sur le territoire de santé pour les adolescents, l'ARS Occitanie a acté la phase 1 du projet de dispositif départemental réactif pour adolescents de la Haute-Garonne : consultation réactive pour adolescents et Unité Mobile d'Évaluation et de Soutien (UMES) dans chacun des trois secteurs de Psychiatrie Infanto-Juvenile.

En accord avec les établissements responsables membres de droit ou associés à la CPT, dans la suite des travaux menés dans le cadre du projet global du dispositif, le CHU de Toulouse a déposé deux dossiers qui viennent compléter le dispositif :

- Phase 2 : Création d'une unité de consultation de crise et de régulation permettant une évaluation et une orientation immédiate dans la phase de crise,
- Phase 3 : Création d'une unité d'hospitalisation de crise de 6 lits qui a reçu un avis favorable des rapporteurs de la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins lors de la séance du 3 mars 2016.

L'ARS a donné la priorité aux phases ambulatoires du dispositif :

- Phase 1 : Consultation réactive pour adolescents et Unité Mobile d'Évaluation et de Soutien (UMES) pour chacun des 3 secteurs,
- Phase 2 : Création d'une équipe de consultation de crise intersectorielle, dossier déposé par le CHU de Toulouse.

Le projet de création de l'équipe de consultation de crise intersectorielle qui conditionne la mise en œuvre de l'ensemble du dispositif départemental, dont l'unité de crise de 6 lits est l'aboutissement devrait voir le jour en fin d'année 2017 au sein de la CPT après un premier bilan des Consultados / UMES (annoncé début octobre 2017).

Ce dispositif à 3 niveaux s'inscrit dans la volonté de la CPT d'améliorer et de conforter l'offre de soin psychiatrique pour l'enfant et l'adolescent dans le département de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest.

Ces réorganisations des modalités d'accueil (élargissement des plages horaires, gradation des prises en charge et des intervenants...) devront être adaptées aux contextes locaux et à la population cible de chacune d'eux.

Les CMP doivent pouvoir assurer un rendez-vous en moins de 72h lorsque la situation clinique le justifie, pour les patients sortant des urgences et améliorer les délais pour la prise en charge en situation normale.

- Réorganiser les modalités d'accueil en fonction des besoins de proximité.
- Solliciter les psychiatres privés : développer des partenariats ciblés sur des parcours spécifiques ambulatoires.

(b) Améliorer l'accessibilité aux hôpitaux de jour de psychiatrie

- Préciser les indications d'admission et évaluer l'opportunité de développer ou de réorienter les hôpitaux de jour en psychiatrie.
- Préciser aux partenaires que les missions des hôpitaux de jour de psychiatrie sont spécifiques en termes de complexité des pathologies et des environnements.

L'objectif serait d'améliorer la fluidité des unités d'hospitalisation, les hospitalisations de jour étant une modalité intermédiaire entre l'ambulatoire et l'hospitalisation : un patient hospitalisé pourrait être orienté vers une modalité d'accueil de jour et ainsi permettre une admission en hospitalisation plus de 24 heures pour un autre patient en situation plus critique. (cf AJIR)

(c) Améliorer l'accessibilité en hospitalisation conventionnelle

- Modalités d'admission :

Afin de déterminer les actions à mettre en œuvre, il apparaît nécessaire d'objectiver les modalités d'admission en hospitalisation à temps complet (intra-hospitalier) et de bien mettre en exergue la forte croissance démographique sur le territoire ainsi que la part des lits publics/privés afin de mieux appréhender le parcours de santé. A cet effet, une enquête sera réalisée au sein des établissements hospitaliers de la CPT : identifier les demandes d'admissions en intra hospitalier, les admissions effectives, la part des admissions programmées, la part des admissions non programmées, la part et l'évolution des soins sans consentement, le sur-effectif des unités et pour ces dernières, la provenance : CMP, SU, autre (à préciser).

Structures concernées : unités d'admission en intra hospitalier (plein temps), sectorisée et intersectorielle, psychiatrie générale et infanto-juvénile.

Dans un premier temps, il conviendra de définir une méthodologie unique de réalisation de cette enquête, applicable à l'ensemble des établissements.

- Solliciter les établissements privés :

Il conviendra de développer des partenariats ciblés avec les structures privées partenaires sur des parcours spécifiques.

(d) Améliorer et harmoniser la couverture territoriale de l'offre de recours en psychiatrie

Au regard des fortes disparités des densités professionnelles dans certaines zones, cet axe de réflexion devra être intégré aux travaux à mener par la CPT, notamment dans le cadre des contrats territoriaux de

santé mentale, en lien avec les établissements des secteurs publics et privés des territoires concernés ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux.

- Au sein de chaque secteur, une amélioration de la couverture territoriale de l'offre de recours en psychiatrie sera recherchée (Exemple du revélois).
- Le développement de la télé expertise et de la télé consultation devra aussi être étudié.
- Compte tenu de la très forte croissance démographique sur l'agglomération toulousaine, la création d'un secteur psychiatrique supplémentaire est pertinente et devra être étudiée.
- Le renforcement des moyens dédiés aux CMP dans les secteurs concernés comme le renforcement du nombre de lits actifs doivent aussi être étudiés y compris les dispositifs d'équipes mobiles.

