

Diagnostic territorial partagé de santé mentale

DÉPARTEMENT DU GARD



Sommaire

<i>Introduction</i>	<i>p. 2 à 5</i>
<i>I. Méthodologie du diagnostic dans le Gard</i>	<i>p. 6 à 12</i>
La démarche méthodologique Les acteurs	
<i>II. Caractéristiques du territoire</i>	<i>p. 13 à 25</i>
Les données géographiques L'urbanisation et réseaux de communication Les données démographiques Les données socio-économiques La précarité La qualité de vie L'état de santé de la population	
<i>III. Cartographie de l'offre en santé mentale : état des ressources disponibles</i>	<i>p. 26 à 69</i>
L'organisation des parcours en santé mentale L'offre générale de soins et de services en santé mentale pour adultes L'offre de soins et de services pour les personnes en situation de handicap, dont le handicap psychique L'offre de soins et de services en santé mentale pour l'enfant jusqu'au jeune adulte L'offre de soins et de services en santé mentale pour les personnes âgées L'offre de soins et de services en santé mentale pour la population migrante L'offre de soins et de services en santé mentale pour la population pénitentiaire Les dispositifs pour les professionnels de santé en matière de santé mentale	
<i>IV. Identification des problématiques rencontrées, des bonnes pratiques et leviers existants</i>	<i>p. 70 à 79</i>
Enjeux repérés pour les adultes Enjeux repérés pour les personnes en situation de handicap psychique Enjeux repérés pour les enfants et jusqu'au jeune adulte Enjeux repérés pour les personnes âgées Enjeux repérés pour les professionnels du sanitaire et du social	
<i>Conclusion</i>	<i>p. 80</i>
<i>Annexe</i>	<i>p. 81</i>
<i>V. Fiches action</i>	<i>p. 82 à 111</i>

Glossaire des sigles utilisés

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés	CPAM : caisses primaires d'assurance maladie
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé	CPH : centres provisoires d'hébergement
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique	CPT : communauté psychiatrique de territoire
AF : assistants familiaux	CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
AIVS : agence immobilière à vocation sociale	CRA : Centre de Ressources Autisme
ALD : affection de longue durée	CRP : centres de rééducation professionnels
ALG : association pour le logement	CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
AME : Aide Médicale d'Etat	CSP : Code de la santé publique
AMP : aide médico-psychologique	CSS : Complémentaire Santé solidaire
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	CSSM : Commission spécialisée en santé mentale
APA : Allocation personnalisée d'autonomie	CT : communautés thérapeutiques
APSH : Accompagnement des personnels en situation de handicap	CTR : centre thérapeutique résidentiel
ARS : Agence Régionale de Santé	CTR : centres thérapeutiques résidentiels
ATO : ateliers thérapeutiques occupationnels	CTS : Conseil territorial de santé
AT-SA : dispositifs d'accueil temporaire - service de l'asile	CUMP : La Cellule d'Urgence médico-psychologique
AVS : auxiliaire de vie sociale	DAP : direction de l'administration pénitentiaire
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues	DDCS : Direction départementale de la Cohésion sociale
CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile	DDPJJ : Direction Départementale de La Protection Judiciaire de La Jeunesse
CAES : centres d'Accueil et d'Examen des Situations	DDTM : Direction départementale des territoires et de la mer
CAF : Caisse d'allocations familiales	DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires
CAMPS : centres d'actions médico-sociaux précoces	DNA : Dispositif National d'Accueil
CAO : Centre d'accueil et d'orientation	DRJSCS : la direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale
CASF : Code de l'action sociale et des familles	DSDEN : Direction de services départementaux de l'Éducation nationale
CASO : centre d'accueil de soins et d'orientation	DTSM : diagnostic territorial partagé en santé mentale
CATTP : Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel	EEAP : établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés
CATTP : Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel	EMPP : équipes mobiles psychiatrie précarité
CAUT : Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition	ESAT : établissements spécialisés d'aide par le travail
CAVA : Centre d'Adaptation à la Vie Active	ETP : équivalent temps plein
CHRS : Centres d'hébergement et de réinsertion sociale	GEM : Groupes d'entraide mutuelle
CHU : centre hospitalier universitaire	GHT : Groupement hospitalier de territoire
CHUM : centres d'hébergement d'urgence pour migrants	HAD : Hospitalisation à domicile
CIM : classification internationale des maladies	HUDA : Hébergement d'Urgence pour demandeurs d'asile
CJC : consultations jeunes consommateurs	IEM : instituts d'éducation motrice
CLIS : classes pour l'inclusion scolaire	ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
CLS : Contrats locaux de santé	LHSS : Lits halte soins santé
CLSM : Conseils locaux de santé en matière de santé mentale	LMSS : La loi de modernisation de notre système de santé
CMP : Centre médico-psychologique	LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé
CMPEA ou CMPA : Centres médico-psychologiques pour enfants et/ou adolescents	MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
CMPP : Centres médico-psychopédagogiques	MAS : Missions d'Accompagnement Santé
CMU-C : couverture médicale universelle complémentaire	MDA : Maison des adolescents
CNAM : caisse nationale d'assurance maladie	MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé	ML : Mission locale
CoFoR : Centres de formation au rétablissement	MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
	OMS : Organisation mondiale de la santé

