



Diagnostic Territorial Partagé en Santé Mentale DEPARTEMENT DE L'HERAULT

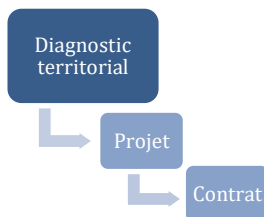
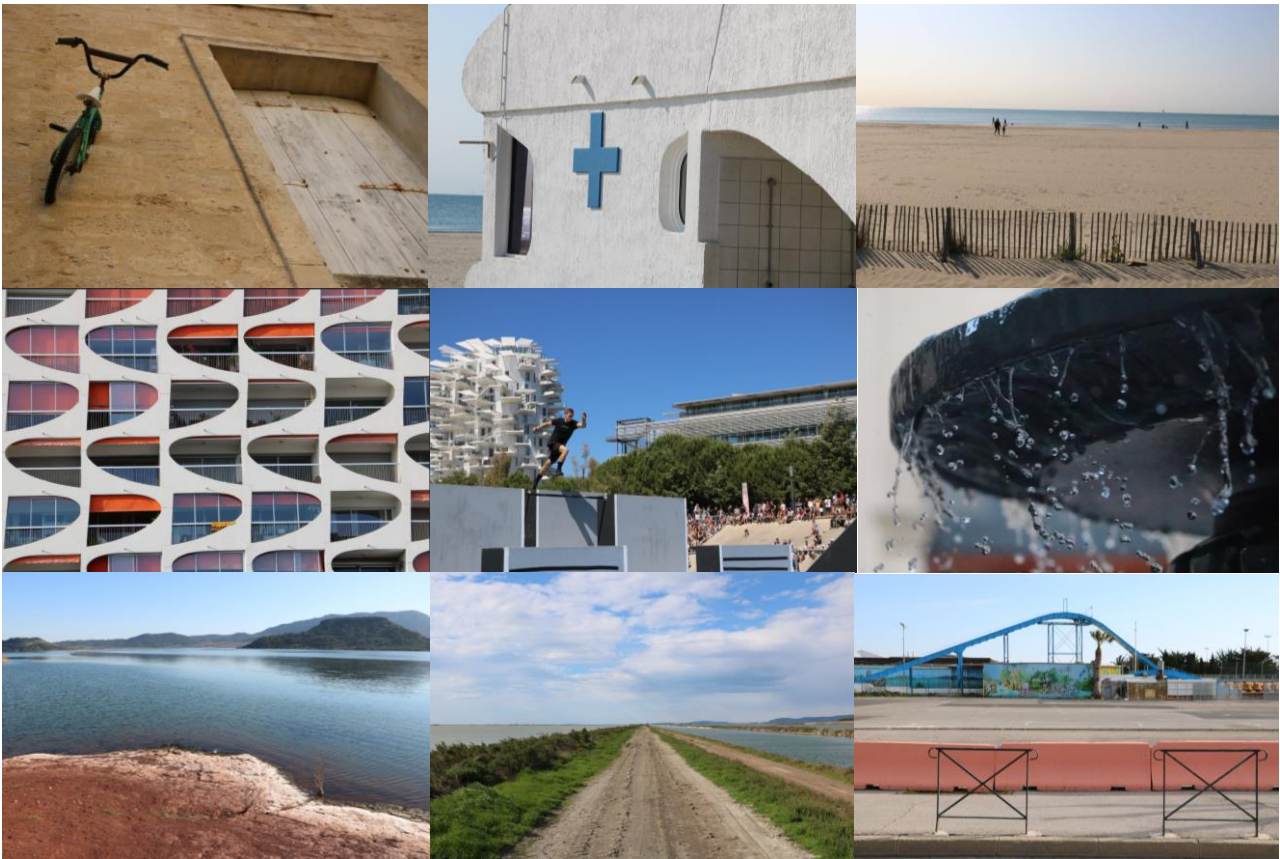


Table des matières

PREAMBULE : UN DIAGNOSTIC ETABLI PAR LES ACTEURS DE SANTE DU TERRITOIRE	3
I. LES ENJEUX :.....	3
A. LE CADRE REGLEMENTAIRE :.....	4
B. PRESENTATION DE LA DEMARCHE CONDUITE SUR LE TERRITOIRE	5
1. <i>Présentation du territoire projet retenu</i> :	5
2. <i>Le déroulé de la démarche sur le territoire</i> :.....	5
II. PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE	6
A. DONNEES GEOGRAPHIQUES : L'HERAULT AMPHITHEATRE OUVERT SUR LA MER.....	6
B. PROFIL DEMOGRAPHIQUE : UN DYNAMISME DEMOGRAPHIQUE UNIQUE EN FRANCE METROPOLITAINE.	6
C. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES :.....	7
D. DONNEES RELATIVES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT SUR LE TERRITOIRE :.....	11
III. CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE EN SANTE MENTALE : ETAT DES RESSOURCES DISPONIBLES	12
A. L'OFFRE DE PREVENTION, REPERAGE ET DE DIAGNOSTIC :.....	12
B. 1 ^{ER} RECOURS / URGENCE :.....	18
1. <i>Données</i>	18
C. SITUATION GENERALE DU TERRITOIRE AU REGARD DE L'OFFRE EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX :	26
D. L'OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT SPECIALISEE EN PSYCHIATRIE :	32
1. <i>Données d'équipement</i> :.....	32
<i>L'exemple de la pédopsychiatrie biterroise à travers le centre pédo-psychiatrique Anne Frank :...Erreur !</i> <i>Signet non défini.</i>	
E. L'OFFRE MOBILISABLE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE.....	48
1. <i>Données d'équipement</i>	49
2. <i>Offre psychiatrique dédié aux populations en situation de précarité</i>	50
F. L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES DES PERSONNES SOUFFRANT DE PROBLEMATIQUE DE SANTE MENTALE :.....	52
G. LES AUTRES RESSOURCES CONCOURANT A LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE :	53
IV) IDENTIFICATION DES PROBLEMATIQUES RENCONTREES, DES BONNES PRATIQUES ET DES LEVIERS EXISTANTS :.....	55
A) REPERAGE PRECOCE DE LA SOUFFRANCE ET DES TROUBLES PSYCHIQUES, DIAGNOSTIC ET ACCES AUX SOINS ET ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX OU MEDICO-SOCIAUX :.....	56
B) DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS, PREVENIR LES SITUATIONS DE DEFAUT OU DE RUPTURE DE PRISE EN CHARGE ET LES PRISES EN CHARGE INADEQUATES ET ANTICIPATION DES ADAPTATIONS DE PRISE EN CHARGE:.....	59
C) ACCES AUX SOINS SOMATIQUES, ORGANISATION DES SOINS ET DU SUIVI SOMATIQUE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES OU HANDICAP(S) PSYCHIQUES :	62
D) PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE:	64
E) ACCES, RESPECT, PROMOTION DES DROITS, CITOYENNETE ET LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES OU HANDICAP(S) PSYCHIQUES :	65
F) ORGANISATION DES CONDITIONS D'ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE :	67
G) ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT PAR DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES OU EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE :	68
H) DELAIS D'ATTENTE ET PROBLEMES D'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE OU FINANCIERE AUX SOLUTIONS ADAPTEES, NOTAMMENT DE LOGEMENT ET D'HEBERGEMENT :.....	69
I) COOPERATION, COORDINATION, LIENS, PARTENARIATS ET TRAVAIL EN RESEAUX :	71
V) SANTE MENTALE ET COVID 19 :	74
VI) PLAN D' ACTIONS PROPOSES	78

Préambule

La politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs doivent être associés. Cette politique repose sur l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) fondé sur un diagnostic partagé, qui est un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier et doit donner lieu à un contrat territorial de santé mentale (CTSM) signé par l'ARS et les acteurs du territoire.

Les composantes du PTSM doivent inclure des éléments sur l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social ainsi que les représentants des usagers. Il tient compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et accompagnement les plus actuelles, quel que soient les troubles psychiques concernés.

Ce projet est donc élaboré par tous les acteurs d'un même territoire à partir d'un diagnostic partagé.

Dans l'Hérault le diagnostic du PTSM ainsi que des propositions d'action et un résumé ont été présentés pour avis dans le cadre d'un Conseil Territorial de Santé élargi à des parties prenantes actives du champ de la santé mentale en mai 2021. Des propositions des acteurs ont été intégrées au sein de ce document, soumis pour avis en septembre 2021.

Le PTSM est une démarche projet à laquelle a été initialement associé le « quadrinôme » constitué du CHU de Montpellier (Pr Purper Ouakil), de l'ADPEP34 (M. Clerget) et l'ADAGES (M. Hoibian) et de l'Unafam34.

Après des premiers échanges en 2019 avec ce trinôme, cette démarche projet, qui devait être à l'initiative et animée par les acteurs avec le soutien de la DDARS n'a malheureusement pas pu avoir la dimension participative souhaitée. Une volonté de relance avait été initiée en 2020, malheureusement mis en difficultés au regard du contexte de la crise sanitaire.

Il a toutefois semblé important de proposer un document de diagnostic et une liste de propositions d'actions qui pourront être alimentés, complétés de manière plus participatives dans la phase de mise en œuvre du projet et lorsque les conditions sanitaires permettront de mieux mobiliser les acteurs.

Selon les textes depuis le 1^{er} janvier 2021, en l'absence de diagnostic remis par les acteurs à l'initiative de la démarche, l'ARS conduit la démarche.

Ce travail de collecte de données et de formulation de propositions d'actions a été réalisé en parallèle des autres missions chamboulées de la Délégation Départementale ARS de l'Hérault, et dans le contexte sanitaire qui a également très mobilisé les différents acteurs du champ de la santé mentale.

I. Les enjeux :

Les enjeux nationaux :

Les indicateurs français concernant l'état de santé mentale de la population sont préoccupants : haut taux de recours à l'hospitalisation complète, espérance de vie réduite des malades psychiques, retards de diagnostic, faible taux d'insertion des personnes handicapées psychiques sont pointés par l'OCDE.

Les troubles psychiques sont classés au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Selon l'OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. En France, on estime que 15 % des 10-20 ans (1,5 millions) ont besoin de suivi ou de soins.

7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. 8948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France Métropolitaine (soit 25 par jour contre 9 pour les accidents de la route). La France présente un des taux de suicide les plus élevés parmi les pays de l'Union Européenne.

Les enjeux du département :

Les enjeux du département sont d'apporter une réponse la plus satisfaisante possible aux 4 constats qui caractérisent le département et impactent l'accompagnement des problématiques de la population en matière de santé :

- Une forte précarité couplée à un fort dynamisme démographique ;
- Des populations à risques importants ;
- Une offre de soins plus élevée que la moyenne nationale mais inégalement répartie et accessible ;
- Une offre médico-sociale sous dimensionnée.

A. Le cadre réglementaire :

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a notamment pour objectif la mise en place d'une politique globale de santé mentale qui dépasse le champ de la psychiatrie dans le but de réduire les inégalités d'accès aux soins et services pour l'ensemble de la population souffrant de troubles psychiques.

Le parcours coordonné de la personne est désormais une priorité partagée et facilitée par les orientations de la loi santé. La politique de santé mentale doit désormais être mise en œuvre dans un cadre décloisonné comprenant des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Selon l'article L3221-1 du CSP, « *la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.* ».

La loi fixe les priorités du PTSM et précise la méthodologie de son élaboration, en définissant notamment le rôle des ARS et le contenu du diagnostic territorial partagé.

Le décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM précise que « *le diagnostic territorial partagé et le PTSM arrêtés par le DGARS après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Le PTSM est arrêté pour une durée de 5 ans. Le diagnostic territorial partagé et le PTSM sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations (art. R3224-1 du CSP).* »

Une fois le diagnostic et le projet territorial de santé mentale arrêtés par le Directeur Général de l'ARS après recueil de l'avis des CTS et CLSM il sera mis en place une démarche d'élaboration de fiches actions pour préparer la mise en œuvre du plan d'action via la contractualisation.

Ces fiches actions seront rédigées sur la base des actions prioritaires retenues dans le cadre du diagnostic et du projet. Une modalité partenariale de rédaction de ces fiches action sera déterminée en fonction de l'évolution de la situation sanitaire.

Des groupes de travail thématiques, notamment sur la prise en charge des mineurs seront organisés afin de co-construire les modalités prévisionnelles de mise en œuvre d'actions et favoriser les dynamiques de parcours.

La mise en place d'un coordonnateur de PTSM a vocation à permettre de conduire cette recherche d'animation territoriale autour de ces actions.

B. Présentation de la démarche conduite sur le territoire

1. Présentation du territoire projet retenu :

Défini à l'article L.3221-1 du CSP, le territoire de santé mentale doit être le niveau suffisant pour permettre :

- L'association de l'ensemble des acteurs (établissements de santé autorisés en psychiatrie, médecins libéraux, psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion) ;
- L'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Le territoire est ainsi un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité. Les textes proposent des niveaux territoriaux : le département, le territoire de démocratie sanitaire, ou dans les territoires caractérisés par une forte densité populationnelle, l'agglomération ou la métropole.

Le département de l'Hérault a été considéré comme pertinent par le Directeur Général de l'ARS Occitanie pour garantir une couverture sur toute la région. Ce choix est appliqué à toute la région Occitanie en vue de favoriser l'articulation avec les services de l'Etat mais aussi le Conseil Départemental.

2. Le déroulé de la démarche sur le territoire :

La démarche PTSM a été présentée en Conseil Territorial de Santé (CTS), instance de démocratie sanitaire du département de l'Hérault, le 27 mars 2019. Il a été abordé les différents éléments relatifs au lancement de la démarche PTSM à l'échelle du département de l'Hérault tel que le retro planning et la méthodologie proposée pour diagnostic territorial partagé. Enfin, l'extension de la commission spécialisée en santé mentale du CTS à des institutions non représentées, dans un souci de concertation transversale en vue de l'élaboration du diagnostic, a été validée.

Lors de la commission spécialisée en santé mentale du CTS du mardi 25 juin 2019, un appel à candidatures a été lancé afin d'identifier les acteurs volontaires pour participer à la démarche d'élaboration puis de suivi du futur PTSM, et de désigner les personnes qui co-piloteront la démarche.

Il a été désigné un trinôme (établissement sanitaire et médico-social) en charge du pilotage du futur PTSM, il s'agit du CHU de Montpellier, de l'association ADAGES, de l'ADPEP 34, et de l'UNAFAM 34.

Deux groupes de travail ont été formés afin de fournir une réflexion sur des problématiques jugées prioritaires, il s'agissait pour chacun des groupes d'aborder la notion de « parcours de soin » en référence aux ruptures, défauts et prises en charge inadéquates, aux situations de crise ou d'urgence et aux passages à l'âge adulte et au vieillissement. En plus de cette thématique transversale, un groupe a traité la thématique concernant « La prévention, le repérage, le diagnostic et l'intervention précoce » et un autre a abordé la thématique « Les modalités d'accompagnement et insertion des personnes présentant des troubles psychiques ». Les échanges ont été intégrés) aux éléments de diagnostic du titre IV.

Ce diagnostic a également pris en compte les travaux, réunions et échanges conduits par ailleurs notamment dans le cadre de la réponse Accompagnée pour tous (RAPT), du comité départemental PRAPS, des études conduites par le SIAO ainsi que par le CREA-ORS Occitanie sur les articulations entre les CAMSP, CMPP et CMP, ainsi que des sollicitations d'associations ou collectifs professionnels ou d'usagers.

Comme indiqué en préambule, cette démarche n'a pu avoir la dimension participative souhaitée initialement.

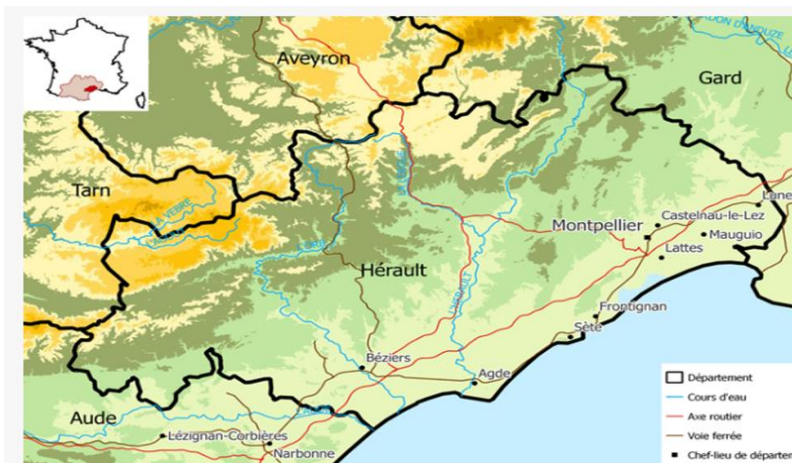
Enfin ce diagnostic a été complété en prenant en compte de l'avis des membres du Conseil Local en Santé Mentale du Cœur d'Hérault adressé à l'ARS le 24/05/2021, du conseil départemental, ainsi que des structures et établissements de santé ayant des activités en lien avec la psychiatrie et la santé mentale. Des réunions ont permis des échanges sur ce document et les propositions d'actions.

II. Principales caractéristiques du territoire

A. Données géographiques : l'Hérault amphithéâtre ouvert sur la mer.

La réforme territoriale a donné naissance au 1er janvier 2016 à 13 régions en France métropolitaine, dont la région Occitanie, issue de la réunion des anciennes régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées. Elle est la deuxième plus vaste région de France métropolitaine (72 724 km²) et compte près de 5 791 865 habitants.

L'Hérault (6 101 km² de superficie) est situé au sud-est de la région. Le département est composé d'un axe littoral de 87 kms (au premier rang desquelles figure son chef-lieu Montpellier) sur lequel se concentre la majorité de l'urbanisation et de la population, et d'un arrière-pays composé de moyennes montagnes bien moins peuplées constituées par les contreforts des Cévennes et la Montagne Noire.



B. Profil démographique : un dynamisme démographique unique en France métropolitaine.

En 2019, le département de l'Hérault compte 1,144 millions d'habitants (RP 2017 INSEE), il est le 17^{ème} département le plus peuplé de France métropolitaine. Il est tiré par le dynamisme de la ville de Montpellier, 2^e ville de la région et 7^{ème} ville de France.

L'aire urbaine de Montpellier compte 607 857 habitants en 2016, soit 53% de la population totale du département. Les unités urbaines de Sète (91 100 habitants), de Béziers (87 200 habitants) et de Lunel (49 200 habitants) sont les trois autres grandes unités urbaines du département.

Entre 2010 et 2016, la population a augmenté de 10.5% soit plus de 10 000 habitants supplémentaires chaque année avec une croissance supérieure à celle de la région Occitanie et de tous les départements métropolitains plus peuplés. Certaines communes bénéficient même d'une croissance annuelle supérieure à 3,5 %.

Si quasiment toutes les communes de l'Hérault voient leur population croître cet accroissement est inégalement réparti et bénéficie surtout à la partie déjà très urbaine du département.

Avec un âge moyen de 40,8 ans, la population de l'Hérault est un peu plus âgée qu'en moyenne en France métropolitaine (40,1 ans), mais elle apparaît relativement jeune dans la région (moyenne de 41,8 ans). Les 15-29 ans représentent 19 % de la population héraultaise, contre 18 % en France métropolitaine et 17 % dans la région, sous l'effet de la concentration de la population étudiante dans les universités montpelliéraines. En revanche les moins de 14 ans et 30 - 59 ans sont moins représentés qu'en France métropolitaine.

Projections de populations : La population départementale ne va cesser d'augmenter et de vieillir. D'une part, l'âge moyen des habitants de la région Occitanie passerait de 41,8 ans à 44,1 ans en 2030. D'autre part en Occitanie, la population augmenterait de 17 % pour atteindre 6,5 millions en 2030.

La population continuerait de se concentrer en Haute-Garonne et dans l'Hérault, qui seraient les seuls départements à compter en Occitanie plus de naissances que de décès.

Selon les projections OMPHALE INSEE 2040 – 2050, le département de l'Hérault devrait compter 1 328 000 habitants en 2040 et 1 383 000 en 2050 soit 16 et 20 % de plus qu'aujourd'hui, une augmentation et une population bien plus élevée que dans les départements voisins.

C. Données socio-économiques :

Selon l'INSEE, l'essentiel des emplois provient du secteur tertiaire, marchand ou non marchand. Les emplois sont concentrés sur la métropole montpelliéraine et la partie urbaine et littorale du département. Le tissu économique de l'Hérault est caractérisé par son grand nombre de petites et moyennes entreprises. Une part significative de l'emploi concerne le secteur du tourisme.

Le commerce, les transports et les services concentrent 47.7% de l'emploi, l'administration 36%, la construction 7.1%, l'industrie 6.6% et l'agriculture 2.6%.

La population active (15-64 ans) représente 70,5 % en 2016. La part de la population active ayant un emploi est de 58.1 %.

12.8 % des 15-64 ans sont élèves, étudiants ou stagiaires non rémunérés et 6.6% sont retraités ou pré retraités (Sources : Insee, RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019.).

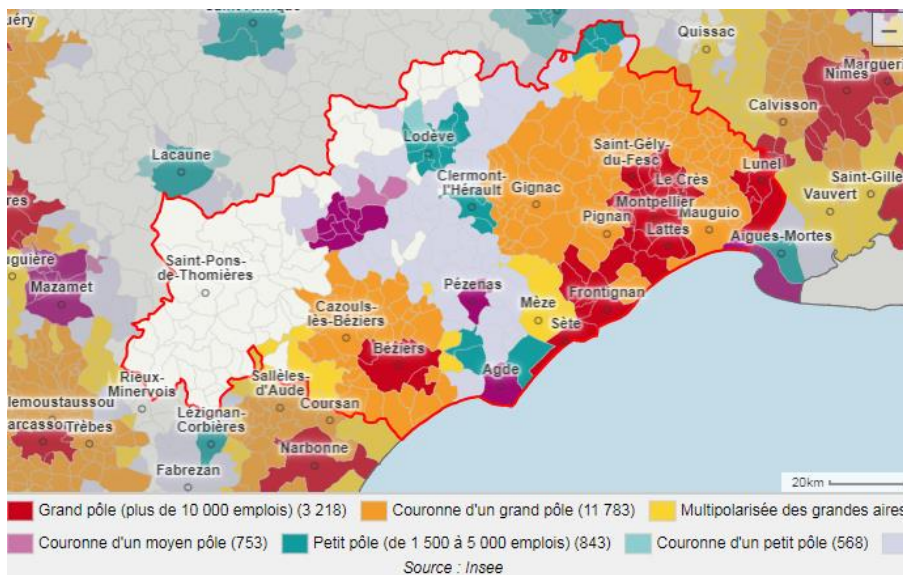
L'emploi est plus dynamique autour de la métropole montpelliéraine que sur le reste du département.

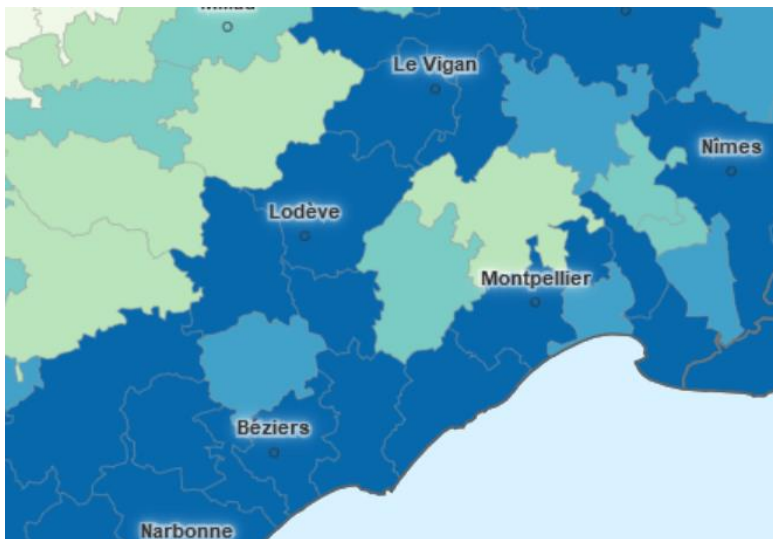
L'impact de la crise sanitaire COVID sur l'emploi local n'apparaît pas encore dans les données disponibles, mais sera significatif au regard de la part importante du secteur marchand et du tourisme sur l'emploi local.

Niveau de formation moyen :

L'absence de diplôme pour de nombreux jeunes fragilise leur recherche d'emploi, notamment sur les territoires du littoral. 15 % des jeunes âgés de 25 à 34 ans, n'ont aucun diplôme du second cycle de l'enseignement secondaire. Le département de l'Hérault compte plus de jeunes peu ou pas diplômés que 8 autres départements d'Occitanie.

Précarité / Situation sociale :





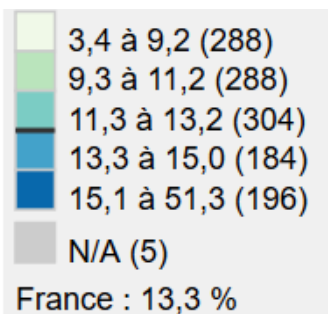
L'Occitanie est l'une des régions métropolitaines marquée par la précarité et la pauvreté.

Le taux de chômage dans l'Hérault est en moyenne de 5 points supérieurs aux taux de chômage en France.

Le niveau de revenus disponibles par unité de consommation (UC) médian est faible, la moitié des habitants vivent dans un ménage ayant moins de 1621 euros de revenus disponibles par mois.

Les 10 % des personnes les plus pauvres vivent avec moins de 838 euros mensuels par UC.

Taux de chômage des 15 ans et + (observatoire des territoires.fr)



Avec 19.4 %, l'Hérault présente un important taux de pauvreté, supérieur à la moyenne régionale. Ce taux est particulièrement prégnant chez les moins de 30 ans (30.4%) et moins significatif chez les 60-74 ans (13.1%) et les + de 74 ans (11.3%).

Selon l'INSEE, en 2017 le taux de familles monoparentales est de 17,8% pour l'Hérault contre 16,2% pour la France. Un enfant sur quatre vit sous le seuil de pauvreté dans l'Hérault.

Que ce soit pour le revenu médian disponible ou le taux de pauvreté, la situation est très variable selon les territoires. Les territoires éloignés des pôles urbains sont fortement touchés par la pauvreté, notamment des petites communes des hauts-cantons de l'Hérault. La périphérie montpelliéraine (notamment le nord et l'est) se caractérise par un haut niveau de revenu moyen et un moindre taux de pauvreté contrairement au reste du département. Mais la situation de Montpellier est très contrastée selon les quartiers.

53% de la population héraultaise est couverte par les prestations versées par la Caf, soit 100 000 foyers et 85 000 enfants concernés. La population bénéficiaire du RSA est en forte hausse avec plus de 44 000 allocataires (+8.8% dans l'Hérault pour 5.85% en France).

Or, la précarité est connue pour aggraver les problématiques de santé mentale.

Bénéficiaires CMU et CMU-C:

En Occitanie, la part de la population bénéficiaire de la CMU-C est particulièrement élevée avec 523 000 personnes, soit 11,4% de bénéficiaires. Cette part est deux fois plus importante qu'en Bretagne. De plus, la dispersion interdépartementale est très forte : la proportion de bénéficiaires de la CMU-C est nettement plus importante dans l'Hérault (10.5%) que dans l'Aveyron (4.4%) ou la Haute-Garonne (7.7%). La part des bénéficiaires est par ailleurs 0.6% plus importante chez les femmes que chez les hommes dans l'Hérault (11.3 contre 10.7).

Dans l'Hérault, la part de bénéficiaires de la CMU complémentaire parmi les personnes âgées de moins de 65 ans (entre 11 et 13 %) est également largement supérieure à la moyenne métropolitaine (9.1%)¹

Personnes en situation de handicap :

¹ Sources : FONDS CMU-C – Annuaire statistique, octobre 2017

Le taux d'enfants couverts par l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est plus élevé dans l'Hérault que celui de la région : 21,2 jeunes pour 1 000 contre 17,6 pour 1000 en Occitanie et 15,1 pour 1000 en France métropolitaine².

Le nombre a augmenté de 540 enfants en moyenne par an dans l'Hérault entre 2012 et 2015 et correspondant à un taux d'accroissement annuel moyen de 13,0 %. Ce taux est 2 fois plus élevé que celui observé au niveau national (+ 5,3 %).

En 2018, la CDAPH Héraultaise a prononcé 2 920 accords d'AEEH seule, c'est-à-dire sans complément, et 1 648 AEEH avec complément, soit au 31/12/2018 : 5 559 droits ouverts à l'AEEH et 3 036 compléments³

Au total, ce sont 6 466 enfants et adolescents en situation de handicap qui sont scolarisés dans l'Hérault. Cela représente 3,2 % des élèves du 1^{er} degré et 3,0 % des élèves du 2nd degré (respectivement 3,2 % et 2,7 % au niveau national).

La répartition des élèves scolarisés en milieu ordinaire par type de troubles est⁴:

- troubles intellectuels et cognitifs :..... 28 %
- troubles du langage et de la parole :..... 21 %
- plusieurs troubles associés : 19 %
- troubles du psychisme :..... 13 %
- autres :..... 19 %

L'allocation adulte handicapée (AAH) représente, en nombre d'allocataires, le deuxième minimum social distribué dans le département. En aout 2018, il y a dans l'Hérault 24 930 allocataires de l'AAH, soit plus de 3.8% des 20-64 ans du département. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (2.8%). La tendance est similaire pour l'allocation de la Prestation Compensatoire du Handicap (PCH) et de l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP).

Activité MDPH :

En 2018, 88 779 demandes ont été déposées à la MDPH (tout type de demandes). Si la répartition enfants/adultes (23/77) reste stable par rapport à 2017, le volume global des demandes déposées a augmenté de plus de 8%.

Le flux des demandes en orientation ESMS est stable avec 2500 demandes (hors ESAT). Les demandes concernant la PCH (enfants et adultes) restent stables en 2018. Le nombre global de décisions et avis CDAPH a baissé de 7,8% entre 2017 et 2018 (88 441 décisions en 2017 contre 81 502 en 2018) (-10% pour les décisions relatives aux adultes, +2% pour les décisions relatives aux enfants).

Les délais relatifs aux orientations ESMS adultes, en baisse sur les 3 années précédentes, sont repartis à la hausse, bien qu'en dessous du délai réglementaire des 4 mois.

Il convient toutefois d'être vigilant sur ces délais car il peut y avoir plusieurs semaines entre l'envoi de la demande et son enregistrement par la MDPH.

Vieillessement :

² Sources : MDPH34, Enquête auprès des gestionnaires de SESSAD au 09/2017, Insee RP 2014 Exploitation : CREAL-ORS LR.

³ Source : ARS Occitanie / DDP / Pôle « Études et statistiques », Éléments de contexte pour un Diagnostic régional, 27 avril 2017

⁴ Données issues de l'étude ORS – CREAL relative Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Occitanie

600 000 personnes âgées d'au moins 75 ans vivent actuellement en Occitanie. Ce nombre augmente régulièrement. Un peu plus d'un tiers, soit 210 000 vivent alors seuls à domicile et un dixième en institution (maisons de retraite, services de moyen ou long séjour...).

En 2016, 20.7% de la population a plus de 65 ans dans le département. Les plus de 75 ans représentent 9.8 % de la population est en augmentation depuis 2011. A l'intérieur du département, ces taux connaissent d'importantes variations. Ainsi le taux de 65 ans et + est plus important dans les territoires ruraux (28.8 % pour la communauté de commune du Minervois au Caroux, 24.2% pour la Communauté d'Agglomération de Béziers Méditerranée et 16.1% pour la métropole Montpellieraine)⁵.

Les personnes âgées de 75 ans et plus vivent plutôt dans les cantons ruraux de l'ouest du département : Zones de St-Pons-de-Thomières et Bédarieux. On compte 8 239 personnes en grand isolement dans cette zone.

Dans l'Hérault, l'entrée dans la dépendance est assez tardive : l'âge moyen de l'ouverture des droits à l'APA est de 84 ans. En moyenne les personnes entrent en structure d'hébergement à 88 ans.

L'Hérault est le département qui compte le plus haut taux de bénéficiaires de l'APA à domicile parmi les départements de comparaison : 20% des personnes ayant 75 ans et plus et bénéficiant de l'APA vivent à domicile, contre 12% en moyenne en France. D'où l'importance d'optimiser les ressources permettant d'accompagner ces personnes à domicile.

Etat de santé psychique de la population :

En France en 2016, 1 354 120 personnes ont été prises en charge pour une Affection de Longue Durée 23 (ALD 23)⁶. En Occitanie, on comptait 82 710 bénéficiaires avec une ALD 23 active en 2016 (3,51% de la population protégée). Comme pour l'ALD cancer, le sex-ratio montre une surreprésentation des femmes (55,7% vs 49,3% pour l'ensemble des ALD). La répartition par classe d'âge montre une prépondérance marquée de la classe d'âge des actifs (18 - 65 ans) (70,3% vs 43,5% pour l'ensemble des ALD) (*Source : ARACT OCCITANIE*).

Données relatives à l'ALD 23 pour le régime général en 2017 <i>Source : CNAMTS</i>	Hérault	Occitanie
Effectifs des personnes prises en charge pour affection de longue durée - ALD23*	28 920	144 080
Taux standardisé des affections de longue durée pour 100 000 personnes protégées du régime général	2 858	2 880
Effectifs des nouvelles exonérations pour ALD23*	2 990	16 630

Dans l'Hérault, en 2017 on comptait 28 920 personnes prises en charge pour affectation psychiatrique de longue durée soit 2.5% de la population.

Parmi les moins de 20 ans dans l'Hérault, 2 450 bénéficient d'une exonération du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée ». Le taux standardisé⁷, parmi les Héraultais de moins de 20 ans est de 1 004 pour 100 000 habitants, supérieur à ce qui est observé pour l'ensemble des occitans de moins de 20 ans (880 pour 100 000) ou en France métropolitaine.

