

Travaux préparatoires  
au PRS Occitanie  
Bilan et perspectives

# Parcours Santé mentale

Avril 2017

# SOMMAIRE

<b>CE QUE NOUS DISENT LES DONNÉES DE SANTÉ SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION</b>	<b>1</b>
<b>LES ORIENTATIONS NATIONALES À TRAVERS L'ÉVOLUTION RÉCENTE DU CADRE LÉGISLATIF</b>	<b>3</b>
<b>L'ANALYSE DES RÉALISATIONS STRUCTURANTES AU REGARD DES OBJECTIFS DU PRS</b>	<b>6</b>
Axe 1 / FACILITATION DU SUIVI SOMATIQUE	7
Axe 2 / CONSOLIDATION DE L'APPROCHE ORGANISATIONNELLE	9
Axe 3 / RENFORCEMENT DE L'APPROCHE POPULATIONNELLE	12
Axe 4 / DISPOSITIFS TRANSVERSAUX	15
<b>BILAN DES IMPLANTATIONS</b>	<b>17</b>
<b>SYNTHÈSE</b>	<b>21</b>
<b>ANNEXES</b>	
<b>Glossaire</b>	<b>22</b>
<b>Données statistiques complémentaires</b>	<b>23</b>
<b>La sectorisation</b>	<b>29</b>
<b>La couverture territoriale des CLSM au 31 janvier 2017</b>	<b>30</b>
<b>L'évaluation des équipes mobiles de gériatrie en ex-Languedoc-Roussillon</b>	<b>31</b>

## CE QUE NOUS DISENT LES DONNÉES DE SANTÉ SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION

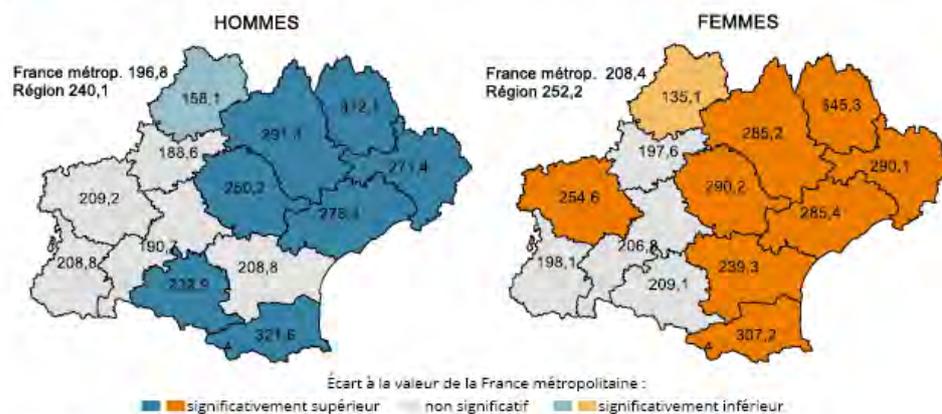
De grandes disparités de répartition géographique de la population : concentration de la population sur les villes moyennes du pourtour Méditerranéen et sur l'agglomération Toulousaine.

Un contexte d'inégalités sociales et de pauvreté marqué : en 2012, sur les 96 départements de France, le classement selon le taux de pauvreté compte 4 départements de la région parmi les 10 plus pauvres : l'Aude au 3<sup>o</sup> rang, les Pyrénées-Orientales au 4<sup>o</sup> rang, le Gard au 6<sup>o</sup> rang et l'Hérault au 10<sup>o</sup> rang.

Ce paramètre est d'autant plus important que les pathologies mentales sont plus fréquentes au sein des milieux sociaux défavorisés, le besoin en offre de soins est de ce fait accentué sur certains territoires.

Logiquement, la part de population en ALD pour pathologies psychiatriques est supérieure à la moyenne nationale dans une grande partie des départements de la région : près de 140 000 personnes sont en ALD en Occitanie pour 13 700 nouvelles exonérations par an (cf. détail des pathologies en annexe).

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



(1) ALD n°23

\* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 hab.

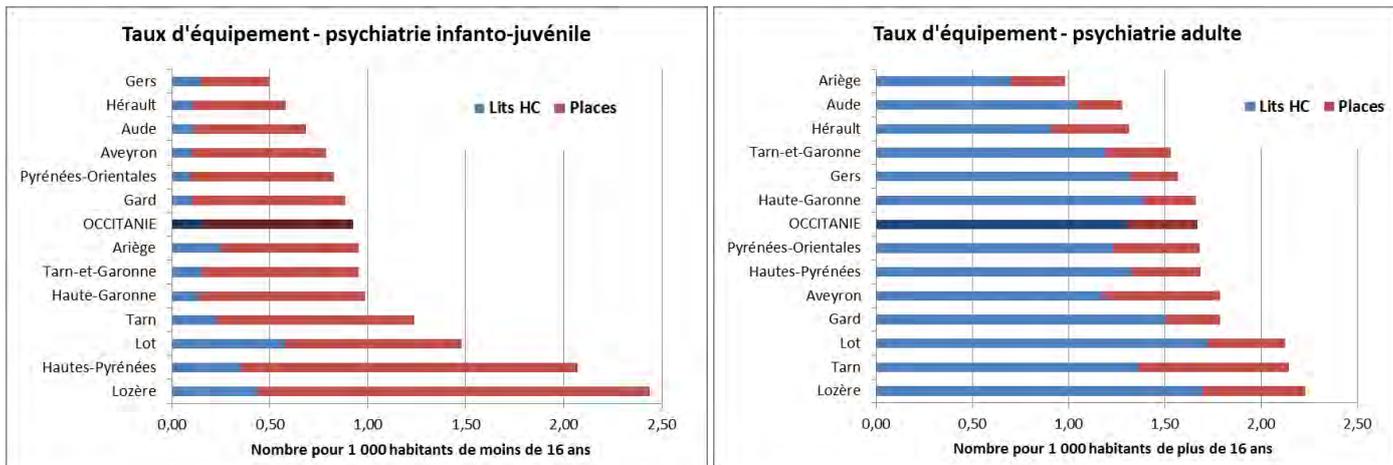
Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine

Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - Exploitation CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

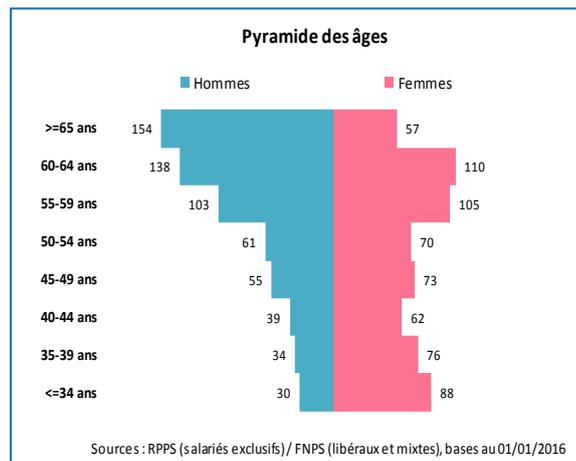
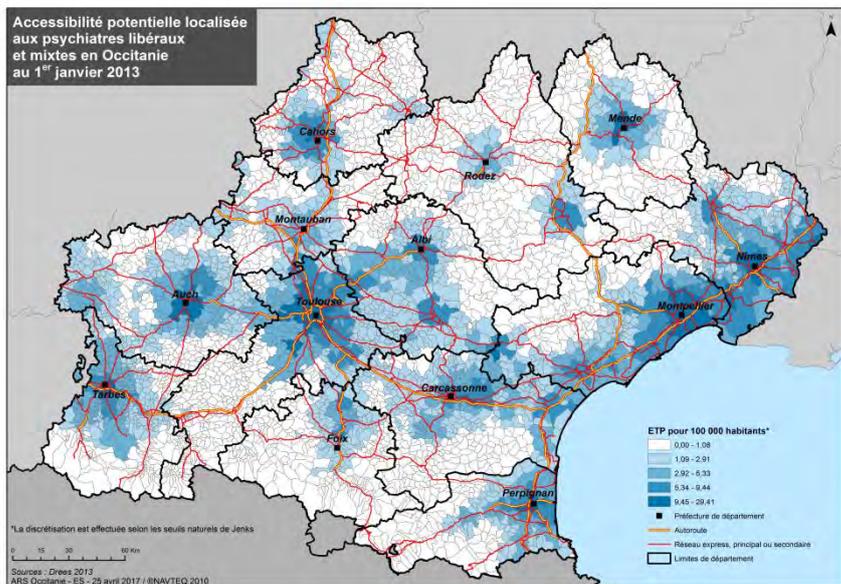
On dénombre 850 suicides par an dont les trois quarts concernent des hommes, et 7 800 séjours hospitaliers par an pour tentatives de suicides.

La région se caractérise également par de grandes inégalités dans l'offre et dans le recours aux soins de psychiatrie.