PAEJ : Points Accueil et Ecoute Jeunes

PASA : pôles d'activités et de soins adaptés

PASS : permanences d'accès aux soins

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PDI : plan départemental d'insertion

PFIDASS : Plateforme d'Intervention Départementale d'Accès aux Soins et à la Santé

PMI : protection maternelle infantile

PRS : Projet régional de santé

PTA : Les plateformes territoriales d'appui

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RADeO : Réseau pour Adolescents en dérive extraordinaires

RSA : revenu de solidarité active

SAAD : Services d'aide et d'accompagnement à domicile

SAM : Service d'Accueil et de Médiation

SAMETH : Services d'Aide pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

SAMSAH : Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVA : service d'accompagnement à la vie autonome

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de

l'État

SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SL : soins libres

SMPR : service médico-psychologique régional

SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SPH : service public hospitalier

SPIP : services pénitentiaires d'insertion et de probation

SPMP : secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

STA : services territoriaux de l'autonomie

UHR : unités d'hébergement renforcées

UHSA : unités d'hospitalisation spécialement aménagées

UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale

ULIS : unité localisée pour l'inclusion scolaire

UMD : unités pour malades difficiles

USLD : Unités de soins de longue durée

USMP : unités sanitaires en milieu pénitentiaire

UTASI : Unités Territoriales d'Action Sociale et d'Insertion

Introduction

Véritable enjeu de santé publique, la santé mentale est un domaine sous tension qui doit pouvoir trouver des réponses par améliorer le parcours de santé des usagers, par l'organisation territoriale, les réalisations en faveur de populations spécifiques (adolescents, vieillissement, ...) et des cas dits « complexes ». La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.¹

La loi de modernisation de la santé (LMSS) du 26 janvier 2016² introduit la réorganisation de l'offre de soins en créant de nouveaux outils. Désormais, l'accent est mis sur une politique globale de santé mentale qui dépasse largement le champ de la psychiatrie. L'offre de soins en santé mentale doit être déployée sur l'ensemble des territoires pour correspondre aux besoins locaux et répondre à la demande de soins et de soutien en augmentation constante.

La démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) s'inscrit dans la LMSS de 2016, qui décrit la politique de santé mentale. Celle-ci comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. La durée du PTSM est de cinq ans et a pour finalités de :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social et médico-social de la personne en son milieu de vie ordinaire, en particulier dans le développement de modalités d'organisation ambulatoire dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination du second niveau, décliné dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuie notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Le cadre général du projet territorial de santé mentale

Le PTSM vise à accompagner et favoriser le développement de l'interconnaissance et l'engagement commun des acteurs, en généralisant les bonnes pratiques pour la prévention et le rétablissement des troubles psychiques, et ainsi agir sur les causes de rupture de soins.

Cette démarche est à l'initiative de **l'ensemble des acteurs de santé mentale** (professionnels libéraux, établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, représentants des usagers...) afin de garantir une **vision globale et non cloisonnée**. Elle a pour objectif « **l'amélioration continue de l'accès des personnes à un parcours de santé et de vie de qualité, sécurisé et sans rupture** ».

Le projet territorial de santé mentale est un axe majeur du deuxième Projet régional de Santé (PRS) Occitanie 2018-2022, dans lequel le PTSM est présenté comme un objectif à atteindre et doit porter plus spécifiquement dans le Gard sur :

- le déploiement des dispositifs de soutien aux aidants et à la parentalité ;
- le déploiement des équipes mobiles adolescents complexes (EMAC) ;
- l'optimisation des lieux d'écoute et l'accueil des jeunes ;
- l'affirmation de la collaboration entre les médecins généralistes et les équipes spécialisées de la psychiatrie ;
- la promotion de la réhabilitation psychosociale.