Les pathologies relevées pour ces jeunes sont avant tout des troubles du spectre autistique ou troubles envahissants du développement, des retards mentaux et des troubles du comportements et trouble émotionnels.

Ils sont, proportionnellement plus nombreux sur la ville de Montpellier et moins nombreux sur le secteur de Sète.

⁵ Sources Observatoire des territoires, données 2016

⁶ ALD 23 = affection psychiatrique de longue durée

⁷ c'est-à-dire une fois éliminé les effets des différences de répartition par âge de la population entre les territoires, de prévalence des exonérations du ticket modérateur pour « affection psychiatrique de longue durée »

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de personnes en ALD « affection psychiatrique de longue durée » au 31 décembre 2017. (Source : CNAMTS – CCMSA - CNRSI 2017 et INSEE RP 2015 – Exploitation : CREAL-ORS Occitanie.)

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
MONTPELLIER-LUNEL	371,0	686,9	1 068,0	1 554,2	928,8
MONTPELLIER-LODÈVE	238,3	1 006,9	1 300,2	1 728,2	1 077,5
SÈTE	232,7	999,6	1 180,2	1 144,8	892,6
BÉZIERS	238,8	990,7	1 428,1	1 229,1	974,8
MONTPELLIER-VILLE	587,6	1 400,0	1 595,6	1 033,6	1 152,0
HÉRAULT	361,7	1 021,7	1 323,4	1 293,4	1 003,8

D. Données relatives au logement et à l'hébergement sur le territoire :

La croissance soutenue du nombre de ménages fait naître un étalement urbain plus développé le long du littoral et dans le Cœur d'Hérault avec l'apparition d'habitats collectifs là où il y a encore 10 ans se caractérisait par de l'habitat individuel.

Il existe dans l'Hérault un fort déficit de logements sociaux : plus de 50% des demandes de la région émanent de l'Hérault. En 2017, le département connaissait ainsi 6.9 demandes en cours pour une attribution, taux le plus faible d'Occitanie (1.9/1 dans les Hautes-Pyrénées, 3.3/1 en Haute-Garonne et 4.0 en Occitanie et 4.3 en France).

À Montpellier, seul un logement est attribué par an pour 6 demandes et 20 % des demandeurs sont en attente de logement depuis plus de 3 ans, contre 10 % en 2014⁸. A ces difficultés d'accès aux logements, l'Hérault est particulièrement concerné par les situations d'habitat indigne : il fait partie des 11 départements les plus concernés qui sont situés sur l'arc méditerranéen (Hérault, Gard, Bouches du Rhône, Var). Actuellement, le parc héraultais de logements comporte une proportion importante de logements vieillissants, dont certains sont classés dans le Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI), soit environ 44.000 logements. Cela représente 10% du parc privé potentiellement indigne national, alors que le département représente seulement 1,6% de la population.

Les communes les plus concernées (en nombre des résidences principales du parc privé) sont⁹ : Agde avec 1500 logements - soit 11 % des RPPP départementaux-, Bédarieux avec 586 logements - 20,3 %-, Béziers avec 6510 logements - 20,5 % -, Clermont l'Hérault avec 377 -11,6 %-, Ganges avec 316 -18,4 %-, Lodève avec 648 logements -21 %-, Lunel avec 262 logements -10 %-, Montpellier avec 4608 logements -4 %-, Pézenas avec 723 logements -20%- et Sète avec 2426 logements -13 %-

Enfin, sont recensés 25 à 30 cas par an de situation de Diogène. Ce nombre est en augmentation constante depuis 5 ans.

⁸ Source : « Bilan du 5ème PDALHPD de l'Hérault », comité de pilotage du 30 juin 2016 + Chiffres DREAL Janvier 2018 • 14 | «La lettre de l'Observatoire régional de l'habitat en Midi-Pyrénées», n° 12, octobre 2014

⁹ Source : Plan pluriannuel de lutte contre l'Habitat Indigne dans l'Hérault – 2019-2021

III. Cartographie de l'offre en santé mentale : état des ressources disponibles

Les éléments concernant l'état des ressources au service d'une meilleure santé mentale de la population ne sont pas exhaustifs. Ce document n'a pas prétention à lister l'ensemble des dispositifs, associations, institutions et professionnels qui œuvrent, souvent dans l'ombre, sur le territoire départemental. Les personnes ayant mis en place des dispositifs, de façon formelle ou non, peuvent se faire connaître auprès de la DDARS de l'Hérault.

Les données relatives à l'offre sont présentées secteur par secteur. La particularité du département de l'Hérault est de présenter tout en ayant une démographie dynamique d'importants déficits dans l'offre en établissement et services sanitaire, social et médico-social pour personnes présentant des problèmes de santé mentale. Ces manques ont un impact sur l'ensemble des secteurs et sont sources d'orientations par défaut qui mettent en difficultés les structures et les professionnels. Les prises en charge étant par conséquent soit trop tardives soit non adaptées aux besoins réels des personnes.

Par exemple les taux d'équipement en structures médico-sociales handicap sont parmi les trois plus faibles de l'Occitanie. Ce déficit a de fait un impact sur les structures sociales ou les prises en charges en psychiatrie qui, à cause d'un manque de places ou manque de moyens, sont amenés à recevoir au long court par défaut des personnes ayant des orientations MDPH.

A ce déficit absolu s'ajoute une inégalité de répartition de l'offre sur le département, notamment sur l'ouest du département.

Par ailleurs, certaines structures autorisées (CAMSP, CMPP, services de l'ASE notamment) peinent à recruter des professionnels de santé et ne sont donc pas toujours en mesure de fonctionner de manière optimale. L'analyse de l'offre telle que présentée doit donc être réalisée à la lumière de ces éléments.

A. L'offre de prévention, repérage et de diagnostic :

L'offre suivante est présentée par chronologie d'âge. Les dispositifs liés à la pédopsychiatrie sont présentés au point D- L'offre de soins et d'accompagnement spécialisée en psychiatrie en page 27-28 :

PMI :

Les services de la Protection Maternelle Infantile (PMI) sont présents dans les 32 Services Départementaux de la Solidarité du département sur tout le territoire. La PMI 34 dispose d'un bus itinérant tient des permanences d'une demi-journée dans les communes à faible densité médicale. Un médecin, une sage-femme et une puéricultrice y accueillent parents et futurs parents.

CAMSP :

Leur mission de dépister et de proposer une cure ambulatoire et une rééducation pour des enfants de 0 à 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Les CAMSP sont ouverts en semaine en heures ouvrées entre 198 et 302 jours par an. La totalité des interventions réalisées par les CAMSP est prise en charge par l'Assurance Maladie.

Trois Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.) sont autorisés dans l'Hérault avec 5 implantations :

- Montpellier, Gignac et Lunel (CHU Montpellier) ;

- Béziers (UGEAM).
- Sète (UGEAM).

Le département de l'Hérault est le département d'Occitanie qui compte le plus d'antennes de CAMSP. Il existe une seule antenne de CAMSP non situé à proximité du littoral.

La file active 2017 du CAMSP géré par le CHU était de 555 enfants (des moyens nouveaux ont été octroyés fin 2019 à cette structure), celle du CAMSP de Béziers de 285 enfants et celle du CAMSP de Sète 113 enfants soit 953 enfants (source : *Rapports d'activité 2017 des CAMSP-CMP-CMPP et ATIH-RIMP 2017- Exploitation : CREA-ORS Occitanie*).

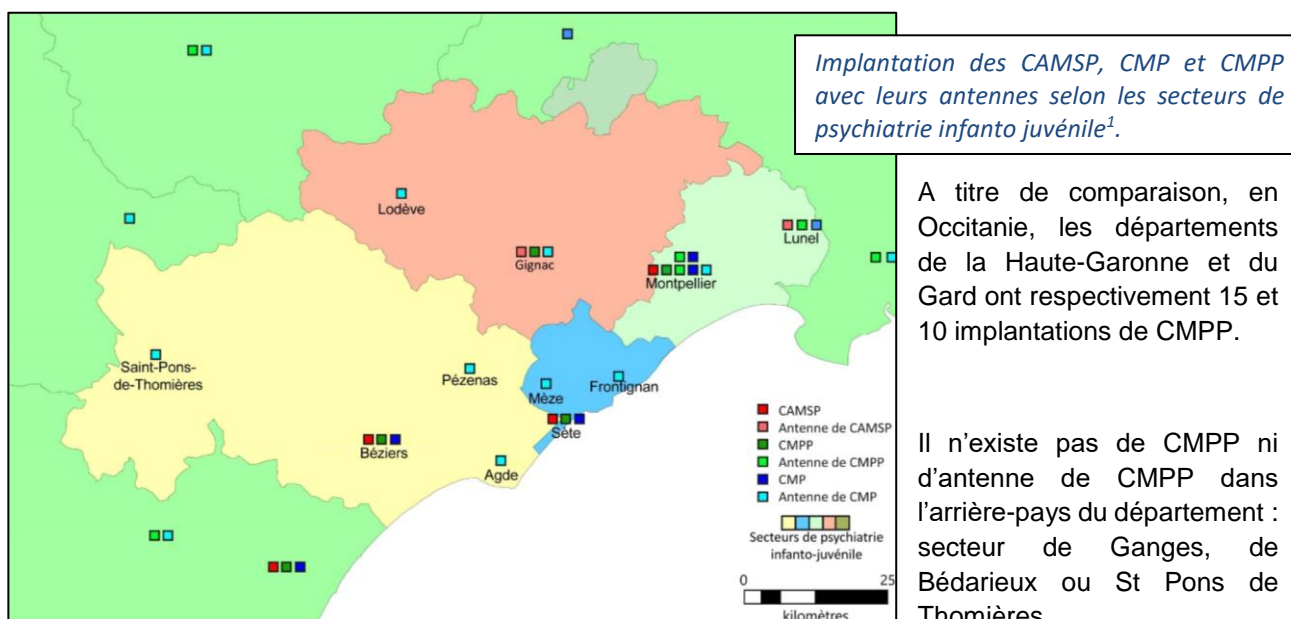
CMPP :

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) sont des structures médico-sociales qui assurent le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques, cognitifs, des apprentissages et du comportement, pour des enfants et des adolescents de la naissance à vingt ans, par une équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité d'un médecin qualifié en pédopsychiatrie, en psychiatrie ou en pédiatrie, qui coordonne les soins.

Ils travaillent en collaboration avec les professionnels des CMP, PMI, des établissements scolaires et de la santé scolaire (médecins, psychologues et infirmiers de l'éducation nationale), les services sociaux et les professionnels de santé libéraux. Les CMPP ne sont pas sectorisés. Ils sont ouverts en semaine en heures ouvrées entre 88 et 220 jours par an. L'accueil y est libre et pris en charge par les caisses d'assurance maladie.

Quatre CMPP sont implantés dans l'Hérault, permettant de proposer au total 7 lieux de consultations ou d'accompagnement. Ils ont une file active de 1258 enfants en 2017. Ils sont implantés :

- à Béziers depuis 2004, géré par l'Ugecam (146 enfants en file active 2017);
- à Gignac depuis 2015 géré par l'association départementale des PEP de l'Hérault (72 enfants);
- à Montpellier depuis 1987 avec trois sites géographiques et une antenne à Lunel, géré par Adages (869 enfants);
- à Sète depuis 1970 géré par le groupe SOS (171 enfants).



A Gignac ; l'antenne du CAMSP de Montpellier et celle du CMPEA/HJ du CHU de Montpellier sont implantées dans les mêmes locaux que le CMPP.

A Lunel, les antennes du CAMSP de Montpellier, du CMPP de Montpellier et du CMPEA Saint-Éloi sont regroupées dans le même bâtiment.

A Montpellier, une antenne du CMPP d'Adages et une antenne CMPEA du CHU de Montpellier sont regroupées dans les mêmes locaux qu'un dispositif santé des jeunes financés sur le Fonds d'Intervention Régional ARS afin de constituer la Maison des Adolescents de l'Hérault.

Le déficit d'offre de CMPP notamment induit des délais de prise en charge ou file d'attente très importants, pouvant aller jusqu'à une année selon les secteurs pour des enfants et des familles en grande difficulté.

Pour certains CAMSP les bilans et prises en charge ne sont plus possibles pour les enfants après 4ans 1 /2 et les CMPP ne les inscrivent qu'à partir de 6 ans sur leur liste d'attente ce qui peut conduire à un retard de diagnostic et de prise en charge de plus de 2 ans alors qu'il est largement établi que les prises en charge précoces sont plus efficaces et moins longues. Il convient par ailleurs de prendre en compte le temps d'attente des familles et usagers entre le premier et le second rendez-vous qui peut parfois être particulièrement long et difficile à vivre.

En outre, certaines implantations ne disposent pas de la ressource médicale nécessaire, ce qui accentue les difficultés et le report sur le secteur pédopsychiatrique déjà en tension.

Enfin le lien avec les services sociaux et les services de l'éducation nationale de secteur sont très importants. A Sète, des réunions régulières ont lieu avec les Assistantes sociales, infirmières scolaires, psychologues scolaires, pour évoquer le même jour au CMPEA la situation de plusieurs enfants suivis ou non. La présence d'un enseignant spécialisé mis à disposition par l'éducation nationale est fondamentale pour l'ensemble du travail de lien avec l'éducation nationale, y compris dans le champ du handicap.

	Hérault (Département) 2015	Occitanie (Région) 2015	France 2015
Nombre de CMP ou unités de consultation	18	136	1 502
Densité de CMP ou unités de consultation*	8,5	12,3	11
Part des CMP ouverts 5 jours ou plus par semaine psy IJ (%)	88,9	83,8	80,4
Nombre de CATTP	//	62	674
Densité de CATTP*	//	5,6	4,9

source : SAE, INSEE RP - 2015

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Enfin il est souligné que certaines équipes de services hospitaliers, notamment à Sète, interviennent auprès des crèches pour un travail de reprise et de repérage après la journée de crèche des enfants. Les Assistantes familiales bénéficient de rencontres régulières groupales à leur demande. Les CMPEA eux-mêmes sont situés dans trois maisons sans connotation hospitalière, afin que ces lieux gardent un aspect neutre.

Dispositifs éducation nationale spécifiques :

Dans l'Hérault à la rentrée 2020, on comptait 72 ULIS¹⁰ en écoles et 59 ULIS en collège et 10 en lycées, soient 1664 élèves scolarisés en ULIS dont 846 au premier degré et 818 dans le second degré, sur un total de 10 969 élèves en situation de handicap scolarisés dans le département (établissements scolaires publiques et privés (92%) et établissements médico-sociaux (8%)).

A la rentrée 2021¹¹, l'ouverture de 5 ULIS 1^{er} degré ,5 ULIS collège et 2 ULIS lycée est prévue ce qui portera à 77 ULIS 1^{er} degré,64 ULIS collège et 12 ULIS lycée.

¹⁰ Les Unités localisées pour l'inclusion scolaire ou ULIS sont, en France, des dispositifs qui permettent la scolarisation d'élèves en situation de handicap (reconnu par la Maison départementale des personnes handicapées ou MDPH) au sein d'établissements scolaires.

¹¹ Les chiffres sont issus des enquêtes annuelles n° 3 et 12 de la DGESCO

Il convient de noter que nombre d'élèves bénéficiant d'une notification de CDAPH pour une scolarisation exclusive dans un établissement médicosocial (IME ou ITEP) sont scolarisés dans un établissement de l'éducation nationale 1^{er} ou 2nd degré par défaut de place en EMS.

Nombre d'élèves notifiés IME ou ITEP scolarisés dans les établissements scolaires par défaut de place en EMS					
Année scolaire	1 ^{er} degré	Avec Ulis école	2 nd degré	Avec Ulis collège/lycée	Total
2016-2017	108	77	123	43	351
2017-2018	161	84	93	58	396
2018-2019	137	122	92	79	430
2019-2020	144	138	102	92	476
2020-2021	135	140	79	105	459

Santé scolaire et psychologues Education Nationale:

Les services de l'éducation nationale participent à la prévention, au repérage et au diagnostic des problématiques de santé chez les jeunes. Le service de promotion de la santé et de l'action sociale en faveur des élèves est organisé en un service au niveau de la DSDEN34 et des services territorialisés composés de médecins, d'infirmiers et de travailleurs sociaux eux-mêmes répartis en 7 bassins (dont 3 à Montpellier) et 8 centres médico scolaires répartis sur tout le département. Les psychologues de l'Education Nationale participent également au repérage/dépistage /diagnostic et sont quant à eux répartis au niveau des circonscriptions de l'Education nationale pour le 1^{er} degré et des CIO (centre d (information et d'orientation) pour le second degré.

Le service de médecine scolaire peine à recruter des médecins (6 postes vacants) et 9 des 21 médecins ont plus de 62 ans.

Points Accueil Ecoute Jeunes et Maison des Adolescents :

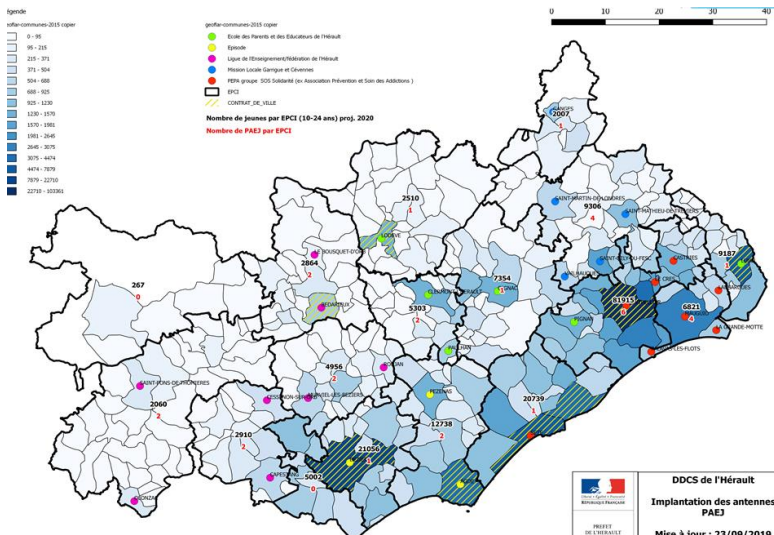
Les PAEJ sont des structures de proximité ayant des fonctions d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes et de leur entourage ; ils s'adressent « en priorité aux adolescents et jeunes majeurs de 12 à 25 ans rencontrant des difficultés : conflits familiaux, échec scolaire, violences, délinquances, consommation de produits psychoactifs, ... ».

Lieux ressources sur la santé et le bien être des jeunes, les Maisons des adolescents sont des structures associant une diversité d'institutions et de professionnels, afin d'organiser l'accueil, l'orientation, la prise en charge et l'accompagnement des adolescents. Elles assurent également l'accueil de l'entourage familial et apportent un soutien et une expertise aux professionnels intervenant dans le champ de l'adolescence.

Les MDA proposent un accueil sans rendez-vous et des horaires d'ouverture adaptés aux modes de vie des adolescents. Elles se déplacent également au-devant des besoins des jeunes. Les Maisons des adolescents sont ouvertes à tous les adolescents, à leur famille et à tous les acteurs de l'adolescence. Elles leur offrent un accueil large et généraliste. Les adolescents accueillis sont âgés de 11 à 21 ans.

Les MDA font l'objet d'un cahier des charges mis à jour en novembre 2016 et les PAEJ d'un cahier des charges DGCS d'avril 2017. Les financeurs de ces dispositifs sont multiples : ARS, Etat, Collectivités Locales, CAF, chacun selon son champ de compétence.

Les implantations PAEJ :



A ces implantations s'ajoutent celles de la Maison des Ados de l'Hérault gérée par le GCSMS du même nom avec deux pôles d'accueil permanents sur Montpellier et Béziers et des permanences à Lodève, Bédarieux, Lunel et Sète.

La MDA accueille sur un même site à Montpellier un dispositif intégré composé d'une MDA, d'un CMPP et d'une antenne de CMPEA regroupés sur un même lieu.

A Béziers, la MDA34 accueille sur un même site un PAEJ (association Episode), une CJC (Episode) et une équipe mobile pour adolescents (CH Béziers) et des professionnels de la MDA34 ainsi que des

professionnels du D-Clic ados (Résilados 34) pour les situations complexes.

Comparé aux autres départements de la région, l'Hérault dispose d'un maillage territorial significatif concentré sur les bassins de populations importants pour les implantations fixes mais avec des permanences sur des territoires plus ruraux.

A ce réseau peuvent s'ajouter les réseaux de Missions Locales, qui s'adressent aux 16-25 ans dans un but d'insertion professionnelle, des Points Information Jeunesse qui accueillent de manière inconditionnelle des jeunes de 16 à 25 ans sur tous les sujets les intéressants, mais également les Maisons Pour Tous et tous les tiers lieux qui peuvent concourir à informer et repérer des jeunes en situation de souffrance.

Tous ces dispositifs, s'ils sont globalement bien maillés, ne disposent pas des mêmes plateaux techniques et notamment des mêmes ressources médicales. Certaines implantations, si elles peuvent être des premiers contacts intéressants et de bons relais, ne disposent pas de professionnels de santé.

Par ailleurs leur coordination est un enjeu car pour la famille d'un adolescent en difficultés, il est difficile de se retrouver : appeler le CMP, le CMPP, le PAEJ, la MDA, la MLI (qui parfois s'associe à des permanences de PAEJ), etc.

Enfin, la MDA peut, parfois par défaut, avoir une *activité de CMP, répondant au manque d'offre de soins du territoire. Les CMPEA ont des listes d'attente très importantes sur l'ensemble du territoire départemental.*

Classiquement dans l'Hérault, certains CMPEA peuvent proposer un suivi jusqu'à 16 ans bien que certaines structures prévoient une prise en charge jusqu'à 18 ans.

Certains CMP adultes peuvent être amenés à refuser des orientations pour les moins de 18 ans, faute de moyens notamment médicaux. Lorsqu'ils les acceptent à partir de 16 ans, ils peuvent parfois rapporter des difficultés légitimes, en lien avec un manque de formation à la pédopsychiatrie (16 ans = mineurs, nécessité de recevoir les parents - problématique scolaire à intégrer, parfois avec des équipes éducatives, ce avec lequel ils sont moins familiers que les pédopsychiatres).

Les CMP adultes reçoivent les jeunes dès 16 ans sur le biterrois, mais depuis l'arrivée d'un 0,3 ETP de psychiatre à la MDA site Béziers, la psychiatrie oriente des ados vers la MDA. Il y avait jusque-là, moins de difficulté à Béziers qu'à Montpellier pour orienter les 16-18 ans vers la psychiatrie publique. Plus de difficultés pour les moins de 16 ans. L'inverse à Montpellier.

Les équipes de certains CMPEA prolongent ainsi parfois les suivis jusqu'à 18 ans, parfois les oriente vers la MDA34 (surtout si reprise de contact) et ne prennent pas de nouvelles demandes au-delà de 15 ans. Sachant que les orientations en libéral ne sont pas adaptées à tous les adolescents et nécessitent un certain degré d'autonomie et sont moins adaptées si besoin d'une équipe pluridisciplinaire.

La MDA34 indique que sur le montpelliérain, il y a peu de pédo-psychiatres libéraux. Les jeunes et leurs parents font remonter qu'ils peuvent appeler jusqu'à 15 psychiatres sans trouver de disponibilités, du fait de la saturation des professionnels. De plus de psychiatres libéraux ne reçoivent qu'à partir de 18 ans. Sur les autres territoires les ressources libérales sont très faibles (cf supra).

Santé des Etudiants :

Un centre de soin universitaire permet l'accès aux étudiants sans avance de frais à un ensemble de soins, dont le soutien psychologique. Ce centre s'est doté récemment d'une offre de consultation psychiatrique assurée par les médecins du Département Urgences et Post Urgences et articulée avec les filières spécialisées du CHU, accessible à tous les étudiants de la métropole.

L'Université de Montpellier a missionné depuis 2019 le responsable du Département Urgences et Post Urgences du CHU de MONTPELLIER pour la mise en place d'un plan de prévention du suicide, en cours d'élaboration.

Le Crous de Montpellier travaille également en partenariat avec diverses structures afin de proposer aux étudiants des consultations psychologiques gratuites sur leurs lieux de résidence ou au sein d'espaces d'accueil réservés. Ces consultations sont possibles dans l'Hérault dans les cités universitaires, lieux d'étude ou espaces spécifiques à Montpellier, Béziers et Sète.

La prévention du risque suicidaire fait l'objet d'une attention particulière notamment depuis le premier confinement et dans le cadre de la crise sanitaire par le développement d'actions spécifiques destinées à développer le repérage, par des pairs-étudiants, des signaux de mal-être parmi la population étudiante ou de soutien psychologique via : l'accès à des prises en charge par des psychologues, que ce soit en ligne ou en téléconsultation, des lignes d'écoute et des actions de sensibilisation. Le déploiement de formation aux premiers secours en santé mentale sera mis en place à partir de 2022 auprès de la population étudiante.

Ces actions ont notamment été financées par le CROUS, l'ARS, les Universités, ou encore le Conseil Régional. Il sera intéressant de disposer d'un état des lieux de la mise en œuvre de ces dispositifs mis en place dans des délais très courts.

Personnes âgées :

Par leurs missions de diagnostic et d'évaluation les 7 MAIA du territoire, le dispositif expérimental PAERPA/CTA développé dans l'est-Hérault depuis septembre 2017, ainsi que les évaluations réalisées dans le cadre de l'évaluation de l'autonomie concourent au repérage des vulnérabilités concernant la santé mentale et psychique des personnes âgées.

De septembre 2017 à juin 2019, la CTA a reçu 1 391 sollicitations émanant principalement des professionnels du territoire mais aussi des personnes âgées ou de leur entourage (aidants, famille). Ces sollicitations ont conduit à la réalisation de 1 386 actions que ce soit en termes de gestion du Projet Personnalisé de Soins, d'information ou orientation des professionnels voire des personnes âgées.

Par ailleurs les caisses de sécurité sociale financent et mettent en place des actions de repérage et de prévention de la santé à destination de leurs ressortissants.

Et aussi ... De nombreuses associations œuvrent dans une démarche d'éducation pour la santé, permettant la rencontre avec des groupes de personnes autour des questions de bien-être / santé mentale, et/ou associant une action de développement des compétences psychosociales. Peuvent être cités : le CODES 34 (Comité Départemental d'Education pour la Santé), le Planning Familial, Aparsa, Génération Médiateur, SOS Homophobie, le CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles), IREPS sport, Epidaure, etc. (liste non exhaustive).

Adulte ou publics spécifiques :

Des associations telles que l'UNAFAM, ENIPSE, Le Refuge, l'Amicale du Nid, Centre Frantz Fanon, Association 2 choses l'une, Médecin du Monde, la Cimade, Cesame Migrations santé, Accueil Santé Béziers, Via Voltaire mettent également en œuvre des actions de prévention promotion de la santé et permettent de repérer et prendre en charges des personnes ayant des problématiques de santé mentale.

Ces associations ont soit une approche généraliste, soit, par leurs statuts et leur histoire, vise plus spécifiquement certains publics. Certaines sont spécialisées dans le soutien psychologique, et la pris en charge de la souffrance psychique.

Il existe également un ensemble de structures et associations qui assurent un rôle de veille sociale permettant de repérer, dépister et orienter des personnes vers le soin. Ces structures sont précisées au paragraphe structures sociales.

B. 1^{er} recours / urgence :

1. Données

Mobilités et accès aux soins :

Une étude IRDES d'octobre 2016 sur les pratiques spatiales d'accès aux soins met en avant que la possession d'une voiture peut être un important facteur discriminant en matière de mobilité, ce facteur étant très corrélé au type d'espace dans lequel on vit. Selon l'enquête nationale « Transports et déplacements », réalisée par l'Insee et l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (Inrets), en 2008 en France, 70 % des déplacements pour motifs de soins médicaux ou motifs personnels étaient réalisés en voiture. Ainsi, le fait de ne pas posséder de voiture (c'est le cas de 17 % des ménages français en 2012, RP Insee) peut constituer une barrière à la mobilité et à l'accès aux soins.

En moyenne, la distance parcourue par les patients pour consulter un médecin omnipraticien est de 7,5 minutes. Cela masque une très forte variabilité : pour les consultations auprès des médecins généralistes, par exemple, plus de la moitié (53 %) est réalisée dans la commune de résidence des patients et près de 5 % le sont à 28 minutes ou plus de leur commune. Si pour les spécialistes, la distance médiane parcourue par les patients gravite autour de 15 minutes, 10 % des consultations ont nécessité une distance de 39 minutes ou plus pour la cardiologie, de 43 minutes pour la gynécologie, de 46 minutes pour l'ophtalmologie, le chiffre atteint 48 minutes pour la psychiatrie.

Offre de soins de premier recours :

L'Accessibilité Potentielle Localisée au médecin généraliste est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune et analysé par territoire, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes.

L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins.

L'APL au médecin généraliste au 1er janvier 2018 est de 4.7 pour l'Hérault contre 4.3 pour l'Occitanie.

Le département de l'Hérault est globalement bien doté en médecins généralistes et en professionnels de premier recours comparé aux autres départements de l'hexagone.

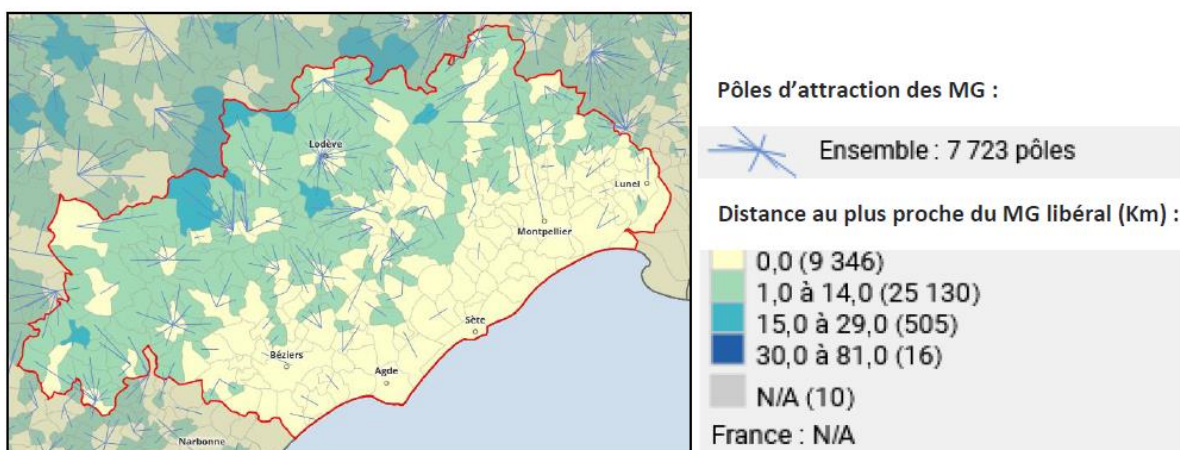
Cette APL est toutefois inégale selon les territoires du département. Ainsi l'ouest de l'arrière-pays de l'Hérault est principalement concerné par les zones d'intervention prioritaires du zonage médecins généralistes. Les Hauts cantons et une zone à mi-chemin entre Béziers et Montpellier constituent la zone d'appui complémentaire, second niveau d'attention en terme de désert médicaux.

Le département est toutefois marqué par un âge moyen des professionnels plus élevé (52% des médecins ont donc plus de 55 ans au 01/01/2018) que la moyenne nationale.

Densité de médecins généralistes

	Hérault (Département) *	Occitanie (Région) *	France *
Tous modes d'exercice	188,4	169,8	155,2
Libéraux ou mixtes	141,7	122,3	103,9
Salariés hospitaliers	22,4	25,2	27,7
Autres salariés	24,3	22,3	23,6

source : RPPS, INSEE - 2016



Guichet CPTS – Déploiement des CPTS en Occitanie – Carte d'identité départementale de l'Hérault

L'accompagnement par les autres professionnels de santé de 1^{er} recours spécialisés :

Parmi les autres professionnels de santé le plus souvent sollicités pour la population avec troubles psychiques, on observe que :

- 770 orthophonistes sont dénombrés, présents sur tous les territoires mais avec des densités assez variables, allant de 34,3 orthophonistes pour 100 000 habitants sur le secteur de Béziers à 97,3 pour 100 000 sur celui de Montpellier-Lunel (hors ville de Montpellier) et 99,1 pour 100 000 à Montpellier. Ils ont principalement un exercice libéral (ou mixte) : cela concerne 88 % d'entre eux. La densité des orthophonistes dans l'Hérault est supérieure à celle observée dans l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine (68,0 orthophonistes pour 100 000 habitants vs 49,2 pour 100 000 en Occitanie et 39,6 en France métropolitaine).
- plus de 1 500 psychologues sont dénombrés, présents principalement sur la ville de Montpellier (59 % d'entre eux). Il s'agit surtout de professionnels salariés (59 %). La densité des psychologues dans l'Hérault (133,0 pour 100 000) est supérieure à la valeur observée sur l'ensemble de l'Occitanie (115,4 pour 100 000) ou en France métropolitaine (106,0). C'est, après la Haute-Garonne, l'Ariège et la Lozère, le département d'Occitanie présentant la plus forte densité de psychologues.
- 198 psychomotriciens exercent dans l'Hérault. Ils sont, proportionnellement, plus nombreux sur les territoires de la ville de Montpellier et de Montpellier-Lunel. Deux sur cinq ont un exercice libéral ou mixte. La densité en psychomotriciens dans l'Hérault (17,5 pour 100 000 habitants) est nettement inférieure à celle observée en Occitanie (22,7 pour 100 000). Elle est de 20,6 pour 100 000 en France métropolitaine. L'Hérault fait partie avec le Gard, l'Aude et les Pyrénées-Orientales des trois départements d'Occitanie où la densité de psychomotriciens est la plus faible.