En terme sanitaire, les taux d'équipement en lits en places varient de 1 à 5 pour les enfants et de 1 à 2 pour les adultes selon les départements.



La démographie médicale des psychiatres libéraux et salariés est défavorable tant en nombre absolu (1255 psychiatres au 1<sup>er</sup> janvier 2016) qu'en répartition géographique dans toute la région Occitanie.



## LES ORIENTATIONS NATIONALES À TRAVERS L'ÉVOLUTION RÉCENTE DU CADRE LÉGISLATIF

### *Une nouvelle définition de la politique de santé mentale qui va au-delà de la psychiatrie*

Les politiques de santé mentale ont connu de profondes modifications ces dernières années, notamment avec la création des ARS, les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 modifiant le régime des soins sans consentement.

La loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016 franchit un seuil supplémentaire en apportant une réorganisation de l'offre de soins et en créant de nouveaux outils. Désormais, l'accent est mis sur une politique globale de santé mentale qui dépasse largement le champ de la psychiatrie.

La **politique de santé mentale** (Art L3221-1 du CSP) comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ».

Concernant la **psychiatrie** (Article L3221-3), la mission du secteur comprend :

1. Un recours de proximité en soins psychiatriques, y compris sous forme d'intervention à domicile
2. L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques
3. La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes.

Les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

(La cartographie des secteurs de psychiatrie est disponible en annexe.)

La loi du 26 janvier 2016 a introduit de nombreux instruments de planification sanitaire tels que les GHT (groupement hospitalier de territoire) pour les établissements publics de santé.

En matière de psychiatrie, cette même loi introduit des éléments spécifiques que sont les CPT (communauté psychiatrique de territoire).

En élargissant le champ à la santé mentale, d'autres instruments nouveaux apparaissent tel que les PTSM (projets territoriaux de santé mentale) donnant lieu à un CTSM (contrat territorial de santé mentale) signé par l'ARS<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> **Article 69 de la loi de modernisation du 26 janv. 2016**

**Art. L. 3221-2.-II**

« Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire ... »

**Art. L. 3221-2.-IV**

« Le **diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale** sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé **après avis** des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du **conseil territorial de santé ... »**

Enfin, une instruction ministérielle <sup>2</sup> incite au développement des CLSM (conseil local de santé mentale), notamment dans les zones où sont signés des contrats villes (cf. cartographie de la couverture territoriale des CLSM en annexe).

**Une politique de santé mentale plus cohérente et transversale.**

Le rapport Laforcade sur la Santé mentale a souligné la nécessité de mise en cohérence des politiques sociales, médico sociales et sanitaires sur ce sujet.

Désormais, c'est chose faite avec la loi de santé qui impose sur chaque territoire de coordonner l'ensemble des professionnels qui interviennent sur le champ de la santé mentale.

Le parcours coordonné de la personne est désormais une priorité partagé et facilitée par les orientations de la loi de santé.

L' Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico sociaux (ANAP) a mis en exergue cette dimension du parcours en identifiant les principaux obstacles sur lesquels les acteurs de santé doivent apporter des réponses originales.

**Figure 1 :** Le modèle de la « rosace » permet d'orienter les démarches de diagnostic territorial



<sup>2</sup> INSTRUCTION N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

Elle a ainsi établi des constats partagés :

- La régulation séparée des secteurs sanitaire et médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours.
- Le handicap psychique est une réalité encore méconnue dans les pratiques des professionnels sanitaires et médico-sociaux.
- La logique de placement prévaut encore sur celle de l'accompagnement des personnes ; l'attention portée au calibrage de l'offre s'exerce au détriment de la prise en considération des flux.
- Le clivage hôpital/médecine de ville fragilise le parcours de soins des patients ; l'organisation des soins est encore hôpital-centrée et peine à prendre en compte le patient dans son milieu de vie ordinaire.
- La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu

## L'ANALYSE DES RÉALISATIONS STRUCTURANTES AU REGARD DES OBJECTIFS DU PRS

Les objectifs majeurs des PRS des deux ex régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées sont présentés ici selon 4 axes, dont les effets se renforcent mutuellement :

- Amélioration de l'entrée dans le système de santé psychiatrique
- Consolidation de l'approche organisationnelle
- Renforcement de l'approche populationnelle
- Développement des dispositifs transversaux

# Axe 1. AMELIORATION DE L'ENTREE DANS LE SYSTEME DE SANTE PSYCHIATRIQUE

## 1.1 Enjeux de santé et objectifs du PRS en synthèse

La fréquence des pathologies psychiatriques et des troubles d'origine psychique rencontrés en médecine générale en fait un élément central de la pratique du médecin généraliste. Maladies ou symptômes, troubles isolés ou associés, continuum de manifestations et de demandes allant du normal au pathologique, interrogent la médecine et la société. L'enquête européenne European Depression Patient Study (DEPRES) réalisée en 2005 avec le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), confirme cette place prépondérante du médecin généraliste en France mais également en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Hollande, et au Royaume-Uni.<sup>3</sup>

Les études montrent qu'en France la coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie est peu développée et peu formalisée. Cette collaboration bilatérale, formelle ou informelle, ne semble pas être aussi habituelle dans la culture professionnelle du champ psychiatrique que dans les autres disciplines médicales. Les médecins généralistes expriment leur difficulté d'accès aux professionnels de la psychiatrie et soulignent la nécessité d'améliorer la communication et la coordination interprofessionnelle.

## 1.2 Réalisations structurantes

### Coordination des soins primaires et de la psychiatrie :

Le renforcement d'une collaboration permanente entre médecins généralistes, psychiatre libéraux acteurs publics de la psychiatrie est indéniablement un enjeu majeur des prochaines années.

La pyramide des âges des psychiatres et le constat de nouvelles pratiques des médecins libéraux (baisse des installations en libéral) plaident pour de nouvelles pratiques de collaboration entre la médecine de ville et la psychiatrie.

- Dispositif de soins partagés en psychiatrie à Toulouse
  - Mise en place depuis le 6 février 2017 sur l'agglomération Toulousaine d'un dispositif permettant à 200 médecins généralistes de bénéficier de conseils téléphoniques ou de consultations psychiatriques rapides auprès d'une équipe de professionnels de la psychiatrie (médecin psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique). Cela permettra de fluidifier le parcours des malades mentaux et d'éviter les recours inadéquats aux services d'urgence, ainsi que de renforcer la prise en charge psychiatrique de proximité dans le premier recours. Le maintien du suivi psychiatrique en médecine générale permet également d'améliorer le suivi somatique de ces patients.

### Développer les dispositifs de soins partagés

---

<sup>3</sup> Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale.

Gallais J.L, Alby M.L, Encyclopédie médico-chirurgicale,

- Création d'un CMP au sein d'une MSP à Nailloux (31)
  - Ce dispositif est mis en place sur la commune de Nailloux depuis 2012. Cela a permis de dé-stigmatiser la psychiatrie auprès de la population locale et de renforcer l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des malades mentaux. Le dispositif se veut apprenant.

### **Développer les dispositifs intégrés avec un rapprochement des Maisons de santé pluriprofessionnelles et des CMP**

- Expérimentation d'une formation spécifique à la psychiatrie pour les médecins généralistes à Perpignan. Cette expérimentation est aujourd'hui arrêtée, les perspectives de reprises sont à étudier.

### **Développer les formations croisées**

## **1.3 Points clefs de l'état des lieux**

<b>LES CONSTATS</b>	
<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La mise en place d'un dispositif partagé de soins de premier recours/Psy à Toulouse</li> <li>✓ Mise en place du ROR psychiatrie en ex-Ir</li> <li>✓ Développement des CLS avec volet santé mentale et des CLSM</li> <li>✓ Poursuite du développement des Centres d'Accueil et de Crise (CAC) dans les grandes agglomérations</li> <li>✓ Expérimentation de CMP avec une MSP ( 31 )</li> <li>✓ Développement des maisons des adolescents (MDA) sur quasi tous les départements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sous repérage en médecine de ville</li> <li>✓ Disparité des taux d'équipement qui complexifie l'accès aux soins</li> <li>✓ Délais d'attente dans les CMP</li> </ul>
<b>LES SUITES</b>	
<b>A promouvoir</b>	<b>A évaluer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ le ROR psychiatrie à mettre en place pour les départements de l'ex région Midi-Pyrénées</li> <li>✓ le couplage MSP – CMP</li> <li>✓ Poursuivre le développement des CLSM</li> <li>✓ Développer les dispositifs de coopération MS / sanitaire (équipes mobiles, télémédecine, formations croisées...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Temps de réponse en CMP et en service d'urgence et post-urgence</li> <li>✓</li> </ul>

## Axe 2. CONSOLIDATION DE L'APPROCHE ORGANISATIONNELLE

### 2.1 Enjeux de santé et objectifs du PRS

#### Diminuer les inégalités territoriales de l'offre de soins :

- par une modulation de la dotation annuelle de financement (DAF)
- par une amélioration de l'entrée dans le système de soins (dépistage précoce, accès aux structures ambulatoires et aux structures d'urgence).