Ces propositions permettraient aussi d'améliorer la fluidité de la filière.

(2) Améliorer la coordination des prises en charge

(a) Le parcours de soins et de vie

Mettre en place un « plan personnalisé de soins et projet de vie »

- Selon une trame unique pour l'ensemble des établissements et structures de la CPT dans un premier temps puis proposer cette trame à l'ensemble des établissements du territoire couverts par la CPT et le GHT,
- Le plan personnalisé de soins et projet de vie doit être défini entre le patient, le psychiatre référent et l'équipe de soin en psychiatrie,
- Il doit être suivi, coordonné et évalué par l'équipe référente de psychiatrie, en lien avec le médecin traitant et la structure médico-sociale (SAMSAH par exemple).

(b) La fonction de coordination du parcours de soins et de vie

Objectif : promouvoir l'innovation en pratiques professionnelles et l'émergence d'une nouvelle fonction dont l'opportunité est à évaluer : « coordonnateur de parcours ».

(c) Le soutien aux aidants

Objectif : soutenir les familles et les aidants au quotidien en développant les services d'aide aux familles et les « espaces familles ».

- Améliorer et développer les interventions rapides au domicile.
- Développer l'éducation thérapeutique aux aidants.
- Organiser le soutien aux enfants de parents atteints de troubles mentaux sévères ou atteints d'une affection organique grave ou en ALD pour une affection non psychiatrique.

(3) Coopérations des structures et des professionnels

(a) Le partage d'information entre professionnels

L'objectif est, à terme, de disposer d'une plateforme partagée de coordination du parcours patient pour permettre la transmission des informations nécessaires à la coopération entre les différents professionnels et structures de la CPT qui interviennent dans la prise en charge sur le plan sanitaire, médico-social et social.

Une réflexion sera conduite afin de permettre l'accès au dossier médical du patient entre professionnels de santé : faciliter l'interrogation des systèmes d'information (accès au dossier patient quelque soit l'application utilisée par les établissements parties).



(b) Soutenir la réactivité du premier recours

L'objectif est de réduire la saturation de la filière et de prévenir la crise et le recours à l'urgence en développant les liens avec les médecins généralistes en vue de :

- faciliter les diagnostics des pathologies mentales et leur prise en charge précoce,
- soutenir les médecins du premier recours dans ces prises en charge, auprès des patients et des aidants,
- développer la prévention secondaire.

Différentes actions ont été évoquées. Elles ne pourront se mettre en place qu'avec un accompagnement et un soutien de l'ARS.

- Développer le dispositif de soins partagés en psychiatrie (CHU de Toulouse, CH G Marchant et URPS Psychiatres libéraux) après son évaluation.
- Poursuivre l'ouverture des stages en psychiatrie dans le cadre de la formation des internes en médecine générale (voir avec le coordonnateur du DES de Médecine Générale).
- Améliorer les échanges et le recours à l'équipe psychiatrique : développer l'utilisation de la messagerie sécurisée, mettre en place un accès privilégié à l'équipe psychiatrique hospitalière, animations scientifiques communes, échanges de pratiques, formations dans le cadre du développement professionnel continu...

(c) Développer les dispositifs de collaboration avec la psychiatrie privée et libérale

- Améliorer les articulations et les complémentarités avec les psychiatres libéraux et les établissements privés,
- Repérer parmi les psychiatres libéraux une valence particulière dans la prise en charge (par ex TCC, Hypnose, Post trauma, Thérapie d'approche psychanalytique,...).
- Organiser la réorientation vers des psychiatres libéraux de patients non connus à partir des urgences ou des CMP pour des nouvelles demandes de prises en charges et être un recours pour les patients particulièrement complexes,
- Renforcer l'HAD psychiatrique (PSYDOM 31) après son évaluation,
- Créer un répertoire opérationnel des ressources commun entre le public et privé,

Ces actions devront être conduites conjointement avec les représentants psychiatres de l'URPS, des établissements privés autorisés en psychiatrie, et bénéficier de l'accompagnement et du soutien de l'ARS.

(d) Améliorer la coopération entre le sanitaire et le médico-social

Différentes actions ont été proposées:

- développer des équipes psychiatriques d'appui aux structures médico-sociales. Ces équipes sont chargées de faire le lien avec les structures sanitaires de secteur, sur les postes de psychiatres non pourvus au sein des établissements médico-sociaux.
- développer les stages croisés entre les secteurs sanitaire et médico-social pour les professionnels de santé.
- développer l'usage de la télé expertise et de la téléformation entre les structures sanitaires et les structures médico-sociales.

(4) Accès aux soins somatiques

Une consultation annuelle auprès d'un médecin généraliste devrait être mise en place sur les thématiques cardio-vasculaires, pulmonaires, métaboliques et addictive.