Pour autant, l'accessibilité à ces professionnels reste complexe, d'une part liée aux délais d'attente pour les orthophonistes ou psychométriciens, soit pour des questions financières pour ceux en exercice libéral.

Tableau - Autres professionnels – effectifs au 1^{er} janvier 2019 (Source : Adeli 1er janvier 2019)

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
MONTPELLIER-LUNEL	196	33	229	146	99	245	14	57	71	38	15	53
MONTPELLIER-LODÈVE	133	3	136	98	54	152	17	35	52	10	16	26
SÈTE	65	7	72	41	55	96	6	12	18	8	7	15
BÉZIERS	99	10	109	93	167	260	7	112	119	10	44	54
MONTPELLIER-VILLE	236	43	279	339	554	893	28	131	159	30	50	80
HÉRAULT	680	90	770	615	891	1 506	58	328	386	79	119	198

Tableau - Autres professionnels – densité (pour 100 000 habitants) au 1^{er} janvier 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Orthophonistes			Psychologues			Ergothérapeutes			Psychomotriciens		
	libéral	salarié	total	Libéral	salarié	total	libéral	salarié	total	libéral	salarié	total
MONTPELLIER-LUNEL	83,3	14,0	97,3	62,1	42,1	104,1	6,0	24,2	30,2	16,2	6,4	22,5
MONTPELLIER-LODÈVE	76,6	1,7	78,3	56,4	31,1	87,5	9,8	20,2	29,9	5,8	9,2	15,0
SÈTE	57,3	6,2	63,5	36,2	48,5	84,7	5,3	10,6	15,9	7,1	6,2	13,2
BÉZIERS	31,2	3,2	34,3	29,3	52,6	81,9	2,2	35,3	37,5	3,2	13,9	17,0
MONTPELLIER-VILLE	83,8	15,3	99,1	120,4	196,7	317,1	9,9	46,5	56,5	10,7	17,8	28,4
HÉRAULT	60,0	7,9	68,0	54,3	78,7	133,0	5,1	29,0	34,1	7,0	10,5	17,5

La coopération entre professionnels de santé:

Depuis la loi de modernisation du 26 janvier 2016, la coordination des professionnels a été identifiée comme un enjeu majeur pour assurer une prise en charge des patients de qualité. Ce travail des coordinations n'est toutefois que rarement valorisé, que ce soit en terme de missions ou financièrement car il peut rapidement mobiliser beaucoup de personnels et les éloigner des usagers et des actes cotables.

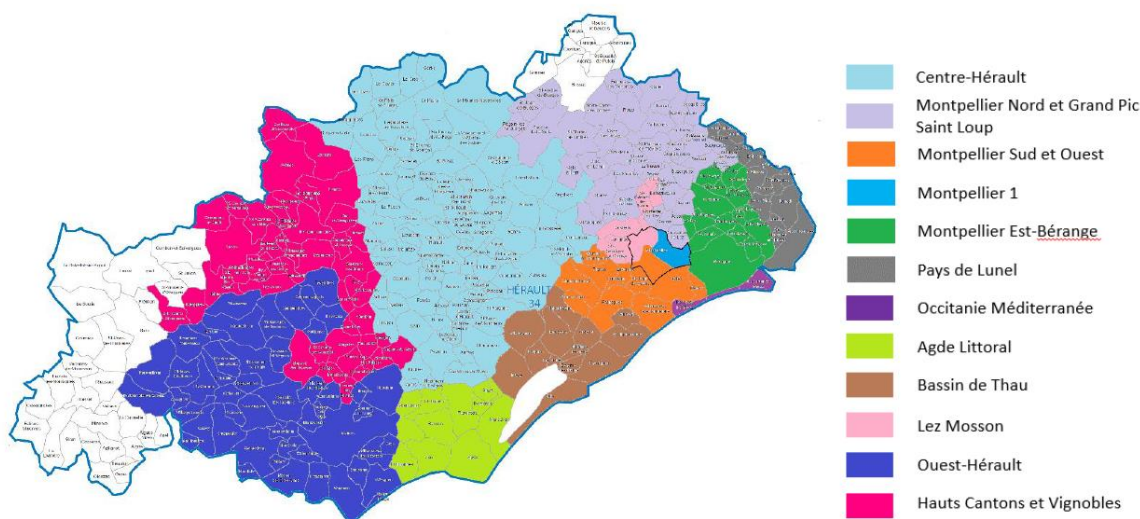
Les nouveaux modèles de prise en charge, axés sur le maintien à domicile et l'approche inclusive, ont en outre renforcé le besoin en structures d'appui à la coordination venant soutenir les professionnels de premier recours dans la construction et la mise en œuvre de parcours fluide pour les personnes.

Le 1^{er} niveau pour les soins de 1^{er} recours s'appuie sur les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP). Au 1^{er} mars 2021, 30 MSP ont été labellisées dans l'Hérault principalement installées en zone sous dense, notamment à l'ouest du département. Plusieurs projets émergent toutefois en zone où la démographie médicale est plus importante, sur Montpellier ou le littoral notamment.

Le 2^{ème} niveau est celui des Communauté Professionnelles et Territoriales de Santé (CPTS).

On recense 3 CPTS en fonctionnement à Lunel et Frontignan et Montpellier Métropole et 5 projets de Communauté Professionnelle et Territoriale de Santé au sein du département de l'Hérault à La Grande Motte, dans le Cœur d'Hérault et à Montpellier. D'autres sont en réflexion.

B – Cartographie des projets du département



L'hospitalisation privée a engagé des actions concrètes pour développer le lien entre la psychiatrie et la médecine de ville. Un travail mené entre les cliniques et les CPTS (Ex : Lunel) a donné lieu à la réalisation de projets communs, à la formation des libéraux, à la présentation des cliniques et de leurs activités. Ce travail de collaboration permet notamment de mieux anticiper les sorties de patients et leur suivi, et prévenir ainsi les rechutes.

Depuis 2021, le CHU de Montpellier et l'URPS Médecin sont autorisés pour 5 ans à mettre en œuvre une expérimentation appelée Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à destination des médecins généralistes et pédiatres libéraux. Ce dispositif a pour objet de permettre une évaluation rapide des patients âgés de 6 à 18 ans présentant des souffrances psychiques ou des troubles psychopathologiques émotionnels aigus peu sévères par l'équipe du DSPP puis la mise en place d'un suivi partagé et apprenant avec les médecins généralistes et pédiatres pendant la durée de la séquence de soins.

En complément, des dispositifs d'appui à la coordination DAC viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés. Ils permettent d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé. Ils sont au service de tous les professionnels du territoire, qu'il s'agisse :

- des professionnels de santé de ville, libéraux ou salariés
- des personnels des établissements de santé publics, privés et HAD
- des professionnels de l'ensemble du champ social et médico-social.

Les DAC peuvent également répondre aux demandes des personnes et de leurs aidants et ainsi faciliter leur parcours en apportant une réponse coordonnée à l'ensemble de leurs besoins.

Toutefois, la multiplicité des dispositifs et des territoires d'intervention limite parfois la lisibilité de ces services tant pour les professionnels de santé que pour les usagers. La mise en œuvre d'une fusion des dispositifs d'appui (réseaux de santé, MAIA, CLIC, CTA PAERPA, PTA, etc) est prévue pour juillet 2022.

L'opérationnalité de la couverture de l'ensemble du département est un enjeu.

L'urgence hospitalière générale et psychiatrique :

Accessibilité aux services d'urgence :

Le département compte 13 services d'urgence somatiques à Bédarieux, Béziers, Boujan-sur-Libron, Ganges, Lunel, Métropole de Montpellier (6), Pézenas et Sète et 11 lignes SMUR dont une pédiatrique.

Non présente sur la carte, une antenne SMUR gérée par le CHU a été installée en novembre 2019 à Clermont l'Hérault permettant d'augmenter le nombre de personnes situés à moins de 30 minutes d'un service d'urgence parmi la population de l'arrière-pays de l'Hérault.



La part des urgences psychiatriques (CCMU P) est relativement faible dans la région. Pour autant, plus d'un tiers aboutissent à une hospitalisation (Données ORU 2020) [Le constat général par les acteurs est le manque de structures dédiés : l'offre publique existante ne paraît pas suffisante au regard des besoins du territoire.](#)

	% passages 2020	% d'hospitalisation	
		2020	2019
Médico-chirurgical	60,6	29,2	25,0
Traumatologique	31,6	12,7	10,8
Autre recours	3,8	9,3	7,3
Psychiatrique	2,6	35,8	34,2
Toxicologique	1,5	49,9	43,2

Dans l'Hérault, la part des admissions via les services d'urgence pour des troubles psychiques est moindre que la moyenne régionale et nationale. Ces chiffres doivent être tempérés au regard de filières d'urgences spécifiques mises en place à certains endroits et par le fait que seuls les 3 établissements publics disposent d'une offre de psychiatrie d'urgence. Les urgences pédopsychiatriques ou psychiatriques impliquent souvent la nécessité d'un transport souvent difficilement mis en œuvre.

Le parcours de soins n'est pas forcément pénalisé sur cette question des urgences ; cependant les questions concernant les suivis spécialisés de proximité non programmés peuvent se poser face à l'explosion

démographique et en particulier de l'accès aux soins des familles les plus défavorisées socialement et géographiquement.

Les Urgences Psychiatriques assurent l'activité de consultation aux urgences, la gestion des crises et l'articulation avec les diverses offres de soins d'aval que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire. Les cliniques participent également à la prise en charge des soins psychiatriques non programmés, permettant ainsi d'éviter une embolisation des services d'urgences psychiatriques (places réservées...).

Les urgences sont aussi articulées avec des filières spécialisées. L'offre de soins des cliniques privées et des établissements spécialisés permet également de répondre en partie au besoin de post urgence avec des lits reconnus contractuellement. Par exemple, la clinique saint Antoine est reconnue comme une filière spécialisée en géro-psy psychiatrie avec des lits de crise en post urgence. Ces lits de crises adossés à ses lits de géro-psy lui permettent de prendre en charge des patients en post urgence, lorsque le risque vital, est écarté grâce à des conventions, tant avec le CHU de Montpellier qu'avec l'UECO de Béziers.

Les cliniques privées font part de leur souhait de renforcer l'offre existante tant sur la prise en charge des soins non programmés, que des urgences et du post-urgence psychiatriques (Clinique Rech, Clinique la Pergola, Clinique Stella) ».

Focus sur le risque suicidaire et sa prévention :

Le taux de suicide en France est parmi les élevés d'Europe et l'incidence en Occitanie se situe dans la moyenne nationale, ce qui en fait une région d'Europe à très fort taux de suicide. Les idées et comportements suicidaires ont été accentués pendant la crise sanitaire, et l'on doit redouter une aggravation liée aux conséquences socio-économiques de la pandémie. Plusieurs dispositifs ont été déployés ou devrait être déployés dans l'Hérault avec l'objectif de développer la stratégie multimodale de prévention du suicide mise en place au niveau national, et de proposer des expérimentations innovantes locales compte tenu de l'expertise du CHU de Montpellier :

- Une unité de post urgence psychiatrique au sein du CHU de Montpellier qui a pour objectif, à partir d'un service de 19 lits en lien direct avec les urgences, de gérer les situations de crise et d'organiser la suite des soins en privilégiant les prises en charge ambulatoires
- Des activités de prévention du suicide de post hospitalisation. Ces dispositifs ciblent les patients à haut risque suicidaire ou ayant réalisé un geste suicidaire sortant des urgences ou de l'unité de post urgence. Ils sont suivis de façon intensive sur une durée allant d'une semaine à 3 mois via des consultations médicales rapprochées, des consultations infirmières hebdomadaires et si la situation le nécessite des visites à domicile
- Le dispositif national « vigilanS », de veille et de recontacte des suicidants dont le département de l'Hérault a été pilote dans la mise en place. Mis en place par le CHU de Montpellier ; ce dispositif est déployé dans les autres CH et se déploie progressivement sur le département et au-delà. L'objectif est de centraliser tous les recontacts des suicidants accueillis dans les services d'urgences ou toutes autres structures hospitalières publiques ou privé, de vérifier la nécessité ou non de reprendre à court terme le projet de soin via une équipe dédiée, de détecter les situations restant à risque suicidaire modéré et élevé, et de coordonner les recours urgents, en cas de besoin sur la plateforme située au SAMU34.

Dans l'Hérault, à l'exception du Centre Hospitalier du Bassin de Thau, la totalité des Centres Hospitaliers et des cliniques disposants de Services d'Urgence adhèrent au dispositif.

Enfin, le Chu de Montpellier est un des établissements de santé sélectionnés pour le portage du numéro 3114, numéro de téléphone gratuit, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 qui permet aux personnes en détresse psychologique d'échanger et de trouver une réponse adaptée auprès de professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale (psychiatres, infirmiers spécialisés et psychologues).

En parallèle, dans le cadre de la stratégie nationale de prévention des suicides un dispositif de formation à trois niveaux (dispositif Sentinelles) est déployée en Occitanie et donc dans l'Hérault, par MSA Services sur financements ARS. Les trois niveaux sont "Intervenant de crise", "Évaluateur de crise suicidaire", "Sentinelles". 80 personnes par an seront formées jusqu'en 2022. La formation « intervenant de crise » concerne 20 professionnels par an de tout le département. Pour 2020, suite à identification par Santé Publique France de publics les plus touchés par le risque suicidaire, seront probablement ciblées 60 personnes du territoire d'Agde et alentours parmi les professionnels au contact des + de 75 ans et ceux au contact des 20-25 ans.

Focus sur les soins psychiatriques sans consentement:

Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Les patients bénéficient des mêmes droits que les autres malades. Ce régime de soins doit être privilégié chaque fois que l'état de santé du patient le permet.

Cependant, le dispositif des soins sans consentement permet de dispenser les soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leur besoin impératif de soins. Il existe deux procédures d'admission :

- l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (SDDE)
- l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet (SDRE)

La loi prévoit alors les conditions garantissant la protection des droits et libertés de la personne.

Dans l'Hérault en 2019 ¹², plus de 1400 mesures de soins sans consentement ont été prises. Ces mesures ne prennent en compte que les mesures nouvelles, et non les suivis au long cours (416 patients) ainsi que les réadmissions en hospitalisation des patients en programme de soins. Elles ne prennent pas non plus en compte les mesures non confirmées dans un délai de 24h pour les SDRE, voire de moins de 72h pour les SDDE.

Aussi, **1428** mesures de soins sans consentement ont été ouvertes (hospitalisation de + 24H) au cours de l'année 2019 dans l'Hérault dont :

- **276** S.D.R.E dont 115 d'urgence au titre de l'article L.3213-2 et 140 de détenus au titre de l'article L.3214-3 (D.398 du Code de Procédure Pénale).
- **1 152** S.D.D.E dont seulement 32 au titre de l'article L.3212-1 (procédure de droit commun); 246 au titre de l'article L.3212-2 (procédure de péril imminent) et 874 au titre de l'article L.3212-3 (procédure d'urgence)

La part des SDRE représente 19 % des mesures contre 81 % pour les SDDE. Cette proportion est de 30/70 pour les mesures de plus d'un an.

¹² extraits du rapport 2019 de la Commission Départementales des Soins Psychiatriques – CDSP

STATISTIQUES D'ACTIVITÉ DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Département(s) : 034

Période du : 01/01/2019

au : 31/12/2019

I - Données de cadrage

Nombre total de mesures de soins psychiatriques	1428
- dont nombre total de SDRE et SDJ	276
- dont nombre de mesures prises en application de l'article L. 3213-1 du CSP	20
- dont nombre de mesures prises après application de l'article L. 3213-2 du CSP	115
- dont nombre de mesures prises en application de l'article L. 3213-7 du CSP	0
-dont nombre de mesures prises en application de l'article L.3213-7 du CSP avec maintien	0
- dont nombre de mesures prises en application de l'article 706-135 du CPP	0
- dont nombre de mesures prises en application de l'article 706-135 du CPP avec maintien	1
- dont nombre de mesures prises en application de l'article L. 3214-3 du CSP	140
- dont nombre total de SDDE	1152
- dont nombre de SDT	32
- nombre de SDTU	874
- nombre total de SPI	246
Nombre total de mesures de soins psychiatriques de plus d'un an	416
- dont nombre de SDRE et SDJ	128
- dont nombre de SDDE	288
- dont nombre de SPI	
Nombre total de levées de mesures de soins psychiatriques	1335
- dont nombre de levées de SDRE et SDJ	237
- dont nombre de levées de mesures prises en application de l'article L. 3213-1 du CSP	17
- dont nombre de levées de mesures prises après application de l'article L. 3213-2 du CSP	102
- dont nombre de levées de mesures prises en application de l'article L. 3213-7 du CSP	1
- dont nombre de levées de mesures prises en application de l'article 706-135 du CPP	1
- dont nombre de levées de mesures prises en application de l'article L. 3214-3 du CSP	116
- dont nombre de levées de SDDE	1098
- dont nombre de levées de SPI	241

Arrêté du 26 juin 2012 fixant le modèle du tableau des statistiques d'activité des commissions départementales des soins psychiatriques prévu à l'article R. 3223-11 du code de la santé publique

On constate une évolution des SDRE sur le département (+27% entre 2013 et 2019).

Evolution du nombre de patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) les années précédentes : *Source : Rapport d'activité de la commission départementale des soins psychiatriques de l'Hérault, 2017*

Années	Admissions							Levées						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
SDRE	216	215	197	258	240	283	264	181	157	162	192	171	228	216

En ce qui concerne les hospitalisations sous contraintes, les contraintes de gestion administratives qui impactent le temps de prise en charge proche de l'utilisateur sont soulignées par des professionnels. Depuis l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, des certificats à heures fixes peuvent rendre les soins encore plus délicats et détourner les soignants de leur rôle premier au détriment d'une charge administrative supplémentaire.

Ainsi, outre le nombre de patients concernés par ces mesures, la question du juste équilibre à trouver entre contrôle des mesures privatives de libertés et une prise en charge sanitaire efficace doit être intégrée à la réflexion autour de la prise en charge des personnes hospitalisées sous contrainte.

Cela peut passer par : la reconnaissance et la valorisation de ces mesures administratives, la bonne et régulière diffusion des procédures et l'articulation avec les services pénitentiaires, le ministère de la Justice et enfin les représentants des usagers et de leur famille.

Les modifications réglementaires introduites depuis 2016, ainsi que les recommandations HAS sur l'isolement et la contention imposent aux établissements une remise à des normes nationales des unités sous contraintes. Ces restructurations sont souvent massives et entraînent un investissement important pour les établissements (investissements de locaux et investissements RH). Il semble important de les accompagner dans cette voie.

Enfin, force est de constater une difficulté sur la mise en œuvre des procédures d'admissions de manière sécurisée et réglementaires, et notamment sur la question du transport initial des personnes présentant des troubles mentaux lors de période de décompensation. Aussi, il paraît nécessaire que conformément à l'article L3221-5-1 du Code de la Santé Publique un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 ainsi que les ambulanciers privés soit concertée.

Situation générale du territoire au regard de l'offre en établissements et services médico-sociaux :

a) L'offre « handicap » :

De manière générale, tout type de handicap confondu, le nombre de places d'établissements et services médico-sociaux rapporté à la population de la tranche d'âge à laquelle elle se destine (taux d'équipement) est dans le département égal ou supérieur aux taux nationaux mais inférieur aux taux de la région Occitanie. L'ARS identifie trois territoires particulièrement déficitaires en Occitanie dont l'Hérault.

Sur le département, le manque de places concerne tant le secteur enfant que le secteur adulte avec une répartition des places inégales en fonction des bassins de population. Cette caractéristique du département est accentuée par le taux de précarité et la démographie très dynamique.

Toutes les structures médico-sociales accueillent ou sont susceptibles d'accueillir des personnes présentant un handicap en tant que trouble principal est associé. Il existe toutefois certaines structures spécialisées dans l'accueil de personnes présentant des problématiques de santé mentale.

Par ailleurs, certaines structures n'arrivent pas à recruter de personnel médical (notamment médecins – psychiatres et pédiatres notamment), ce qui impacte l'offre de prise en charge et occasionne des reports de prise en charge sur d'autres opérateurs.

Il convient de noter que des personnes relevant d'orientation de structures médico-sociales sans solution peuvent sur certains établissements de santé représentées jusqu'à 50% d'occupation des lits de psychiatrie adulte, et régulièrement, deviennent des situations de prise en charge en crise pour ceux non hospitalisés au long court et à domicile. Ces situations sont souvent complexes et dé-structurantes, impactent autant les services de psychiatrie, l'usager et son entourage. Les signalements sur ce type de situations, pourtant sous évaluées car déclaratifs sont récurrents dans le département avec des situations de violences et maltraitements non négligeables.

Aussi, l'offre présentée doit être analysée à la lumière d'orientation non suivies d'effet faute de place et de délais d'attentes importants toutes structures confondues.

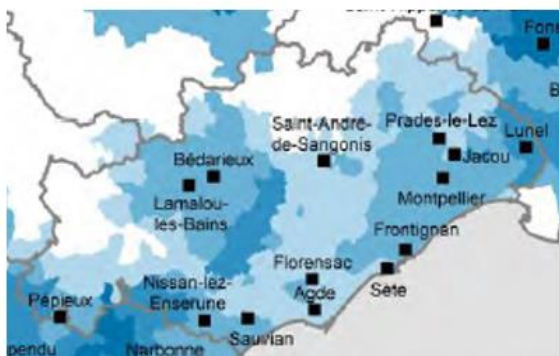
Secteur enfance en situation de handicap :

Pour rappel, une partie de l'offre de services a été présentée dans l'offre de repérage et de diagnostic en page 12.

L'état de l'offre d'équipement est de 2 451 places dont 1 405 places en établissement et 1046 places en services. La part des services enfants représente 42,62 % de l'offre globale (taux plutôt favorable compte tenu des attendus nationaux et régionaux en la matière).

→ L'offre d'accompagnement en établissement de 1 405 places réparties en :

- 18 IME et IEM totalisant 1029 places
- 5 ITEP pour 381 places,
- 31 places en établissements expérimentaux.

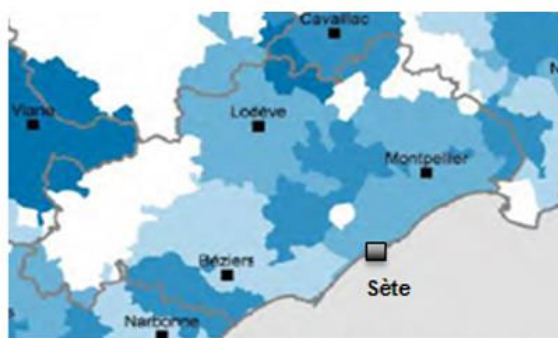


Cartes tirées du PRS ARS Occitanie.

-Les Instituts Médico-Educatifs IME accueillent des enfants et des adolescents en situation de handicap.

Le département de l'Hérault en compte 14 au total.

Parmi les places d'IME et d'IEM, 576 places (soit 50% de l'offre départementale) sont dédiées à la déficience intellectuelle au sein de 15 structures sur 18.



Les ITEP Institut thérapeutique éducatif et pédagogique ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression se manifeste notamment par des troubles importants du comportement, de la conduite ou du caractère ayant des conséquences dans la poursuite de la scolarisation et l'accès aux apprentissages.

Le département en compte 6 à Sète, Béziers, Montpellier et Lodève. Par définition, la totalité de l'offre d'ITEP est dédiée aux troubles du caractère et du comportement.

→ L'offre de service de 1046 places se répartit en :

- 23 SESSAD totalisant 853 places, dont 387 places de SESSAD sont destinées au suivi de jeunes avec une orientation SESSAD trouble du caractère et du comportement, déficience intellectuelle ou handicap psychique. Cette offre est néanmoins en cours de développement important depuis 2021.
- 2 UEM de 7 places chacune rattachées respectivement au SESSAD L'Ombrelle et à l'IME des Oliviers, soit 14 places
- 4 CMPP (présentés en page 12)
- 3 CAMSP totalisant 179 places (présentés en page 12)

Les Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) sont des services mobiles dont l'objectif est de soutenir l'intégration sociale et scolaire d'un enfant et lui permettre d'acquérir une certaine autonomie par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé. Les soins et interventions éducatives peuvent se faire sur tous les lieux de vie de l'enfant, en individuel ou en groupes, dans la cité, etc. Les interventions du Sessad s'organisent en lien avec le PPS (projet personnalisé de scolarisation) élaboré avec l'enseignant référent et les professionnels de l'éducation Nationale.

Ces services sont répartis sur le littoral et le Cœur d'Hérault. Les secteurs de Ganges, du Grand Pic St Loup et du St Chinois sont dépourvus d'offre. Une enquête du CREAL-ORS sur les places de SESSAD a objectivé une hétérogénéité de couverture du territoire

A noter par ailleurs que, début 2021, près de 310 places de SESSAD sont en cours d'autorisation et d'installation sur tout le département de l'Hérault dont une majorité destinée aux orientations trouble du caractère et du comportement, déficience intellectuelle ou handicap psychique.

TAUX D'EQUIPEMENT SUR LA BASE DES PLACES AUTORISEES EN 2020		MAJ 12/2019	
<i>Sources : base ARS et FINESS</i>			
Structures pour enfants	34	Région	France 2016 installation
IME (<i>y.c. Etab. Acc. temp. + EEAP</i>)	3,28	4,25	
UEM Tout établissement			
UEEA Tout établissement			
ITEP	1,32	1,84	
Instituts Educ. Sensor/IDA	0,37	0,53	
Instituts Educ. Motrice/EDM	0,26	0,49	
CAFS			
ESMS expérimentaux	0,21	0,13	
Total établissements	5,48	7,24	6,60
Services SESSAD	3,24	3,38	3,30
Total ensemble structures	8,73	10,73	

*Taux d'équipement = nombre de places pour 1000 habitants de la tranche d'âge concernée.

** ces taux d'équipement sont ceux au 31/12/2019 et ne prennent pas en compte les nouvelles installations de place survenues depuis.

Secteur adultes en situation de handicap :

L'état de l'offre d'équipement pour adultes en situation de handicap est de 3 096 places¹³ dont 2 884 places en établissement et 212 places en services. L'offre est donc essentiellement institutionnelle avec une part des services adultes représentant 6.86% de l'offre globale (taux inférieur aux attendus nationaux en matière d'inclusion).

L'offre d'accompagnement en établissement est de 2884 places réparties en

- 20 ESAT totalisant 1 570 places
- 1 Centre de Rééducation Professionnelle totalisant 303 places
- 13 MAS totalisant 451 places
- 15 EAM (ex FAM) totalisant 548 places
- 1 UEROS totalisant 12 places.

Les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) accueillent des personnes adultes (de 20 à 60 ans) handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés dans l'incapacité d'accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Le département de l'Hérault en compte 13 à Béziers, Castelnau le Lez, Combes, Clermont l'Hérault, Lamalou les bains (x2), Mèze, Montblanc, Montpellier (x3), St André de Sangonis et St Mathieu de Trévières.

140 places de ce type de structure accueillent sur 4 sites (Lamalou les bains, Mèze, St André de Sangonis et Clermont l'Hérault), des personnes souffrant de handicap psychique.

Les Etablissements d'Accueil Médicalisés (EAM -ex Foyer d'Accueil Médicalisé) accueillent des personnes adultes (de 20 à 60 ans) handicapées physiques, psychiques ou atteintes de handicaps associés. Le département de l'Hérault en compte 15 à St Mathieu de Trévières, Montpellier (x5), Montblanc, St Pons de Thomières, Clapiers, Entre-vignes, Pouzolles, Castelnau le Lez, Béziers, Quarante et St Génies de Varenal.

¹³ source : données DDARS34

394 places de ce type de structure accueillent sur 11 sites des personnes souffrant de handicap psychique ou déficients intellectuels.

Les ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) proposent des activités à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif. Ils accueillent des personnes à partir de 18 ans dont les capacités de travail ne leur permettent pas de travailler en milieu ordinaire (entreprises adaptées incluses). L'orientation vers un ESAT vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Le département en compte 19 ; 1519 places sur les 1570 du département accueillent un public présentant un handicap psychique.

Les associations d'usagers soulignent toutefois le peu d'ESAT spécifique troubles psychiques et le manque d'emploi dans le milieu ordinaire.

L'offre de service de 212 places se répartit en :

- 10 SSIAD totalisant 92 places (places de PH au sein des SSIAD PA)
- 8 SAMSAH totalisant 120 places

Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sont des structures autorisées par le Conseil Département et l'ARS (forfait soin, médicalisation). Ils s'adressent aux personnes handicapées de 20 à 60 ans. Il assure en plus d'un accompagnement au quotidien des prestations de soins.

Le SAMSAH a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert.

Il y a 8 SAMSAH dans l'Hérault pour 120 places. Deux de ces SAMSAH prennent en charge à Béziers (10 places) et Montpellier (31 places) des personnes en situation de handicap psychique soit 1/3 des places de SAMSAH du département. A titre de comparaison la Haute-Garonne dispose d'un nombre de places de SAMSAH similaire que l'Hérault mais deux fois plus de places ciblées handicap psychique.

Il convient aussi de tenir compte de l'offre d'accompagnement de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale - SAVS dans le cadre de la politique de l'autonomie portée par le Conseil Départemental.

Enfin, ils existent 11 SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) dans le département qui disposent de places dédiées aux personnes en situation de handicap. Ils sont répartis sur la quasi-totalité du département. Il n'existe pas de SSIAD exclusivement dédiés aux personnes en situation de handicap et aucun n'a pour spécialité le handicap psychique.

Structures pour adultes	34	Région	France 2016
MAS (y.c. Etab. Acc. temp.)	0,80	1,32	0,90
EAM	0,95	0,94	0,90
Etab. Expérimentaux*	0,00	0,07	
Total établissements	1,75	2,26	2,20
<i>*FAM exp+cérébro-lésés</i>			
SAMSAH	0,21	0,24	0,30
SSIAD PH	0,17	0,16	0,20
SSIAD PA			
Total services	0,38	0,41	0,50
Total	2,14	2,74	2,70
CRP - CPO	0,55	0,38	
ESAT	2,73	3,56	3,50
UEROS	0,02	0,01	
Total ensemble structures	5,44	6,70	

(Données ARS Occitanie. Taux d'équipement = nombre de places pour 1000 habitants de la tranche d'âge concernée.)

Il existe par ailleurs un Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) Est Hérault. Il se situe à Prades-le-Lez et est géré par l'association Adages. Il propose un ensemble de prestations venant compléter les dispositifs existants et permet le maintien à domicile ou l'accompagnement des personnes en attente d'une prise en soin adaptée ; et prévient de ce fait les ruptures de parcours.

Il intervenait initialement dans un rayon correspondant à l'aire urbaine de la Métropole montpelliéraine et couvre désormais le biterrois depuis 2021.

Répartition territoriale :

L'offre est principalement installée sur le montpelliérain qui concentre 25% de la population mais plus de 70% de l'offre départementale devant le Biterrois (> 20 %) puis le Lodévois (5%). Cette répartition de l'offre est à mettre en relation avec la répartition de la population sur les différents territoires héraultais et avec la dimension régionale de certains établissements.

A ce jour, l'outil Via trajectoire déployé dans l'Hérault en 2018 ne permet en effet pas encore d'extraire des données fiables permettant l'analyse des besoins. Cet outil permettra à terme aussi de connaître les orientations non suivies d'effet faute de place et donc les besoins en place d'établissement ou service médico-social. En outre, « Via Trajectoire médicosocial » n'est pour l'instant accessible qu'à la Maison de l'Autonomie et aux établissements médico-sociaux. Le secteur sanitaire ne peut donc pas faire remonter directement par exemple les besoins des patients en séjours longs.

Cependant, le déficit de places pour l'accompagnement des enfants est majeur. Les dernières données fournies par l'EN (comme indiqué en page 16), faisaient état de besoins conséquents de plusieurs centaines tant sur les services que sur les places en établissement :

- Besoin de plus de 900 places pour l'accompagnement en SESSAD (selon les données de l'EN de 2017)
- Besoins de l'ordre de 300 places en IME
- Besoin d'environ 80 places en ITEP.

Au regard de ces constats, la politique de l'ARS relative à l'accompagnement du handicap dans sa globalité (secteurs adulte et enfant confondus) est de tendre vers un rééquilibrage de l'offre.

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes adultes en situation de souffrance psychique qui sont membre de l'association du GEM et participent à son fonctionnement. Ils permettent l'écoute et l'échange, l'information et l'aide mutuelle, le choix et l'organisation d'activités culturelles et de loisirs. L'admission ne nécessite pas une orientation de la part de la CDAPH.

Le département de l'Hérault compte 6 GEM : 5 sont implantés sur Montpellier intramuros et 1 à Béziers. L'Hérault est le 3ème département le moins doté de la région Occitanie avec 0.69 GEM pour 100 000 habitants de 18 ans et + (3.23 en Lozère, 0.86 en Occitanie et 0.49 en Haute-Garonne). Les 6 GEM du département sont répartis inégalement sur le territoire et ne sont pas en mesure de couvrir le département.

Enfin les 6 GEM sont « généralistes ».

Focus sur l'offre d'hébergement spécifique pour les publics en situation de handicap psychique

L'habitat inclusif est une alternative au logement autonome et à l'hébergement en établissement, ce type d'hébergement permet aux personnes avec troubles psychiques de bénéficier d'un accompagnement social individualisé et d'un dispositif favorisant vivre-ensemble et l'inclusion sociale. Il s'agit des résidences accueil, pensions de famille ou des maisons relais.

L'Hérault dispose en outre de :

- 16 foyers de vie pour adultes handicapés. A Montpellier, Lunel, Quarante, Béziers, Nissan lez Enserune, St Pons de Thomières, Clermont l'Hérault et Frontignan.
- 20 foyers d'hébergement répartis sur tout le département. Les foyers d'hébergement assurent l'hébergement des travailleurs handicapés de 20 à 60 ans exerçant une activité en Etablissement

et Service d'Aide par le Travail (ESAT), en milieu ordinaire. Il accueille des travailleurs ayant suffisamment d'autonomie pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne.