#### Améliorer l'accessibilité des soins de psychiatrie :

- organiser une répartition équilibrée des différentes modalités de prise en charge
- Poursuivre l'adaptation de l'accueil dans les services d'urgence.

#### Favoriser l'autonomisation de vie des patients :

- favoriser l'accès au logement et à la réinsertion professionnelle

#### Favoriser l'accès aux dispositifs innovants de prise en charge :

- Développement des téléconsultations et télé-expertises

#### Favoriser le lien entre médecine générale et spécialistes en psychiatrie :

- Formaliser l'appui des médecins psychiatres aux généralistes dans des dispositifs apprenant
- Promouvoir le rapprochement des lieux de prise en charge (MSP et CMP par exemple)

Cet enjeu est largement confirmé par une étude<sup>4</sup> qui montre une sous-estimation des troubles psychiatriques de la patientèle en médecine générale et pose la question de l'adéquation des traitements psychotropes dont les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs.

### 2.2 Réalisations structurantes

#### Santé mentale et territoires :

L'approche territoriale de la santé mentale s'est traduite pas la mise en place de 11 conseils locaux de santé mentale (CLSM) et de 24 contrats locaux de santé (CLS) disposant d'un volet santé mentale.

Par ailleurs, dans le cadre de l'urgence, des centres d'accueil et de crise ont été développés au sein des grandes agglomérations de la région ex-Lr et de Toulouse.

- En ex Midi-Pyrénées : **Poursuivre l'adaptation de l'accueil aux services d'urgence dans l'agglomération Toulousaine**

---

<sup>4</sup> Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit, L'encéphale, J Norton et al, Paris 2008

### Accès au logement et réinsertion professionnelle :

Le logement et la réinsertion professionnelle sont des éléments déterminants permettant une adaptation des patients psychiatriques en milieu ordinaire, les faits marquants en Occitanie ont été les suivants :

- **Association de Cap-Emploi avec les structures sanitaires et médico-sociales pour faciliter le retour à l'emploi (recherche d'entreprises employeurs et de solutions individuelles)**
- **Augmentation du nombre de logements en appartements sociaux accessibles aux handicapés psychiques, en relation avec le conseil départemental pour la gestion des appartements et les établissements de santé pour l'accompagnement sanitaire**

### Favoriser l'accès aux dispositifs innovants de prise en charge :

La mise en place de téléconsultations et de télé-expertises en psychiatrie a été expérimentée en région, essentiellement en zone rurale permettant de diminuer les temps d'accès aux soins spécialisés. Ce dispositif permet également aux professionnels non psychiatres de gagner en compétence dans le suivi psychiatrique de leur patient.

#### **Développer les télé consultations et la télé expertise**

### Mise en place du ROR psychiatrie en Languedoc-Roussillon :

Le répertoire opérationnel des ressources met à disposition les coordonnées des structures de prises en charge permettant une meilleure visibilité et donc de faciliter l'accès à certaines structures de soins soumises ou non à autorisation.

## 2.3 Points clefs de l'état des lieux

LES CONSTATS	
Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Début de travail partagé entre les Médecins généralistes et les psychiatres.</li> <li>✓ Création d'équipes mobiles psychiatrie-handicap pour l'intégration en établissement médico-social ( ex :Haute Garonne, Gard ...)</li> <li>✓ Transformation d'unité hospitalisation en MAS dans le 31.</li> <li>✓ Restructuration de l'offre ambulatoire dans de nombreux départements (Hérault, Haute Garonne, Aveyron ..)</li> <li>✓ Création de Centre d'Accueil d'urgences (Hérault, P.O..) et intervention d'équipes de liaison aux urgences ( Cahors, Tarbes ..)</li> <li>✓ Refonte de la psychiatrie infanto juvénile dans le 81</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Psychiatrie de secteur à renforcer surtout en ex-M-P</li> <li>✓ Le travail d'écriture des cahiers des charges des différentes structures de prise en charge en psychiatrie prévu au SROS M-P n'a pas été réalisé.</li> <li>✓ Démographie médicale (psychiatres libéraux et salariés) défavorable tant en nombre absolu qu'en répartition géographique dans toute la région Occitanie</li> <li>✓ Grandes difficultés dans les structures Médico-sociales ayant des temps de psychiatres non pourvus.</li> <li>✓ Constat récurrent de la difficulté à prendre en charge les pathologies somatiques des malades mentaux</li> </ul>
LES SUITES	
A promouvoir	A évaluer
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ CLSM à développer</li> <li>✓ Création de postes médicaux partagés entre le sanitaire et le médico-social pour faciliter la réinsertion des malades mentaux</li> <li>✓ La création de centres douleur et soins somatiques (consultations et prise en charge adaptée) sur le modèle du centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale et autisme attaché à l'EPS Barthélemy Durand, spécialisé en psychiatrie à ETAMPES (Essonnes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ HAD (Hospitalisation à Domicile) psychiatrique en M-P</li> <li>✓ l'implantation des équipes de liaison psychiatriques en établissement de santé ou médico-social</li> </ul>

## Axe 3. RENFORCEMENT DE L'APPROCHE POPULATIONNELLE

### 3.1 Enjeux de santé et objectifs du PRS en synthèse

**Définir les conditions d'organisation de la réponse pour des populations spécifiques :** Personnes âgées, adolescents, personnes détenues, suicidant, publics précaires ou exclus, personnes souffrant d'addictions.

### 3.2 Réalisations structurantes

#### Adolescence :

Développement des Maisons des Adolescents (MDA) dans les départements de la région Occitanie : 8 sont opérationnelles, 4 MDA sont en construction (départements 66 – 09 – 12 – 46), la MDA de l'Aude doit être réorganisée et une réponse est à consolider en Lozère

#### **Développer les MDA sur les départements encore dépourvus.**

Spécialisation des structures de prise en charge pour les adolescents

- Sur le département de la Haute-Garonne, renforcement de l'offre ambulatoire avec la création de CMP adolescents et la création d'une équipe mobile adolescent, en lien avec le conseil départemental.
- Sur le département de l'Aude, création d'une équipe mobile adolescents adossée à la MDA de ce département, avec la participation des équipes du conseil départemental. C'est le projet EMILIA opérationnel dès janvier 2016.

**Elaborer un cahier des charges en lien avec les experts régionaux et les acteurs institutionnels (conseil départemental, PJJ, éducation nationale) afin d'optimiser le cadre d'intervention et impulser une nouvelle dynamique**

#### **Zoom sur le projet EMILIA**

(équipe mobile intersectorielles de liaison et d'intervention pour adolescents suicidants)

Ce dispositif, construit en lien avec la MDA, l'ASM, le CH de Narbonne et le conseil départemental de l'Aude, permet :

- d'offrir un dispositif complémentaire et alternatif aux adolescents en proposant à la demande des partenaires, des jeunes et/ou de leur famille des rencontres, entretiens, évaluations, suivis...
- de fluidifier le parcours de l'adolescent en garantissant la continuité et la cohérence des prises en charges et ainsi éviter les ruptures de parcours.
- de diminuer les hospitalisations successives, inutiles, évitables, le recours aux urgences par l'identification d'un dispositif alternatif et réactif de prise en compte des demandes urgentes.
- d'élaborer des propositions concernant plus particulièrement les questions du suicide et des situations dites complexes.
- d'apporter un soutien aux équipes intervenant auprès des jeunes

La spécificité d'Emilia est d'intégrer un dispositif de gestionnaire de cas ou « case manager » afin d'améliorer le travail en réseau. L'équipe mobile est l'opérateur direct pour les cas complexes des adolescents suivis par les CLSM de l'Aude.

#### Handicap psychique :

**Promouvoir les formations sur le handicap psychique dans les établissements médico sociaux**

**Développer l'habitat inclusif pour les personnes ayant un handicap psychique**

**Assurer une couverture territoriale des GEM . Expérimenter les GEM Ados**

#### Psychiatrie et vieillissement :

Sur la population spécifique des personnes âgées, l'ARS a permis :

- **l'extension des équipes mobiles géronto-psychiatrie** dans tous les départements de l'ex L-R et sur l'agglomération Toulousaine. (cf. évaluation en annexe)
- La mise en place de **l'hospitalisation à domicile en psychiatrie** (PSYDOM dans le 31), l'équipe intervient en domicile et en substitut de domicile (ex en Etablissement d'hébergement pour personnes dépendantes).