Dans le champ MCO, trois pistes d'amélioration ont été identifiées :

- organisation de l'accès aux recours de spécialités pour les patients de la filière psychiatrique (quelles spécialités en première intention, quel établissement de recours, qui au sein de l'unité, recours en présentiel ou par télémedecine ...),
- organisation opérationnelle du recours en présentiel, du retour patient, de l'envoi du compte-rendu et de ses destinataires,
- développement de la télé-expertise entre d'une part les structures sanitaires et médico-sociales de psychiatrie et les services de spécialités somatiques d'autre part.

Il sera mis en place, dès la naissance, un suivi médical somatique et psychologique spécifique et coordonné pour les enfants de parents atteints de pathologie psychiatrique auprès des unités de psychiatrie de l'enfant de la CPT en lien avec les services d'obstétrique et de pédiatrie.

La prise en charge somatique en urgence des patients suivis pour pathologie psychiatrique a été traitée dans le cadre de la filière « urgences et soins critiques ».

Dans le champ SSR, l'orientation et les admissions en unité SSR de patient de psychiatrie pour des affections somatiques, devront être organisées avec la filière SSR du GHT ou les établissements privés positionnés sur le SSR.

(5) Lisibilité de l'offre dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

Afin d'améliorer la coordination des parcours et la coopération entre les acteurs, l'amélioration de la lisibilité des différents intervenants sur le territoire est indispensable.

- Réaliser une cartographie des structures sanitaires, médico-sociales et sociales qui précise au-delà des missions « statutaires » de chacune, leurs spécificités et les orientations thérapeutiques, les critères d'admission, d'inclusion et d'exclusion...
- Diffuser cette cartographie aux membres de la CPT, aux membres du GHT, aux professionnels de santé libéraux et aux structures sanitaires et médico-sociales privées et, dans le cadre des contrats territoriaux de santé mentale.

(6) Droits des usagers

Les Droits de l'Homme ne s'arrêtent pas aux portes des prisons ou des hôpitaux psychiatriques (Article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme : « Nul ne peut être soumis à la torture ou à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »).

Le malade souffrant de trouble psychique est d'abord un citoyen à part entière (non un citoyen de seconde zone).

Les établissements psychiatriques sont des espaces de soin où les droits et les libertés fondamentales sont garantis. L'interdiction générale et absolue, quel que soit le sujet concerné, est non seulement peu respectueuse des droits des patients hospitalisés, mais aussi s'avère contre-productive.

L'aspect contenant du cadre thérapeutique dans certaines circonstances fait partie des modalités de soin en psychiatrie (limiter les stimulations, Mise en Chambre d'isolement, contenir la violence en lien avec l'état clinique, prévenir le suicide,...).

Les aménagements des conditions d'hospitalisation sont prescrits selon l'état clinique des patients au cas par cas et évalués régulièrement au regard de l'évolution de leur état de santé.

Les droits fondamentaux et la dignité des patients hospitalisés font partie intégrante de la prise en charge et du parcours de soin. Il est important de trouver un équilibre entre les libertés fondamentales et la sécurité des soins.

Un livret d'accueil est remis au patient à son admission, un accompagnement par un soignant est possible et conseillé à tout moment à la demande du patient.

Les liens avec les aidants et les familles sont à renforcer toujours avec l'accord du patient. Les relations avec curateurs et les tuteurs sont à améliorer dans une perspective d'un travail sur le parcours de vie du patient. Ce renforcement pourra s'appuyer sur les comités des usagers et les comités d'éthique.

b) Parcours ou épisodes de soins spécifiques

(1) Les soins psychiatriques non programmés

L'amélioration de l'accessibilité à une prise en charge psychiatrique en urgence, en tout point du territoire, par les SU, les CMP ou par les admissions directes avec l'appui des structures ambulatoires, sera recherchée. Cet objectif nécessite une amélioration de l'accessibilité des structures ambulatoires et de la fluidité de la filière post urgences avec augmentation des capacités d'hospitalisation dans le secteur public comme proposée supra.

L'harmonisation des modalités d'accueil des 15 / 16 ans sera réalisée, en lien avec les établissements concernés (CH de Lannemezan notamment).

Les axes de travail afin d'améliorer la PEC psychiatrique non programmée pour prévenir le recours aux SU :

- développer les Equipes mobiles d'intervention et de crise (EMIC) ou Equipe Mobile d'Urgence et de Post-Urgence Médico-Psychologique (type ÉRIC : Equipe Rapide d'Intervention de Crise en santé mentale) sur l'ensemble du territoire,
- développement des moyens dédiés à la prise en charge des situations de crise en pédopsychiatrie grâce aux financements pluri annuels de l'ARS sur ce thème,
- renforcer les liens avec le SAMU notamment par la création d'un poste partagé EMIC / SAMU et/ou SUpsy / SAMU,
- Améliorer l'accessibilité des structures ambulatoires ou hôpitaux de jour réactifs de psychiatrie (cf supra, §3.2.1.1.)