L'enjeu du logement est particulièrement mis en avant par les associations d'usagers et leurs familles que soit en ce qui concerne les difficultés d'accès au logement ou un accompagnement nécessaire avec Prestation Compensatoire du Handicap pour les personnes isolées dans leur logement. (problématique accentuée à la campagne).

b) L'offre personnes âgées : (données DDARS 34 au 31/12/2020)

L'Hérault est le département ayant la population âgée de plus de 75 ans la plus importante de la région ; c'est aussi celui qui compte le plus d'EHPAD. Rapporté à la population des 75ans et plus (l'entrée en EHPAD est possible dès 60 ans), le nombre de places pour 100 000 habitants du département est de 91,9 soit un taux largement inférieur aux moyennes nationales (100,4) et régionales (98,3).

Taux d'équipement au 31.12.2016 en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Sources : DREES, FINESS ; INSEE, estimations de population

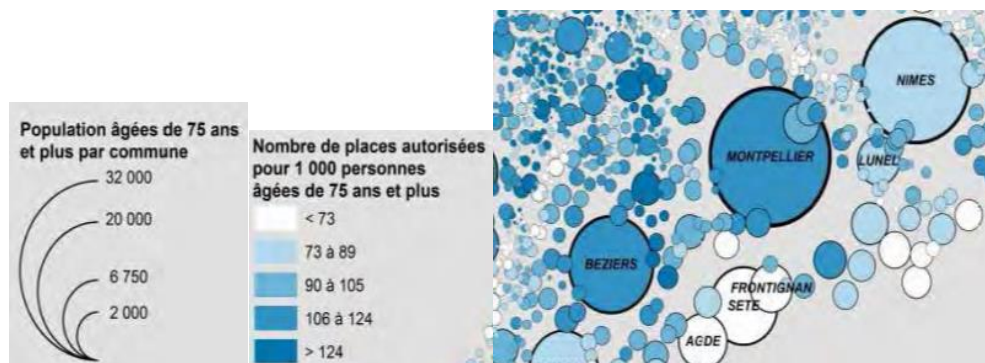
Equipement	France métropolitaine	OCCITANIE	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	France entière
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en maison de retraite, logements de résidences-autonomie, places USLD)	24,9	13,5	20,0	15,8	14,8	9,1	22,8	11,4	24,6
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	100,4	98,3	132,9	84,4	98,0	91,9	168,9	73,9	99,3

L'offre spécialisée se répartit (en dehors des structures MAIA présentées en page 12 – offre de repérage et de diagnostic):

- 147 EHPAD pour 10 147 places dont 154 Hébergement temporaire et 238 Accueil de jour.
- 38 SSIAD pour 1 675 places dont 8 ESA (équipes spécialisées Alzheimer)
- 31 Pôles d'activités de soins adaptés (PASA)
- 6 Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)
- 3 Plateforme d'Accompagnement et de Répit (PFR)

Le nombre de places par habitant est surtout important à Montpellier, Béziers et dans certaines communes de l'arrière-pays mais faible sur certaines peuplées du littoral.

Au 31 janvier 2020, 8 EHPAD sont par ailleurs dotés d'unités pour Personnes Handicapées Vieillissantes pour un total de 94 places (expérimentation). (données DDARS34)



c) ESMS ou structures à caractère expérimental:

Dans le champ médico-social, aucune structure relevant de cette catégorie d'ESMS en tant que telle n'accueille spécifiquement des personnes présentant un ou plusieurs handicaps psychiques ; cependant

certaines structures médico-sociales et autres prennent en charge des personnes présentant des troubles ou handicaps psychiques.

Les Ateliers de Bentenac à Mauguio, exploitation agricole biologique accueillent au titre d'une prise en charge en ESMS à caractère expérimental 14 jeunes par jour de 11 à 22 ans présentant des troubles ou handicaps psychiques. Le mode de prise en charge correspond à de l'accueil de jour séquentiel (un à plusieurs jours par semaine sur des périodes déterminées). Reste toutefois à permettre et organiser la prise en charge des transports vers ce centre.

Par ailleurs, un service, l'ASMO, habilité comme structure expérimentale, a vu le jour en 2003 s'adressant à des jeunes de 16 à 21 ans, bénéficiaires de la Protection de l'Enfance, dont les troubles des comportements généraient l'exclusion des dispositifs traditionnels. En 2016, le service a rejoint le champ des établissements et services sociaux et médico sociaux sous la dénomination de SHISS (Services d'Hébergement Individualisé et de Suivi Social) avec une villa "éducative" répondant aux besoins de 6 jeunes en situation de handicap, présentant de très importants troubles neurocomportementaux, des déficiences intellectuelles et/ou des maladies psychiatriques non stabilisées et 18 jeunes en appartements individuels, ainsi qu'un Service d'Accueil de Jour. Pour autant, ce dispositif est exclusivement financé par la protection de l'enfance ce qui induit une fin de prise en charge liées à la limite d'âge des jeunes accueillis.

d) Offre médico-sociale en addictologie : ONDAM Spécifique. (Données DDARS34)

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) :

Nombre de dispositifs	Hérault	Occitanie
CSAPA	8	37
File Active 2018 CSAPA	4 867	27 436
CAARUD	3	18

Les CSAPA sont situés à Montpellier, Béziers, Castelnaud-le-Lez, et des antennes sur Sète et Lunel. Les CAARUD sont sur Montpellier et Béziers. Ces structures mettent en place des consultations avancées ou permanences dans l'arrière-pays de l'Hérault. Certaines disposent d'une offre d'hébergement.

Cette offre se répartit sur Montpellier :

- 14 appartements thérapeutiques à vocation thérapeutique et d'insertion
- 8 places en centre résidentiel pour séjours de rupture
- 12 place en centre thérapeutique résidentiel pour de la post cure addiction

C. L'offre de soins et d'accompagnement spécialisée en psychiatrie :

1. Données d'équipement :

a) L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale

Les Médecin psychiatres :

La région Occitanie recense 1255 psychiatres en activité en 2016, tous modes d'exercice confondus. Ces médecins spécialistes sont représentés à 49 % par des hommes et 51 % par des femmes. 37 % sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 18 % des effectifs.

Effectifs des psychiatres (neuropsychiatrie, psychiatrie, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) actifs par mode d'exercice et par département :

	Effectifs salariés exclusifs	Effectifs libéraux et mixtes	Densité de médecins pour 100 000 hab.
Ariège	15	7	14,4
Aude	37	19	15,3
Aveyron	38	8	16,4
Gard	78	52	17,5
Haute-Garonne	150	219	27,6
Gers	23	8	16,2
Hérault	145	168	27,9
Lot	28	7	20,2
Lozère	9	3	15,8
Hautes-Pyrénées	22	17	17,0
Pyrénées-Orientales	64	30	20,0
Tarn	54	18	18,6
Tarn-et-Garonne	29	7	14,1
Occitanie	692	563	21,7

Sources : RPPS (salariés exclusifs) / FNPS (libéraux et mixtes), bases au 01/01/2016

Au total, 299 médecins spécialistes en psychiatrie¹⁴ sont répertoriés dans l'Hérault début 2019.

Les effectifs de médecin pédopsychiatres :

(Point de vigilance : tous les professionnels ne sont peut-être pas inscrits comme pédopsychiatres sur le RPPS, mais ne doivent pas nécessairement être inclus dans les psychiatres d'adultes et donc travaillant dans ce domaine).

Il est complexe de disposer de données à jour concernant les installations de psychiatres ou pédopsychiatres qu'ils soient libéraux ou salariés.

Dans le cadre de la mise en place de l'observatoire régional de la santé mentale des données récentes pourront être intégrées.

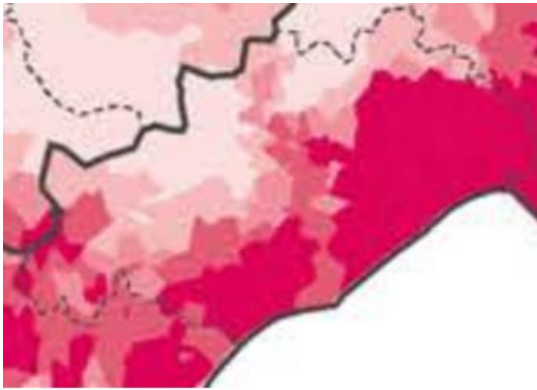
Source : RPPS 1er janvier 2019 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

On note toutefois que parmi les psychiatres et pédopsychiatres du territoire :

Parmi eux, on relève que :

- A noter qu'en 2015, 91,8% des psychiatres libéraux exerçaient en secteur 1 contre 66,8% en moyenne en France.
- La ville de Montpellier concentre sur son territoire près de 60% des psychiatres pour 25% de la population du département ;
- La densité de pédopsychiatre (pour 100 000 habitants de moins de 18 ans) dans l'Hérault est inférieure à celle observée sur l'ensemble de l'Occitanie (4,4 vs 5,4) alors que celle des psychiatres (pour 100 000 habitants tous âges) est supérieure (25,5 vs 21,6) ;
- Au total, la densité en médecins spécialistes en psychiatrie est supérieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine et place l'Hérault au 2^e rang, après la Haute-Garonne, des départements d'Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus élevée.

¹⁴ Sont pris en compte la 1^{ère} spécialité mentionnée dans le répertoire permanent des professionnels de santé (RPPS). Il faut noter que certains psychiatres peuvent être titulaire de diplômes complémentaires ou d'une option portant sur l'enfance et l'adolescence. Ces professionnels sont comptabilisés parmi les psychiatres et non parmi les pédopsychiatres. De plus, notamment en milieu hospitalier, certains psychiatres exercent auprès des enfants et des adolescents sans que cela fasse l'objet d'une spécialité ou compétence mentionnée dans le RPPS.



Le nombre global de spécialistes en psychiatrie a légèrement augmenté, mais sans compenser pour autant les effets dus à l'augmentation de la population, la densité pour 100 000 passant de 26,5 en 2014 à 26,4 en 2019.

La répartition des psychiatres libéraux sur le territoire est inégale. Plus on s'éloigne du littoral moins le nombre potentiel de consultation de psychiatre libéral par habitant est important.

APL Psychiatres libéraux 2013
(source Atlas Santé Mentale 2020)

Source : RPPS 1er janvier 2019 et INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Par ailleurs le département présente la caractéristique d'un recours aux psychiatres libéraux plus important que les moyennes nationales et régionales.

Les psychologues :

En 2017, la densité de psychologues libéraux du département est de 44,2 pour 100 000 habitants¹⁵ contre 29,7 pour la moyenne hexagonale. Avec la Haute Garonne, l'Hérault est le département le mieux doté de la région. L'offre est là aussi inégalement répartie sur le territoire départemental selon la même répartition géographique que les psychiatres.

Focus sur la situation sur les territoires des Contrats Locaux de Santé

(Cœur d'Hérault – 80000 habitants des EPCI du Clermontais, du Gignacois et du Lodévois – et Haut

	Hérault (Département) 2015	Occitanie (Région) 2015	France 2015
Taux de recours aux psychiatres libéraux* (‰)	32	22,8	18,3

source : SNIIRAM - 2015

*pour troubles de l'humeur ou addictions

Languedoc et Vignobles – 80000 habitants de l'arrière pays ouest du département):

Sur le territoire du Cœur d'Hérault (données issues du diagnostic santé 2017-2018) :

- En 2017 : 1 psychiatre libéral (à Clermont l'Hérault) ; 1 géro-psycho-gerontopsychiatre libéral en 2017 au sein de l'Hôpital Local de Clermont l'Hérault ; 5 géro-psycho-gerontopsychiatres dans le pôle de diagnostic et de suivi de la clinique saint Antoine à Montarnaud» ;
- Résultats du questionnaire diffusé aux habitants en 2017 : 2% des répondants (52 sur 2402) déclarent rencontrer des difficultés pour consulter un psychiatre ou un pédopsychiatre (distance, délai pour avoir un rendez-vous...).
- En 2017 : 50 psychologues libéraux en 2017 ; une densité de psychologues libéraux en Cœur d'Hérault de 64.3 psychologues pour 100 000 habitants, supérieure à celles de l'Hérault, l'Occitanie et la France métropolitaine.

Sur le territoire du Haut Languedoc et Vignobles :

- 1 seul psychiatre libéral et 22 psychologues libéraux est recensé sur le territoire en 2020.

b) L'offre hospitalière et l'organisation territoriale de la psychiatrie adulte

L'offre hospitalière de la psychiatrie se répartit entre le secteur public et le secteur privé.

¹⁵ (sources RPPS INSEE)

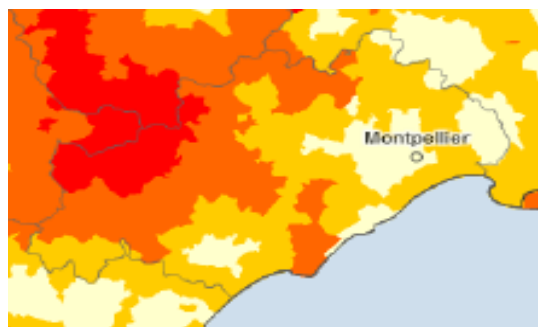
14 - La psychiatrie

Lits et places publics et privés installés au 31.12.2016 par secteur d'activité

Source : SAE

Disciplines de psychiatrie	France	OCCITANIE							France	France
	métropolitaine	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	métropolitaine	entière	
Hospitalisation à temps plein (lits)										
Secteur public										
Psychiatrie infanto-juvénile	1 697	116	5	16	23	11	6	8	1 697	1 722
Psychiatrie générale	33 385	2 235	22	312	328	405	108	209	33 385	34 224
Pénitentiaire	356	53	0	0	40	0	0	13	356	356
Secteur privé										
Psychiatrie infanto-juvénile	631	55	0	0	13	12	0	0	631	643
Psychiatrie générale	20 069	3 730	228	599	1 058	739	0	250	20 069	20 322
Hospitalisation partielle (places)										
Secteur public										
Psychiatrie infanto-juvénile	7 532	598	34	95	128	83	28	50	7 532	7 760
Psychiatrie générale	14 228	1 068	23	126	144	261	25	141	14 228	14 545
Pénitentiaire	338	34	0	0	18	16	0	0	338	359
Secteur privé										
Psychiatrie infanto-juvénile	1 816	228	0	20	90	0	0	15	1 816	1 816
Psychiatrie générale	5 080	649	117	42	121	53	0	39	5 080	5 135
Placement familial thérapeutique (places)										
Psychiatrie infanto-juvénile	770	57	0	11	0	5	5	8	770	803
Psychiatrie générale	2 500	175	40	30	13	28	8	8	2 500	2 673

Ainsi, les temps moyen d'accès à une unité d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale sont très variables. De 0 à 14,5 minutes autour de Béziers, Lunel, Montpellier et Sète à 1h à 2h pour une petite partie du territoire située dans la Montagne Noire, elle-même éloignée du CH Castres-Mazamet dans le Tarn. A noter un éloignement temporel de zones pourtant urbaines et peuplées autour d'Agde.



Temps moyen d'accès (en véhicule) à l'unité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie générale la plus proche, 2015 (Source : SAE, METRIC)

En ce qui concerne le recours aux services de psychiatrie, l'Hérault présente la spécificité d'un recours moindre que les moyennes régionales et nationales pour la psychiatrie adulte.

Consommation de soins en psychiatrie : Tableau : Principaux indicateurs de niveau 1 — Source : SAE 2018

	France métropolitaine	Occitanie	Hérault
File active totale – psychiatrie générale	1 757 557	156 348	27 567
Taux brut de recours pour 1000 personnes âgées de 16 ans et +	33.8	32.8	29.7

L'article L3221-4 du Code de la Santé prévoit que « Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à

			référence de Rétablissement et de Réhabilitation (C2R) Jean Minvielle, VIGILANS, Centre Régional Autisme)
Centre Hospitalier du Bassin de Thau		Soins sans consentement	Hospitalisation complète HDJ, CMP Education thérapeutique
Centre Hospitalier de Béziers		Soins sans consentement et détenus	Hospitalisation complète HDJ, CMP Education thérapeutique Activité de réadaptation, réinsertion psychosociale

Le CHU de Montpellier offre en tant centre universitaire la gamme complète de la prise en charge psychiatrique et porte notamment des dispositifs spécifiques ou innovants, détaillé en annexe 2.

Ces dispositifs sont en appui et en complément avec l'offre de soins plus généraliste qu'elle soit libérale ou public (secteur).

Plusieurs acteurs du service public psychiatrique soulignent actuellement les limites de l'activité de secteur. Ainsi, le rapport Robillard en 2013 souligne que malgré la volonté affichée d'offrir des soins de proximité, intégrés et également répartis sur tout le territoire, le bilan de la sectorisation se révèle insuffisant notamment par le manque d'intersectorialité¹⁶. Le rapport Laforcade en 2016¹⁷, confirme que toute l'offre de services ne peut être proposée dans chaque secteur et qu'il s'agira de continuer à développer les structures intersectorielles nécessaires sur chaque territoire (niveau 2) ou au sein d'un « territoire de recours » (niveau 3).

Les filières intersectorielles spécialisées du CHU sont ouvertes aux patients adressés par les médecins généralistes, les psychiatre public et privé et les associations de patients dans le but d'obtenir des soins spécifique et personnalisé à leurs problématiques complexes (maladie chronique récurrente comorbide) et favoriser l'accompagnement des aidants. Ces dispositifs ont pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients par l'amélioration des parcours de santé, une appropriation des recommandations de bonne pratique par les équipes de terrain, une meilleure collaboration entre les acteurs de soins.

Pour autant, il n'existe pas dans l'Hérault de Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) telle que prévue par le décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 et qui a vocation à *fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale [...] et à l'initiative et dont sont membres les établissements du service public hospitalier (SPH) autorisés en psychiatrie.*

En outre, une offre importante de prises en charge de psychiatrie est proposée par les cliniques privées à but lucratif du département, présentés en détails également en annexe 2.

Focus sur l'offre de soins des cliniques privées à but lucratif :

Au cours de l'années 2019, ont été réalisées au sein de ces établissements (source SAE):

- 273 598 journées à temps plein en psychiatrie générale – adulte, soit 69% de l'activité du territoire.
- 4 383 journées à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile, soit 63% de l'activité du territoire.
- 14 916 journées en RRPS, soit la totalité de l'activité du territoire.
- 27 099 en équivalent journées en HDJ, soit 30% de l'activité.

Descriptif synthétique de l'offre de soins des cliniques psychiatriques privées à but lucratif :

¹⁶ Rapport Robillard 2013, Mission de l'Assemblée Nationale « la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie »

¹⁷ Rapport Laforcade 2016, DGOS « rapport relatif à la santé mentale »

Cliniques	Capacité	Typologie de prise en charge	Activités
Centre Psychothérapique Saint Martin De Vignogoul - Pignan	90 lits d'hospitalisation complète et RRPS et 12 places d'hospitalisation de Jour	Jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques ou névroses graves	HDJ Education thérapeutique Plateforme de remobilisation scolaire et professionnelle Activité de réhabilitation psychosociale
Clinique neuropsychiatrie La Lironde- Saint Clément de la rivière	106 lits de cours séjour adulte 14 lits pour les 12-18 ans	Troubles affectifs (dépression, anxiété), troubles de l'humeur, troubles alimentaires et addictifs associés	Education thérapeutique
Clinique St Clément – Saint Clément de la rivière	68 lits d'hospitalisation complète et RRPS et 30 places centre de jour	Public psychiatrique stabilisé - Troubles affectifs (dépression, anxiété), névroses, psychoses, troubles de l'humeur, troubles addictifs associés	HDJ Education thérapeutique Activité de réadaptation, réinsertion psychosociale
Clinique Rech - Montpellier	168 lits d'hospitalisation complète, 48 lits de réhabilitation psychosociale et 14 places d'HDJ.	Troubles affectifs (dépression, anxiété), névroses, psychoses, troubles de l'humeur, troubles addictifs associés, troubles du comportement	HDJ Education thérapeutique Activité de réhabilitation psychosociale, Sismothérapie, Activité de rTMS...
Clinique Stella - Verargues	164 lits d'hospitalisation complète dont 31 en unités protégés	Public psychiatrique stabilisé - Troubles affectifs (dépression, anxiété), névroses, psychoses, troubles de l'humeur, troubles addictifs associés Dont 19 lits en unité protégé sur les troubles du comportement alimentaires sévères	Education thérapeutique
Clinique Saint Antoine - Montarnaud	75 lits d'hospitalisation complète dont une unité de crise de 8 lits.	Psychiatrie de la personne âgée, adultes à partir de 50 ans Pathologies psychiatriques précoces impactée par le vieillissement, pathologies psychiatriques d'apparition tardives	Pôle de diagnostic et de suivi Post urgence Education thérapeutique Sismothérapie RTMS Autonomisation cognitive et locomotrice Terrain de stage interne en psychiatrie
Clinique La Pergola - Béziers	95 lits d'hospitalisation complète et 15 places en centre de jour	Troubles affectifs (dépression, anxiété), névroses, psychoses, troubles de l'humeur, troubles addictifs associés, troubles du comportement	HDJ Education thérapeutique

Il convient de noter que les capacités sont indiquées à titre indicatif, car chaque établissement dispose d'une autorisation d'activité et non de lits/places.

Les activités d'hospitalisation de jour des établissements de psychiatrie permettent de suivre les patients de manière effective en évitant les rechutes. La réhabilitation psychosociale (RRPS) est une des activités proposées aux patients par les cliniques, notamment dans le cadre des activités d'hospitalisation de jour.

L'éducation thérapeutique des patients est au centre des prises en charge. Aussi, de nombreux programmes d'éducation thérapeutique sont autorisés/déclarés dans les cliniques privées. On relèvera à titre d'exemple que :

- La clinique Saint Clément propose aux patients un programme « Education thérapeutique des patients présentant des troubles psychiatriques à risques métaboliques et ou cardiovasculaire »

- La clinique Saint Antoine, propose aux patients un programme relatif à la dépression ainsi qu'un autre programme plus général relatif à la santé. Ce dernier a été accès essentiellement sur la Covid 19 depuis le début de la pandémie.
- La clinique Stella propose à ses patients un programme d'éducation Thérapeutique "Patient en situation d'anorexie restrictive",
- La Clinique La Lironde propose à ses patients un programme relatif au trouble dépressif récurrent ou persistant, en phase de rémission, pour la prévention de la rechute

De plus, la Clinique la Pergola accompagne ses patients fumeurs pour les aider à modifier leur consommation de tabac et souhaite développer un programme autour de la prise en charge des patients bipolaires.

Focus sur l'offre en géronto psychiatrie

Il existe une offre spécifique de prise en charge géronto-psychiatrique sur le Département avec une offre de prise en charge en hospitalisation, ainsi que la présence d'équipes mobiles hospitalières. Mais ces équipes interviennent souvent exclusivement au sein de leurs services et leurs établissements de rattachement (EHPAD).

L'équipe mobile intersectorielle de psychiatrie gériatrique (EMIPG) a pour objectif de développer des partenariats avec les Maisons de Retraite et avec les différents établissements sanitaires confrontés à la prise en charge de la personne âgée atteinte de psychoses chroniques afin de leur permettre d'accueillir ce type de patients.

L'équipe du CH Béziers a la particularité d'intervenir dans les EHPAD conventionnés.

Pour rappel, plus de 28% des héraultais ont plus de 60 ans en 2018. Et de 50% des nouveaux héraultais arrivant chaque année ont plus de 60 ans. L'offre en géronto-psychiatrie est particulièrement impactée par l'héliotropisme et le dynamisme démographique avec un important accueil de personnes âgées dans le département. Avec des sujets de prise en charge lorsque l'un des conjoints décède (absence de liens et de connaissances du territoire).

Enfin, l'offre existante en gérontopsychiatrie s'avère largement méconnue des acteurs du territoire. Il y a un amalgame entre les besoins en gérontopsychiatrie et en accueil spécialisé pour personnes âgées atteintes de troubles du comportement dus à des pathologies neurologiques de type démences d'Alzheimer. Les acteurs relèvent en outre un manque de places, notamment en unité cognitivo-comportementale (UCC). Le diagnostic mériterait d'être affiné sur ce point pour identifier le tpe de besoin (psychiatrie et/ou UCC).

La prise en charge des détenus :

Un projet d'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) en collaboration entre le CH Béziers et le CHU de Montpellier est en cours de réflexion pour permettre la prise en charge psychiatrique des détenus, notamment des 2 centres pénitentiaires de Béziers et Villeneuve les Maguelone, ainsi que des départements voisins.

Le département dispose en effet uniquement de deux unités sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) placées auprès des établissements de l'administration pénitentiaire de Villeneuve les Maguelone (lien avec le CHU de Montpellier) et de Béziers.

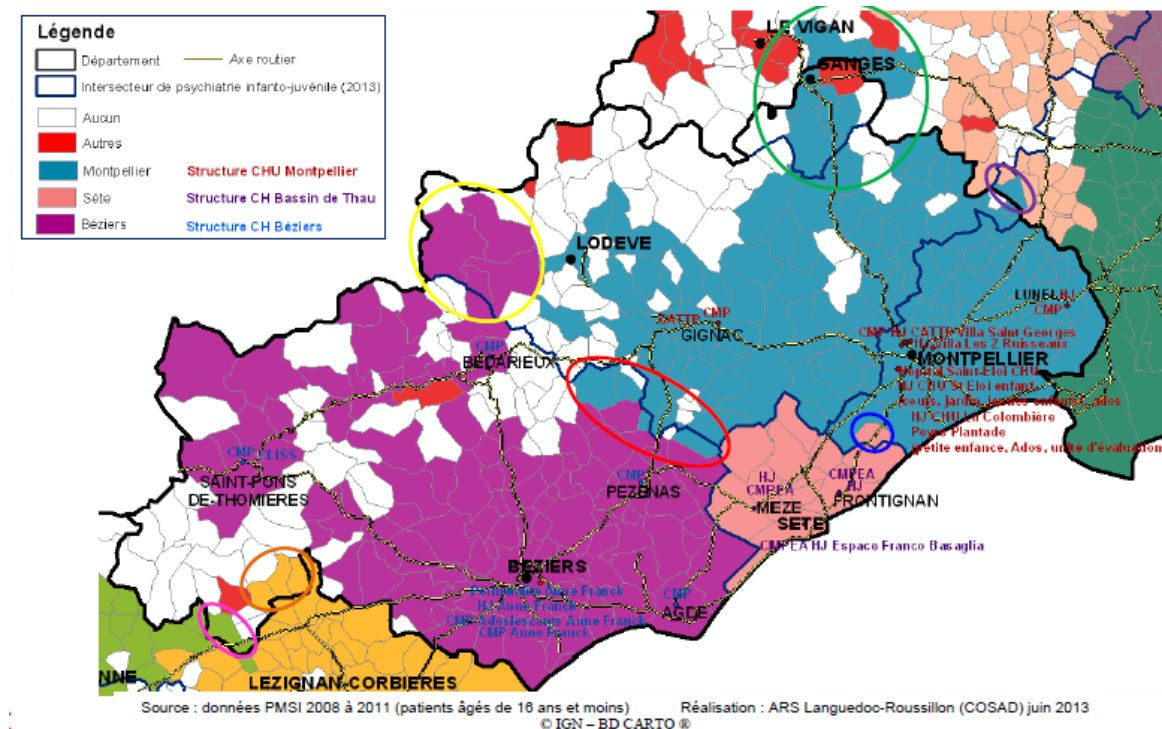
Leur activité sont réglementées par le guide méthodologique qui prévoit les consultations réglementaires dans le cadre des personnes placées sous-main de justice ainsi que des actions d'éducation sanitaire. L'USMP assure les prises en charge individuelles (consultations et actes externes) et peut proposer des prises en charge de groupe (type CATTP).

Elle inclue deux dispositifs de soins : un dispositif de **soins somatiques** et un dispositif de **soins psychiatriques** dont les modalités de fonctionnement sont précisées dans une convention. Les soins nécessitant un plateau technique spécialisé sont réalisés en milieu hospitalier. Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe.

A titre d'exemple, il y a eu 53 888 passages par an dans l'USMP de Béziers pour environ 1 000 détenus au sein du CPP de Béziers.

c) Organisation territoriale de la psychiatrie infanto-juvénile

La sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile a fait l'objet d'une révision partielle en 2013. Pour autant, les évolutions démographiques, l'organisation des services nécessitent une mise à jour structurelle de la sectorisation de la pédopsychiatrie.



La psychiatrie infanto-juvénile repose sur :

- Le CHU de Montpellier pour l'est du département.
- Le CH des Bassins de Thau, pour l'agglomération de Sète et du bassin de Thau.
- Le CH de Béziers pour l'Ouest du département.

L'offre d'hospitalisation à temps complet

Jusqu'en 2020, seul le CHU dispose de 16 lits de pédopsychiatrie. Depuis Septembre 2020, le CH Béziers bénéficie d'une autorisation de lits d'hospitalisation complète en pédo-psychiatrie. La capacité initiale prévue est de 5 lits pour une mise en œuvre en septembre 2022 (retard lié à la crise sanitaire).

Enfin, dans le département, la clinique Neuropsychiatrique La Lironde dispose pour des prises en charges programmées de 14 lits d'hospitalisation complète pour les 12-18 ans, dédiés à la prise en charge des troubles affectifs (dépression, anxiété), troubles de l'humeur et troubles alimentaires.

L'offre de prise en charge ambulatoire

Il convient de rappeler que la densité de l'offre libérale de pédo-psychiatre est faible dans le département et principalement présente sur le secteur montpellierain. Par ailleurs, de nombreux postes de pédo-psychiatres sont vacants au sein des structures médico-sociales en charge de la prise en charge des enfants, ce qui induit un report de charge sur l'offre ambulatoire des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Les CMPEA pour enfants et adolescents sont organisés autour des quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de l'Hérault :

- sur le secteur de Béziers avec cinq sites : Béziers, Agde, Bédarieux, Pézenas et Saint-Pons-de-Thomières gérés par le CH de Béziers.

- sur le secteur Sète Bassin de Thau avec trois sites : Sète, Frontignan et Mèze géré par le CH des Bassins de Thau;
- sur le secteur Montpellier – La Colombière avec deux sites : Montpellier, Gignac gérés par le CHU de Montpellier ;
- sur le secteur Montpellier Saint-Éloi avec deux sites : Montpellier et Lunel gérés par le CHU de Montpellier.

Les quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de l'Hérault regroupent au total 13 CMPEA. Sur la ville de Montpellier, aucun CMP stricto-sensu n'est implanté, la prise en charge des enfants et adolescents relevant de ce type d'accompagnement étant assurée au niveau des consultations externes des deux services universitaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les CMPEA (y compris les services universitaires) assurent la prise en charge des enfants de la naissance à 16 ans. Pour plusieurs d'entre eux, si un suivi peut être poursuivi après 16 ans, la prise en charge de nouvelles personnes âgées de 16 ans ou plus n'est pas assurée.

Les structures de pédopsychiatrie publiques proposent différentes modalités de prise en charge. Le CHU de Montpellier du fait de son statut propose une gamme complète de prise en charge avec des filières spécialisées en fonction des troubles ou de l'âge des enfants.

FOCUS SUR LA SITUATION DE LA PEDOPSYCHIATRIE et de la PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE DES MINEURS DANS L'HERAULT EN LIEN AVEC LE NIVEAU DE PRECARITE DE LA POPULATION DEPARTEMENTALE :

L'Hérault est, selon l'INSEE en 2020 le septième département le plus pauvre de France Métropolitaine. Au total 40% des 186 cantons de la région sont classés comme zone à risque en termes d'échec scolaire (Géographie de l'école 2014). Le taux de chômage en 2019 est de sept points supérieur à la moyenne française (hors région Ile de France). Selon l'INSEE, en 2017 le taux de familles monoparentales est de 17,8% pour l'Hérault contre 16,2% pour la France.

Cette précarité est connue pour aggraver les problématiques de santé mentale.

Il existe de fortes inégalités territoriales dans l'offre de soins en pédopsychiatrie par rapport aux autres départements d'Occitanie, l'Hérault disposant du nombre de places et de lits en psychiatrie de l'Enfants et de l'Adolescents le plus faible (5 prochainement à Béziers et 16 à Montpellier) de l'Occitanie. Il en est de même pour le nombre de places en hôpitaux de jour.

Il existe également une inégalité de couverture des soins sur le département. Certaines zones sont « blanches » en termes d'accès aux soins classiques, et ne peuvent avoir accès à un SESSAD, un ITEP ou un IME. Ces mêmes zones ne sont pas couvertes en général par les CAMSP/CMPP, les PAEJ ou les MDA, et sont des déserts médicaux.

L'offre de soins est principalement une offre du secteur hospitalier public, en particulier en ce qui concerne les soins ambulatoires, les urgences, les soutiens au médico-social et la prise en charge des situations complexes.

La rareté de l'offre de soin alternative en libéral limite fortement le ré-adressage en ville (moins d'une dizaine de pédopsychiatres autour de Montpellier et une à Sète ; peu de psychologues formés; reste à charge important pour les familles déjà en précarité).

Il y a par ailleurs une augmentation régulière forte depuis 5 ans de la demande de soins ambulatoires en pédopsychiatrie (+ 20 % en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Montpellier et au CH de Béziers en 2020, avec une accélération rapide en 2021).

Enfin environ 2200 enfants sont confiés aux services de la protection de l'enfance et 22,5 % ont un handicap psychique, 34 % des ATCD psychiatriques, 25% des Troubles du développement ou du comportement. Le parcours de soins de ces enfants est marqué par des ruptures liées aux placements et aux changements de secteurs du fait des distances.