#### Les suicidants :

- Mise en place du dispositif VIGILANS en L-R.  
Ce dispositif expérimental de veille post hospitalière pour les suicidant se met en place à partir d'un premier centre sur le CHU de Nîmes. Il s'agit de recontacter les personnes ayant fait une tentative de suicide au sortir des urgences au moyen de cartes postales ou d'appels téléphoniques périodiques. On estime à 10 % la baisse des récurrences liées à ce dispositif.
- Formation des professionnels au repérage des troubles psychiques et à la prévention des risques suicidaires (PS des champs sanitaires, MS, social, éducatif et judiciaire) : démultiplication et diffusion des formations plus efficaces en ex-Midi-Pyrénées grâce à un opérateur externe.
- Action de prévention du suicide, notamment auprès des jeunes et en milieu agricole

#### Etendre le dispositif VIGILANS

### 3.3 Points clefs de l'état des lieux

LES CONSTATS	
Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Equipes mobiles géronto psychiatrie</li><li>✓ MDA</li><li>✓ Formalisation des parcours et analyse détaillée des points de criticité en matière de prévention, diagnostic et de prise en charge de la santé mentale des adolescents =&gt; outil</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Inégalités d'accès aux soins</li><li>✓ Pénuries de pédo psychiatres</li></ul>

<p>méthodologique disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equipe mobile ados (Aude, Hérault) et dispositifs spécifiques dans le 31 en lien avec le conseil départemental, la PJJ.</li> </ul>	
<b>LES SUITES</b>	
<b>A promouvoir</b>	<b>A évaluer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equipes mobiles géronto psychiatrie</li> <li>✓ Plus généralement développer des Equipes mobiles communes sanitaire et médicosociale.</li> <li>✓ Développer l'aide aux aidants naturels et le lien avec les familles (programme ProFamille – handicap psychique)</li> <li>✓ Extension géographique du dispositif Vigilans</li> </ul> <p>Autres perspectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Une attention particulière sera à donner sur le suivi des enfants dont les parents sont atteints de troubles psychiatriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluation nationale de Vigilans</li> </ul>

## Axe 4. DISPOSITIFS TRANSVERSAUX : DEVELOPPER LES DISPOSITIFS DE COORDINATION DES PROFESSIONNELS ET D'APPUI AUX CAS COMPLEXES

### 4.1 Enjeux de santé et objectifs du PRS en synthèse

La coordination des acteurs et des institutions sociales, médico sociales et sanitaires est un enjeu majeur pour une politique de santé mentale.

La loi de modernisation de santé du 16 janvier 2016 incite fortement au dépassement des clivages institutionnels. Par ailleurs, la loi renforce une stratégie d'approche basée sur le parcours et la prise en charge pertinente des situations complexes.

### 4.2 Réalisations structurantes

#### Les équipes mobiles médico-sociales / sanitaires.

Les équipes mobiles sont un outil pertinent pour dépasser les barrières institutionnelles. Elles apportent une réponse rapide aux problématiques psychiatriques rencontrées dans les établissements médico sociaux mais permettent aussi de faciliter les solutions d'aval de la psychiatrie en apportant une sécurisation aux établissements accueillant des sortants de psychiatrie.

**Elaborer pour chaque population un cahier des charges équipes mobiles afin d'harmoniser et d'impulser de nouvelles dynamiques sur les territoires**

#### Le case management.

Près d'un lit d'hospitalisation complète sur 5 est occupé par un séjour long inadapté. Cette donnée est un exemple du coût important pour l'usager et pour le système de santé et des conséquences néfastes des situations complexes non traitées.

**Développer la compétence et la méthodologie du case management dans le champ de la santé mentale**

#### Renforcer la collaboration des acteurs sur le territoire.

Le nombre important d'acteurs intervenant sur un territoire dans le champ de la santé mentale implique de renforcer les collaborations institutionnelles. Désormais, les conseils locaux de santé mentale deviennent un outil reconnu par la loi comme étant l'instance officielle de coordination des acteurs et d'élaboration de stratégies territoriales pertinentes.

**Développer les conseils locaux de santé mentale sur chaque territoire le nécessitant.**

La loi de modernisation de santé renforce les collaborations institutionnelles et favorisent désormais les lieux d'échanges mais aussi les engagements de tous les acteurs (social, collectivités territoriales, Etat, Hôpitaux, cliniques, professionnels de santé ...).

**Accompagner et animer les futurs Projets territoriaux de Santé mentale qui amèneront à l'élaboration des Contrats Territoriaux de Santé mentale.**

### 4.3 Points clefs de l'état des lieux

LES CONSTATS	
Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Création d'équipes mobiles psy-handicap (Haute Garonne, Gard..)</li> <li>✓ Création d'équipes mobiles ados (Hérault, Aude)</li> <li>✓ Développement d'équipes mobiles geronto psychiatriques</li> <li>✓ Création d'un D.U de case management (Hérault) en lien avec l'ARS</li> <li>✓ Mise en place de 11 CLSM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Développement non harmonisée des équipes mobiles</li> <li>✓ Importance des séjours longs inadaptés en hospitalisation complète</li> <li>✓ Réponse souvent inadaptée à la gestion des cas complexes</li> </ul>
LES SUITES	
A promouvoir	A évaluer
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Harmonisation via des cahiers des charges des dispositifs d'équipes mobiles</li> <li>✓ Promouvoir la compétence du case management</li> <li>✓ Développer les CLSM</li> <li>✓ Développer les formations croisées</li> <li>✓ Développer l'habitat inclusif</li> <li>✓ Renforcer la coordination entre les institutionnels du MS et de la psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dispositif d'équipes mobiles</li> <li>✓ Importance des séjours longs inadaptés en hospitalisation complète</li> </ul>

## BILAN DES IMPLANTATIONS

### ✓ Psychiatrie adulte

		Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	OCCITANIE
Hospitalisation complète	Cible	2	7	4	10	11	2	10	2	3	3	4	5	4	67
	Situation actuelle	1	7	4	10	11	2	10	2	3	3	4	5 dont UMD	4	66
	Ecart	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1
Hospitalisation de jour	Cible	3	7	10	10	21	2	24	5	2	6	11	14	6	121
	Situation actuelle	3	7	10	10	21	1	24	5	2	6	11	14	6	120
	Ecart	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1
Hospitalisation de nuit	Cible	1	1	2	2	4	1	1	2	0	2	1	2	2	21
	Situation actuelle	1	1	2	2	4	1	1	2		2	1	2	2	21
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospitalisation à domicile	Cible	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	5
	Situation actuelle	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	5
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

✓ **Psychiatrie adulte**

		Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	OCCITANIE
<b>Placement familial thérapeutique</b>	Cible	1	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1	2	1	19
	Situation actuelle	1	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1	2	1	19
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Appartement thérapeutique</b>	Cible	0	1	1	0	3	0	1	2	0	1	1	1	0	11
	Situation actuelle	0	1	1	0	3	0	1	2	0	0	1	1	0	10
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	-1
<b>Centre de crise</b>	Cible	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3
	Situation actuelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	-1
<b>Post cure</b>	Cible	0	0	0	0	5	1	0	0	0	1	0	1	1	9
	Situation actuelle	0	0	0	0	5	1	0	0	0	1	0	1	1	9
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

✓ **Psychiatrie infanto-juvénile**

		Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hauts-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	OCCITANIE
<b>Hospitalisation complète</b>	Cible	1	1	1	2	3	1	2	1	1	2	1	2	1	19
	Situation actuelle	1	1	1	2	3	1	2	1	1	2	1	2	1	19
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Hospitalisation de jour</b>	Cible	2	5	2	12	14	2	10	5	2	5	4	6	3	72
	Situation actuelle	2	5	2	11	14	2	10	5	2	5	4	6	3	71
	Ecart	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1
<b>Hospitalisation de nuit</b>	Cible	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0	7
	Situation actuelle	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0	7
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Hospitalisation à domicile</b>	Cible	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Situation actuelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

✓ **Psychiatrie infanto-juvénile**

		Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hauts-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	OCCITANIE
<b>Placement familial thérapeutique</b>	Cible	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	17
	Situation actuelle	1	1	0	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	16
	Ecart	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1
<b>Appartement thérapeutique</b>	Cible	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Situation actuelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Centre de crise</b>	Cible	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
	Situation actuelle	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Post cure</b>	Cible	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Situation actuelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ecart	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

De structures différentes, les deux PRS n'en poursuivent pas moins des objectifs similaires. Il s'agit de la réduction des inégalités d'offre de soins et l'amélioration de la continuité, qualité et sécurité des soins de psychiatrie. Des axes de prise en charge de populations spécifiques telles que les adolescents, les personnes âgées et les populations précaires s'y ajoutent.

Les moyens mis en œuvre vont aussi dans le même sens en privilégiant les solutions d'« aller vers » telles que les équipes mobiles et la prise en charge ambulatoire plutôt que les réalisations hospitalières.

Le prochain volet santé mentale et psychiatrie du PRS reprendra en grande partie les axes précédents dont l'approche parcours sera renforcée, notamment par l'utilisation des outils ANAP dans la phase de diagnostic territorial.