Le passage par une SU psychiatrique :

- Pour l'amont de la SU, il conviendra de proposer des protocoles précisant les modalités d'intervention et de transports médicalisés des patients psychiatriques : liens psychiatrie / SAMU, psychiatrie/SOS médecin...(en présentiel ou non du psychiatre selon les indications, si non présentiel, quelle modalité d'intervention des psychiatres ?...)
- Aux urgences, le partage des pratiques organisationnelles, notamment pour les accueils des adolescents, et l'harmonisation des procédures d'évaluation et d'orientation au sein des SU seront recherchés. Une attention particulière sera portée aux situations d'urgence avec soins sans consentement, particulièrement fréquentes sur l'agglomération toulousaine. Une réflexion autour de critères opérationnels de « filière psychiatrique en tension » sera menée afin d'éviter des séjours trop longs aux urgences, notamment pour les patients en soins sans consentement. Il faut tendre vers un fonctionnement type centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA)¹¹
- La fluidité de l'aval des urgences psychiatriques à partir des SU Psychiatriques ou SU MCO devra être améliorée avec un accès spécifique, organisé et rapide vers les structures psychiatriques

¹¹ Traiter la crise par la consultation, la consultation prolongée, voire une hospitalisation sur place (72 h) ; mettre en œuvre la réponse nécessaire à l'urgence somatique si elle est associée ; recevoir le patient et sa famille, ou l'entourage qui vient demander conseil en l'absence du patient ; orienter secondairement vers une consultation ambulatoire ou une hospitalisation libre ou sans consentement, selon l'état du patient ; répondre au téléphone 24 h/24 pour toute demande de conseils, de renseignements sur les structures de soins, dans le strict respect du secret médical et sans pour autant remplacer la consultation.

ambulatoires, les unités d'hospitalisation complète ou de jour ou vers les établissements privés, très nombreux dans l'agglomération toulousaine et qui seront à solliciter en ce sens.

Les actions proposées :

- évaluer les besoins en lits des unités de lits post-urgences (équivalent UHCD) et spécifiquement pour la filière relative aux soins sans consentement (type lits de crise sur la Haute Garonne),
- création d'un nouveau secteur de psychiatrie générale eu égard à la forte croissance démographique sur le département de la Haute Garonne,
- améliorer l'accessibilité des PEC ambulatoires :
 - o améliorer l'orientation de la prise en charge post-urgence selon la situation du patient (connu, non connu...)
 - o au sein des CMP : rapidité de la prise en charge et des rendez-vous en post-urgence, structuration des liens entre les psychiatres des urgences et ceux des CMP, identification des pratiques avancées déjà en place, les opportunités en pratiques avancées et délégation de tâches (selon protocole HAS) et les développer avec valorisation de ces activités, organiser les accueils non programmés de façon adaptée au bassin de vie et à la population (organisation propre à chaque CMP).
 - o harmoniser le parcours patient post-urgence et valoriser l'adaptabilité en fonction de la situation clinique
 - o aux hospitalisations dans le secteur privé, HAD psychiatrique et hôpitaux de jour (cf AJIR).
- promouvoir le modèle des Centres de Thérapie Brève (PEC ambulatoire de la crise)
- établir des conventions bilatérales entre la SU psychiatrique et les établissements psychiatriques privés. Assouplir le fonctionnement des admissions post-urgences 7j/7, 24h/24 pour la filière « hospitalisations libres »

(2) La réhabilitation psycho-sociale (RPS)

(a) Création d'une plateforme territoriale ambulatoire de RPS

L'assemblée médicale propose la création d'une plateforme ambulatoire de réhabilitation psycho-sociale et qui a vocation à devenir un centre de référence, en complémentarité du centre de RPS intra hospitalier de G. Marchant à destination des patients en voie de stabilisation et non autonomes.

Cette plateforme aurait un ressort territorial (territoire couvert par la CPT) et serait mise en œuvre grâce à une mutualisation des compétences, sous réserve de l'obtention de financements complémentaires, portée par les acteurs sanitaires et médico-sociaux de la CPT.

(b) Développer la réhabilitation psycho-sociale en intra-hospitalier et en extra-hospitalier

- Commencer la RPS lors de l'hospitalisation.
- Faire reconnaître et développer de nouvelles modalités d'hospitalisation : les unités de « soins de suite et de réhabilitation » (équivalent des SSR dans les prises en charge somatiques), notamment pour certains patients « séjours longs » : patients en, voie de stabilisation mais non autonomes. Les patients en voie de stabilisation et autonomes et stabilisés seront préférentiellement orientés vers les centres de « post-cure » et hôpitaux de jour dans une perspective de consolidation et d'accompagnement dans la cité. Quant à ceux stabilisés et autonomes, ils bénéficieront de PEC adaptée type CMP, CATTP, GEM.
- Evaluer et développer les places en appartement thérapeutique et l'accueil familial thérapeutique et social

- Mettre en place le projet HOME : projet de soins communautaires avec des conditions d'inscription minimales et une durée d'accompagnement flexible, projet issu du dispositif expérimental « un Chez Soi d'Abord ».
- Renforcer la « domiciliation » : accès à des appartements supervisés mis à disposition par convention avec un bailleur social et intervention d'une équipe dédiée au domicile.
- Développer les partenariats avec les dispositifs sociaux de type « résidence-accueil » et de centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

(c) Renforcer la RPS par les structures médico-sociales

- Evaluer le nombre de places de SAMSAH au regard des besoins tant sur le plan quantitatif que qualitatif : nombre de places suffisantes, nombre de places en fonction des orientations différenciées de ces derniers pour pouvoir orienter les patients vers la structure la plus adaptée en fonction de chacune des situations selon le plan personnalisé de soins et projet de vie personnalisé.
- Valoriser et accompagner les groupes d'entraide mutuelle.
- Promouvoir les diplômes et formations en réhabilitation psychosociales à l'instar de ceux développés par la structure Route Nouvelle.