L'Hérault est aussi un des 3 départements ayant le plus faible taux d'équipement sur le secteur médico-social handicap. Il existe donc un manque d'accessibilité des acteurs sociaux et médico-sociaux. Certaines structures ne sont plus médicalisées: ainsi sur l'Ouest du département, le CMPP de Béziers, 2 IME sur les quatre de ce territoire et 3 SESSAD sur 4 n'ont plus de médecins. Il est à noter aussi que les CAMSP de Sète et de Béziers cherchent un pédiatre et que le temps médical est insuffisant au CMPP Sète depuis un départ à la retraite. Les délais d'attente dans les structures médico-sociales constituent une réelle perte de chance pour les enfants et les adolescents.

Des difficultés d'accès aux soins accentuées par les problématiques de mobilité en zone rurale.

L'accès aux antennes et permanences de structures sanitaires et médico-sociales est complexifié dès que l'on s'éloigne de la zone autoroutière. Or, les zones rurales héraultaises sont également marquées par des taux de précarité importants.

Le pôle pédiatrique et pédopsychiatrique de Gignac regroupe un CMPEA, un hôpital de jour pour enfants et adolescents, un Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et un Centre médico-psychopédagogique (CMPP). La création de ce pôle est issue du Contrat Local de Santé passé entre l'Ars et le Pays Cœur d'Hérault, afin d'éviter aux familles de se déplacer sur Montpellier à plus d'une heure de route.

L'ensemble du Pays Cœur d'Hérault est plus pauvre que la moyenne nationale, tout particulièrement sur les Communautés de Communes du Lodevois-Larzac (25,3 % de pauvreté) et du clermontais (19,3 %). On retrouve sur ces deux communautés des communes, davantage de familles monoparentales et le taux de véhicule par ménage est inférieur à celui de la population du territoire. Avec 47 % de la population ne vivant pas en ville, la question de la desserte en transports en commun ou d'un véhicule privatif devient essentielle pour accéder à ce pôle se situant pourtant à environ 20 minutes. Pour les familles extérieures à Gignac et en situation de précarité (pas de permis de conduire, un seul véhicule utilisé par le conjoint pour aller travailler), les transports en commun (notamment du lodévois) sont compliqués, avec des lignes peu desservies ou par la distance pôle pédiatrique et pédopsychiatrique - gare routière d'environ 20 minutes à pied. Cela peut être un frein en termes d'accessibilité, notamment avec des enfants en bas âge ou présentant des difficultés de comportement.

Les difficultés de transport, couplées à des difficultés financières ou organisationnelles de certaines familles rendent des prises en charge irrégulières voire chaotiques. Cela explique certaines situations d'absentéisme, mais aussi l'arrêt du suivi de quelques enfants, principalement à l'initiative des familles, malgré les besoins de soin de leur enfant.

Cet exemple est susceptible de s'appliquer à d'autres territoires ruraux du département, notamment sur le Gangeois, le Haut Languedoc ou le St Chinianais.

En outre, il est constaté régulièrement une difficulté majeure à trouver des compagnies de transport sanitaire (VSL) ou de taxi conventionné pour accompagner les enfants entre leur lieu de vie, l'école ou la structure type IME, vers la consultation en CMPEA, CMPP ou HJ, malgré une prise en charge financière par l'Assurance Maladie. Ces trajets, relativement courts, sont peu rémunérateurs. Se posent aussi la question de l'accompagnement de l'enfant entre l'école et le lieu de consultations lorsque celles-ci ont lieu sur le temps scolaire.

Le taux standardisé de séjours hospitaliers en psychiatrie pour les habitants de l'Hérault de moins de 20 ans est supérieur à celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie ou en France métropolitaine : 32,7 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans l'Hérault, 22,8 en Occitanie et 15,2 en France métropolitaine.

Par contre, le taux standardisé des actes observé dans l'Hérault (263,2 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans) est plus faible que celui observé sur l'ensemble de l'Occitanie (326,8 pour 1 000) ou la France métropolitaine (338,0 pour 1 000).

	France métropolitaine	Occitanie	Hérault	Max Occitanie :	Mini Occitanie :
Nombre d'unités de consultation des services	477	36	9	Hérault et Hte	Lozère Aude 0

de psychiatrie infanto-juvénile				Garonne 9	
Hospitalisation à temps plein - Prise en charge à temps complet (Nb Lits)	2252	172	24	Hte Garonne 36	Aveyron Gers 5
Hospitalisation de jour - Prise en charge à temps partiel (Nb Places)	9213	826	101	Hte Garonne 212 (2ND Gard 115)	Gers 9
Hospitalisation de nuit - Prise en charge à temps partiel (Nb Places)	102	10	0	Gers 3	
Taux d'équipement global en hospitalisation pour 1000 jeunes âgés de moins de 16 ans	0.9	1.0	0.6	Htes Pyrénées 2.3	Gers 0.5
Nombre de CMP (enfants et adolescents)	1334	121	9	Hte Garonne 23	Ariège 3
Nombre de CATTP (enfants et adolescents)	664	52	0	Hte Garonne1 0	Hérault

Plus de 8 500 séjours hospitaliers en psychiatrie correspondant à un total d'un peu plus de 37 300 journées d'hospitalisation ont été enregistrés en 2017 pour des enfants de moins de 20 ans domiciliés dans le département.

Les séjours hospitaliers en psychiatrie dans l'Hérault sont, en moyenne, moins longs car les taux standardisés de journées d'hospitalisations y sont inférieurs : 143,1 séjours pour 1 000 enfants de moins de 20 ans dans l'Hérault, 159,7 en Occitanie et 154,2 en France métropolitaine.

C'est parmi les 15-19 ans que le nombre de journées d'hospitalisation rapportées à la population est le plus important et parmi les 0-4 ans qu'il est le plus faible. La très grande majorité de ces journées (85 %) correspondent à des hospitalisations à temps partiel, soit un niveau nettement supérieur à ce qui est observé sur l'ensemble de l'Occitanie (51 %).

Chez les 0-4 ans, la totalité des hospitalisations sont à temps partiel. Au-delà de cet âge, c'est parmi les 5-9 ans que la proportion de journées en hospitalisation à temps partiel est la plus élevée et parmi les 15-19 ans qu'elle est la plus faible : respectivement 99 % et 44 %.

Les principaux motifs des séjours hospitaliers sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels30,5 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA)22,9 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA)12,2 %
- Mise en observation et examen médical8,2 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes5,6 %

Il apparaît des taux de séjours et d'actes très variables entre les secteurs dans le département ¹⁸.

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
MONTPELLIER-LUNEL	10,5	39,7	37,3	26,9	29,2

¹⁸ Source : ATIH-Rim-P 2018 et INSEE RP 2016 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

MONTPELLIER-LODÈVE	11,4	36,9	28,8	20,3	24,9
SÈTE	15,4	216,9	150,1	19,5	101,3
BÉZIERS	2,6	10,7	11,6	19,1	11,1
MONTPELLIER-VILLE	23,9	57,4	54,0	29,2	38,9
HÉRAULT	12,5	51,6	42,5	24,0	32,7

Tableau - Nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
MONTPELLIER-LUNEL	486	1 364	2 294	4 324	8 467
MONTPELLIER-LODÈVE	398	764	1 352	1 735	4 249
SÈTE	90	1 362	1 141	840	3 432
BÉZIERS	109	1 916	2 074	3 867	7 966
MONTPELLIER-VILLE	1 901	1 967	2 837	6 047	12 751
HÉRAULT	2 983	7 457	9 874	17 021	37 334

Sur la même période, un peu plus de 68 650¹⁹ séances en CMPEA et actes ambulatoires en services de psychiatrie (hors CATTP) ont été enregistrés pour des Héraultais de moins de 20 ans. C'est parmi les 5-9 ans que, rapporté à la population, ces actes sont les plus fréquents et parmi les 0-4 ans qu'ils le sont le moins.

Les principaux motifs des actes en ambulatoire (hors CATTP) sont les suivants :

- Troubles du comportement et troubles émotionnels35,6 %
- Troubles du développement psychologique (hors TSA)10,7 %
- Troubles du spectre de l'autisme (TSA)14,3 %
- Mise en observation, examens médicaux10,1 %
- Troubles névrotiques, troubles liés au stress ou somatoformes9,0 %
- *Manquant ou non précisé* 10,6 %

Tableau 1- Nombre d'actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
MONTPELLIER-LUNEL	879	2 944	3 308	3 006	10 137
MONTPELLIER-LODÈVE	927	3 470	3 321	1 820	9 539
SÈTE	1 547	6 193	6 474	3 932	18 146
BÉZIERS	1 027	5 913	4 419	1 913	13 272
MONTPELLIER-VILLE	2 805	6 189	4 563	3 852	17 409
HÉRAULT	7 207	24 739	22 124	14 584	68 654

Tableau 2 – Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'actes en CMP et actes ambulatoires en psychiatrie (hors CATTP) en 2018

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	Moins de 20 ans
MONTPELLIER-LUNEL	71,7	216,5	227,1	214,6	186,2
MONTPELLIER-LODÈVE	91,8	300,7	281,2	173,3	217,0
SÈTE	280,5	1016,2	1027,2	598,4	741,2
BÉZIERS	62,9	328,0	239,3	112,3	190,0
MONTPELLIER-VILLE	170,9	423,2	361,2	176,0	265,6
HÉRAULT	117,6	383,3	343,1	206,6	263,2

¹⁹ Source : ATIH-Rim-P 2018 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

D'une manière générale, les retards au repérage et au dépistage sont considérés comme moins fréquents qu'il y a quelques années : il y a un bon repérage par les médecins généralistes, les pédiatres, les services de PMI ou les professionnels de l'Éducation nationale...

Cependant, des problèmes persistent :

- dans les CMPEA et consultations externes des services universitaires de psychiatrie infanto-juvénile, comme dans les CAMSP et CMPP, un des éléments qui revient pour caractériser les situations de retard au repérage ou à la prise en charge porte sur les difficultés des parents à prendre conscience des difficultés de leur enfant et de la nécessité d'une prise en charge adaptée. À cela s'ajoute la peur du diagnostic et les représentations que les personnes peuvent avoir d'une prise en charge en psychiatrie ;
- le travail fait en maternité permet également la mise en évidence de circonstances limitant les possibilités de repérer des difficultés potentielles. Le contexte social et familial dans lequel se déroulent la plupart des naissances actuellement laisse peu de place pour l'expression par les femmes de difficultés au cours de cet événement souvent présenté comme « le plus beau jour de la vie ». Cela limite les possibilités de demander de l'aide d'autant plus que les conditions pouvant permettre un allongement du temps d'hospitalisation sont rarement réunies avec un manque de souplesse pour proposer des hospitalisations mère-enfant en gynécologie ou psychiatrie afin de travailler ces questions ;
- la question de la qualité de l'orientation en début de parcours et de ses effets sur la prise en charge est aussi rapportée : une non visibilité par les professionnels des spécificités des CMPEA par rapport aux CMPP ou aux CAMSP entraînant un adressage vers « le premier qui est libre », des adressage directs vers des structures expertes (centre de ressources ou de référence) pour des situations qui auraient pu être prises en charge par des praticiens de 2^e niveau (voire de 1^{er} niveau dans certains cas), complexifiant la prise en charge ultérieure de ces enfants et contribuant à l'allongement des délais d'attente pour ces centre de référence, des orientations directes vers des prises en charge rééducative en absence de bilan plus large qui permettrait la prise en compte d'autres troubles ;
- les problèmes de démographie des professionnels de santé sont également mis en avant par les CMPEA pour illustrer les situations de retard au repérage : l'absence de médecins spécialistes (en dehors des médecins généralistes) dans les Hauts cantons de l'Hérault se traduit par une moindre possibilité d'accéder à des soins adaptés sur ces territoires ; le manque de moyens en personnel peut avoir un impact sur l'allongement des files d'attente dans certaines structures ; le manque de professionnels pour assurer les prises en charge et les accompagnements en aval de la phase de diagnostic est également un facteur limitant ;
- pour les moins de 16 ans, il n'y a jamais eu de budgétisation d'une filière pédopsychiatrique pour les urgences. Ce sont donc les services d'urgence pédiatrique qui prennent en charge les urgences « pédopsychiatriques » en 1^{ère} intention et mobilisent les médecins pédopsychiatres « d'astreinte » ou en service. D'ailleurs, les lits des services de pédiatrie sont régulièrement mobilisés pour accueillir en urgence des crises ou décompensations majeures d'enfant ou adolescents du fait de l'absence de disponibilité par ailleurs. Ce fait a été notamment majeur lors de l'année 2021 et lié aux conséquences de la crise sanitaire.
- enfin, des situations sont rapportées témoignant d'un défaut d'accompagnement social peuvent être retrouvées, en lien notamment avec des défauts de coordination ou de circulation d'information entre acteurs (PMI, Santé Scolaire, Éducation nationale...) pouvant entraîner des retards de prise en charge, notamment dans des situations concernant des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

Les délais de prise de rendez-vous sont variables selon les structures et les périodes de l'année : selon les éléments collectés via les rapports d'activité, le délai pour un premier rendez-vous variait entre 2 mois à Montpellier et près de 5 mois à Béziers. Des délais, aussi bien plus longs que plus courts sont rapportés lors

des entretiens : des délais pouvant atteindre 6 mois sont rapportés à Montpellier pour certaines situations et de près d'un an à Béziers ou Lunel. Un travail important de réduction des délais a été fait à Béziers ou Sète.

Pour les moins de 16 ans il n'y a jamais eu de budgétisation d'une filière pédopsychiatrique pour les urgences. Concrètement, le patient est souvent examiné aux urgences pédiatriques par le pédiatre. Si une consultation pédopsychiatrique est nécessaire, elle aura lieu les médecins du secteur de pédopsychiatrie quand ils sont disponibles, souvent en fin de journée ; avec en conséquence, le patient et sa famille installés à l'UHCD pédiatrique dans l'attente.

L'absence de ligne dédiée pose un autre problème, plus stratégique. Certains délais d'attente pour arriver aux CMP entraînent plus de passages aux urgences, certains professionnels expliquant aux familles que c'est un moyen de court-circuiter les listes d'attente...

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est très sous dimensionnée dans le département au regard des besoins, alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur. La situation s'est par ailleurs notamment dégradée depuis l'année 2021 et les conséquences de la crise sanitaire.

Les nouveaux dispositifs complémentaires

Focus sur les équipes mobiles adolescents complexe

Il existe par ailleurs 2 équipes mobiles adolescents dans le département de l'Hérault.

Au CH de Béziers, une Equipe Mobile Adolescent (EMA) a pour vocation d'évaluer, orienter, voire traiter, les jeunes de 12 à 18 ans en situation de souffrance psychique qui n'avaient jusqu'alors pas accès aux soins, qu'ils soient éloignés de ceux-ci et dans l'incapacité physique de s'y rendre, ou qu'ils rechignent à consulter dans les CMP du secteur. Sa mission principale reste une mission de soins directs, rapide (dans les 72h ouvrables si la famille le permet), sous la forme de consultations à domicile ou dans tout autre lieu substitutif du domicile. Pour éviter la saturation de l'équipe et dévoyer ses missions vers une activité de CMP classique, seuls les « médiateurs » peuvent proposer l'intervention de l'EMA.

L'intervention se fait sous la forme de binômes, psychologue/IDE et médecin/IDE. Les interventions sont limitées à 10 par jeune. Lorsque la résolution de la situation de crise est effective, des rappels téléphoniques sont pratiqués à un, trois et six mois. Le jeune, la famille ou le médiateur peuvent en cas de besoin appeler à tout moment. Le médecin traitant du jeune est informé de l'intervention et de son devenir.

L'EMA-TMS-34 est le premier programme de thérapie multi-systémique en France proposé par le CHU de Montpellier.

La Thérapie Multi Systémique (ou TMS), est un programme conçu pour travailler de façon intensive auprès des familles afin d'aborder les facteurs multiples impliqués dans les comportements déviants chez les jeunes de 12 à 18 ans.

La TMS favorise les changements de comportement dans l'environnement naturel du jeune qui comprend la famille, les amis, l'école et le milieu de vie au sens large. Ce service s'adresse aux familles dans lesquelles il y a des jeunes ayant des troubles du comportement avec un risque de placement hors de leur foyer.

La Plateforme d'orientation et de coordination de l'Hérault.

La Stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement pour 2018-2022 prévoit la mise en place d'un parcours coordonné de bilan et intervention précoce, destiné aux enfants de moins de 7 ans inclus présentant une suspicion de troubles du neuro-développement. Ce parcours vise à accélérer l'accès à des bilans et favoriser, si nécessaire, des interventions précoces, sans attendre la stabilisation d'un diagnostic, réduire les risques de sur-handicap, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles énoncées par la Haute autorité de santé (HAS). Le SMPEA2 du CHU de Montpellier est depuis le 6/10/2020 structure porteuse de la plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants présentant des troubles du neuro-développement sur le territoire de l'Hérault.

Le projet de dispositif de soins partagés :

A compter de 2021, le CHU de Montpellier et l'URPS Médecin sont autorisés pour 5 ans à mettre en œuvre une expérimentation appelée Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à destination des médecins généralistes et pédiatres libéraux. Ce dispositif a pour objet de permettre une évaluation rapide des patients âgés de 6 à 18 ans présentant des souffrances psychiques ou des troubles psychopathologiques émotionnels aigus peu sévères par l'équipe du DSPP puis la mise en place d'un suivi partagé et apprenant avec les médecins généralistes et pédiatres pendant la durée de la séquence de soins.

Les dispositifs de soins partagés ont pour objectif d'améliorer les pratiques médicales par la promotion d'échanges collaboratifs entre les praticiens de proximité et ceux de la filière psychiatrique. C'est une organisation innovante qui doit bénéficier de mesures incitatives pour accompagner cette évolution des pratiques professionnelles. Ces coopérations, qui vont contre la stigmatisation de la maladie mentale, amélioreront l'accès aux soins et la continuité des parcours.

Le but étant d'innover pour améliorer la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions dans les prises en charge hospitalières, médico-sociales et ambulatoires.

L'expérience montpelliéraine en pédopsychiatrie pourra quant à elle servir de base à un déploiement une fois l'expérimentation mise en place au titre de l'article 51 et évaluée.

Le collectif Santé Ados Sète

Pour prendre l'exemple des hôpitaux des Bassins de Thau, il existe le collectif Santé Ados Sète et des dispositifs spécifiques dont l'objectif est de travailler des parcours de soins gradués via des outils spécifiques à la prise en charge de première et deuxième ligne de toutes les problématiques pédopsychiatriques.

Particulièrement, plusieurs agents sont formés aux thérapies familiales et systémiques, à la PEC des TSA (PEC sensorimotrice, formation d'intervention autour du diagnostic d'autisme DIAD avec le soutien de l'ARS, méthode Denver, PACT, PECS...), à l'arthérapie, aux médiations corporelles, à l'approche en périnatalité, à la prise en charge des adolescents. Un soin particulier est porté aux jeunes à Ultra Haut Risque de Transition Psychotique à l'adolescence, pour lesquels le bilan biologique, radiologique est sollicité, le travail partenarial et avec la famille est aussi soutenu que possible avec recours aux centres experts si nécessaire.

- Le dispositif RéSiLaDo (11-21 ans) :

Porté par le GCCSMS de la Maison des Adolescents de l'Hérault, la mission principale du réseau est le soutien, l'appui et l'accompagnement des professionnels dans la prise en charge globale des adolescents en situation complexe.

Une situation est dite complexe : quand les professionnels se sentent en difficulté pour exercer leur mission de protection, de soin ou éducative ; quand les professionnels se sentent en difficulté pour suivre une ligne de conduite qui favorise un projet de vie pour le jeune dont ils ont la référence ; Quand ce même jeune semble tout refuser.

Il s'agit de jeunes « à difficultés multiples » (sanitaire, médico-sociale, sociale, scolaire, voire judiciaire) et intriquées, ne trouvant pas « leur place » dans les prises en charge classiques, provoquant l'épuisement des professionnels, générant une instabilité qui dépasse les capacités de réponse des différentes institutions agissant séparément.

RéSiLaDo 34 ne se substitue pas aux professionnels engagés mais propose un espace d'appui et de soutien aux acteurs qui accompagnent ces jeunes dont le parcours nécessite une intervention tierce.

Ce dispositif vise des jeunes de 11 à 21 ans, en difficultés familiale, éducative, affective, scolaire, psychologique générant une instabilité qui dépasse les capacités de réponse des différentes institutions agissant séparément.

La sollicitation du dispositif s'effectue par un professionnel concerné directement par la situation

En mission complémentaire, RéSiLaDo 34 animera un réseau des partenaires sur le département sur la question des adolescents en situation complexe : (développement des pratiques partenariales, participation à la montée en compétence des professionnels, fonction de veille et recherche).

Ce dispositif basé à Montpellier a vocation à intervenir sur l'ensemble du département.

Des projets expérimentaux de prise en charge des vulnérabilités psychosociales :

L'Espace Famille de l'Adages propose une plate-forme de services d'accompagnement des familles en difficulté au niveau éducatif, conjugal ou familial. Ce soutien à la parentalité est accessible à l'ensemble des familles du département de l'Hérault.

Le réseau pour les parents de l'Hérault et les acteurs du soutien à la parentalité, parentalité 34 propose de l'animation de réunions thématiques et de groupes de paroles, des ateliers de français, ateliers de couture, théâtre, forum; de l'accompagnement individuel, médiation culturelle, ateliers parents/enfants autour du jeu.

Par ailleurs, ils existent des actions en faveur des enfants dont les parents sont atteints de troubles psychiatriques. De nombreux groupes de paroles associant les parents sont présents dans les services des centres hospitaliers de Montpellier, au CH de Béziers, mais également au CMPP de Béziers et via la MDA adolescents 34.

En outre, le groupe santé mentale et parentalité, piloté par CREAI-ORS, travaille actuellement sur la création d'un répertoire de toutes les actions de soutien à la parentalité spécialisées handicap psychique existantes (parents ayant des troubles et parents avec des enfants ayant des troubles), avec la participation de divers établissements, structures, associations, professionnels de santé et du médico-social.

d) Télémédecine – innovation en santé :

Le développement et la place des nouvelles technologies dans nos sociétés actuelles ne sont pas sans conséquence sur les pratiques médicales en psychiatrie (outils de e-santé, évaluation psycho-numérique, méthodes de neuronavigation, neurofeedback, etc.) mais également sur les modalités d'enseignement de cette discipline.

Les perspectives offertes par ces avancées techniques sont nombreuses. Les serious games, ces logiciels combinant aspects sérieux (enseignement, apprentissage, etc.) et ressorts ludiques issus du jeu vidéo pourraient par exemple offrir des stratégies d'enseignement innovantes basées sur la simulation d'entretiens psychiatriques. L'utilisation d'avatars permettrait alors des mises en situations cliniques pratiques pour les étudiants.

Par ailleurs, les nouveaux médias, comme les applications pour smartphone et tablette ou le e-learning, procurent de nouveaux modes de communication et de diffusion des contenus pédagogiques.

Il convient toutefois d'être vigilant à la fracture numérique : des situations sociales très dégradées sont souvent découvertes en hospitalisation, en effet, de nombreux patients peinent à être reçus dans les dispositifs de droits communs et subissent la fracture numérique. De fait, la dématérialisation et les prises de RDV obligatoires retardent les prises en charges sociales.

D. L'offre mobilisable pour les personnes en situation de précarité

Il existe une surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population en situation de précarité, particulièrement dans des formes sévères. 30 à 50 % des personnes sans abri souffrent de troubles psychiques. Et les troubles psychotiques sont 10 fois supérieurs à la prévalence en population générale chez les personnes sans-abris.

Le Programme Régional relatif à l'Accès, à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) Occitanie 2018-2022 prend en compte la santé mentale. Une de ses priorités est de contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité. Cela passe par :

- la promotion de « l'aller-vers » des publics et des professionnels,

- le renfort du rôle et des missions des EMPP,
- une meilleure coordination des acteurs locaux pour l'examen des cas complexes,
- l'amélioration de la mobilisation des établissements de santé en psychiatrie et des structures des champs social et médicosocial pour une meilleure coordination territoriale du parcours de soins des personnes en situation de précarité.

Une enquête flash a été conduite en 2018 par un médecin du SIAO 34 sur les 51 dispositifs Accueil Hébergement Insertion²⁰ piloté par la direction départementale de la Cohésion Sociale du département de l'Hérault, à savoir :

- les 19 Dispositifs d'hébergement d'URGENCE
- les 4 dispositifs de mise à l'abri :
- les 11 centres hébergement d'urgence
- les 4 dispositifs ALTER (hébergement destiné à des personnes en situation administratives complexes
- les 20 dispositifs d'hébergement d'INSERTION :
- les 14 Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) :
- les 6 dispositifs de stabilisations
- les 10 Maisons-relais / pensions de famille :
- les 2 Foyers Travailleurs migrants

Cette étude a mis en évidence que 48% des personnes présentant des problèmes de santé ont des troubles de santé mentale contre 37% au niveau régional en 2015, que 64% des personnes présentant des problèmes de santé ont une conduite addictive à l'alcool ou aux stupéfiants contre 53% au niveau régional en 2015 et que 11.5% des personnes présentant des problèmes de santé ont à la fois des pathologies physiques chroniques, des troubles de santé mentale et des problèmes d'addiction.

20 % de la population totale hébergée²¹ ont des troubles de santé mentale diagnostiqués et 27 % des problèmes d'addiction connus à l'alcool ou aux stupéfiants.

1. Données d'équipement

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) proposent un accueil et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Il y a 5 PASS dans le département de l'Hérault :

- PASS CHU de Montpellier ;
- PASS CH Bassin de Thau(Sète) ;
- PASS CH Béziers ;
- PASS CH Lunel basée dans l'espace santé.

Une PASS psy au CHU de Montpellier est adossée à l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) appelée UMIPP (Unité Mobile Intersectorielle pour les Populations de Psychiatrie en situation de Précarité).

Sur le CH de Béziers, il y a des liens importants entre la psychiatrie de liaison et la PASS « généraliste ». Sur le territoire Ouest Hérault créer une filière spécifique pourrait présenter un risque de stigmatisation.

Il n'existe pas de PASS dans l'arrière-pays.

Quatre associations ont été identifiées comme réalisant une activité de permanences d'accès aux soins :

- Le centre d'accueil des soins et d'orientation (CASO) de médecin du Monde à Montpellier

²⁰ 3 643 places d'hébergement AHI (1/01/2019) et 1476 places dédiées aux demandeurs d'asile et réfugiés de l'Hérault (1/01/2019)

²¹ 3 643 places d'hébergement AHI (1/01/2019) et 1476 places dédiées aux demandeurs d'asile et réfugiés de l'Hérault (1/01/2019)

- La Halte solidarité santé à Montpellier
- Solidarité Urgences Sétoises (SUS) à Sète
- L'Accueil Santé Béziers (ASB) à Béziers

Par ailleurs sur le département de l'Hérault, le Secours Populaire Français, Médecin du Monde, la Halte Solidarité et d'autres associations mettent en place des permanences mobiles de santé depuis plusieurs années.

S'agissant des dispositifs d'aller vers/ organisation de l'accès aux soins et de la prévention, il existe :

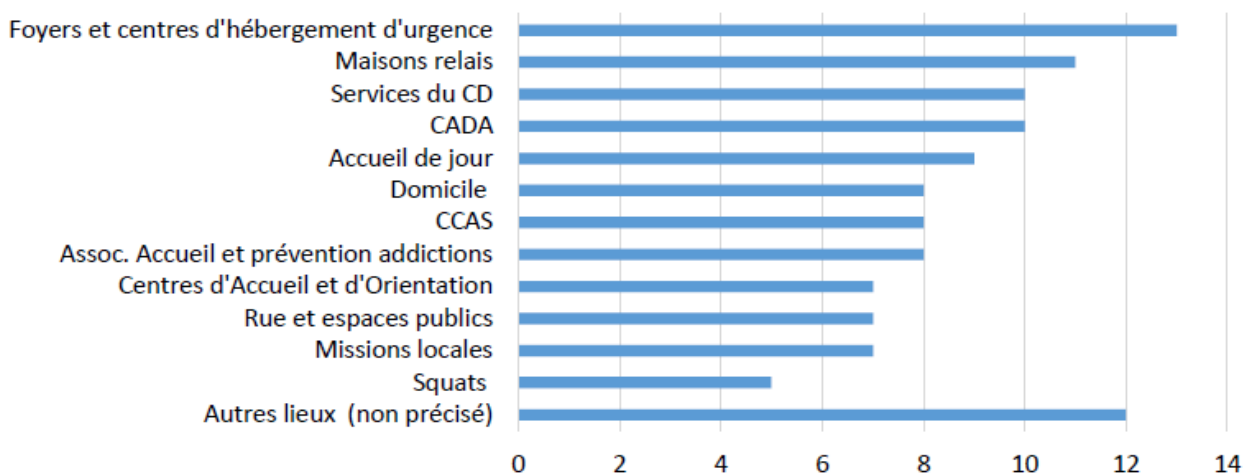
- Le dispositif santé global ADAGES sur Montpellier, Cœur d'Hérault et Lunel ;
- Equipe AERA : travailleur social et médiatrice santé en bidonvilles (lien avec CIMADE et 2Chose Lune) ;
- Maraudes Médecin du Monde, Secours Populaire, Amicale du Nid.

Il existe par ailleurs une action de la CPAM autour de l'accès aux droits via la Mission Accompagnement en Santé est déployé dans l'Hérault.

2. Offre psychiatrique dédié aux populations en situation de précarité

La PASS psychiatrique ^{22a} pour but de permettre un accès aux soins psychiatriques pour les personnes en situation de précarité qui n'ont pas de droits ouverts ou des droits incomplets. L'EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité) repère les patients sur les lieux d'hébergement ou d'accueil social (CHRS, accueil de jour, centre d'hébergement d'urgence) ou même à la suite de maraudes conjointes avec le SAMU SOCIAL et oriente les personnes identifiées vers une consultation avec un psychiatre de la PASS psy ou du CHU. Les PASS hospitalières et les associations orientent également vers la PASS psy.

Les principaux lieux d'intervention des EMPP :



Dans l'Hérault les EMPP interviennent principalement sur Montpellier intramuros (équipe du CHU) et sur Béziers et son agglomération (équipe du CH de Béziers). Le Service de psychiatrie du CHBT a mis en place un infirmier vigilant qui intervient en soutien de situations signalées par les structures type CCAS.

Dispositifs	Professionnels et ETP	File active 2018= nombre de patients dans l'année 2018
EMPP CHU de MONTPELLIER ou UMIPPP ²³	Psychiatre, IDE, psychologues, cadre de santé et secrétaires= 7,2 ETP	720
EMPP CH de BEZIERS	Psychiatre, IDE, secrétaires 3,2 ETP	120

²² Il y a 10 PASS psy en Occitanie.

²³ Unité Mobile Intersectorielle pour les Populations de Psychiatrie en situation de Précarité

PASS PSY CHU de MONTPELLIER	Psychiatre 0,20 assistante sociale 0,20	160
-----------------------------	-----------------------------------------	-----

Des associations (liste non exhaustive) comme l'Association Via Voltaire- consultations psychosociales dans les STS du CD34 – l'Association CESAM Migration Santé ou le centre Centre Frantz Fanon - Centre de soins et de ressources pour l'accès aux soins psychiques des personnes exilées - l'Avitarelle – SAMU social notamment, association le Fil etc. offrent des solutions de relai vers le soin et de soutien de leur public cible.

L'EMSPP de Béziers intervient par ailleurs en collaboration avec les services de santé de la ville sur les situations repérées comme de potentiels « syndromes de Diogène ».

Focus sur l'hébergement des personnes en situation de précarité avec troubles psychiatriques.

La loi Elan prévoit l'inclusion du PRAPS en annexe du Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD). Les personnes en situation de handicap psychique ont un accès au logement plus difficile que la population générale ²⁴. Il est fréquent qu'aucune solution de sortie satisfaisante ne soit trouvée à la suite d'une hospitalisation. Ainsi, le bénéfice des soins peut être perdu, faute de possibilité d'hébergement.

Il existe plusieurs dispositifs spécifiques. Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)- Un chez soi d'abord s'adressent au public sans abris majeur, présentant une ou plusieurs pathologies mentales sévères sur l'agglomération de Montpellier. Depuis 2019, c'est 100 appartements en intermédiation locative avec accompagnement médico-sociale qui sont progressivement ouverts. L'entrée dans le logement est facilitée et l'accompagnement pluri professionnel permet un maintien de ces personnes et une adaptation progressive au logement de droit commun.

Depuis 2018 une expérimentation de 10 places ACT handicap psychique est en cours à Montpellier. Une évaluation nationale est prévue en 2021.

Le département de l'Hérault compte trois structures proposant des Lits Halte Soins Santé avec 34 places ; l'Adages à Montpellier avec 18 places, l'association SUS (Solidarité Urgence Sétois) à Sète avec 8 places et l'association ABES (Association Biterroise d'Entraide et de Solidarité) à Béziers avec 8 places.

Les Lits Halte Soins Santé permettent aux personnes sans domicile de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, à partir d'un hébergement, avec un accompagnement médico psycho social (problématique de soins aigus).

Les 20 lits d'accueil médicalisés (LAM) gérés par l'AERS accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. Elles ont pour missions de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies.

Les 64 appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont dédiés avant tout aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financières et qui ont besoin de soins et de suivi médical.