Des inégalités territoriales d'offre de soins subsistent surtout en pédopsychiatrie (la région ex-Midi-Pyrénées possède 25 fois plus de lits que la région ex Languedoc-Roussillon). De plus, l'offre sanitaire est différemment répartie avec plus de 50 % de l'offre concentrée sur l'agglomération Toulousaine alors que le Languedoc propose une offre plus également répartie sur le territoire.

Enfin, un différentiel sensible de dotation financière subsiste entre les départements autour d'une moyenne régionale de 118,6€/habitant. Certains départements urbains sont nettement en dessous de la moyenne régionale (81€/h et 84€/h) alors que deux départements plus ruraux sont nettement au-dessus de la moyenne régionale (211€/h et 285€/h respectivement).

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

MDA : Maison des Adolescents

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

Secteur de psychiatrie : la psychiatrie de secteur ou sectorisation en psychiatrie désigne l'organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins de santé mentale (découpage territorial). La politique de de secteur a permis de développer la prise en charge « hors les murs ».

## Données statistiques complémentaires

### ► Les dix principales affections psychiatriques de longue durée en 2013

CIM10**	Principales affections	Effectif	Hommes (%)	Femmes (%)	Répartition (%)	TSP*
F32 F33	Épisodes dépressifs et troubles dépressifs récurrents	35 097	28,6	71,4	25,4	<u>578,7</u>
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	23 500	44,2	55,8	17,0	<u>408,3</u>
F31	Troubles affectifs, bipolaires	16 551	32,5	67,5	12,0	<u>282,4</u>
F20 F21 F25	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles schizo-affectifs	14 882	63,4	36,6	10,8	<u>272,8</u>
F70-F79	Retard mental	11 469	54,1	45,9	8,3	<u>209,3</u>
F23 F28 F29	Troubles psychotiques aigus et transitoires, autres troubles psychotiques non organiques et autres psychoses non organiques	9 825	50,2	49,8	7,1	<u>172,4</u>
F10	Troubles mentaux et comportementaux liés à la consommation d'alcool	5 511	68,2	31,8	4,0	<u>95,8</u>
F40 F41	Troubles anxieux phobiques et autres troubles anxieux	4 671	29,6	70,4	3,4	<u>74,9</u>
F22 F24	Troubles délirants persistants et troubles délirants induits	4 419	45,6	54,4	3,2	<u>75,3</u>
F84	Troubles envahissants du comportement	4 209	74,5	25,5	3,0	82,4
	Autres affections psychiatriques	8 211	50,8	49,2	5,9	154,3
	<b>Ensemble des ALD n° 23</b>	<b>138 345</b>	<b>44,0</b>	<b>56,0</b>	<b>100,0</b>	<b><u>2 406,6</u></b>

\* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab  
 Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine (en rouge : significativement supérieurs)  
 Sources : Régime général et SML- MSA - RSI - Insee - Exploitation CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

## Principaux indicateurs en psychiatrie

	9	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82		
	France métropolitaine	OCCITANIE	Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne
<b>Indicateurs de contexte</b>															
<b>Population au 1er janvier 2015 - Esti</b>	63 982 078	5 737 640	152 872	367 517	277 773	740 971	1 316 747	190 942	1 108 134	173 419	76 390	228 542	467 416	383 943	252 974
Jeunes de 0 à 16 ans		1 090 268	28 347	70 134	49 659	147 673	254 818	34 242	207 610	29 918	14 001	40 077	89 066	72 597	52 127
Jeunes de moins de 20 ans	15 589 046	1 314 730	32 450	82 247	57 843	175 874	318 457	39 540	257 654	33 940	16 031	47 317	105 649	86 423	61 305
<small>Source : INSEE, estimations de population (résultats provisoires)</small>															
<b>Indice de vieillissement</b>	75	90	112	104	122	87	64	122	84	137	110	119	105	103	85
<small>Nb de personnes de 65 ans et + pour 100 pers &lt; 20 ans</small>															
<b>Précarité - CMU-C : % de population</b>	9,0 %	11,9 %	13,5 %	15,6 %	6,2 %	15,1 %	9,5 %	8,3 %	13,4 %	7,8 %	6,8 %	9,8 %	16,9 %	10,3 %	11,0 %
<small>(au 1er janvier 2017) (2016 pour la donnée France)</small>															

## Besoin - Etat de santé

### Suicide

Hommes - nombre	7 253	615	19	43	50	68	90	20	138	14	6	37	63	47	20
Femmes - nombre	2 390	193	5	13	15	22	20	7	35	10	2	14	18	17	15
Total - nombre	9 643	808	24	56	65	90	110	27	173	24	8	51	81	64	35
Homme - Taux comparatifs de mortalité prématur	20,1	18,4	26,1	24,3	23,4	19,8	10,3	19,7	21,4	16,6	15,9	23,2	20,0	21,8	17,0
Femme - Taux comparatifs de mortalité prématur	6,2	6,3	6,5	8,1	9,8	5,4	3,4	6,8	7,3	10,0	6,7	7,5	7,6	7,6	6,4

(1) : Décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2011-2012-2013

### Tentative de suicide

Nombre de séjours pour tentative de suicide en 2l	101 396	7 815	260	348	305	953	2 004	320	1 465	335	96	316	436	504	473
Taux standardisé	162,5	140,7	183,4	100,5	123,0	133,4	151,9	182,7	133,1	211,6	131,1	146,4	100,6	139,5	198,5

### Affections psychiatriques de longue durée (ALD)

#### Incidence - nombre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD en 2011-2013

Homme	6 281	165	347	380	915	1 146	184	1 368	129	117	218	649	447	217	
Femme	7 378	169	447	431	1 108	1 317	246	1 577	128	142	239	733	592	249	
Total	13 659	334	794	811	2 023	2 463	430	2 945	257	259	457	1 382	1 039	466	
<b>Taux standardisé</b>															
Homme	196,8	240,1	232,9	208,8	291,3	271,4	190,7	209,2	278,4	158,1	312,1	208,8	321,6	250,2	186,6
Femme	208,4	252,2	209,1	239,3	285,2	290,1	206,8	254,6	285,4	135,1	345,3	198,1	307,2	290,2	197,6
Total	204	247													

## Principaux indicateurs en psychiatrie

		9	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82	
	France métropolitaine	OCCITANIE	Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne

### Causes médicales de décès : Nombre de décès tous âges selon la cause en 2013

#### Hommes

##### Nombre de décès tous âges selon la cause en 2013

Troubles mentaux et du comportement	9 069	815	28	58	47	96	100	26	178	37	22	43	81	64	35
dont abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	2 159	167	2	13	7	18	24	5	42	5	2	10	22	7	10
<b>Alcoolisme : Taux comparatifs de mortalité prématuré</b>	<b>28,2</b>	<b>26,1</b>	20,4	27,2	17,9	26,0	13,6	21,4	24,3	22,5	28,0	21,6	30,6	19,2	22,3

#### Femmes

##### Nombre de décès tous âges selon la cause en 2013

Troubles mentaux et du comportement	13 206	1 159	32	94	96	160	114	50	203	56	25	79	107	100	43
dont abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	502	29	0	2	1	1	4	1	5	3	2	2	2	5	1
<b>Alcoolisme : Taux comparatifs de mortalité prématuré</b>	<b>ec</b>	<b>ec</b>	9,5	5,9	3,3	6,7	3,5	4,1	5,5	6,5	10,5	7,3	7,4	5,6	4,8

(1) Taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine

Source : INSERM, CépiDc

## Offre de soins hospitalière

### Lits et places publics et privés installés au 31.12.2015

#### Psychiatrie infanto-juvénile

Hospitalisation à temps plein (lits)	2 236	169	7	8	5	16	35	5	23	17	6	14	8	17	8
Hospitalisation partielle (places)	9 474	843	20	40	34	115	218	12	99	27	28	69	66	73	42
Placement familial thérapeutique (places)	777	59	7	3	0	11	0	8	5	0	5	7	8	2	3
<b>Total</b>	<b>12 487</b>	<b>1 071</b>	<b>34</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>142</b>	<b>253</b>	<b>25</b>	<b>127</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>90</b>	<b>82</b>	<b>92</b>	<b>53</b>

#### Psychiatrie générale

Hospitalisation à temps plein (lits)	53 739	6 013	87	310	267	887	1 386	218	1 181	131	108	320	459	422	237
dont etb public + espic															
dont etb privé															
Hospitalisation partielle (places)	19 014	1 717	35	69	140	168	265	42	329	58	25	100	175	243	68
dont etb public + espic															
dont etb privé															
Placement familial thérapeutique (places)	2 823	180	12	3	40	30	13	22	28	0	8	0	8	5	11
<b>Total</b>	<b>75 576</b>	<b>7 910</b>	<b>134</b>	<b>382</b>	<b>447</b>	<b>1 085</b>	<b>1 664</b>	<b>282</b>	<b>1 538</b>	<b>189</b>	<b>141</b>	<b>420</b>	<b>642</b>	<b>670</b>	<b>316</b>