(d) Développer les liens avec les bailleurs sociaux et les employeurs des bassins de vie

- Faciliter l'accès au logement grâce à une convention avec les bailleurs sociaux dans le cadre du contrat local de santé mentale,
- Développer le tutorat dans le cadre du retour à l'emploi...

(3) Parcours spécifiques qui devront être améliorés

(a) Transition enfance / adolescence / âge adulte

Les objectifs prioritaires identifiés sur ce parcours spécifique sont les suivants :

- améliorer l'accompagnement et la coordination du parcours du patient à chacune de ces transitions,
- améliorer l'accompagnement de la famille lors de ces transitions,
- améliorer la coopération entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte tout au long de cette transition.

Une première action à mettre en place serait d'adapter la limite d'âge de transition aux situations individuelles du patient et des aidants.

La continuité du dossier médical entre une prise en charge « pédiatrique » et une prise en charge par des unités d'adultes est à garantir.

(b) Soins en milieu pénitentiaire

Le CHGM a la particularité d'avoir un service de psychiatrie adulte en milieu pénitentiaire (UHSA), avec un recrutement sur l'ensemble de l'Occitanie selon un parcours de soin particulier et dont l'accroissement semble être annoncé avec la construction de plusieurs établissements pénitentiaires vers 2020/22 ; la prise en charge de ce public a un impact transversal sur l'organisation territoriale des soins qui est à prendre en compte.



(c) Les conduites addictives

Les actions de prévention identifiées visent les services de la médecine du travail, de médecines scolaires et universitaires (Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et PsychoSociale).

Il conviendra de formaliser les échanges par la mise en place de formations, la diffusion de la cartographie de l'offre de soins en psychiatrie et des structures dédiées à l'addictologie...

Les actions relatives à la prise en charge :

- finaliser la structuration de la filière addictologie sur le territoire et organiser les coopérations avec les structures et services d'addictologie clinique (équipes de liaison, unités d'hospitalisation MCO et SSR...)
 - o renforcer les ELSA dans les établissements autorisés en psychiatrie hors CHU,
 - o développer les valences dans les hôpitaux de jour,
 - o développer des postes partagés (assistants ou PH) entre le CH et les établissements autorisés en psychiatrie,
 - o optimiser l'articulation des prises en charge complexes (avec comorbidités somatiques) avec le service d'addictologie clinique du CHU.
- poursuivre le développement des formations et la structuration de l'enseignement pour les personnels non-médicaux.
- améliorer les partenariats entre le service d'addictologie clinique du CHU et les SSR addictologie, le CH G. Marchant...

(d) La prise en charge du sujet âgé

Les actions mises en œuvre devront être portées conjointement par la filière « psychiatrie et santé mentale » et la filière « personnes âgées et vieillissement ».

- Il conviendra de clarifier les indications et l'organisation des recours géronto-psychiatrique et psycho-gériatrique. Il pourrait être proposé de constituer des équipes territoriales mobiles communes ou un recours à l'un ou l'autre des avis par télé-expertise de façon à optimiser les ressources territoriales sur ces deux disciplines en tension alors que les sollicitations sont en constante augmentation de la part du secteur médico-social.
- Le handicap psychique vieillissant : étudier la pertinence de l'identification de structures d'hébergement spécialisées.
- Les troubles psychiatriques sévères et résistants de la personne âgée : création d'une unité d'hospitalisation intersectorielle spécialisée de psychiatrie dont la capacité doit être définie après une évaluation du besoin au regard de la filière de la CPT.

Améliorer la coordination des prises en charge somatiques de gériatrie des patients âgés de la filière psychiatrique : cet objectif a été proposé et décrit dans le cadre de la filière personnes âgées et vieillissement.

(e) La prise en charge des sujets ayant un handicap psychique ou psycho moteur

Développement de partenariats avec les associations du secteur médico-social dans le champ du handicap psychique aboutissant à la signature de conventions listant un certain nombre de coopérations à mettre en œuvre et notamment :

- création d'unité de liaison inter sectorielle du handicap psychique (équipe mobile psychiatrique d'appui),
- organisation de stages croisés,
- ouverture des catalogues de formation.



c) Recherche

La recherche dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale est une opportunité pour créer une dynamique de rapprochement et d'engagement des établissements de santé autorisés en psychiatrie (publics/privés) et des services de psychiatrie universitaires dans la région Occitanie.

L'essor des projets de recherche dans la région témoigne d'une réelle volonté parmi les psychiatres, les psychologues et les infirmiers de la région, de collaborer à une activité de recherche performante.