L'ensemble de ces dispositifs accueillent fréquemment des patients présentant une pathologie grave avec une comorbidité psychiatrique associée (+50% des accueils)

²⁴ Bounaud V. La prise en charge du handicap psychique en PoitouCharentes : Enquête qualitative auprès des professionnels et des familles en 2014. Rapport n° 161. Poitiers : Observatoire régional de santé (ORS) Poitou-Charentes ; 2014. 47 p

Enfin, les résidences accueil s'adressent à des hommes et des femmes seuls, fragilisés et handicapés par des troubles psychiques. Ils peuvent avoir de faibles niveaux de ressources, être en difficulté sociale, économique et de santé, en situation d'isolement, voire parfois d'exclusion et sont suffisamment autonomes pour accéder à un logement individuel, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont mis en place. Les résidences accueil ont pour objectifs :

- L'accompagnement social par le SAVS ou le SAMSAH
- Offrir aux résidents un habitat durable, sans limitation de durée, dans un cadre de vie semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social
- Permettre aux résidents de réintégrer une vie sociale et de faciliter leur quotidien et l'accès au droit commun
- Assurer la coordination et le relais avec les réseaux et partenaires de secteur pour garantir la continuité des soins et de l'accompagnement sociale

Le plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et résidence accueil, ainsi que le plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme 2018-2022 prévoient la création au niveau national de 10 000 places :

- 6 700 places de pensions de famille
- 3 300 places de résidences accueil

Pour la région Occitanie, cela se traduit par un objectif de création sur la période du plan de 883 places à l'horizon 2022 : 589 places en pension de famille et 294 places en résidence accueil.

Ainsi, 50 places de résidences accueil existent à Grabels et à Montpellier, 274 places de maisons relais-pensions de familles répartis sur les villes de Montpellier, Castelnaud-le-lez, Vendargues, Sète, Béziers, Lunel, Lodève.

Les services de la DDETS (ex DDCS) et de Montpellier Méditerranée Métropole souhaitent développer cette offre de logements adaptés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan gouvernemental Logement d'abord. Sur le territoire de Montpellier Méditerranée Métropole pour la période 2018-2022, l'objectif est d'ouvrir 5 structures, dont au moins 50 % de places en résidences accueil.

Une mention particulière pour les personnes migrantes en situation de précarité : il est actuellement difficile, hors quelques rares lieux présents dans la métropole, de trouver des interprètes, il serait important de disposer d'un répertoire permettant de répertorier les traducteurs assermentés par territoire.

E. L'accès aux soins somatiques des personnes souffrant de problématique de santé mentale :

L'accès aux services de santé de droit commun est une problématique souvent relevée par les professionnels de la santé mentale du territoire ainsi que les associations d'usagers et de famille d'usagers.

Il existe des situations de patients qui n'ont pas de médecins généralistes, car dans l'incapacité de prendre par eux-mêmes les rendez-vous. Ces derniers ayant souvent des comorbidités, il semble important de réfléchir comment accompagner ces patients vers les médecins traitants et les dispositifs de soins.

Les associations d'usagers soulignent par ailleurs que les prises en charge posent problème : le patient et les familles ne sont pas assez associés.

Les ruptures de soins sont trop nombreuses car le patient n'est pas toujours hospitalisé assez longtemps. Réinterroger les pratiques, le turn-over des équipes, renouer avec les familles, difficultés administratives, traitement de la douleur...sont demandés par les associations d'usagers. Le patient est peu acteur de ses soins.

La charte Romain Jacob est trop peu appliquée.

En ce qui concerne l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, des dispositifs tels que Handiconsult, la Communauté 360 ou les PCPE sont destinés à répondre à ce type de problématiques.

Cependant en ce qui concerne l'accès aux soins somatiques, le territoire de proximité doit être privilégié pour la médecine générale, les soins dentaires et kinésithérapiques afin de réellement permettre l'accès à des soins somatiques de droit commun.

F. Les autres ressources concourant à la politique de santé mentale :

Il existe deux associations de soutien aux familles et aidants, composées majoritairement de bénévoles ; ces associations sont l'UNAFAM, Espoir Hérault, Le Fil, Santé Mentale France ou la FNAPSY. Il existe par ailleurs des programmes d'éducation thérapeutique destinés aux familles tels que PROFAMILLE. Ces dernières sont notamment présentes dans les grandes villes de France et couvrent une grande partie du territoire national.

En ce qui concerne les professionnels, outre les fédérations d'acteurs non spécifiques à la santé mentale, la FERREPSY (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale) Occitanie et l'ORS CREAL mettent en œuvre des actions qui permettent de disposer d'études et de données sur la santé mentale de la population.

Santé Publique France publie par ailleurs régulièrement des notes de situation thématiques dont la santé mentale. La dernière date du 18 juin 2019.

Des instances de dialogues interinstitutionnels :

- Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) dans l'Hérault :

Encadrés par l'instruction ministérielle DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des CLSM, en particulier dans le cadre des contrats de ville, les CLSM sont des instances de concertation et de coordination entre les élus locaux, tous les acteurs du champ de la santé mentale, les habitants, les usagers, les associations d'usagers et d'aidants, l'ARS, le préfet de département.

Ils définissent des actions de lutte contre la stigmatisation, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'insertion sociale et de participation des aidants, des usagers et des habitants et permettent le décloisonnement des pratiques et des acteurs. Par ailleurs, ils participent à l'élaboration du diagnostic territorial partagé et du PTSM comme prévu par la LMSS.

Pour le département de l'Hérault, on compte un CLSM à Pézenas et un CLSM dans le Pays Cœur d'Hérault.

Le CLSM de Pézenas fonctionne autour d'un partenariat entre le Conseil Départemental 34, l'Hôpital de Jour dépendant du CH de Béziers et le CIAS de Pézenas. Il se réunit un vendredi par mois. L'ARS n'est ni représentée ni financeur. Il n'existe pas de désignation officielle des membres, ce CLSM étant une structure « ouverte ».

Le CLSM du Pays Cœur d'Hérault a été créé le 17 décembre 2019, date de la 1^{ère} assemblée plénière. La création et le fonctionnement de ce CLSM s'inscrivent dans l'axe santé mentale du Contrat Local de Santé du Pays Cœur d'Hérault renouvelé en juin 2019 pour 5 ans. Le périmètre de ce CLSM correspond à celui du Cœur d'Hérault soit 80 000 habitants autour de 3 communautés de communes et 77 communes du centre du département.

Concernant les perspectives de développement de CLSM sur le territoire Héraultais, il existe trois autres projets de CLSM dans le département dont un est une action du Contrat Local de Santé du Pays Haut Languedoc et Vignobles, un à Montpellier et un à Béziers.

- Les contrats de ville :

Succédant aux Contrats Urbains de Cohésion Sociale (Cucs), les contrats de ville 2014-2022 s'inscrivent dans une démarche intégrée devant tenir compte des enjeux de développement économique, de développement urbain et de cohésion sociale. Ils fixent le cadre des futurs projets de renouvellement urbain et prévoient l'ensemble des actions à conduire. L'État et ses établissements publics, l'intercommunalité, les communes, le département et la région, ainsi que les autres acteurs institutionnels et l'ensemble de la société civile (associations et habitants) sont parties prenantes de la démarche.

Il existe 7 contrats de ville dans l'Hérault pour 22 Quartiers Politiques de la Ville, cela représente 10% de la population du département du département dans les villes de Montpellier, Béziers, Agde, Lunel, Lodève, Bédarieux et Sète - Frontignan.

Des plateformes départementales destinés aux professionnels et aux usagers et à leurs familles pour la gestion de situation individuelles spécifiques :

- La Communauté 360 :

Portée par l'association ADAGES avec 9 autres associations locales (UNAPEI 34, ADPEP34, UGECAM, APF, Groupe SOS Solidarités, Association La Pinède, Halte Pouce, APSH 34 et l'Association Saint-Pierre), la communauté 360 vise à apporter une réponse concrète aux usagers et familles rencontrant des difficultés de prise en charge.

Le Département de l'Hérault s'inscrit pleinement dans cette démarche avec un appui opérationnel de la Maison Départementale de l'Autonomie aux équipes de la communauté et une coopération intégrée entre les acteurs institutionnels du département (Conseil départemental et Agence régionale de santé).

Il s'agit de rechercher des solutions de prise en charge sur tout le département à travers un numéro qui est dédié aux personnes handicapées et aux aidants qui ne savent pas à qui s'adresser ou dont la situation nécessite des réponses coordonnées ou de proximité.

Depuis le 15 juin 2020, ce numéro est opérationnel dans l'Hérault. Les réponses aux appels téléphoniques sont assurées par des équipes territoriales de proximité, composées des acteurs locaux, notamment associatifs, impliqués dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Les professionnels de la communauté 360 de l'Hérault sont mobilisés pour apporter une réponse partenariale de proximité aux besoins exprimés sur 4 thématiques prioritaires pour les appelants : l'accès aux soins, le besoin de répit, le soutien aux enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance, les interventions renforcées auprès des personnes en difficulté.

En 2021, la Communauté 360 de l'Hérault est vouée à évoluer conformément au nouveau cahier des charges en cours de finalisation.

- La Plateforme Territoriale d'Appui de l'Hérault :

Dispositif départemental et généraliste, la PTA a vocation à être ressource pour les professionnels dans la gestion de situation complexes.

La Plateforme Territoriale d'appui de l'Hérault, PTA 34, est née d'un travail de concertation entre des professionnels du secteur libéral, des réseaux territoriaux et régionaux, des URPS, des équipes relais, des CPTS.

PTA 34 associe l'ensemble des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du département dans la réponse aux situations complexes sans distinction d'âge, de pathologie ou de handicap.

Il existe enfin plusieurs dispositifs déjà existant qui concourent au niveau local à la fluidification des parcours de soins.

De nombreuses instances de coordination existent sur le territoire.

A titre non exhaustif : contrats de ville, contrats locaux de santé, réunions de concertations disciplinaires, réunions de secteur, réunions d'inter secteurs, réseaux informels – ex réseau autisme à Béziers, regroupant l'Education Nationale, associations de familles, des représentants des IME et SESSAD intéressés, établissements de santé, CMPP, et diverses structures en lien avec les TSA - groupements opérationnels de synthèse – dans le cadre de la RAPT -, tables tactiques MAIA, Conseils Locaux en Santé Mentale, Communauté 360, Communauté Professionnelles et Territoriales de Santé, réunions d'association de professionnels libéraux, publics – Association des Médecins de Psychiatrie Infanto-Juvenile, AMPIJ, qui regroupe des hospitaliers publiques, mais aussi des médecins des CMPP, de l'institut Saint Pierre, etc, sur l'ex-région Languedoc Roussillon - etc.) qui traitent d'enjeux territoriaux comme de situations individuelles.

Des dispositifs tels que par exemple Santé Ados Sète associant collectivités, secteur sanitaire, Education Nationale, PAEJ, associations, etc... à l'initiative des médecins libéraux et en lien avec la CPTS sont aussi présentes sur les territoires sans forcément avoir de reconnaissance ni d'existence formalisée.

Ces temps de concertation sont positionnés à différentes échelles départementales ou infra départementale différentes les unes les autres. L'enjeu de la coordination est unanimement pointé par les acteurs afin de développer l'interconnaissance entre acteurs.

Ce travail de coordinations n'est toutefois que rarement valorisé, que ce soit en terme de missions ou financièrement car il peut rapidement mobiliser beaucoup de personnels et les éloigner des usagers et des actes cotables.

Se pose enfin la double question :

- Du recensement précis de l'ensemble de ces instances ;
- De l'identification de l'échelle adéquate pour traiter de manière efficiente les situations individuelles qui pourra être identifié par les acteurs du champ de la santé mentale dans le cadre du déploiement du PTSM.

IV) Identification des problématiques rencontrées, des bonnes pratiques et des leviers existants :

Les thématiques abordées correspondent aux six priorités définies aux articles R3224-5 à -10 du Code de la Santé Publique et à trois priorités complémentaires qui permettent d'avoir ainsi une acception globale de la définition élargie de la santé mentale et des problématiques de santé qui y ont trait.

Les modalités d'entretien :

A deux exceptions près, les entretiens se sont déroulés dans les locaux des structures sondées.

Il a été privilégié une démarche d'enquête par le biais d'entretiens semi-directifs dans le but de permettre une plus grande liberté de parole, une proximité et une confiance afin d'appréhender au mieux les réalités du terrain et de mettre en lumière les avis, ressentis, ou encore adaptations mises en œuvre par les acteurs.

Les entretiens ont été menés avec les structures ayant répondu à l'invitation avec les divers acteurs du médico-social, du social, représentant les usagers ou leurs familles, ou encore des structures sanitaires. Certains entretiens ont également été menés auprès des professionnels en interne de l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

En outre, compte tenu du contexte sanitaire, l'ensemble des entretiens n'a pas pu être mené. Les éléments présentés n'ont donc pas la prétention de l'exhaustivité ; de plus les propos rapportés et les leviers évoqués n'engage que leurs auteurs et ne saurait présumer ni leur faisabilité ni de leur reprise inconditionnelle dans le projet territorial.

Une fois les entretiens menés, une retranscription a été faite puis un croisement totalement anonymisé a été mis en œuvre afin de faire émerger des ressentis partagés par l'ensemble des interlocuteurs.

a) Repérage précoce de la souffrance et des troubles psychiques, diagnostic et accès aux soins et accompagnements sociaux ou médico-sociaux :

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
<p>Neutralité de la Maison Des Ados34, pas vue comme lieu de soins/d'accompagnement psy par les adolescents. La MDA + les Maisons des Jeunes et de la Culture mettent en place des activités pour amener les jeunes au soin de façon détournée</p> <p>Neutralité des réseaux de soins départementaux + représentent une plus-value sur le territoire</p> <p>Programme de prévention santé « 10 actions pour 10 lycées » convention avec les établissements scolaires et CSAPA</p> <p>Etude du CREAI ORS sur « le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants/adolescents dans les CAMSP/CMP/CMPP en Occitanie » = état des lieux de tous les départements de la région.</p> <p>Retards de repérage/diagnostic de plus en plus rare, car repérage intensif en petite enfance.</p> <p>Mise en place dans certains CMP d'accueils sans rendez-vous pour un premier contact</p>	<p>Manque de lieux d'accueil/ressource permettant des prises en charge sanitaires ou médico-sociales mais qui ne soient pas pour autant identifiés ou centrés sur le soin.</p> <p>Manque de structures d'accompagnement aux problèmes de santé mentale en quantité suffisante et avec des moyens.</p> <p>Manque d'accompagnement pour les migrants + problème de la barrière de la langue</p> <p>Manque d'hébergement pour les personnes souffrant de troubles/handicap psychique + peu de places existantes</p> <p>Difficultés d'hospitalisation des personnes présentant plusieurs problématiques (psychiatriques/addictives/sociales)</p> <p>Prise en charge différenciée selon que les personnes entrent dans le soin via l'addiction ou via une pathologie psychique</p> <p>Refus des personnes de s'exprimer, la nécessité de prendre du temps pour recueillir leur parole rend la prise en charge globale difficile/complexé</p>	<p>Porter une attention particulière au décrochage scolaire via les dispositifs existants.</p> <p>Renforcer les consultations avancées des structures de soins.</p> <p>Promouvoir la clinique indirecte</p> <p>Développer la guidance parentale pour les aider dans la prise en charge de leurs enfants.</p> <p>Etendre les formations des aidants et des familles.</p> <p>Créer des structures plus ouvertes vers l'extérieur et développer la réhabilitation psychosociale.</p> <p>Eviter les sorties anticipées et créer des dispositifs post hospitalisation.</p> <p>Créer des GEM sur les territoires dépourvus</p> <p>Prendre plus le temps d'accompagner les jeunes vers le soin</p> <p>Développer le repérage des problèmes de santé mentale depuis la crèche jusqu'au lycée</p> <p>Beaucoup de besoins en interprétariat : mutualiser les besoins en interprétariat pour faire baisser les coûts</p>

<p>CMPP : Accueil physique de l'ASS et de la secrétaire Médico-sociale à 1 mois de l'appel téléphonique sur l'antenne Lunel</p> <p>Présence de la Courte Echelle à Montpellier avec un cours délai d'attente (CMPP 0-6ans)</p> <p>Mise en place d'un dispositif de recueil d'information par téléphone en amont dans les 2 CMP de Montpellier.</p> <p>Consultations infirmier pour recueillir l'information, statuer sur l'urgence puis réexaminer et orienter à la MPEA (Médecine psychologique pour enfants et adolescents).</p> <p>Les personnes ayant des troubles/handicaps psy et bénéficiant d'une aide humaine à domicile arrivent à vivre de façon autonome. Cela réduit les hospitalisations.</p> <p>Les infirmières scolaires sont en mesure de repérer la souffrance psychique et savent orienter mais n'ont pas connaissance de tout l'existant.</p> <p>Le suivi régulier des personnes permet une mise en confiance et une adhésion progressive aux soins.</p> <p>Existence de dispositifs spécialisés pour adultes handicapés psychiques.</p> <p>Dans le cadre du service sanitaire, étudiants paramédicaux : action de prévention-sensibilisation à la santé mentale pour personnes âgées/handicapés</p> <p>Depuis la rentrée 2019 : mise en place expérimentation PIAL (pôles inclusifs d'accompagnement localisés) pour accompagner la</p>	<p>Les prises en charge restent marquées par une logique d'occupation de lits. Il en manque (adultes/enfants) et pour autant l'ambulatoire n'est pas assez développé.</p> <p>Le retour à l'hôpital de certaines personnes est perpétuel car la sortie est précoce à cause du manque de lits en psychiatrie.</p> <p>La révision de la sectorisation de la psychiatrie doit être envisagée.</p> <p>Peu de pédopsychiatres libéraux ou pas selon les endroits / Peu de moyens de certains CMP / Manque de lits en pédopsychiatrie à Béziers.</p> <p>Certains psychiatres ne souhaitent pas recevoir de jeunes</p> <p>Offre de pédopsychiatre principalement publique + très déficitaire tout comme le manque de psychiatres; dans l'Hérault il y en a principalement qu'à Montpellier</p> <p>Les psychiatres de villes sont sur sollicités / Problème des dépassements d'honoraires</p> <p>Accès aux soins très difficile pour les habitants des Hauts Cantons du fait de l'éloignement.</p> <p>Orientation possible des jeunes des Hauts Cantons dans le Tarn avant les années 2000 ; étaient plus tolérants mais maintenant saturés : conséquence = perte de chance pour les habitants de certains territoires</p> <p>La précarité sociale influe encore sur les retards de diagnostic</p> <p>Les retards de diagnostic concernent principalement les enfants dont les parents refusent le diagnostic + ont dû mal à comprendre la nécessité des soins</p> <p>La sectorisation freine la prise en charge. Elle est parfois illogique car</p>	<p>Mettre l'accent sur le repérage précoce, l'appui doit se faire dès la naissance par la première ligne famille/professionnels de soins/des crèches/MG -> former+ informer</p> <p>Développer à toutes les antennes du CMPP Montpellier l'expérimentation du dispositif d'accueil 1 mois après le 1^{er} RDV</p> <p>Former les professionnels dans l'annonce du diagnostic</p> <p>La délivrance des traitements retard par les médecins généralistes permettrait de libérer du temps aux psychiatres</p> <p>Permettre aux infirmiers de pratiques avancées de faire du repérage/ diagnostic</p> <p>Glissement de taches entre psychiatres et psychologues, névroses/phobies/ troubles du comportement devraient parfois être pris en charge par un psychologue pas par un psychiatre</p> <p>Permettre aux infirmières de l'éducation nationale de faire du dépistage</p> <p>EN : soutenir et informer les enseignants</p> <p>Equipe mobile</p> <p>Valoriser l'Appui ressource</p> <p>Développer la pair aidance</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>scolarisation de tous les enfants en situation de handicap</p> <p>Rôle important des PAEJ pour le repérage et la prise en charge</p>	<p>elle ne correspond pas au bassin de vie des personnes.</p> <p>Offre en GEM inégalement répartie sur le territoire : 4 à Montpellier et un à Béziers, aucun à Lodève, Gignac, Sète</p> <p>Les critères pour les aides humaines (Prestation Compensatoire du Handicap) de la MDPH pour les personnes handicapées psychiques sont les mêmes que pour le handicap physique (savoir-faire) alors que la personne handicapée psychique a besoin de stimulation bien qu'elle sache faire</p> <p>Trafics de substances dans les hôpitaux et aux abords</p> <p>Peu de psychologues hospitaliers = débordés</p> <p>Manque de psychologues, IDE et médecins au sein des établissements scolaires. Ceux qui existent sont débordés du fait de missions très larges. Repérage plus compliqué au lycée car moins de relationnel avec les jeunes</p> <p>Plusieurs jeunes suivis par la PJJ n'ont pas de consultations ni de traitements alors qu'ils en ont besoin pour les apaiser</p> <p>Les ACT/LHRS/CHRS et structures pour personnes à difficultés spécifiques sont très méconnues</p> <p>L'organisation sanitaire/sociale/médico-sociale est très compliquée à appréhender pour les familles et les professionnels</p> <p>Sur certains territoires il n'existe pas d'ESMS pour enfants spécialisés dans le handicap psychique</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	La découverte de la première décompensation doit être plus accompagnée et sécurisée (délais de RDV 6 mois, y compris pour une consultation en ville)	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

La neutralité, de certaines structures et dispositifs, qui ne sont pas reconnus comme lieux de soins ou d'accompagnement en santé mentale représente un atout conséquent pour un accès facilité et un plus grand lien avec les personnes souffrant de troubles ou de handicap psychiques.

De nombreuses évolutions et innovations, mais également une certaine prise de conscience de l'importance d'un diagnostic précoce en santé mentale ont permis le renfort des structures de la petite enfance en faveur d'un diagnostic le plus précoce possible.

Cependant, les acteurs interrogés s'accordent à dire que la complexité des prises en charges des adolescents (difficultés à les accompagner vers le soin, à recueillir leur parole), au même titre qu'une sectorisation psychiatrie peu adaptée, freinent les prises en charge.

Une logique d'occupation de lits est encore omniprésente, sans que ne soit encore assez développé, en conséquence, l'ambulatoire. Les sorties d'hospitalisation sont souvent précipitées et pas assez travaillées, ce qui débouche sur des fréquentes ré hospitalisations.

Le manque de psychiatres et pédopsychiatres se fait de plus en plus ressentir en vue de l'évolution démographique exponentielle dans l'Hérault.

Enfin, l'attribution d'une aide humaine (PCH) de la MDPH, pour les personnes en situation de handicap psychique, repose sur les mêmes critères que pour le handicap physique ; or, les besoins sont différents. En effet, bien qu'elle sache faire, la personne handicapée psychique a besoin d'une aide humaine permettant sa stimulation, ou encore son rétablissement dans une logique de projet de vie, plus que de projet de soins.

Pour terminer, il est proposé de promouvoir davantage la clinique indirecte, d'éviter les sorties anticipées et de créer des dispositifs de post hospitalisation, et d'adapter la grille d'évaluation des besoins de la MDPH, afin de permettre de contrebalancer les constats négatifs mis en lumière.

b) Dans une logique de parcours, prévenir les situations de défaut ou de rupture de prise en charge et les prises en charge inadéquates et anticipation des adaptations de prise en charge:

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
RAPT pour enfants/adultes, solution individuelle pour les cas les plus complexe + assouplissement de l'offre + partenariat Via voltaire permet des accompagnements ponctuels si besoin = évite ruptures/décompensations	Défauts/ruptures de prises en charge encore trop nombreuses + manque de places en hospitalisation et dans le médico-social = obligent les familles à prendre en charge chez eux les personnes souffrant de problèmes psychiques Inadéquation des âges de prise en charge entre le médico-	Mailler les parcours avec les acteurs de proximité/première ligne (associations/services) Proposer un accompagnement global : santé, social, citoyen, aidants, etc. porté sur la réhabilitation et le rétablissement des personnes : placer son projet au centre ; s'appuyer sur les centres ressources de la région.

<p>Orientations facilitées grâce aux interventions de l'UMIPPP dans les structures</p> <p>Certains EPHAD accueillent des personnes avec troubles psy. L'intervention des équipes mobiles géronto-psychiatriques en EHPAD facilite la prise en charge des patients vieillissants.</p> <p>Le lien entre la pédopsychiatrie et la psy adulte se fait souvent par le biais des assistantes sociales de chaque secteur</p> <p>Projet d'ouverture de plusieurs résidences accueil</p> <p>Dispositif qui réunit SSESAD et ITEP : possibilité de passer d'une structure à l'autre sans besoin d'une notification MDPH donc gain de temps + logique de parcours</p> <p>Possible de rester jusqu'à 21ans dans les structures médico-sociales de prise en charge du handicap pour enfants</p> <p>Les commissions de gestion des cas complexes permettent d'éviter les ruptures de prises en charge et de trouver des solutions pour éviter les hospitalisations au long court</p> <p>Le parcours mère-enfant pour le repérage de situations familiales précaires/difficiles, à la maternité, qui auront peut-être un impact sur la santé mentale de la mère et de l'enfant → 2 équipes de sages-femmes repèrent des fragilités addictologies/toxicologiques/psychiatriques au CHU Montpellier</p> <p>Travail dans le cadre de la RAPT pour assouplir le passage d'un établissement à un autre</p>	<p>social/psychiatrie/social = ruptures administratives</p> <p>Des personnes vivent à l'hôpital depuis des années + pas pris en compte parce que sortent/rentrent régulièrement</p> <p>En fonction des problématiques (psychiatriques/addictologies/somatiques/autres) les traitements sont assurés par différents services ; difficultés de coordination + problème du déni + problème de mauvaise orientation au départ</p> <p>Vieillesse prématuré peu/mal pris en compte dans les prises en charge/accompagnements + pas de moyens supplémentaires</p> <p>Pas de structures pour personnes âgées spécialisées pour les troubles pys + manque de géronte-psychiatrie publique.</p> <p>Orientation en Ehpad de personnes jeunes (60/65ans) n'est pas adaptée = pas assez de stimulation</p> <p>Le passage à l'âge adulte est difficilement vécu par le malade et sa famille + méconnaissance + peur de la rupture + de la crise</p> <p>Rupture de prise en charge pendant le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte</p> <p>Sorties ASE = source de ruptures importantes + très peu de contrat jeune majeur</p> <p>Familles qui ne comprennent pas l'importance de la prise en charge et la nécessité de ne pas rompre les parcours</p> <p>Certaines familles ne pourront accéder au soin si ce n'est pas dans leur quartier même si transports adaptés</p>	<p>Travailler sur les représentations de la santé mentale afin lutter contre la stigmatisation</p> <p>Nécessité d'un dispositif de coordination entre les équipes psychiatriques/Addictologiques/somatiques/autres</p> <p>Nécessité de maintenir une relation étroite avec le médecin traitant dans le cadre d'une prise en charge pour des problèmes de santé mentale impliquant d'autres professionnels</p> <p>Le dossier médical partagé et les fiches de liaison (comme pour les équipes mobile ados complexes) peuvent remédier à la désinformation</p> <p>Développer la sécurisation juridique des pratiques professionnelles</p> <p>Développer/multiplier les équipes mobiles géronto-psychiatrie</p> <p>Considérer le parcours de soins comme faisant partie intégrante du parcours de vie en privilégiant l'aller vers</p> <p>Avoir un suivi plus important lorsqu'une personne ne se rend pas au RDV/ne le reconduit pas afin d'éviter les ruptures de parcours. Renforcer les secrétariats/personnels administratifs</p> <p>Les soins sans consentements devraient être traités directement par la préfecture=plus rapide car l'ARS n'a qu'un rôle d'interface</p> <p>Les ESAT doivent être formés à la santé mentale/handicap psy + repérage pour éviter les décompensations/urgences psychiques</p> <p>S'appuyer sur les travaux de l'ANAP sur les parcours + indicateurs</p> <p>Favoriser au maximum les prises en charge en milieu ordinaire</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Permet également le dialogue entre les différents établissements</p> <p>Création et développement de la PCPE</p> <p>Assouplissement des agréments avec la création des dispositifs Ditep</p> <p>Proposition du groupement de la MDA/CMPP/CMPEA</p> <p>Le suivi en hôpital de jour des patients dans les cliniques privées et le suivi en libéral (ville)</p> <p>L'effort fait par les acteurs, notamment privés, concernant l'éducation thérapeutique</p> <p>L'action des cliniques en faveur de la réhabilitation psychosociale</p>	<p>Manque de communication entre éducateurs PJJ /familles/MDPH</p> <p>Les points écoute individuels d'associations/d'équipes mobiles sont interdits au sein des établissements scolaires</p> <p>Lien difficile infirmière scolaire – MG + Professeurs démunis</p> <p>Insuffisance de l'offre de service à domicile = maintien en établissement</p> <p>Gros risque en ambulatoire d'arrêt de traitement, même s'il existe les traitements type retard, il n'est pas possible de mettre en place une surveillance 24h/24.</p> <p>Des personnes ne peuvent pas vivre dans du collectif tel qu'il est aujourd'hui organisé</p> <p>ESAT pas toujours adaptés aux pathologies psychiques+ doivent avoir un haut taux d'occupation/être productifs = réticence ; + pas d'ESAT spé handicap psy ; pose la question des agréments handicaps psychiques qu'ont les structures médico-sociales car très récents</p> <p>Les professionnels qui accompagnent les travailleurs d'ESAT n'ont pas de formation en santé mentale</p> <p>Prise en charge des TSA en CMPP n'est pas adaptée et bloque des places</p> <p>La rigidité réglementaire saucissonne les prises en charge</p> <p>Exclusion du privé de l'ambulatoire »</p> <p>Absence d'offre de soins psychiatriques à domicile – hospitalisation à domicile</p> <p>Manque d'accueil familial thérapeutique</p>	<p>Valoriser et soutenir les initiatives type point d'écoute au sein des établissements scolaires</p> <p>Développer les dispositifs DIME</p> <p>Dans les ESMS passage d'une logique de place à une logique de parcours est en cours qui permet d'adapter au plus près les accompagnements/ soins aux propositions</p> <p>Soutenir les soins hors les murs et de proximité</p> <p>Trouver des solutions d'accompagnements, de transports pour des suivis.</p> <p>Valorisation du travail de file active, suivi à 3 ans, accompagnement pleinement de l'orientation pour éviter les ruptures de parcours</p> <p>Valoriser la paire aide et l'appui ressource</p> <p>Comprendre et remédier au gap entre le nombre de notifications émises/ les demandes réelles/ Besoins (travaux MDPH/ERSH/IEN</p> <p>Sécuriser les associations type Cesam Migration (accompagnement au soin) Et les dispositifs expérimentaux (type ETAP Bentenac)</p> <p>Savoir-faire du privé pour prévenir les rechutes et assurer le suivi du patient</p> <p>Ouverture de l'ambulatoire et des soins à domicile</p> <p>Souhait des cliniques de développer l'accueil thérapeutique</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Le financement de la réhabilitation psychosociale à la suite de la conversion des autorisations détenues par les cliniques privées	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

La mise en place effective de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) pour les personnes en situation de handicap ayant une orientation MDPH, doit apporter une solution individualisée pour les cas les plus complexes et permet d'assouplir l'offre, ce qui représente un réel atout au service de la logique de parcours.

Les interventions de l'UMIPPP (Unité Mobile Intersectorielle de Psychiatrie pour Population en situation de Précarité) du CHU de Montpellier représentent un apport également et facilitent les orientations et la prise en charge. C'est également le cas des interventions des équipes mobiles géronto-psychiatriques en EHPAD.

Les défauts et ruptures de prises en charge restent cependant nombreux, notamment pendant le passage à l'âge adulte et lorsque les personnes sont sujettes aux problématiques de santé liées à la dépendance. Une des causes est par ailleurs une absence de correspondance des âges de prise en charge entre structures du médico-social, de la psychiatrie ou encore du social, qui donnent lieu à des ruptures administratives ; mais également le manque de structures spécialisées pour les personnes âgées souffrant de troubles ou handicap psychiques et de structures de géronto psychiatrie. Enfin, le projet de vie de la personne n'est pas toujours mis au centre des prises en charge.

Aussi, il est important de prendre en compte le fait que certaines familles, à l'annonce du diagnostic le plus souvent, ne perçoivent pas la nécessité des prises en charge et de l'accompagnement ; de plus elles ne sont pas toujours associées au projet de prise en charge.

De façon générale, les leviers d'amélioration possibles les plus évoqués sont le développement et la multiplication des équipes mobiles, le développement de l'ambulatoire y compris des soins à domicile ou en accueil familial thérapeutique et son ouverture aux cliniques privées, la nécessité de mettre en place un dispositif de coordination des équipes dans différents secteurs psychiatriques, somatiques, ou encore en addictologie.

Enfin, il est largement préconisé de permettre un suivi plus accru lorsqu'une personne ne se rend pas à son rendez-vous. Pour cela une demande de renfort de formation des secrétariats et des personnels administratifs est exprimée.

c) Accès aux soins somatiques, organisation des soins et du suivi somatique des personnes présentant des troubles ou handicap(s) psychiques :

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
<p>A la PJJ il existe une commission cas complexe « dispositif dédicé »,</p> <p>La loi oblige de faire une consultation somatique pour les patients psychiatriques + bilan somatique systématique en</p>	<p>Peu d'orientations des MG vers la Maison des Ados + peu de relai vers le MG pour prise en charge/suivi + l'hôpital n'œuvre pas pour remettre en lien le patient et le MG</p> <p>Complexité de l'accès à un suivi post diagnostic</p>	<p>Soutenir les professionnels du somatique pour qu'ils développent des compétences d'accueil/d'accès aux dispositifs de soins psychiatriques et réciproquement</p> <p>Favoriser le lien entre MG et psychiatres + Permettre aux MG de délivrer les traitements retard</p>

<p>admission soins sans consentement</p> <p>L'entrée des patients psy par les urgences générales permet l'accès à l'ensemble des dispositions du plateau technique</p> <p>Les PASS jouent un rôle important dans la délivrance de médicaments</p> <p>Dans les CHRS les médecins effectues des bilans de santé</p> <p>Appui important des infirmières en santé globale</p> <p>Avec les MSP et les CPTS il n'y a plus de problème de non déclaration d'un médecin traitant puisqu'il s'agit de soins non programmés</p>	<p>Manque de formations et d'informations des MG + pratiques encore trop isolées + pas de temps pour effectuer des bilans de santé/monter des dossiers ALD et MDPH + certains refusent des patients AME/CMU</p> <p>Les MG sont les plus gros prescripteurs de neuroleptiques</p> <p>Les publics les plus précaires et ceux ayant une addiction ont rarement/plus de médecins traitant</p> <p>Soins somatiques peu considérés lors d'hospitalisation psy</p> <p>On confond encore souvent les troubles psychiques et l'expression de la douleur liée à un problème somatique</p> <p>Les patients psy sont souvent exclus du droit commun, on les cantonne à la psychiatrie</p> <p>charte Romain Jacob n'est pas mise en œuvre pour l'accès aux soins des PH</p>	<p>Créer un centre/une structure spécialisée dans les douleurs et soins somatiques en santé mentale ; ou équipes mobiles/de liaison somatique dans les hôpitaux psychiatriques ; ou des créneaux dans des cabinets spécialisés (dentaire) réservés aux personnes handicapés psychiques.</p> <p>Capitaliser sur l'expérience du DSPP.</p> <p>Permettre la prise en charge aux urgences somatiques, en priorité, des personnes présentant des troubles psychiques</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La loi prévoit une consultation somatique pour les patients atteints de troubles ou handicap psychique ; de plus, un bilan somatique est systématique pour les admissions en soins sans consentement.