#### Pénitentiaire

Hospitalisation à temps plein (lits)	368	53					40		13						
Hospitalisation partielle (places)	265	18					18		0						

#### Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus

Lits d'hospitalisation complète	0,17	0,15	0,25	0,11	0,10	0,11	0,13	0,15	0,11	0,58	0,44	0,35	0,09	0,23	0,15
Places	0,77	0,77	0,71	0,57	0,68	0,78	0,86	0,35	0,48	0,90	2,00	1,72	0,74	1,01	0,81

#### Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans

Lits d'hospitalisation complète	1,06	1,30	0,70	1,05	1,17	1,50	1,32	1,39	1,32	0,91	1,72	1,70	1,22	1,36	1,19
Places	0,37	0,37	0,28	0,23	0,61	0,28	0,25	0,27	0,37	0,40	0,40	0,53	0,46	0,78	0,34

## Principaux indicateurs en psychiatrie

		9	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82
France métropolitaine	OCCITANIE	Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne

### Offre de soins médico-sociale - Adulte

#### Nombre d'établissements et de services - Places installées par catégorie d'établissement au 31.12.2015 (1)

<b>Maison d'accueil spécialisée (M.A.S.)</b>															
Nombre d'établissements	661	82	3	5	6	5	15	4	13	2	8	6	8	4	3
Nombre total de places installées	27 327	3 647	99	226	232	234	727	171	441	181	406	288	321	190	131
Dont places en accueil temporaire	871	97	0	4	5	23	26	3	10	4	1	6	8	4	3
Dont places en accueil de jour	1 968	182	12	25	3	13	18	3	34		8	13	24	15	14
<b>Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.) (2)</b>															
Nombre d'établissements	935	94	5	8	2	9	16	6	17	3	6	9	5	3	5
Nombre total de places installées	27 908	2 902	128	164	62	238	526	188	520	300	149	268	97	122	140
Dont places en accueil temporaire	939	65	0	0	2	2	34		19	1	1	3	2	1	
Dont places en accueil de jour	1 736	133				13	36		41	1	4	24	6	8	
<b>Services d'accompagnement à la vie sociale, médico social pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH)</b>															
Nombre de services (4)	1 313	116	4	6	2	19	15	4	21	4	2	6	12	12	9
Nombre de places	45 504	4 230	104	270	145	798	639	120	757	361	33	243	282	356	122

(1) On compte la capacité totale des établissements indépendamment de la spécificité des places

(2) Les établissements classés en catégorie FAM sont ceux qui disposent de lits d'accueil médicalisés, même si d'autres types de lits y sont présents

(4) Services autonomes et services rattachés à un établissement

#### Places installées en MAS et FAM au 31 12 2015

Places en accueil temporaire (1)	1 810	162	0	4	7	25	60	3	29	5	2	9	10	5	3
Places en accueil de jour (2)	3 704	315	12	25	3	26	54	3	75	1	12	37	30	23	14
Places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés (1)	27 327	3 480	99	222	227	215	701	168	431	103	405	282	313	186	128
Places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (1)	27 908	2 566	128	164	60	251	492	188	489	40	148	250	95	121	140

#### Taux d'équipement, MAS, FAM, SAVS e

Nombre de places pour 1000 habitants de 20 ans à 59 ans

Places en accueil temporaire MAS+FAM	0,06	0,06	0,00	0,02	0,05	0,07	0,08	0,03	0,05	0,06	0,05	0,08	0,05	0,03	0,02
Places en accueil de jour MAS+FAM	0,11	0,11	0,17	0,14	0,02	0,07	0,07	0,03	0,13	0,01	0,32	0,34	0,14	0,13	0,11
Places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés MAS	0,83	1,22	1,36	1,29	1,76	0,59	0,97	1,89	0,76	1,30	10,94	2,62	1,43	1,02	1,04
Places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés FAM	0,85	0,90	1,76	0,95	0,47	0,69	0,68	2,12	0,87	0,51	4,00	2,32	0,44	0,67	1,14
Places en SAVS et SAMSAH	1,39	1,48	1,43	1,56	1,12	2,21	0,88	1,35	1,34	4,56	0,89	2,25	1,29	1,96	0,99

## Principaux indicateurs en psychiatrie

		9	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82	
	France métropolitaine	OCCITANIE	Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Cers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne

### Accueil des adultes handicapés - par catégorie de clientèle en établissement

#### Places installées au 31.12.2015

Déficiences intellectuelles	119 737	6 263	0	265	603	533	391	432	2 957	89	187	162	351	118	175
Polyhandicaps	16 098	1 367	21	143	30	50	213	51	147	10	278	113	119	142	50
Déficiences psychiques	22 459	1 085	5	90	12	253	311	136	113	24	60	22	0	59	0
<b>Total</b>	<b>158 294</b>	<b>8 715</b>	<b>26</b>	<b>498</b>	<b>645</b>	<b>836</b>	<b>915</b>	<b>619</b>	<b>3 217</b>	<b>123</b>	<b>525</b>	<b>297</b>	<b>470</b>	<b>319</b>	<b>225</b>

(1) Hors foyers d'hébergement dont la quasi-totalité des occupants sont travailleurs d'ESAT. Y compris SAMSAH SAVS, hors SSIAD SPASSAD

#### Nombre de places pour 1000 adultes (20 à 59 ans)

Déficiences intellectuelles	3,65	2,19	0,00	1,53	4,67	1,47	0,54	4,87	5,25	1,12	5,05	1,50	1,61	0,65	1,42
Polyhandicaps	0,49	0,48	0,29	0,83	0,23	0,14	0,29	0,57	0,26	0,13	7,51	1,05	0,55	0,78	0,41
Déficiences psychiques	0,69	0,38	0,07	0,52	0,09	0,70	0,43	1,53	0,20	0,30	1,62	0,20	0,00	0,32	0,00
<b>Total</b>	<b>4,83</b>	<b>3,05</b>	<b>0,36</b>	<b>2,88</b>	<b>5,00</b>	<b>2,31</b>	<b>1,26</b>	<b>6,98</b>	<b>5,71</b>	<b>1,55</b>	<b>14,18</b>	<b>2,75</b>	<b>2,15</b>	<b>1,75</b>	<b>1,83</b>

## Offre de soins médico-sociale - enfants et adolescents handicapés

### Nombre d'établissements et de services - Places installées par catégorie d'établissement au 31.12.2015 - Taux d'équipement

#### Instituts médico-éducatifs (I.M.E)

Nombre d'établissements	1 233	111	5	7	5	15	22	7	15	6	2	9	6	7	5
Nombre total de places installées	66 590	5 120	212	356	298	575	935	302	757	215	76	338	428	383	245
<i>Dont places en accueil temporaire</i>	498	14	0	2	0	0	3	2	0	0	0	6	0	1	0
<i>Dont places en accueil de jour, externat ou sem</i>	46 082	3 058	113	233	115	394	622	96	526	65	21	196	336	221	120
Nombre de places installées pour 1 000 personnes de	4,3	3,9	6,5	4,3	5,2	3,3	2,9	7,6	2,9	6,3	4,7	7,1	4,1	4,4	4,0

#### Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)

Nombre d'établissements	443	60	3	3	2	7	17	4	5	2	2	6	2	6	1
Nombre total de places installées	15 107	2 512	55	137	163	229	761	149	349	40	77	176	100	216	60
<i>Dont places en accueil temporaire</i>	111	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
<i>Dont places en accueil de jour, externat ou sem</i>	6 632	1 124	30	63	25	121	346	54	175	4	5	118	53	102	28
Nombre de places installées pour 1 000 personnes de	1,0	1,9	1,7	1,7	2,8	1,3	2,4	3,8	1,4	1,2	4,8	3,7	0,9	2,5	1,0

### Places installées au 31.12.2015 par catégorie de clientèle en établissement spécialisé

Déficiences intellectuelles	57 032	4 223	166	292	144	513	801	245	568	199	76	304	376	327	212
Polyhandicaps	7 893	631	24	23	27	98	124	20	122	23	30	18	78	32	12
Déficiences psychiques	16 483	2 644	55	137	188	252	769	161	397	40	77	192	100	216	60

## Principaux indicateurs en psychiatrie

	9	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82		
France métropolitaine	OCCITANIE	Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn-et-Garonne	
<b>Nombre et densité de psychiatres au 1er janvier 2016</b>															
Psychiatres libéraux ou mixtes - nombre	6 483	563	7	19	8	52	219	8	168	7	3	17	30	18	7
Psychiatres salariés exclusifs - nombre	8 412	692	15	37	38	78	150	23	145	28	9	22	64	54	29
Psychiatres - nombre	14 895	1 255	22	56	46	130	369	31	313	35	12	39	94	72	36
Psychiatres libéraux ou mixtes - nombre pour 100 000 habi	10,1	9,8	4,6	5,2	2,9	7,0	16,6	4,2	15,2	4,0	3,9	7,4	6,4	4,7	2,8
Psychiatres salariés exclusifs - nombre pour 100 000 habit	13,1	12,1	9,8	10,1	13,7	10,5	11,4	12,0	13,1	16,1	11,8	9,6	13,7	14,1	11,5
Psychiatres - nombre pour 100 000 habitants	23,3	21,7	14,4	15,3	16,4	17,5	27,6	16,2	27,9	20,2	15,8	17,0	20,0	18,6	14,1