La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé mentale (FERREPSY) est une structure fédérative d'établissements publics/privés en région Occitanie sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (Arrêté du 2 février 2017 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public).

Ses principales missions consistent notamment à encourager et faciliter toute action dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale visant dans la région à :

- l'échange et le partage des pratiques, l'organisation de réseaux et la mutualisation des moyens entre les équipes soignantes,
- l'amélioration de la qualité des soins,
- la formation,
- la recherche.

Le siège du groupement est fixé au Centre Hospitalier Gérard Marchant (134 Route d'Espagne 31057 TOULOUSE).

Un Institut des Handicaps Neurologiques, Psychiatriques et Sensoriels a été créé au CHU en 2014. Il embrasse les différentes disciplines qui touchent à la thématique des handicaps dans le cadre de pathologies chroniques dans le champ des maladies neurologiques, psychiatriques et sensorielles. La création de cet institut repose sur une base d'interactions fortes, déjà existantes, entre ces différentes disciplines.

Cet institut a le statut de Fédération Hospitalo-Universitaire (FHU) : cette FHU sur les Handicaps Cognitifs, Psychiques et Sensoriels (HoPeS) permet de structurer les activités de recherche, de soin et d'enseignement autour d'une thématique resserrée : les handicaps "invisibles", qu'ils soient cognitifs, psychiques et/ou sensoriels.

Une perspective originale « tout au long de la vie » a été choisie afin de proposer une vision globale de l'enfance à l'âge adulte.

3 axes thématiques ont été identifiés pour cette FHU HoPeS :

- dépistage, diagnostic et intervention précoces,
- suivi et évaluation tout au long de la vie,
- prévention, remédiation et réadaptation

L'objectif principal de la FHU HoPeS est de décloisonner les disciplines et les professions, afin de fédérer et de mutualiser les savoir-faire des différents acteurs du soin et de la recherche autour de la notion de handicap. À côté des pôles cliniques du CHU et des équipes de recherche Inserm, CNRS et Université de l'agglomération toulousaine concernés par cette thématique, des établissements sanitaires et médico-sociaux de la région ont été sollicités pour devenir partenaires du projet, et notamment le CHS Gérard Marchant.

3. Enjeux, Objectifs et Actions

ENJEU : Fluidité des parcours et coopérations entre les acteurs	
Objectif : Lisibilité de l'organisation de la prise en charge et des intervenants en psychiatrie et santé mentale	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<p>L'amélioration de la lisibilité des différents intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social sur le territoire est indispensable à la coordination des parcours et à la coopération entre les acteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une « cartographie » qui précise les orientations spécifiques de chacune des structures sanitaires, médico-sociale et sociale en précisant le niveau de recours / gradation : secteur, territoire, régional. - Diffuser cet outil à l'ensemble des intervenants et aux médecins généralistes, spécialistes libéraux, psychologues libéraux...
Objectif : Renforcer les coopérations, reconnaître les spécificités, partager les expertises	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<p>Développer les dispositifs de collaboration avec le secteur hospitalier privé, la psychiatrie libérale et la médecine du premier recours, avec le soutien de l'ARS et de l'URPS des médecins libéraux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la complémentarité entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé en identifiant les particularités de chacun des deux secteurs ainsi que les spécificités des établissements. - Soutenir et renforcer la réactivité de la médecine de premier recours : faciliter les diagnostics précoces, l'accès au recours vers le psychiatre ou l'équipe référents, développer la prévention secondaire... - Partager un outil unique de « Plan personnalisé de soins et de projet de vie » - Augmenter et promouvoir le recours à l'HAD psychiatrique ainsi que l'offre d'HAD psychiatrique. - Développer des pratiques avancées pour les professionnels. <p>Renforcer les coopérations entre le sanitaire et le médico-social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe territoriale de psychiatrie partagée par les établissements médico-sociaux, développer les stages de formation croisés. - Développement de la télé expertise et de la téléformation entre les structures / établissements.
Objectif : Améliorer la coordination du parcours de soins	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une trame unique de « Plan personnalisé de soins et projet de vie » sur l'ensemble du territoire d'attractivité du GHT. - Développer la fonction de coordonnateur de parcours (« case-manager »). - Développer le soutien aux aidants. - Respecter et promouvoir les droits des patients et favoriser l'acquisition des compétences.