Le système actuel ne facilite pas la prévention des rechutes alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur tant pour les patients, que pour la santé publique.

L'entrée par les urgences générales de ces personnes permet un accès à l'ensemble du plateau technique, ce qui est un plus pour le bilan et le suivi somatiques des patients.

Cependant, est mise en avant l'absence, presque systématique, de médecin traitant pour les publics en situation de précarité et ceux ayant une addiction ; tout comme le manque manifeste de formations et d'informations, des médecins généralistes, en santé mentale.

Aussi, la santé somatique des patients psychiatriques est encore trop peu considérée. La stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques peut parfois poser problème dans l'accès et la prise en charge dans les services accueillant toutes les pathologies.

En réponse à ces constats, les acteurs s'accordent à dire qu'il nous faut davantage soutenir les professionnels du soin somatique, afin qu'ils développent des compétences d'accueil et d'accès aux dispositifs de soins psychiatriques. Les médecins généralistes doivent pouvoir délivrer des traitements de type retard, ce qui par ailleurs pourrait décharger les psychiatres, d'actes ne correspondant pas à leur cœur de métier.

Enfin, il est préconisé par les acteurs rencontrés de mettre en place des créneaux dédiés aux personnes handicapées psychiques, dans les cabinets spécialisés.

d) Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence:

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
<p>Certaines structures/institutions préviennent en amont les services d'urgence et mettent en place des « stratégies » en prévention de la crise</p> <p>Nouveau dispositif en cours d'accueil du patient en urgence psy avec un aidant familial ou pro et accompagnement tout au long du parcours de soin au CHU Montpellier</p> <p>Présence à Béziers d'un CAC Centre d'accueil et de crise= lieu de prise en charge psychiatrique pour les personnes en crise/suicidantes, proche des urgences</p> <p>Mise en place de lits d'UHCD (unité d'hospitalisation à très courte durée) dédiée à la psychiatrie + unité d'admission (pavillon Euziere) + si situation grave envoi en USIP (unité de soins intensif de psychiatrie) mais plutôt pour le sans consentement</p> <p>Les médecins généralistes de garde peuvent prendre en charge en prévention et orienter vers les urgences en cas de crise. De plus ils peuvent réaliser des certificats de mise en soins psychiatriques sans consentement</p> <p>Dispositifs Vigilans de veille des suicidants en cours</p>	<p>Renvoi de la responsabilité/droit pour la prise en charge = violence qui peut rendre compliqué les liens SAMU / transporteurs sanitaires / pompiers / police pour les prises en charge des crises psychiatriques</p> <p>Manque de dispositifs de prise en charge en cas de crise (sans violence physique) à domicile</p> <p>Difficulté de faire déplacer un médecin généraliste à domicile en cas de crise sans violence</p> <p>Beaucoup de personnes entrent en psychiatrie par la crise</p> <p>Pour les jeunes souvent il y a crise lorsqu'il y a consommation de substances psychoactives</p> <p>Un élève en crise ne peut pas être emmené seul par pompiers/ambulance, or l'infirmière n'a pas le droit de l'accompagner hors établissement scolaire</p> <p>Aucun dispositifs/actions de prévention de la crise et/ou de l'urgence sur le territoire de l'Hérault</p>	<p>Revoir la question de la prise en charge en situation de crise des publics psychiatriques + précaires + présentant des addictions.</p> <p>Les lits d'hospitalisations pourraient être réservés aux personnes en crise (Canada) mais pour cela il est impératif de développer l'ambulatoire</p> <p>S'appuyer sur le signalement des voisins/professionnels de proximité+ les former/informer/sensibiliser en santé mentale</p> <p>Sensibiliser les élus et les MG aux procédures de soins sans consentement</p> <p>Développer les formations PSSM (Premiers secours en santé mentale) – auprès des professionnels de tous champs : social, médico-social, sanitaire, etc.</p>

Certaines structures et institutions mettent en place des stratégies diverses et variées pour prévenir la crise. Elles évoquent aussi largement l'intérêt qu'elles portent à prévenir, en amont, l'arrivée d'une personne présentant des troubles ou un handicap psychique aux urgences.

Aussi, le CHU de Montpellier mène une réflexion approfondie actuellement, afin de mettre en place un dispositif qui permettrait l'accompagnement et le suivi aux urgences, par un aidant familial ou professionnel, des personnes présentant des troubles psychiques, tout au long du parcours de soin.

Il est important de noter que le dispositif Vigilans, de veille des suicidants, est en cours de déploiement sur le territoire Héraultais.

Les acteurs ont communément évoqué le manque de dispositifs de prise en charge des crises sans violence physique et à domicile, mais également des dispositifs de prévention de la crise psychiatrique et de l'urgence. Ils mettent en lumière le peu d'hospitalisation et de suivi après la crise ; bien que visiblement, beaucoup de personnes entrent dans la psychiatrie par la crise. En situation de pénurie de moyens les moyens peuvent se resserrer naturellement vers l'intra hospitalier, au détriment parfois des suivis post hospitalisation, avec un risque de rechute.

C'est pourquoi, ils préconisent que des lits d'hospitalisation soient exclusivement réservés aux personnes en crise, comme cela est fait au Canada ; cependant, pour cela, il est impératif de continuer à développer l'ambulatoire.

De la même façon, s'appuyer sur les signalements des voisins, professionnels de proximité tels que les concierges ou encore les facteurs, avec l'appui de formations/sensibilisations en santé mentale, serait profitable en terme de repérage et de prévention de la crise et de l'urgence.

e) Accès, respect, promotion des droits, citoyenneté et lutte contre la stigmatisation des personnes présentant des troubles ou handicap(s) psychiques :

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
Expérimentation de pro Kid (enfants de parents souffrant de troubles/handicap psychique)	Beaucoup de personnes n'ont pas accès à internet + ne savent pas utiliser les outils informatiques = non accès aux droits	Développer la pair aidance+ la rémunérer + Soutenir les aidants : renforcer l'accompagnement à domicile pour éviter l'épuisement + développer groupes d'aide aux aidants + Anticiper le vieillissement des parents aidants
Développement de structures/dispositifs de réhabilitation psychosociale/ rétablissement avec notamment l'appui du Centre de Référence Jean Minvielle	Stigmatisation importante des usagers de drogues + jeunes sous mains de justice + personnes présentant des troubles/handicap psy qui cause des refus d'intégration dans le droit commun	Informé et former le grand public pour que la maladie psychique ne soit plus un tabou.
Communication de l'UNAFAM au niveau national + Antigone des associations + SISIM + psycyclette à Montpellier, actions qui contribuent à la lutte contre la stigmatisation	L'appui continu sur les aidants = épuisement + débouche sur des hospitalisation/burn out... + manque de dispositif de répit des aidants	Développer/consolider la réhabilitation psychosociale Informé les professionnels sur les missions des GEM
Médiateurs de santé pairs/pairs aidants/travailleurs pairs se développent en santé mentale+ présence d'un médiateur santé pair au sein du dispositif « un chez soi d'abord »	Beaucoup de professionnels orientent vers les GEM sans savoir ce que c'est/par défaut + appels récurrents de familles démunies vers le GEM	Travailler les représentations des professionnels du social/médico-social/ sanitaire (éducateur, infirmiers, MG)
ROR répertoire opérationnel des ressources dans le Languedoc + développement en Midi-Pyrénées.	Les professionnels de santé hors psychiatrie n'ont pas connaissance des pathologies/ dispositifs existants/organisation et professionnels de la Psychiatrie	Mettre en place une convention entre par ex la caf et l'hôpital + des codes pour que les professionnels puissent aider les personnes en rupture de droits
Les membres de la CDSP peuvent être sollicités pour faire valoir les droits des personnes + effectuent visites dans les	La maladie influe négativement sur l'accès au droit	Les professionnels doivent être plus attentifs à ne pas stigmatiser +il faut promouvoir la bienveillance le respect et y être attentif + démystifier la maladie psy

<p>établissements de soins, s'assurent du respect des droits des patients</p> <p>Le juge des libertés et de la détention est là pour statuer sur la viabilité des soins sans consentement et leurs formes de prises en charge</p>	<p>Les droits ne sont pas affichés ni transmis de manière systématique dans toutes les unités + les ruptures de droit sont trop nombreuses</p> <p>Patients pas toujours associés au choix de leur traitement médicamenteux</p> <p>Le ROR n'est pas mis à jour</p>	<p>D'après la CDSP 2017 : Donner l'accès aux documents d'information sur le droit des patients le plus tôt possible dans l'hospitalisation</p> <p>Améliorer les formulaires de droits des patients en précisant clairement les instances de recours et leurs coordonnées.</p> <p>Développer : -un document traçant la recherche du tiers par les directions d'établissements -un document d'information du curateur/de la personne de confiance -des documents de droits et un livret d'accueil traduit en anglais/espagnol/arabe et peut être roumain.</p> <p>Faire apparaître en mural le règlement intérieur dans toutes les unités</p> <p>Afficher la venue de la CDSP et de ses rôles</p> <p>Poursuivre la dématérialisation du registre de traçage des isolements</p> <p>Initier des rencontres entre médecins, magistrats, CDSP, avocats référents</p> <p>Soutenir les restructurations architecturales prévues, notamment au CHBT de Sète pour un meilleur respect des libertés individuelles Mettre en place actions de stigmatisation simples : sensibilisation de journalistes, travail d'actions ciblées pour lutter contre les idées reçues, utiliser réseaux sociaux pour toucher pub jeune</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En ce qui concerne la promotion des droits et l'accès à la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques, la nécessité de développer des structures et dispositifs permettant la réhabilitation psychosociale et le rétablissement a été intégrée et se développe sur le territoire.

Concernant la lutte contre la stigmatisation, des associations d'usagers ou d'aidants œuvrent. L'ouverture des structures et l'évolution des prises en charge vers une prise en charge des personnes centrée sur les aspirations sociales et non sur la pathologie ou le trouble permettent également de lutter contre la stigmatisation. Enfin, la CDSP (commission départemental des soins psychiatriques) effectue régulièrement des visites dans les établissements de soins afin de s'assurer du respect des droits des patients.

L'appui continu des professionnels sur les aidants, donne lieu à de l'épuisement, des burnouts ou encore des hospitalisations. Cela met en évidence l'importance d'accompagner les aidants et le manque de dispositifs permettant leur répit.

Il faut travailler de façon soutenue et concrète sur les représentations de la santé mentale qu'ont les professionnels du social, du médico-social, du sanitaire, de la santé mentale.

Les aidants doivent pouvoir faire l'objet d'aide, de soutien et d'accompagnement à domicile pour éviter leur épuisement. Aussi, il est impératif de prendre en compte, de façon anticipée, le vieillissement des parents aidants. La pair-aidance doit, quant à elle, être développée.

Plus largement il faut démultiplier les actions d'information, de formation et de sensibilisation de la maladie psychique et le rétablissement afin de lever les tabous.

f) Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale :

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
<p>Prévention du risque suicidaire dans les centres de détentions du département de l'Hérault</p> <p>Groupe santé mentale et parentalité du CREAL-ORS travail en collaboration avec les acteurs de terrain sur un répertoire de toutes les actions de soutien à la parentalité spécialisées handicap psychique (parents ayant des troubles et parents avec des enfants ayants des troubles)</p> <p>PJJ : formation de 30 professionnels sur les scarifications et sur les psycho-traumatismes (connaissance/repérage/amener les personnes à en prendre conscience/orientation pour prise en charge)</p> <p>Aucun cas de suicide parmi les jeunes de PJJ recensé dans l'Hérault</p> <p>Dispositif d'appui parental à domicile + repérage (Montpellier/Lunel/Mauguio) en cours d'extension et d'évaluation</p>	<p>Risque suicidaire plus important pour les publics cumulant problématiques + vulnérabilités plus importantes aux risques environnementaux</p> <p>Manque de formations des professionnels sur les risques psycho-sociaux</p> <p>Une très grande majorité de jeunes PJJ consomment toutes sortes de substances psychoactives</p> <p>Important risque suicidaire pour les jeunes en foyer et en maison d'arrêt</p> <p>Peu d'accompagnement à la parentalité pour les personnes avec troubles psy dans l'Hérault</p> <p>Aucune action de prévention aux problématiques de Diogène mise en place sur le territoire malgré prévalence en augmentation → En milieu rural, les personnes y sont plus âgées et donc risquent plus d'être concernées par ces problématiques, elles sont également plus isolées, ce qui</p>	<p>Développer la prévention/premier secours en santé mentale pour repérer les signaux faibles</p> <p>Sensibiliser les professionnels du sanitaire/médoco-social à la souffrance psychique</p> <p>Prendre davantage en compte l'appel au secours des parents</p> <p>S'inspirer du dispositif de repérage de l'habitat indigne par les services de pompiers, de police et de gendarmerie de l'Essonne : Le PDLHI a mis en place une fiche de signalement destiné aux pompiers, à la police et à la gendarmerie pour améliorer le repérage de l'habitat indigne.</p> <p>Développer la pair-aidance, la formation aux professionnels, les équipes mobiles</p> <p>Développer les SESSAD : mission de soutenir l'inclusion dans tous les lieux de la Cité (notamment l'art et la culture)</p>

<p>CPOM PJJ- ARS axé sur le suicide</p> <p>Nouveau dispositif sur Montpellier soutenu par ARS : équipe mobile travailleur social/IDE psy accompagne pendant 3 mois des personnes signalées syndrome Diogène : relogement temporaire, aide remplacement meubles, protection juridique, appui vers prise en charge CMP ou MAIA ou vers accès aux droits.</p> <p>Dispositif Vigilans</p>	<p>freine de manière considérable la détection et le signalement</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--

----- 3 Priorités complémentaires : -----

g) Accueil et accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique :

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
<p>Via voltaire accueil/prend en charge les personnes entant que sujet + de façon généraliste</p> <p>MDA/PJJ voient l'ado avant de voir sa problématique</p> <p>Sensibilisation des éducateurs lors de formation à la santé mentale</p> <p>Mise place récente de commissions de gestion coordonnée des admissions dans certaines structures sanitaires</p> <p>Création d'un dispositif d'emploi accompagné pour les personnes présentant un handicap psychique issus d'établissements scolaires /d'ESMS ou salariés du milieu ordinaire qui ont une RQTH ; file active 60 personnes</p> <p>L'APSH 34 propose un dispositif qui accompagne des personnes</p>	<p>Manque de formations en santé mentale pour les intervenants à domicile</p> <p>Population étudiante à risque de fragilité + oubliée des dispositifs</p> <p>Encore trop d'accompagnement à court terme</p> <p>AVS peu nombreux en milieu scolaire</p> <p>Il n'existe pas de structures pour les personnes avec troubles psy + altérations des fonctions cognitives (troubles mémoire/désorientation spatio-temporel) en perte d'autonomie</p> <p>Les CMP/CMPP sont sectorisés donc il faut refaire une demande à chaque changement d'hébergement/domiciliation postale</p> <p>CMPP non sectorisés</p>	<p>Développer la réduction des risques auprès des personnes présentant des troubles + addictions</p> <p>Appliquer une logique d'inconditionnalité dans l'ensemble des dispositifs ou du moins adapter les durées de séjour par rapport aux problématiques des personnes</p> <p>Ouvrir les structures médico-sociales spécialisées en gérontopsychiatrie</p> <p>Développer des unités spécialisées dans les lieux de vie</p> <p>Développer les formations en santé mentale (et en addiction) du personnel de l'éducation nationale, des travailleurs sociaux des structures médico-sociales et des professionnels de santé.</p> <p>Créer un ACT pour public vieillissant et des ACT regroupés pour le collectif</p>

<p>en situation de handicap psychique en demande d'insertion professionnelle, « la coordination Réseau Emploi et Santé Psy »</p>	<p>Trop peu de demandes de places en SAMSAH/SAVS aboutissent + intervention en CHRS pas possible</p> <p>Trop souvent après une hospitalisation à la demande d'un tiers liée à une consommation de substances, la personne sort sans traitement, ni courrier, ni suivi général ou psy</p> <p>Les résidents de l'ACT Psy ne peuvent pas bénéficier de l'aide financière pour une aide à domicile, or difficultés pour les tâches quotidiennes</p>	<p>Mettre en cohérence les différentes temporalités des administrations/établissements/dispositifs.</p> <p>Assouplir le cadre réglementaire de la MDPH afin de pouvoir faire différentes demandes en amont et choisir la plus adaptée une fois les réponses reçues</p> <p>Développer les critères de priorisation pour l'attribution des places en structures qui se libèrent / se créent</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il est important de relever que, de façon générale, les acteurs sont soucieux de prendre en compte la personne en tant que sujet avant de la voir en tant que malade.

Les faiblesses au sein du département Héraultais, recensées par la majorité des acteurs interrogés sont les suivantes :

- L'importante population étudiante est à risque de fragilité et largement oubliée des dispositifs
- Les résidents des Appartements de Coordination Thérapeutique ne peuvent pas bénéficier d'une aide à domicile, or ils éprouvent de grandes difficultés à effectuer les tâches quotidiennes.
- Les demandes de places en SAMSAH et SAVS n'aboutissent que très peu souvent, de plus, leur intervention en CHRS n'est pas possible, bien que le besoin existe.

Enfin, les acteurs s'accordent à dire qu'il est nécessaire de mettre en place une logique d'inconditionnalité dans l'ensemble des dispositifs ou du moins de mieux adapter les durées de séjour par rapport aux problématiques des personnes. La mise en cohérence des différentes temporalités de prise en charge des administrations, établissements, et dispositifs est tout autant nécessaire.

Il serait dans certains cas utile d'assouplir le cadre réglementaire de la MDPH car parfois les usagers n'ont pas la possibilité de faire différentes demandes en amont et de choisir en lien avec les professionnels celle qui leur paraît la plus adaptée une fois les réponses reçues.

Enfin, il pourrait être intéressant de travailler la question des critères de priorisation des listes d'admission dans les structures médico-sociales afin de les homogénéiser.

h) Délais d'attente et problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement :

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
<p>Via Trajectoire pour les candidatures/réponses après orientation de la MDPH <u>en cours</u></p> <p>Les CMP ont pratiquement tous mis en place des dispositifs qui</p>	<p>Saisies VIA Trajectoire ne sont pas bien faites/pas toujours faites</p> <p>De nombreuses personnes sortent de prison sans logements/hébergement/</p>	<p>Valoriser le travail des AS</p> <p>Corriger la répartition hétérogène de l'offre de soins/médico-social + déployer tous les dispositifs sur</p>

<p>permettent un accès facilité/rapide</p> <p>Adaptation des tarifs de certaines structures médico-sociales/sociales avec les aides de la MDPH</p> <p>Projet de plateforme d'accueil temporaire pour enfants/ado/adultes</p> <p>Projet en cours de PASS parcours global pour réduire l'attente des 6-12ans</p> <p>De nombreuses structures se verront attribuer une aide forfaitaire pour concevoir des projets d'habitats inclusif</p>	<p>accompagnement = récidive</p> <p>Enormes problèmes d'accès aux soins/accompagnement en milieu rural</p> <p>Enorme carence en terme d'hébergement sur le territoire = détresse somatique/psy perdurent si pas d'hébergement + manque de logements adaptés. Exigences strictes des agences immobilières+ demandes de logements sociaux longues</p> <p>Financement de places d'hébergement en hôtel qui coutent chères et ne permettent pas l'accès à un logement sur le long terme</p> <p>L'hébergement non pérenne est une source d'angoisse/incertitude/instabilité</p> <p>Les dispositifs d'hébergement temporaire qui permettraient le répit nécessitent une orientation MDPH et comptent peu de places</p> <p>Problèmes d'accessibilité : mobilité, freins autres, ressources financières, géographiques</p> <p>A Sète aucun taxi ne va dans certaines structures d'accompagnement et de prises en charge des enfants car peu rentable + freins financier pour consulter des psychologues libéraux.</p> <p>Délais d'attente pour être pris en charge/avoir une place en structures beaucoup trop long + manques de places</p> <p>Manque de possibilité d'emploi + inadaptation de l'emploi accompagné</p> <p>L'absence de dispositifs sur certains territoire conduit des équipes de professionnels à passer beaucoup de leur temps de travail sur la route</p>	<p>l'ensemble du territoire Héraultais, encore trop de zones blanches</p> <p>Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi par un accompagnement individualisé dans la durée des personnes et des employeurs</p> <p>Créer des conditions durables d'un retour à l'emploi en mettant en place des collaborations fortes entre milieux ordinaire et protégé</p> <p>MDPH : passer de la gestion de dossier à un accompagnement des personnes</p> <p>Favoriser les structures de proximité</p> <p>Créer des EHPAD spécialisés troubles psychiques/addictions/parcours de rue</p> <p>Créer des petites structures de lieux de vie spécialisés troubles psy/addictions</p> <p>Créer davantage de structures acceptant les animaux</p> <p>Permettre le remboursement des consultations de psychologues libéraux</p> <p>Développer l'habitat inclusif et des dispositifs comme un chez soi d'abord + appartements thérapeutiques</p> <p>Développer l'accueil temporaire</p> <p>Multiplier l'offre en hébergement pour les personnes avec peu d'autonomie</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Manque d'ACT à Lunel/Clermont l'Hérault... pour PH aux personnes souffrant de troubles/handicaps psychiques</p> <p>Les services d'hébergement se retrouvent confrontés à des jeunes très en difficultés, violents, avec des règles du collectif qui ne sont pas acceptées = pas équipés pour prendre en charge</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

L'application Via Trajectoire dont l'objectif est de suivre les listes d'attente des structures médico-sociales et donc les réponses aux demandes d'admission des usagers après orientation MDPH, mais aussi le nombre de places occupées et libres par établissement est en cours de mise en œuvre par la MPDH. Cela représente, lorsque ce projet sera effectif, la possibilité d'avoir un regard sur les admissions mais aussi les places et listes de d'attente de tous les ESMS du territoire. Cependant, à l'heure actuelle, les saisies ne sont pas toujours faites, un temps d'adaptation est requis.

Les personnes interrogées font état que l'offre en logement et hébergement du département est largement insuffisante, et ne permet de répondre aux besoins des personnes qui sortent de prison et qui se retrouvent par conséquent sans logement, hébergement, ni accompagnement, ce qui augmente considérablement le risque de récidive de ces personnes.

Par ailleurs, sont soulignés les délais d'attente pour être pris en charge en, structure médico-sociale ou encore en entreprise adaptée, du fait du manque de places.

La répartition de l'offre de soins, de l'offre médico-sociale mais aussi sociale est par ailleurs très inégale sur le territoire départemental. Les personnes interrogées insistent sur la nécessité et de déployer tous les dispositifs de façon homogène afin de pallier les zones blanches qui perdurent dans l'Hérault.

En effet, l'offre est parfois suffisante mais mal répartie, mais elle peut aussi être à la fois insuffisante et mal répartie sur le territoire, c'est particulièrement le cas des structures médico-sociales.

Enfin, il faut favoriser, pour les jeunes atteints de troubles ou handicap psychiques, l'accès à un logement ordinaire, autonome et non stigmatisant.

i) Coopération, coordination, liens, partenariats et travail en réseaux :

Existant/Forces	Manques/faiblesses	Leviers existants
<p>Travailleurs sociaux/police/justice connaissent Via Voltaire et y orientent des personnes</p> <p>Liens solides entre CSAPA - cliniques privées</p> <p>Partenariat entre UMIPP et CAARUD</p>	<p>Manque de lien entre les acteurs du soin et les missions locales/pôle emploi + médecine préventive étudiante</p> <p>Le secret médical freine la communication / coopération / échanges → Méconnaissance des règles du secret médical par de nombreuses institutions, ASE, PJJ ++</p>	<p>Mettre en place de la coopération avec les services de police/justice</p> <p>Pour travailler en réseaux tout le monde doit connaître les missions/actions des autres structures présentes sur le même territoire → Elaboration et distribution de plaquettes renseignant sur les missions de chacun / Journées portes ouvertes/stages croisés en faveur de l'interconnaissance</p>

<p>Les intervenants extérieurs apportent des connaissances supplémentaires aux structures</p> <p>Participation des usagers à la commission départementale des soins psychiatriques CDSP</p> <p>Lien fort CHU/UNAFAM/GEM</p> <p>GEM Janus reconnu par psychiatres référents + en partenariat avec Unicité + culture et sport solidaire + sport adapté 34 + association 6 sens + signataire de la convention réseau emploi santé psy</p> <p>Les Réseaux de santé sont une force pour la mise en lien/fluidité/partenariat/réflexion collective = clinique indirecte</p> <p>Les services sociaux des différentes institutions communiquent bien (Hôpital-ASE)</p> <p>Prochaine convention signée entre l'EN et l'équipe mobile pour adolescent de l'hôpital de Béziers</p> <p>PJJ divers partenariats : CPAM, CARSAT, CJC, Episode Béziers + AMT arc en ciel Montpellier, Languedoc mutualité, IREPS Sport, art thérapeute, réalisatrice de cinéma + unité sanitaire de la prison :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Projet avec le cirque Balthazar -Association sport passion (APA + relaxation) +convention avec la MDA (temps d'attente moins long) +fait partie du bureau de PHILADO <p>Création d'un classeur santé dans toutes les unités PJJ + pour la santé mentale recensement des numéros de téléphones et structures</p>	<p>Le turn-over dans les équipes met à mal le partenariat et la communication car pas de MAJ/continuité du lien</p> <p>Aucun lien entre l'ELSA (service extra hospitalier chargé de faire de la coordination sur les problématiques d'addiction) et CAARUD</p> <p>Lien difficile entre les services sociaux et le sanitaire puis l'éducation nationale et le sanitaire</p> <p>Les familles ont des difficultés à se retrouver dans les dispositifs existants</p> <p>PJJ ne participe pas à la commission cas complexe et la RAPT de la MDPH + Pas de lien avec l'UNAFAM à qui pourrait orienter des familles</p> <p>Les ruptures de parcours font naître des tensions entre acteurs</p> <p>La volonté de travailler ensemble est propre à chacun</p> <p>La coopération pour l'urgence/insertion/stabilisation pose problème</p> <p>Les grandes instances ARS/CD/Métropole/DDCS ne collaborent que pour l'élaboration de certains projets</p> <p>Dans les évaluations les partenariats ne sont pas évoqués = manque de valorisation/pas mis en lumière</p> <p>Les équipes de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie ont du mal à communiquer</p> <p>Certaines structures sont réticentes à intégrer des personnes avec des grosses problématiques de santé mentale ; car pas de soutien/partenariat avec de l'hôpital + incompréhension de certains</p>	<p>Logiques de décloisonnement descendantes des Tutelles vers acteurs de terrain</p> <p>Mutualiser les compétences des uns et des autres, prise en charge partagée entre les différents acteurs + temps de concertation tous ensemble + échanges d'expériences</p> <p>Ne pas rajouter une énième institution qui n'a pas forcément une grande plus-value</p> <p>Partenariat avec conventionnement permettrait aux acteurs de s'accorder sur le cadre d'actions, les méthodes d'intervention, les moyens, les niveaux de responsabilités mais aussi sur les résultats attendus ou espérés.</p> <p>Favoriser le partenariat entre CAARUD et hôpitaux/cliniques</p> <p>Meilleure coordination entre l'hôpital et l'hébergement, possible via la PASS</p> <p>Développer le lien entre UNAFAM et le secteur hospitalier</p> <p>Plus de lien entre la psychiatrie et le social (SAVS/SAMSAH)</p> <p>Développer le lien ville-hôpital</p> <p>Faire émerger des pratiques communes aux deux secteurs d'activité (addictologie et psychiatrie)</p> <p>Mettre en place des CLSM permettant d'identifier ensemble les ressources disponibles, les besoins, les priorités et traiter les difficultés locales</p> <p>L'ARS, les politiques/décideurs ont un rôle à jouer dans la mise en relation des différents acteurs</p> <p>Formaliser les liens car encore trop institut-personne-dépendant.</p> <p>Faire en sorte qu'un professionnel référent dans une prise en charge ait le rôle de coordinateur principal</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>A l'Hôpital les professionnels du social et du sanitaire sont complémentaires</p> <p>Le « collectif précarité » de Montpellier se réunit toutes les 6 semaines à Montpellier mêlant les acteurs sanitaires/sociaux/médico-sociaux autour de cas « complexes »</p> <p>Les ACT psy et un chez soi d'abord sont présent aux comités de pilotage de l'un et l'autre et pourrons travailler en complémentarité notamment dans l'instruction des dossiers</p> <p>La PCPE participe vraiment au décloisonnement</p> <p>Déploiement du dossier médical partagé = gain de temps potentiel</p> <p>Incitatifs financiers de l'assurance maladie orientent la pratique médicale vers une pratique coordonnée.</p> <p>Les coordinations inter-établissement de santé sont bonnes, notamment lorsqu'il s'agit de transfères ou d'échanges...</p> <p>Forte volonté de tous les acteurs de travailler ensemble</p> <p>Lits réservés par le privé lucratif et conventions avec le public, dont CHU pour la prise en charge des patients</p> <p>Partenariats développés par les cliniques avec la médecine de ville</p>	<p>acteurs de la difficulté de prise en charge de certaines personnes</p> <p>Manque de formations de tous les professionnels de façon générale, en santé mentale</p> <p>Manque de coopération/interconnaissance = manque de fluidité dans les parcours + superposition de certains dispositifs</p> <p>Aucune instance de coopération MDA-EN</p> <p>CPTS pertinent mais montage trop complexe</p> <p>Manque de coordination entre tous les dispositifs existants</p>	<p>Collaborer pour croiser les données des acteurs</p> <p>Favoriser l'interconnaissance des acteurs/dispositifs/expérimentations = existant/projets etc. → gain de temps/meilleure prise en charge+ fluidité des parcours</p> <p>Soutenir les expérimentations</p> <p>Mettre en œuvre de manière effective les conventions de coopérations conclues avec les cliniques privées »</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Le manque de lien entre acteurs est souvent souligné par les personnes interrogées. Cela se retrouve à tous les niveaux : entre autorités de tutelle comme entre acteurs de la prise en charge proches des usagers, que ce soit lors d'une prise en charge faisant appel à plusieurs modalités de prise en charge ou lors d'une évolution de cette prise en charge.

Le déploiement du dossier médical partagé représentera à terme un important gain de temps potentiel dans l'accès à l'information, des professionnels, dans une logique de parcours.

Cependant le manque de lien entre les différents acteurs du sanitaire et du médico-social avec les missions locales, le pôle emploi ou encore la médecine préventive étudiante, met à mal cette logique de parcours. Par la suite, les ruptures de parcours font naître de fortes tensions entre les acteurs du territoire. Le partenariat quant à lui est mis à mal par le turn-over des équipes.

Afin de travailler en réseaux, l'ensemble des acteurs doit connaître les missions et actions des structures présentes sur le territoire. L'élaboration et la distribution de plaquettes explicatives, la mise en place de journées portes ouvertes ou encore de stages croisés, et le recensement effectif des acteurs en santé mentale présents sur le territoire de l'Hérault, permettraient de remédier en partie à ce manque d'interconnaissance souvent mis en avant par les acteurs. Le CLSM est aussi un atout majeur pour favoriser l'interconnaissance des acteurs au niveau d'un territoire.

Promouvoir des logiques de décloisonnement est préconisé par les personnes interrogées. Les autorités de tutelle ont, d'après les acteurs interrogés, également un rôle à jouer dans la mise en lien des acteurs de terrain.

Il est primordial de mutualiser les compétences, de mettre en place des temps de concertations et d'échanges d'expériences, afin de s'allier pour faire évoluer les prises en charge et accompagnements au sein du département de l'Hérault.

Pour terminer, il a été évoqué lors de la commission santé mentale du CTS qu'il serait pertinent de mettre en place un dispositif interactif permettant aux professionnels libéraux d'informer en temps réel du nombre de places restantes, des désistements etc. afin d'utiliser au mieux la ressource existante.

V) Santé mentale et COVID 19 :

La crise sanitaire liée à la COVID19 ne permet pas d'identifier à ce jour tous les impacts de la maladie et des mesures de lutte de contre l'épidémie sur la santé mentale des habitants du département.