Nombre de consultations et visites

Nombre de consultations et visites par habitant

## Soins primaires et dispositifs de coordination

### Médecins généralistes

APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans en 201 **3,8** 4,2 4,1 3,9 3,5 3,9 4,6 3,7 4,7 3,6 3,2 3,9 4,5 3,8 3,4

### Maison de santé pluridisciplinaires

Nombre ouvertes au 28 février 2017 **8** 8 9 11 7 8 5 4 6 6 5 6 5 5

#### Psychologues

Nombre avec intervention de psychologues 33 6 4 3 5 5 1 2 1 2 1 2 1 3  
 Nombre avec intervention de psychologues, ETP > 0 26 5 2 3 3 5 1 2 2 0 2 0 3  
 ETP prévus 16 3,3 3,0 1,3 2,5 0,0 0,5 1,2 0,0 2,2 0,0 2,2 0 2  
 % avec intervention de psychologues **38%** 75% 0% 36% 43% 63% 100% 25% 0% 33% 20% 33% 20% 60%  
 % avec intervention de psychologues et ETP > 0 **30%** 63% 0% 18% 43% 38% 100% 25% 0% 33% 0% 33% 0% 60%

#### Psychiatres

Nombre avec intervention de psychiatres 4 1 2 1  
 Nombre avec intervention de psychiatres, ETP > 0 3 2 1  
 ETP prévus 1 0,2 1,0  
 % avec intervention de psychiatres **5%** 0% 0% 9% 29% 13% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0%  
 % avec intervention de psychiatres et ETP > 0 **3%** 0% 0% 0% 29% 13% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0%

#### Psychiatres ou psychologues

Nombre avec intervention de psychologues ou de psychiatres 35 6 5 3 6 5 1 2 1 2 1 2 1 3  
 Nombre avec intervention de psychologues ou de psychiatres, ETP > 0 27 5 2 3 4 5 1 2 2 0 2 0 3  
 ETP prévus 17 3,3 3,0 1,5 3,5 0,0 0,5 1,2 0,0 2,2 0,0 2,2 0,0 1,8  
 % avec intervention de psychologues ou de psychiatres **41%** 75% 0% 45% 43% 75% 100% 25% 0% 33% 20% 33% 20% 60%  
 % avec intervention de psychologues ou de psychiatres et ETP > 0 **31%** 63% 0% 18% 43% 50% 100% 25% 0% 33% 0% 33% 0% 60%

### CLSM - nombre

Opérationnels 11 1 2 1 0 1 0 1 0 0 0 0 4 1 0  
 Opérationnels + projets 20 2 2 1 0 3 1 1 1 0 0 4 3 2

### CLS

nombre total 35 2 3 3 4 4 2 3 2 2 1 3 3 3  
 nombre avec volet santé mentale 24 2 3 1 3 3 0 3 2 2 2 2 2 1  
 % avec volet santé mentale **69%** 100% 100% 33% 75% 75% 0% 100% 100% 100% 0% 67% 67% 33%

### MDA - nombre

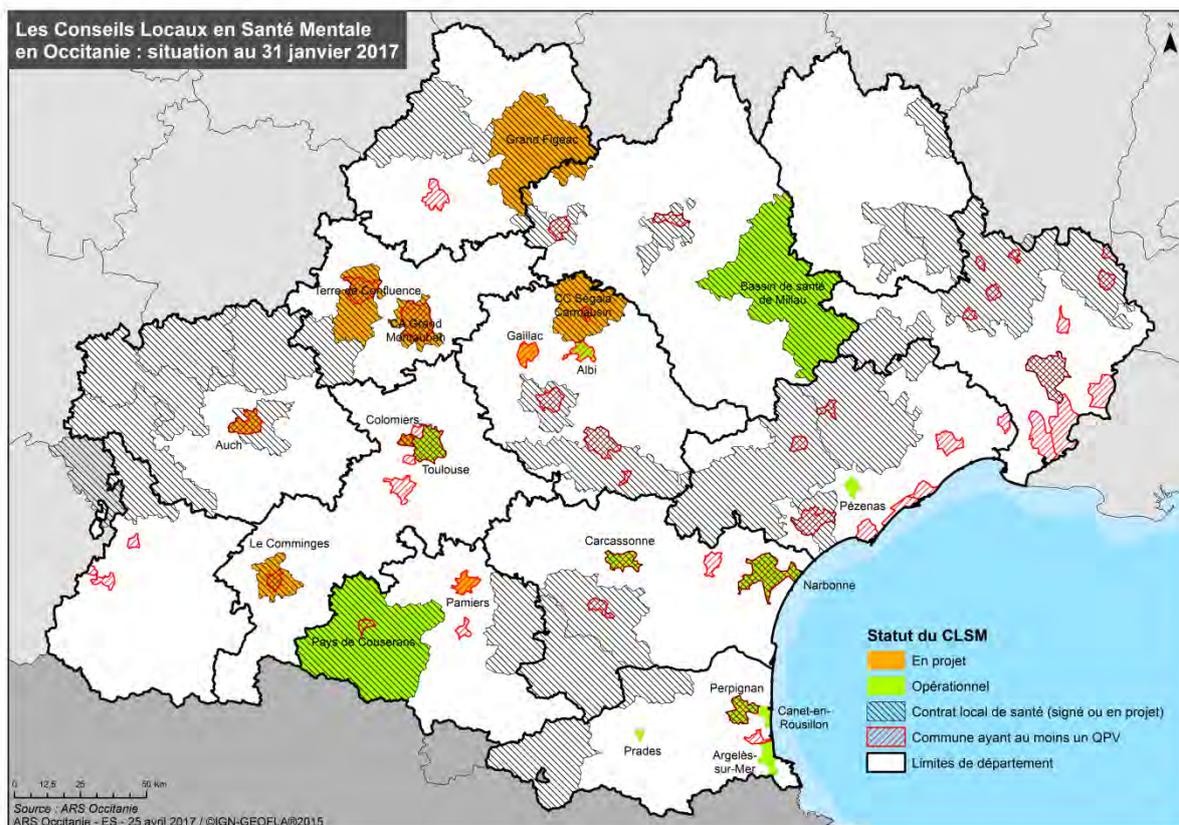
Réseaux avec intervention en santé mentale - nombre 9 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

### PTA

Nombre 28 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
 nombre avec volet santé mentale et psychiatrie 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1



# La couverture territoriale des CLSM au 31 janvier 2017





## 4.4. Bilan des EMGP en 2015 en LR

CODIREL

**Notre politique de santé  
face aux enjeux du vieillissement**

1<sup>er</sup> avril 2016

Yannick Moureau



D'après le Plan Santé Mentale 2011-2015, les personnes âgées « sont une population à risques concernant la santé mentale, devant bénéficier d'un accompagnement particulier. »

Le bilan du Plan Santé Mentale fait état de réponses insuffisantes face à cette problématique.

- Un tiers des résidents en EHPAD présentent un des 4 troubles psycho-comportementaux les plus fréquents (cris, déambulation, agressivité, fugues),
- 27.4% ont un traitement neuroleptique,
- 40.7% un traitement antidépresseurs,
- 17% sont contenus régulièrement => **Importance des symptômes psychiques et des troubles comportementaux au sein des EHPAD et surmédication.**

(Etude REHPA du Gérontopôle de Toulouse)

- Risques des effets iatrogènes, personnels des EHPAD non spécialisés dans la gestion des troubles psychiques

CODIR 1er avril 2016



2

## Une réponse innovante et adaptée : les équipes mobiles géro-psycho-geriatriques



- **Dispositif organisationnel :**  
6 équipes mobiles sur le territoire gérées par les établissements de secteur  
33% des Ehpad sous convention.  
Intervention à domicile pour 3 EMGP  
En 2014, **3260** personnes ont bénéficié des prestations de l'EMGP
- **Composition :** Médecin psy coordonnateur formé à la gériatrie + IDE + PSY (optionnel)
- **Financement :** cout moyen : 200 000 € via DAF PSY ou FIR/CNR MS pour expérimentation

### Le dispositif permet d'éviter :

- Les réponses inadaptées ou tardives, entraînant souvent une dégradation de l'état de santé général
- Un alourdissement des traitements et des effets iatrogènes
- Un recours aux contentions et des risques de maltraitance
- Un recours inapproprié aux urgences et encombrements de la filière psychiatrique
- Des refus d'admission en EHPAD de personnes présentant des troubles psychiatriques sévères
- Le burnout des équipes