ENJEU : Améliorer l'accessibilité aux soins	
Objectif : Améliorer l'accessibilité aux soins de psychiatrie	
Actions proposées au titre du projet de soin et du projet médical	<p>Soins non programmés : cette action concerne les structures d'urgence et les structures ambulatoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En lien avec la filière psychiatrie et le SUP de Toulouse, harmoniser les organisations au sein des SU MCO ainsi que les modalités de prises en charge des 15 – 16 ans et des soins sans consentements, renforcer les liens avec le SAMU. - Adapter les organisations des CMP pour augmenter les capacités d'accueil en consultation non programmée. - Favoriser les admissions directes en hospitalisation conventionnelle et de jour, à partir des CMP (vers les secteurs public et privé). - Développer les actions identifiées en vue de fluidifier l'aval des urgences psychiatriques (intervention de crise). - Poursuivre la montée en puissance du dispositif départemental réactif pour adolescents de la Haute-Garonne, accompagné par l'ARS. <p>Couverture territoriale et recours en psychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - création d'un nouveau secteur de psychiatrie générale sur l'agglomération toulousaine, renforcer les CMP, augmenter les lits de soins actifs. - amélioration de la couverture territoriale au sein de chaque secteur, développement de la télé expertise, - création d'une équipe territoriale de recours psychiatrique pour les établissements médicaux-sociaux
Objectif : Améliorer l'accessibilité aux recours spécialisés somatiques pour les patients de la filière psychiatrie et santé mentale	
Actions proposées	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier la réalisation de bilans médicaux somatiques réguliers pour tous les patients de la file active de la filière - Organiser l'accessibilité en présentiel par spécialité somatique de référence : organiser le recours, le retour patient, l'envoi du CR... - Développer la téléconsultation et la télé expertise de recours somatique (avis en cardiologie, neurologie, pneumologie, endocrinologie...) - Mettre en place un suivi médical spécifique et coordonné des enfants de parents atteints de pathologie psychiatrique - Améliorer l'orientation et l'admission en unités de soins de suite et de réadaptation des patients de la filière psychiatrique qui nécessite une prise en charge rééducative somatique
Objectif : Améliorer les parcours spécifiques	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical partagé	<p>Cinq parcours spécifiques ont été identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transition enfance / adolescence / âge adulte - Soins en milieu pénitentiaire - Conduites addictives - Le sujet âgé - Les sujets handicapés Psychiques ou psycho moteurs.

ENJEU : Développer la réhabilitation psycho-sociale (RPS)

Objectif : Création d'une plateforme territoriale ambulatoire de RPS

<p>Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical</p>	<p>Cette plateforme, portée par la CPT serait un centre de référence, complémentaire du centre de RPS intra hospitalier de G.Marchant à destination des patients hospitalisés en séjours longs. Elle aurait une vocation territoriale (territoire couvert par la CPT) et serait mise en œuvre grâce à une mutualisation des compétences, sous réserve de l'obtention de financements complémentaires.</p>
---	---

Objectif : Développer la RPS en intra et en extra hospitalier

<p>Action proposées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anticiper la RPS dans les parcours de soins. - Développer de nouvelles modalités d'hospitalisations dédiées à cette prise en charge, sous réserve d'une reconnaissance et d'un financement spécifiques et définir les indications d'orientation vers ces unités. - Renforcer la RPS réalisée par les structures médico-sociales ainsi que les liens avec les bailleurs sociaux et les employeurs des bassins de vie. - Développer les solutions de logements avec accompagnement sanitaire (maison-relai, logement diffus, avec ou sans colocation, avec recours aux baux glissants...).
-------------------------	---

4. Plan d'actions 2017 / 2018

Trois objectifs seront lancés dès 2017 / 2018

Améliorer l'accessibilité aux soins de psychiatrie, Couverture territoriale et recours en psychiatrie : création d'un secteur adulte, renforcement des CMP, augmentation des lits actifs, renforcement de l'offre HAD

Pilotes	
Calendrier prévisionnel	Lancement de l'action à définir en fonction du PRS II.
Indicateurs de suivi	

Lisibilité de l'organisation de la prise en charge et des intervenants en psychiatrie et santé mentale

Pilotes	Dr Haoui, Pr Arbus, Dr Carsalade
Calendrier prévisionnel	Lancement dernier trimestre 2017 Echéance : fin d'année 2018
Indicateurs de suivi	Réalisé / non réalisé Diffusé / non diffusé

Renforcer les coopérations, reconnaître les spécificités, partager les expertises

Pilotes	Assemblée médicale de la CPT
Calendrier prévisionnel	Au long cours
Indicateurs de suivi	Identification des spécificités des opérateurs fait / non fait Priorisation des filières de spécialités à structurer fait / non fait Structuration des filières de spécialités fait / non fait

C. DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

1. Description de la filière

Tableau de synthèse – Psychiatrie générale et en milieu pénitentiaire

	G. Marchant	CH de Lavaur	CHU
Hospitalisation + de 24 H, Intra hospitalière	287	129	88
dont unité sectorisée d'admission	140		22
dont unité sectorisée de suite	95		
dont unité intersectorielle d'admission	12		
dont unité intersectorielle de suite			
dont unité non sectorisée	40 (UHSA)		66
Hôpital de jour	119	74	25
Hospitalisation de nuit	5 (suspendus)	10	6
Hospitalisation + de 24 H, Extra hospitalière	60		
dont places de placement familial thérapeutique	13		
dont places d'appartement thérapeutique	19		
dont places en centre de post cure	28	18	
HAD	15		

Tableau de synthèse – Psychiatrie infanto-juvénile

	G. Marchant	CH de Lavaur	CHU
Hospitalisation + de 24 H, Intra hospitalière	20	13	11
dont unité sectorisée d'admission			
dont unité sectorisée de suite			
dont unité intersectorielle d'admission	20		
dont unité intersectorielle de suite			
dont unité non sectorisée			11
Hôpital de jour	66	18	60
Hospitalisation de nuit			2
Hospitalisation + de 24 H, Extra hospitalière			
dont places de placement familial thérapeutique			
dont places d'appartement thérapeutique			
dont places en centre de post cure			
HAD			