Cependant plusieurs organismes qu'ils soient publics ou privés ont publié des éléments sur le sujet. A titre non exhaustif en voici quelques-uns par ordre chronologique :

Une enquête flash a été diffusée largement par les services du délégué interministériel à la santé mentale pour disposer de retours d'expérience (ndlr de la première phase) de la crise covid dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie. Le contenu de cette enquête a été concerté, en amont de son envoi avec les Directeurs Généraux des ARS, les trois fédérations représentant les établissements de santé (FHF, FEHAP, FHP-PSY) et l'ADESM. Le questionnaire a été diffusé principalement par les ARS. Une diffusion complémentaire et une publicité de cette enquête ont été réalisées par les fédérations hospitalières et l'ADESM. Les retours étaient attendus pour le 30 juin 2020. Cette enquête flash a ensuite été complétée par des visites virtuelles et des entretiens.

Le confinement s'est traduit par une fermeture quasi systématique des structures « hors les murs », avec en priorité l'interdiction d'activités groupales (ex : HDJ et CATTP) et de réelles restrictions sur les activités sur RDV physiques.

S'agissant de l'hospitalisation complète, la très grande majorité des répondants indique que la réorganisation s'est opérée avec : (I) un recours à l'hospitalisation ou le maintien en hospitalisation réservé aux situations qui le nécessitaient absolument, (II) la création d'unité pour malade COVID, (III) des autorisations de permissions limitées, voire totalement annulées et (IV) des restrictions partielles ou totale de sortie de l'unité pour les patients en soins sans consentement.

Toutes les ARS ont souligné l'impact négatif de la fermeture des activités médico-sociales, notamment la suspension des aides à domicile qui ont accru l'isolement des personnes confinées. Toutefois des solutions ont été mises en place dans le cadre de coopérations territoriales.

S'agissant des enfants et des adolescents : Les données de l'enquête indiquent que 5 ARS dont l'Occitanie ont souligné la cessation ou déprogrammation des activités de pédopsychiatrie comme une difficulté particulière. En Occitanie, c'est la cessation des activités médico-sociales à destination des enfants qui est mise en avant. Nous savons par le suivi assuré par la cellule de crise, que cette difficulté a concerné l'ensemble des territoires. L'impact sur les enfants et leurs parents est en revanche très contrasté, avec des enfants qui ont plutôt bien vécu le confinement (repères stables, présence des parents, protection vis à vis des challenges sociaux de l'école ou des institutions), et d'autres au contraire pour qui les pertes de repères et des routines ont été des facteurs de déstabilisation.

En ce qui concerne le secteur libéral : L'ARS Occitanie signale la cessation d'une partie de l'activité libérale. Néanmoins, sous l'impulsion de l'URPS, environ 40 % des cabinets libéraux ont développé du suivi à distance. Nos différentes sources d'information n'ont hélas pas permis d'établir une synthèse claire des évolutions, problèmes rencontrés et réorganisations opérées dans le secteur libéral. Ce travail pourrait être poursuivi en lien avec le Copil psychiatrie.

De nombreuses réorganisations ont vu le jour dans toutes les régions. Ces réorganisations étaient parfois globales et portaient sur l'ensemble de l'établissement.

Plus généralement, la gestion de cette crise a vu se mettre en place une coopération et une solidarité entre équipes de soins, directions, service d'hygiène et ARS, quasi-unanimement saluées. De façon indirecte, cette crise a permis le brassage des pratiques et la mise en relation de professionnels qui ne se connaissaient pas.

Dans un contexte d'afflux massif d'informations (ARS, MSS, presse, fédérations, etc.) parfois contradictoires, certains acteurs ont porté une attention particulière à la régulation de cette information grâce à des outils spécifiques (groupes What's App, site Internet, mailings quotidiens, etc.) qui ont été salués comme bénéfiques (PDL, Grand Est, IDF, Nouvelle Aquitaine, Bretagne, etc.), avec toutefois des réserves sur le caractère non sécurisé des échanges.

En matière d'hospitalisation, les établissements ont souvent mis en place des unités COVID avec des capacités souvent importantes. De nombreux établissements, notamment dans l'Hérault, ont mis en place des unités SAS avec des objectifs différents.

Durant la crise, les établissements psychiatriques et les cliniques psychiatriques ont adapté leur organisation et leurs prises en charges. Lors de la première vague, l'ensemble des équipes ont été mobilisées pour suivre les patients en raison de la fermeture des HDJ et ont innové (télésuivi...).

Les cliniques ont accès leurs efforts sur la prévention du risque de contamination en communiquant auprès des patients et des familles. Elles ont adapté les programmes d'éducation thérapeutique.

Les aménagements de l'activité en HC sont différents selon les régions : dans certaines régions, les unités se sont repliées sur elles même, mais notamment en Occitanie, le déploiement de la Réhabilitation Psycho-Sociale (RPS) dans les unités a été facilité et cela a permis de faire progresser les habilités des patients

Pour autant, tous les soignants, y compris médecins, ont pris part aux désinfections, en l'absence de personnel dédié (en dehors du nettoyage des locaux assuré matin et soir). Il en a résulté une diminution du temps de soin proche des usagers.

S'agissant de l'ambulatoire, la fermeture des services ambulatoires a été compensée par des solutions alternatives. A titre d'exemple : recours massif aux activités de suivi dématérialisées (téléphone et visioconférence) pour les consultations et la concertation entre professionnels ; recours aux télésoins, particulièrement en addictologie, en raison de la fermeture des structures médico-sociales ; recours aux consultations téléphoniques systématiques et une « bonne accroche pour les adolescents » ; fonctionnement multimodal : recours à l'un ou l'autre des dispositifs en fonction des besoins et des publics.

Sont par ailleurs soulignés : la forte implication des acteurs, leur aptitude à réinterroger les pratiques ainsi que leur réactivité, la compliance des personnes concernées : respect du confinement, sentiment de n'être « plus différents » dans leur vécu mais aussi le manque de dispositifs de protection des professionnels. Les acteurs

de la santé mentale (psychiatrie, structures MS) ont le sentiment de ne pas avoir bénéficié des EPI ou très tardivement.

Le maintien du lien est par ailleurs un principe qui a guidé les réorganisations de l'offre ambulatoire des établissements. Face à la fermeture des structures ambulatoires classiques ainsi que les hôpitaux de jour, les professionnels concernés se sont organisés pour proposer un suivi adapté aux personnes vivant à domicile en s'appuyant sur tous les outils existants permettant de maintenir le lien en fonction des besoins constatés.

La fermeture des CMP a également été compensée par la mobilisation des cliniques qui ont accueilli des personnes qui avaient besoin de consultations en urgence. Elles ont également accueilli des patients post Covid provenant du CHU.

Cette nouvelle modalité de prise en charge a été désignée sous le vocable de « ambulatoire adapté multimodal ». Quelquefois spécialisés au regard des besoins de publics spécifiques (EHPAD, MCO, ASE, enfants, adultes, ...), ces dispositifs sont plébiscités pour être pérennisés.

Pour autant, la crise a aussi été le révélateur de l'enjeu de l'équipement en outils numériques.

Il a été constaté les besoins en terme de wifi, d'ordinateurs, d'outils numériques tous en même temps et au moment où il y avait des difficultés d'approvisionnement.

Le lien avec les familles s'est avéré parfois très difficile avec des familles sous-équipées pendant le premier confinement et a pu entraîner retard voire rupture temporaire des soins. Le lien avec les partenaires reste encore difficile lors des réunions, toujours du fait des moyens techniques.

Le soutien aux aidants est le plus souvent transversal et implicite. Certaines équipes ont d'ailleurs souligné que cela leur avait permis de « renouer avec les familles ».

Le rapport recense enfin une liste d'innovations dont l'Unité d'accueil et d'accompagnement des Hôpitaux du Bassin de Thau post COVID (unité d'accueil et HDJ dédiés aux urgences pour éviter l'HC et organiser le suivi à distance).

Le baromètre santé mentale de l'UNAFAM publié en octobre 2020 : selon un questionnaire de l'UNAFAM sur l'évaluation de la stigmatisation et la mécompréhension des maladies, la mesure des conséquences socio-économiques concrètes pour l'entourage et l'impact de la crise « Covid-19 » sur les aidants avec 87,9 % des répondants qui dénoncent l'absence de dispositifs d'aide pour leur proche, l'Occitanie est la région où cet item est le plus mis en avant.

Santé Publique France en réponse à une sollicitation du Directeur Général de la Santé du 20 novembre 2020 souligne, au niveau national, après étude de données d'activité de soins une forte augmentation de la prise en charge, aux urgences et dans les services de pédiatrie, d'enfants présentant des troubles de santé mentale avec idées noires, idées suicidaires, troubles anxieux et dépression sur les dernières semaines.

L'analyse des passages aux urgences et des consultations SOS Médecins pour les différents diagnostics de Santé Mentale met en évidence :

- L'absence d'augmentation inhabituelle du nombre de passages pour geste suicidaire quelle que soit la classe d'âges. Une légère augmentation des hospitalisations après passage pour geste suicidaire était toutefois observée chez les enfants de moins de 15 ans.
- Une forte augmentation des passages et hospitalisation après passage pour troubles de l'humeur (comprenant les états dépressifs) chez les enfants de moins de 15 ans depuis mi-septembre (S38-2020) atteignant +80% de passages en S03 de 2021 par rapport à 2020 et 2019.
- Une augmentation concomitante des passages aux urgences pour idées noires, anxiété et dépression chez les 12-17 ans au travers d'une analyse ciblée chez les enfants.
- Une augmentation des actes médicaux SOS Médecins pour angoisse et état dépressif, depuis le début du second confinement chez les adultes de 15 ans et plus.

Cette analyse complète les premiers résultats de la 20ème vague de l'enquête CoviPrev de Santé publique France (18-20 janvier) témoignant d'une santé mentale dégradée avec une prévalence élevée des états anxieux et dépressifs (près de 30% des personnes interrogées souffrent d'un état anxieux ou dépressif). Les prévalences les plus importantes sont observées chez les 18-24 ans, les étudiants, les inactifs, les personnes déclarant une situation financière très difficile, les personnes déclarant vivre dans un logement surpeuplé ou encore celles déclarant des antécédents de troubles psychologiques.

Ces éléments sont étayés par l'activité de la Cellule Territoriale d'Appui à l'Isolement du département.

Pour autant, la durée de la crise sanitaire (plus d'un an) marque en ce début d'année 2021 une évolution défavorable du nombre de signalement en terme de santé mentale, du nombre de passages pour geste suicidaire ou idées, anxiété et dépression tant chez les adultes, mais surtout chez les étudiants et les jeunes.

Ce sujet fait l'objet d'une attention particulière et dans le cadre de la crise sanitaire en cours par le développement d'actions spécifiques destinée à développer le repérage par des pairs-étudiants les signaux de mal-être parmi la population étudiante ou de soutien psychologique via : des messages de prévention, des chèques psychologues pour les étudiants, l'accès à des prises en charge par des psychologues en ligne ou en téléconsultation, des lignes d'écoute et des actions de sensibilisation, des actions en ligne pour la gestion du stress, des formations à la prévention du suicide ainsi qu'une mobilisation des opérateurs de terrain présentés dans ce diagnostic. Le déploiement de formation aux premiers secours en santé mentale sera mis en place à partir de 2022 auprès de la population étudiante.

Ces actions ont notamment été financées par le CROUS, l'ARS, les Universités, ou encore le Conseil Régional.

De manière générale la crise sanitaire a eu un impact sur l'ensemble des équipes soignantes. De nombreux changements d'orientation professionnelle, burnout ou aspiration à exercer sur des missions moins pénibles impactent les services. D'importantes difficultés perdurent ou apparaissent dans certaines structures pour recruter de nouveaux professionnels, malgré les revalorisations accordées dans le cadre du SEGUR de la Santé.

VI) Plan d'actions proposés

La structuration du plan d'actions met en évidence les logiques de parcours en santé mentale à l'œuvre sur le territoire. Une présentation simplifiée est déclinée en actions « tout public » au regard d'un parcours et des focus sur la pédopsychiatrie, les personnes en situations de handicap, les personnes vieillissantes et autres publics sont mis en exergue dans les pages suivantes.

Un nombre important d'actions (164) ont été identifiées. L'ensemble du plan d'actions est documenté dans une annexe spécifique ci-après.

Chacune des actions s'inscrit ainsi dans un des 8 axes stratégiques au plus près des priorités du décret du 27 juillet 2017.

Axes stratégiques définis selon le décret du 27 juillet 2017	Nbre actions par axe
A / Développer la prise en charge et l'accompagnement des jeunes de 0 à 20 ans ayant des problématiques de santé mentale.	39
B / Organiser les conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles	19
C / Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale	37
D / Organiser les conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	5
E / Organiser les conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence	12
F / Organiser les conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins	29
G / Organiser les conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles	4
H / Pilotage et gouvernance, échanges interpartenariaux	19
Total	164

Au regard du diagnostic et des échanges, des priorités départementales ont été identifiées et ainsi des actions ayant un enjeu stratégique.

Ainsi les priorités départementales identifiées sont :

Priorité 1 - Développer la prise en charge et l'accompagnement des jeunes de 0 à 20 ans ayant des problématiques en santé mentale

Améliorer l'accès aux soins – Adapter et structurer l'offre, proximité et territorialisation

Améliorer l'accès aux soins –actions hors les murs et actions d'aller vers

Développer des offres expérimentales ou dédiées aux situations les plus vulnérables

Priorité 2 - Repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements

Repérer les troubles le plus en amont possible- tous secteurs et tous niveaux de complexité

Optimiser les orientations

Priorité 3 - Parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture

Réduire les inégalités d'accès aux services et accompagnements sur le territoire

Eviter les ruptures liées aux périodes de transition

Promouvoir les parcours individualisés dans une démarche de réhabilitation psychosociale

Améliorer l'accès aux soins somatiques et développer l'aller vers

Priorité 4 - Echanges partenariaux et coordination des acteurs

Renforcer l'articulation entre sanitaire, médico-social et social notamment dans la gestion des cas complexes

Coordonner les acteurs, renforcer les espaces d'échanges

Renforcer la visibilité de chaque intervenant pour améliorer la connaissance de l'existant et développer les outils

Communiquer et former

Priorité 5 – Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

Informier, sensibiliser et accompagner les acteurs pour prévenir et gérer les situations de crise

Faciliter le parcours de soins d'urgence et poste urgence

Renforcer la réactivité et la coordination des structures de crise et d'urgence

Priorité 6- Respect et la promotion des droits des personnes

Lutter contre la stigmatisation sous toutes ses formes

Au regard de ces priorités, les actions ont été classées en 3 sous-groupes de priorité.

Axes stratégiques définis selon le décret du 27 juillet 2017	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3
A / Développer la prise en charge et l'accompagnement des jeunes de 0 à 20 ans ayant des problématiques de santé mentale.	14	18	7
B / Organiser les conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles	6	9	4
C / Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale	7	18	12
D / Organiser les conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	1	2	2
E / Organiser les conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence		6	6
F / Organiser les conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins	1	18	10
G / Organiser les conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles		2	2
H / Pilotage et gouvernance, échanges interpartenariaux	2	5	12
Total	31	78	55

Il convient de noter que la prévention de la crise suicidaire relève de l'axe B et non de l'axe sur la gestion de la crise et l'urgence.

La priorisation sera à affiner par les acteurs dans le cadre de la future contractualisation pour 5 ans, ainsi que leurs calendriers et moyens nécessaires. Les actions en priorité 2 constituent des perspectives d'actions dont le niveau de maturité n'est pas encore suffisant soit au niveau du partenariat, soit au niveau de l'opérationnalité de l'action.

Il convient de noter que toutes les actions ne nécessitent pas systématiquement des moyens nouveaux et d'autre part ne relèvent pas exclusivement du champ de compétence de l'ARS.

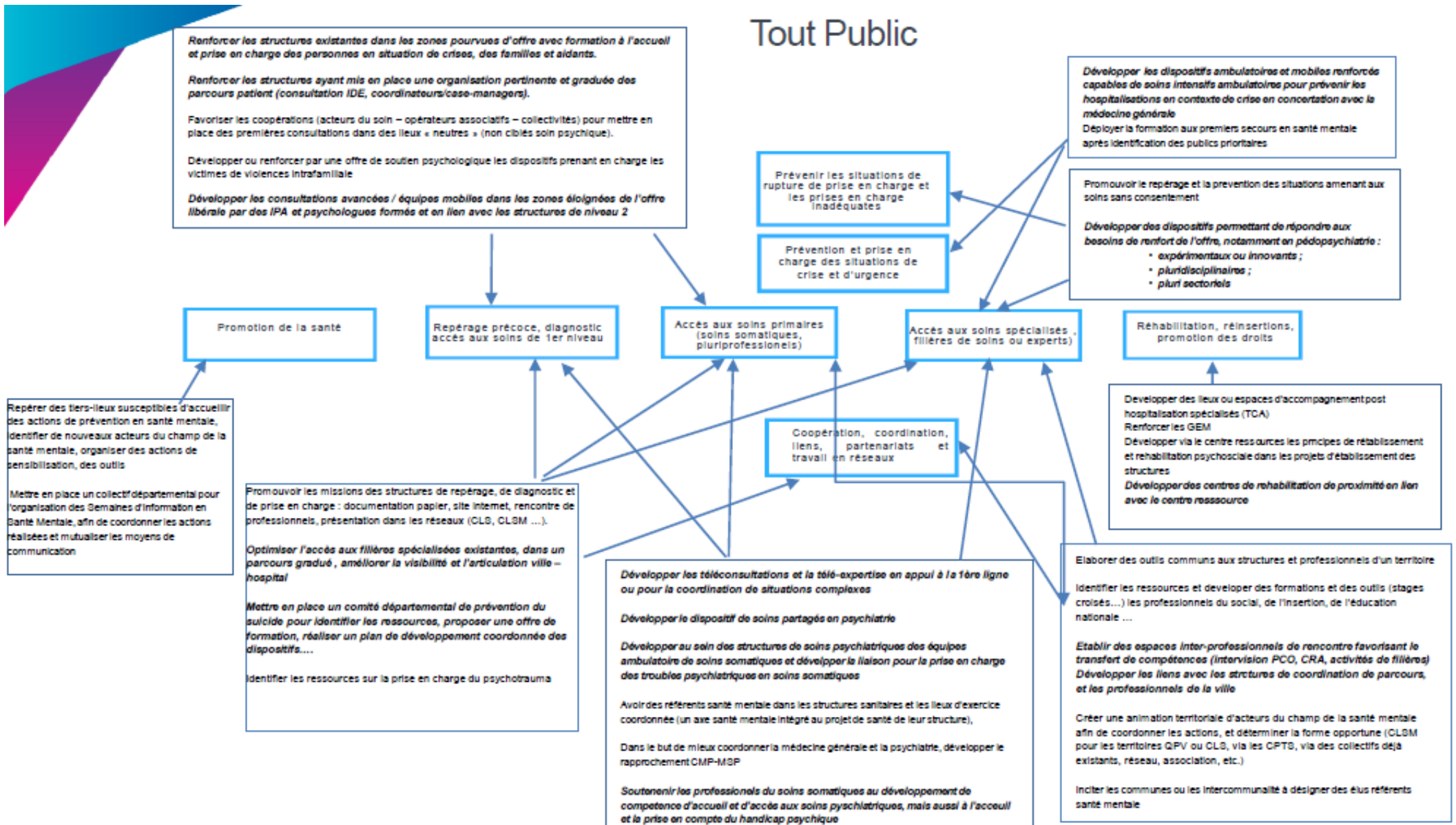
Mais toutes les orientations pourront devenir des fiches actions dans les 5 ans du PTSM au regard des évolutions et de l'animation du PTSM.

En application de l'article 69, article Art. L. 3221-2. IV de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

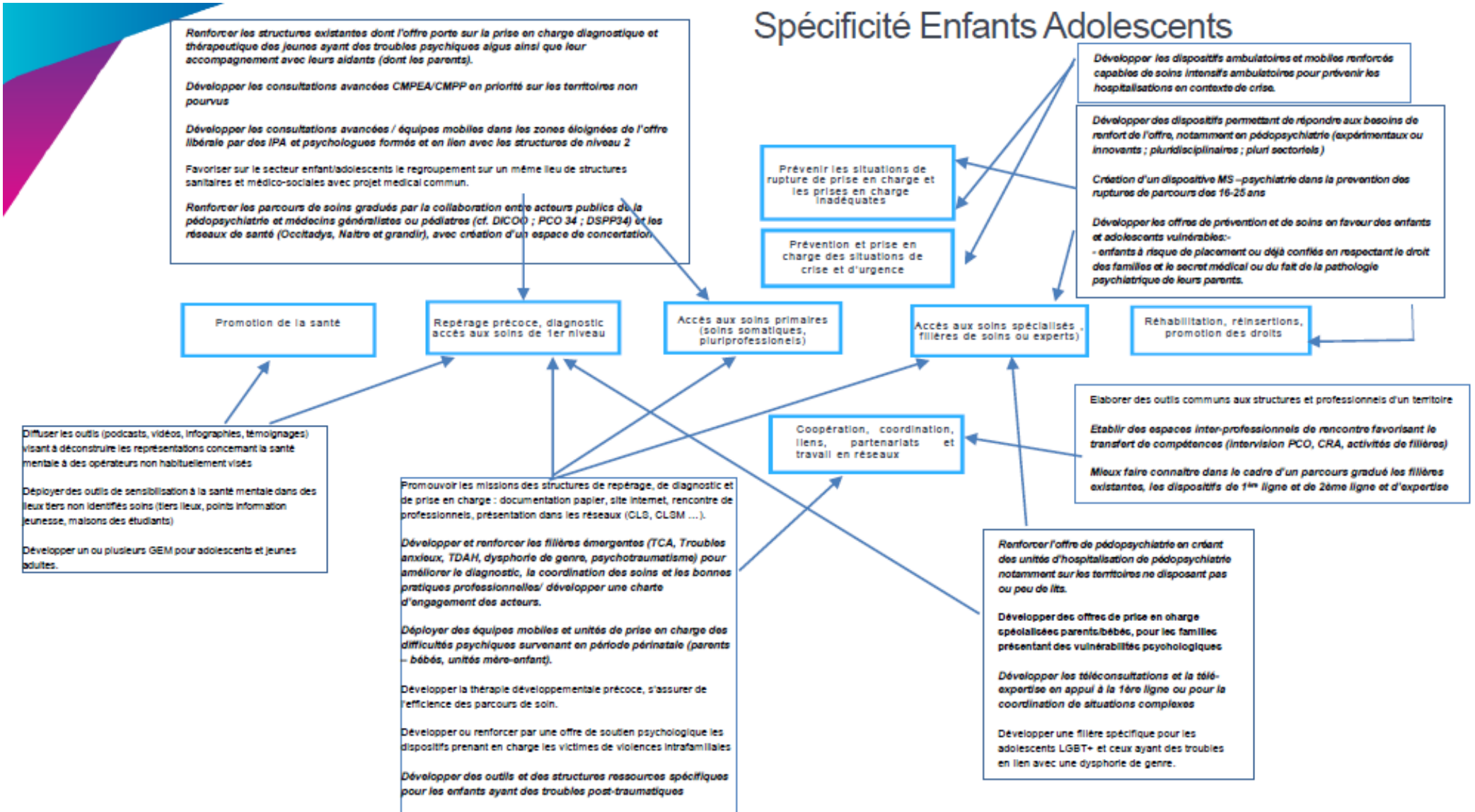
Les acteurs peuvent à tout moment s'associer à des actions figurant dans le PTSM ou proposer de nouvelles actions dans le cadre des orientations complémentaires définies.

Les modalités de pilotage, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PTSM seront développées dans le Contrat Territorial de Santé Mentale.

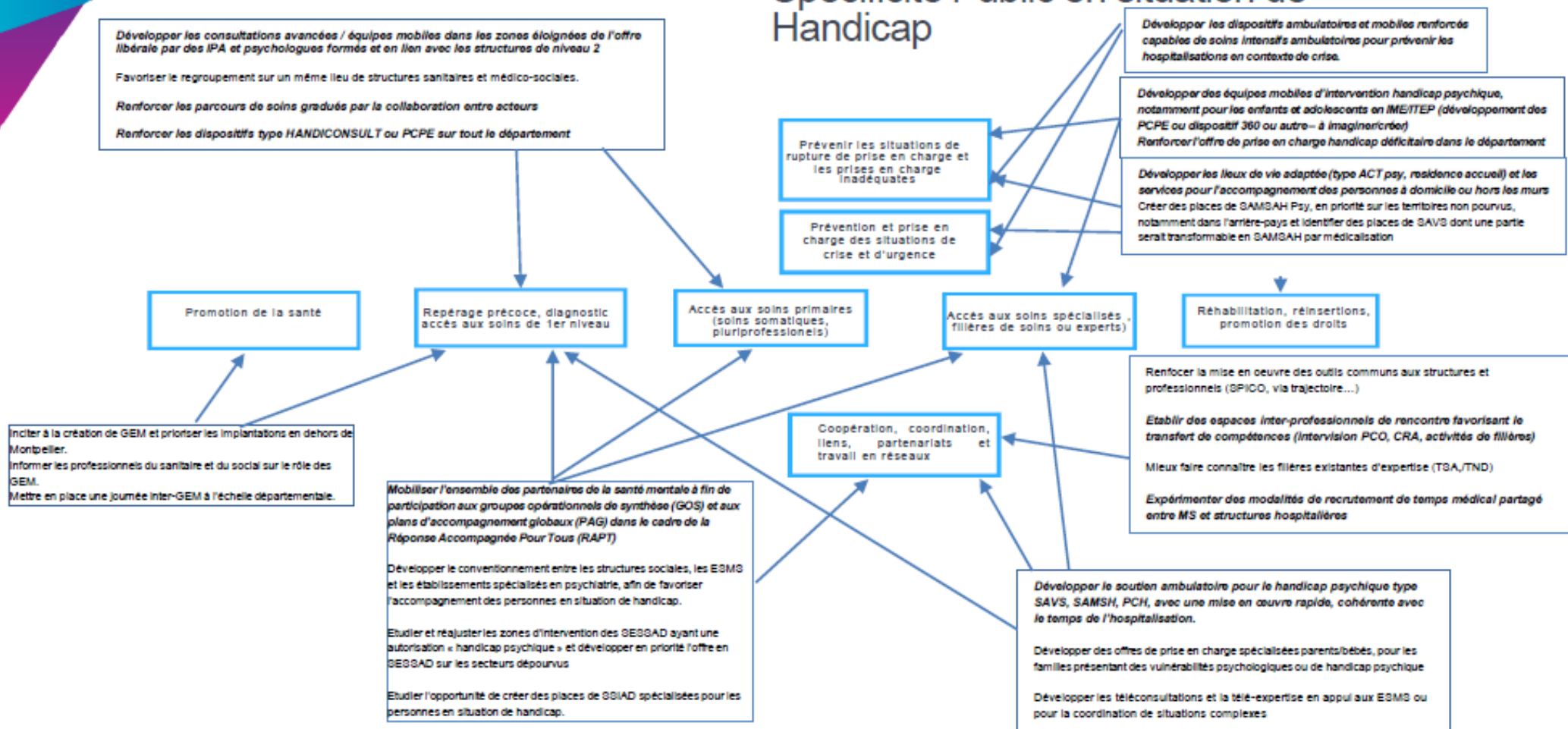
Tout Public



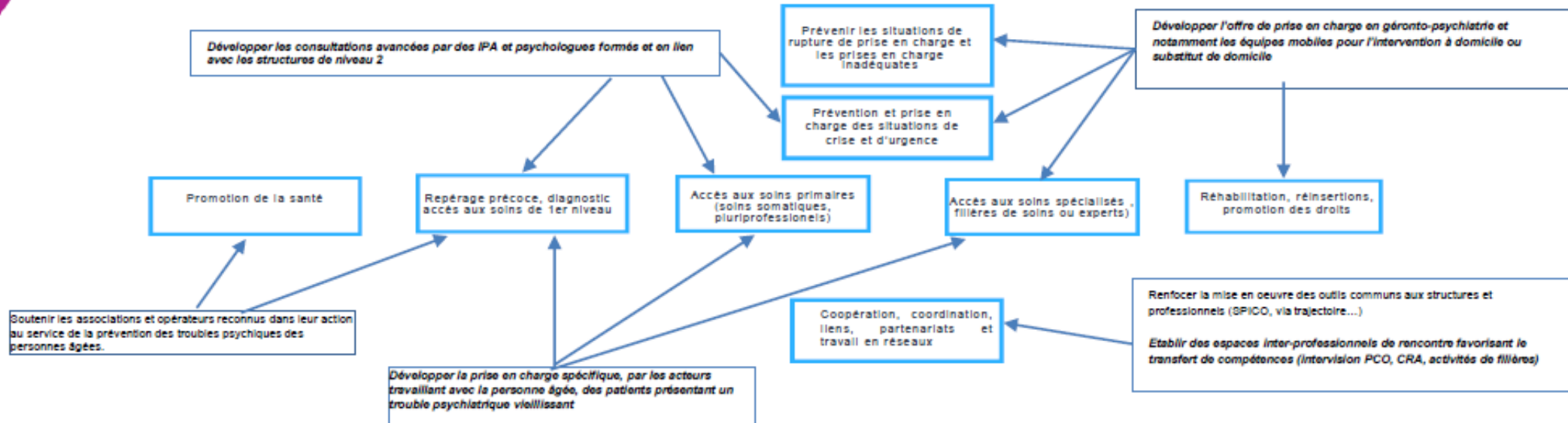
Spécificité Enfants Adolescents



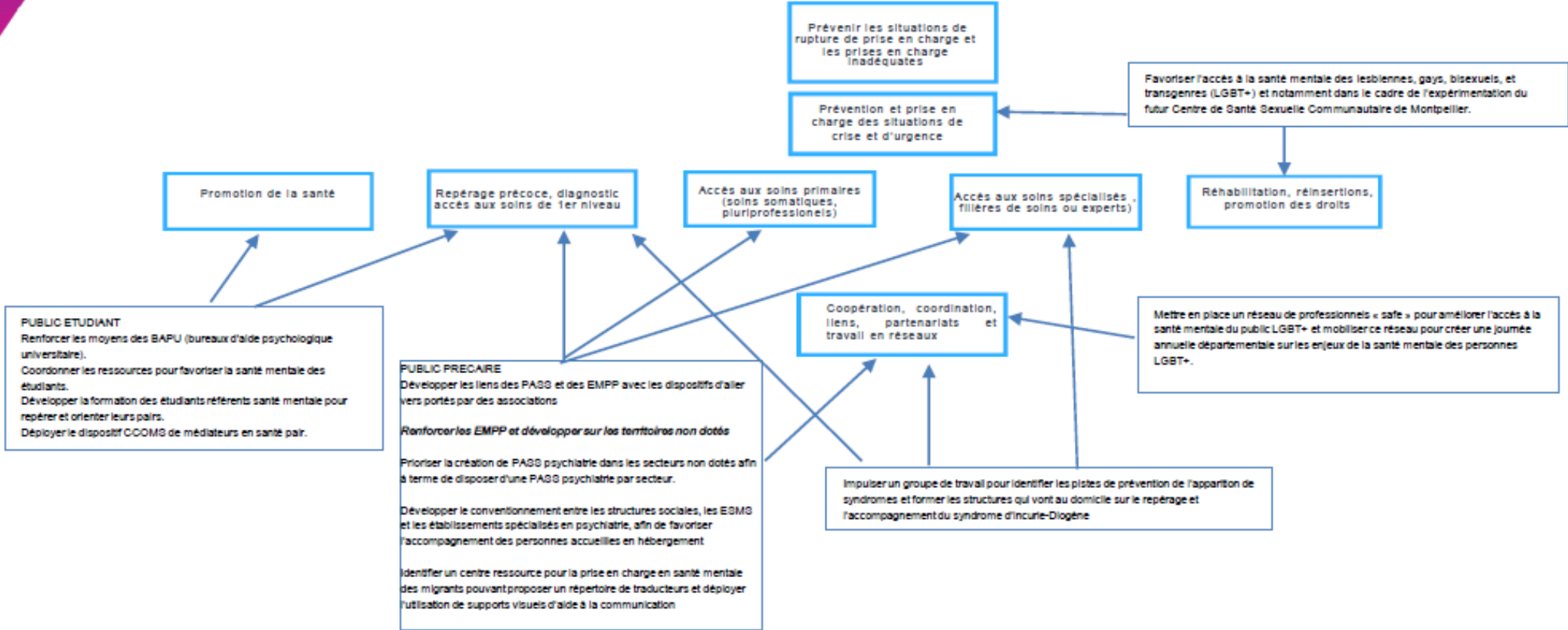
Spécificité Public en situation de Handicap

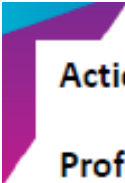


Spécificité Public vieillissant



Divers Publics spécifiques





Actions spécifiques:

Professionnels de santé

- Développer un projet de communauté psychiatrique de territoire
- Promouvoir auprès des internes la spécialité en pédopsychiatrie en mobilisant les outils (Contrat Engagement de Service Public notamment) et aides existantes.
- Travailler avec les MSP et les CPTS des territoires dépourvus sur l'identification des conditions d'installation d'un psychiatre et/ou d'un pédopsychiatre libéral.
- Identifier entre établissements sanitaires et médico sociaux des conditions d'exercice partagé pour les psychiatres et les pédopsychiatres
- Travailler avec les MSP et les CPTS des territoires dépourvus sur l'identification des conditions d'accueil de paramédicaux œuvrant dans le champ de la santé mentale (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, IPA, etc.)

Pour favoriser la coordination des acteurs

- Développer en infra départemental des Réunions de Concertation Pluri professionnelles (RCP) et cellules de gestion des situations complexes, par exemple par le biais des CLSM ou autres instances. (de type Resilado pour les adolescents)
- Favoriser les lieux ou espaces pour travailler les coopérations entre opérateurs d'un même territoire (formations, conventions de coopérations, projets communs, outils)

Réglementaire

- Mettre à jour la sectorisation (adulte et enfant) départementale dans une démarche participative
- Mettre en œuvre, conformément à l'article L3221-5-1 du Code de la Santé Publique un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2