CODIR 1er avril 2016



3

## Bilan et préconisations



- Un état des lieux 2015 a démontré que plus de 80% des Ehpad sont satisfaits de la mise en place de ces équipes mobiles
- Classification qualitative des EMGP (de 1 à 3 étoiles) suivant prestations et résultats
- Dans certains cas, 60 % d'hospitalisations évitées
- Diminution sensible ou arrêt du recours aux urgences pour 34% des EHPAD
- Classification précise des pathologies repérées par EHPAD
- Diminution des prescriptions médicamenteuses pour 35% des Ehpad et sensibilisation du médecin généraliste.
- Préparation des hospitalisations, harmonisation des prises en charge, facilitation des placements des patients psychiatriques en EHPAD
- Développement du travail en réseau entre sanitaire et MS, meilleure interconnaissance

### RECOMMANDATIONS

- Très forte demande des EHPAD de développer ce dispositif. Possibilité d'intégration dans le CPOM.
- Développer et systématiser les formations (Programme par territoire de santé)
- Facturation de certains actes
- Meilleure comptabilisation des hospitalisations évitables

CODIR 1er avril 2016



4



**SUJET : ETABLISSEMENTS DE SANTE PSYCHIATRIE AUTISME-TED DOULEUR E-SANTE PATIENTS-USAGERS HANDICAP ILE-DE-FRANCE**

**Autisme et psychiatrie: le Centre douleur et soins somatiques de l'Essonne pourrait être décliné dans toute la France**

(Par Clémence DE BLASI)

ETAMPES (Essonne), 31 août 2016 (APM) - Le Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale et autisme, attaché à l'établissement public de santé (EPS) Barthélemy Durand, spécialisé en psychiatrie, pourrait conduire à des déclinaisons dans chaque région de France, a expliqué mardi à l'APM le Dr Djéa Saravane, son chef de service.

La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion, Ségolène Neuville, venue visiter le centre lors de son ouverture en 2013, souhaiterait créer d'autres centres sur son modèle dans chaque nouvelle région, mais sans la partie recherche.

"Je souhaite que le centre du Dr Saravane fasse des petits pour que, dans chaque région, on puisse trouver une consultation spécialisée de ce type", avait également déclaré Ségolène Neuville lors du congrès Autisme France, à Bordeaux, le 23 janvier.

"Nous serons le centre de référence national, en connexion avec ces centres régionaux", a résumé le Dr Djéa Saravane.

Le suivi somatique chez les patients atteints de troubles mentaux est un sujet majeur de santé publique, de nombreuses associations, dont l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), le dénonçant comme "trop souvent négligé" (cf APM CDB309FTJS).

Le Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale et autisme a ouvert sur l'un des deux sites d'hospitalisation de l'EPS Barthélemy Durand, celui d'Etampes (le second se trouve à Sainte-Geneviève-des-Bois). Placé sous la responsabilité du Dr Djéa Saravane, il s'adresse à des personnes souffrant de pathologie mentale et atteintes de troubles envahissants du développement (TED) et d'autisme, enfants et adultes, hospitalisés ou suivis en ambulatoire à l'EPS Barthélemy Durand ou tout autre établissement de santé mentale d'Ile-de-France, ainsi qu'aux résidents des institutions médico-sociales, est-il précisé sur son site [Internet](#).

**Une prise en charge globale pour les patients dyscommunicants**

"La prise en charge est un peu spécifique, elle concerne tous les patients avec un handicap psychique, l'autisme, et aussi les handicaps génétiques rares. Nous avons essentiellement des patients avec de gros troubles du comportement, majoritairement dyscommunicants, âgés de 2 à 78 ans. Notre prise en charge consiste à détecter et prendre en charge les pathologies organiques associées non traitées, et la douleur, qui sont chroniques", précise-t-il.

Environ 300 patients ont été reçus en 2013, note-t-on. Les consultations sont uniquement externes. Elles peuvent durer jusqu'à deux heures. En règle générale, quatre patients y sont reçus par jour. Chaque consultation nécessite un médecin, et deux infirmières en permanence.

"A l'heure actuelle, nous tournons avec une PH [praticienne hospitalière] à temps plein, quatre postes infirmiers, une secrétaire médicale, une cadre de santé, et un ingénieur hospitalier pour la recherche, qui n'est pas médecin mais docteur en neurosciences. Un deuxième PH devrait être recruté l'année prochaine", a expliqué à l'APM le chef de service du centre.

"Actuellement, je pense que ce centre est vraiment unique en France, dans le sens où nous avons une prise en charge globale de ces patients dyscommunicants. On a tous les critères de labellisation des centres de référence, comme le prévoit la circulaire DGOS du 22 juin 2012.

On a donc déposé un dossier pour devenir le centre de référence national. Depuis juin 2016, nous faisons également des téléconsultations et téléexpertises", indique le Dr Djéa Saravane.

Le centre a aussi pour mission de diffuser de "bonnes pratiques" professionnelles dans tous les établissements hospitaliers et médico-sociaux, par le biais de l'élaboration de recommandations avec la Haute autorité de santé (HAS) notamment.

"Le centre était un axe des projets stratégiques de l'EPS Barthélémy Durand 2012-16, il a été créé grâce à ce projet médical, et labellisé par l'agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France. Il a pu être créé en 2013 grâce à une enveloppe de 400.000 euros, dans le cadre du Plan autisme", explique le responsable, également président de l'Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale (ANP3SM).

### Des consultations entièrement gratuites

"Ce centre, c'est un vieux projet, que j'avais depuis plus de 20 ans, et que j'avais dû mettre de côté parce qu'aucun établissement n'était vraiment intéressé. Barthélémy Durand a décidé de prendre le problème du handicap à bras le corps. Le projet a été voté unanimement. Désormais, ça fonctionne et on commence même à être un peu surchargé, avec des délais de consultation qui s'allongent de plus en plus: on est arrivé à quatre ou cinq mois", commente le Dr Saravane.

"Nous avons donc demandé à l'ARS un complément budgétaire de 300.000 euros environ pour 2016, parce qu'on est en train de faire une extension du centre pour ouvrir une deuxième salle de consultation, ce qui nécessitera de nouveaux moyens humains. La salle est déjà équipée, mais je ne peux pas l'ouvrir tant que je n'ai pas les moyens humains", constate-t-il, avant d'indiquer attendre un retour courant septembre.

"Si on ouvre la deuxième salle de consultation, on arrivera à 800 consultations par an en 2017", espère le chef de service.

"Nous ne sommes pas tarifés à l'activité (T2A). Je l'ai demandé, et le ministère nous l'a accordé. Même si nos patients sont dyscommunicants, on prend le temps de leur expliquer tout ce qu'on fait, on les laisse s'adapter à l'environnement du centre", pointe le Dr Djéa Saravane.

"J'ai de la chance que ma direction me suive: je ne rapporte rien à l'hôpital, ma consultation est entièrement gratuite, tout est pris en charge à 100% sur la carte Vitale du patient. Pour le moment, je n'ai pas de moyens, donc la pharmacie centrale de l'hôpital me fournit ce dont j'ai besoin, mais je ne sais pas du tout comment facturer mes consultations", explique le Dr Saravane, qui compte se pencher prochainement sur le sujet avec l'ARS ou la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

### Une unité de recherche clinique

Le centre est également doté d'une unité de recherche clinique. "Nous sommes membres de l'unité Inserm, et nous avons une convention de partenariat avec l'université de Sherbrooke au Canada, et l'université de Paris Sud, ce qui fait que de nombreux projets de recherche sont en cours actuellement, comme la mise en place d'une échelle d'hétéro évaluation de la douleur des patients dyscommunicants ou la perception de la douleur chez la personne autiste", détaille le responsable.

En octobre 2015, l'EPS Barthélémy Durand indiquait s'être associé à la start-up Auticiel pour concevoir et développer une application numérique d'aide à l'expression de la douleur pour les patients dyscommunicants (cf APM VL6NWX67T), rappelle-t-on.

De gros travaux d'extension ont lieu actuellement sur le centre: de 200m2, il devrait passer à environ 330m2 au terme de quatre mois de travaux. L'extension accueillera les bureaux administratifs (bureau des médecins, salle de recherche, salle de réunion).

Les travaux vont commencer mi-septembre, et devraient durer jusqu'à la fin 2016.

[cdb/vl/eh/APM\\_polsan](mailto:cdb/vl/eh/APM_polsan)  
[redaction@apmnews.com](mailto:redaction@apmnews.com)

CDB40CQ5SK 31/08/2016 11:38 POLSAN - ETABLISSEMENTS







# Parcours santé mentale

ARS Occitanie  
26-28 Parc Club du Millénaire  
1025, rue Henri Becquerel CS 3001  
34067 Montpellier Cedex 2

04 67 07 20 07

[www.occitanie.ars.sante.fr](http://www.occitanie.ars.sante.fr)