2. Les structures ambulatoires de la filière

a) G.Marchant

- Psychiatrie générale et en milieu pénitentiaire

Equipe Mobile d'Intervention et de Crise (EMIC)
Unité de Souffrance Psycho-sociale (USPS)
Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé (EMIPSA)
Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
Equipe Mobile d'Intervention du Handicap Psychique (EMIH)
2 Unités de Liaison Intersectorielle Handicap Psychique (ULISHP)
Unité de domiciliation (accompagnement vers un logement indépendant)
13 CMP pour la psychiatrie adulte
12 CATT
Un chez soi d'abord (sans domicile)

Pénitentiaire : SMPR Seysses et Muret, Unité addictologie, CRIAVS : centre ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violence sexuelle Midi-Pyrénées

- Psychiatrie infanto-juvénile

Unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES)
4 CMP pour la psychiatrie infanto-juvénile.
1 CATT
Le centre d'aide à la parentalité
Une unité d'évaluation « Autisme »
Dispositif de Coordination et d'Appui des Parcours Précoces en Autisme (CAPPA)

b) CHU

- Psychiatrie générale

Un CMP Adultes La Grave - secteur 7
Une Consultation dédiée au Stress Post Traumatique Adultes La Grave
Une Consultation dédiée aux troubles des conduites alimentaires Bâtiment de psychiatrie
Un Centre de Thérapies Brèves : CTB
Une Unité Mobile Psychiatrique du Sujet Agé- UMPSA
Un Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie - DSPP
Une Cellule d'Urgences Médico-Psychologique - CUMP
Une équipe de liaison pour le site de Rangueil
Un CSAPA Centre Dide
Une PASS Psychiatrie
Une Unité d'ergothérapie

- Psychiatrie infanto-juvénile

6 CMP (CMP des Mazades, CMP de Colomiers, CMP de Blagnac, CMP de Fronton, CMP Ancely, CMP La Grave)
2 ATTP (Petite enfance La Grave et Fronton)
Une Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent



Une Equipe Mobile de Psychiatrie Périnatalité et Maternologie à PdV CHU
Une Equipe Mobile de Psychiatrie Périnatalité et Maternologie à l'Hôpital Joseph Ducuing
Un IME autisme
Une Equipe pluri professionnelle à la Maison des Adolescents

c) CH de Lavour

- Psychiatrie générale

CMP de Saint Sulpice, CMP de Lavour, CMP intersectoriel Castres Mazamet (1 site sur Castres et 1 sur Mazamet).

- Psychiatrie infanto-juvénile

Equipe mobile adolescent sur le bassin Castres Mazamet (intervention sur les villes de Castres Mazamet et Graulhet) créée en février 2016

4 CMP Enfants (Castres Mazamet Lavour Graulhet) et 2 CMP Adolescents (Castres et Lavour)

Espace écoute jeunes sur Graulhet



3. Liste des membres de l'Assemblée Médicale de la CPT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

Etablissement	NOM	Qualité
CHU	ARBUS Christophe	Chef du pôle psychiatrie – Président de l'AM
CHU	RAYNAUD Jean-Philippe	Représentant du PCME CHU
CHU	FAURE Karine	Représentant du Chef de pôle de psychiatrie du CHU
CH de Lavaur	PINEL François	Médecin chef du secteur de psychiatrie adulte, Représentant du président de la CME
CH de Lavaur	MARTY Philippe	Chef de pôle de psychiatrie adulte
CH de Lavaur	CARSALADE Isabelle	Représentant du Chef de pôle de psychiatrie IJ
CH G.Marchant	HAOUI Radoine	Président de la CME
CH G.Marchant	DELMAS Christophe	Représentant du chef de pôle de psychiatrie adulte rive gauche
CH G.Marchant	BOUCARD Jérôme	Chef de pôle de psychiatrie adulte rive droite NE
CH G.Marchant	HECQUET Pierre	Chef de pôle de psychiatrie adulte rive droite SE
CH G.Marchant	JOUSSELLIN Jean-Jacques	Chef de pôle psychiatrie infanto-juvénile
CH G.Marchant	CHAIX Catherine	Chef de pôle psychiatrie adulte et des conduites addictives en milieu pénitentiaire
CH G.Marchant	BONNET Laurence	Chef de pôle médical et technique
Route Nouvelle	BOUNHOURE Nathalie	Psychiatre, médecin chef
Route Nouvelle	BEAURAIN ALice	Chef de service SAMSAH
CSIRMT GHT	FORTIN Corine	CSS Gérard MARCHANT
Ass. paraméd. CPT	BEZOMBES Véronique	CSS CHU de Toulouse
Ass. paraméd. CPT	COURTADE Janine	CSS Gérard MARCHANT
CH G.Marchant	PASQUET Catherine	Directrice du CH G.Marchant
CHU	VILLAUDIÈRE Nathalie	Directeur de projet – PMP du GHT HT TO