Le décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant sur la définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, réaffirme l'intérêt du PTSM et **l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018**, a pour objectif d'accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale.

¹https://www.who.int/topics/mental_health/fr/

²<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913265&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>

Les objectifs prioritaires du PTSM

Le projet territorial de santé mentale tient compte de six priorités :

- L'organisation des 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 actuelles de la science et aux bonnes pratiques professionnelles. Ce repérage précoce devrait permettre d'apporter des réponses spécifiques aux problématiques des populations à risque, telles que les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap... ;
- L'organisation du parcours de santé et de vie de qualité, sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, ou en situation de risque de handicap psychique ;
- L'organisation des conditions d'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise d'urgence
- L'organisation des 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 ;
- L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Présentation de la démarche

❖ Le public ciblé

- La population générale ;
- Les personnes présentant une souffrance et/ou des troubles psychiques, incluant les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, présentant des troubles sévères et persistants, ainsi que les personnes les plus vulnérables cumulant les problématiques de santé ;
- Les proches, les aidants ;
- Les personnes présentant certains troubles neurologiques développementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ;
- Les différents acteurs du territoire (dans les champs sanitaire, médico-social et social).

❖ Les acteurs du projet

L'élaboration du PTSM associe tous les acteurs concernés par la santé mentale sur un territoire³ : les représentants des usagers, les professionnels libéraux et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, comprenant des représentants des usagers et des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux...

Ainsi, le PTSM est commun à tous les acteurs sur un territoire donné, et permet une visibilité globale sur l'offre en santé mentale, ainsi que sur les rôles et missions de chacun. L'objectif de la démarche est de favoriser la collaboration entre les secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer le parcours de santé des usagers en matière de sa mentale.

❖ La gouvernance du projet

Un comité de pilotage est mis en place pour permettre la circulation de l'information entre les pilotes du projet et l'ensemble des acteurs.

Le rôle des pilotes consiste à conduire l'élaboration du diagnostic et du projet territorial partagé. Cette gouvernance peut s'intégrer dans un cadre juridique tel qu'un groupement de coopération sanitaire ou un groupement de coopération sociale et médico-sociale déjà existant, une communauté psychiatrie de territoire, le

³<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928497&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>

conseil territorial de santé. Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Cévennes-Gard-Camargue a été un soutien dans la gouvernance du projet.

❖ L'organisation de l'ARS Occitanie dans la démarche du PTSM

Le Directeur Général de l'ARS :

- Il doit s'assurer que le territoire choisi et la liste des acteurs identifiés pour participer à l'élaboration du projet sont conformes aux dispositions prévues par les textes.
- Il s'assure d'une gouvernance équilibrée du diagnostic et du projet territorial santé mentale
- Il mobilise les délégations départementales et/ou les référents thématiques (santé mentale, handicap, précarité, prévention/promotion de la santé, addictions, santé des détenus, personnes âgées, politique de la ville...), qui contribuent notamment à mettre à disposition les données nécessaires à la réalisation du diagnostic territorial, participe aux instances de gouvernance et, le cas échéant, aux travaux.
- Il s'assure de la prise en compte des priorités fixées aux articles R. 3224 – 5 à R. 3224 – 10 du code de la santé publique (CSP) et de la conformité du projet avec le projet régional de santé (PRS) et la stratégie nationale de santé
- Il valide et arrête le diagnostic et le projet territorial de santé mentale, après avis des conseils locaux de santé (CLS) ou de conseils locaux de santé mentale (CLSM) existants et du conseil territorial de santé (CTS) mentionné à l'article L 1434-10. (Article L3221-2 du CSP)⁴
- Il contractualise avec les acteurs participant à la mise en œuvre du PTSM dans un délai de 6 mois suivant l'arrêté du projet territorial de santé mentale
- Il informe la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) du diagnostic et du projet territorial de santé mentale, et assure leur publication. (Article L3221-2 du CSP)⁵
- En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. (Art. 3221-2 du CSP)

L'Équipe projet régionale est une unité régionale de soutien des délégations départementales pour la mise en place du PTSM :

- Elle apporte les éléments de cadrage et d'appui nécessaires aux délégations départementales
- Elle étudie, analyse et émet des propositions au DG ARS sur les diagnostics et PTSM reçus

La délégation départementale du Gard de l'ARS :

- Anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale
- Sollicite et veille à l'association de tous les acteurs concernés
- S'assure de la pertinence du choix du territoire retenu
- Veille au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant
- Anime les réunions et veille à la cohérence du projet avec le projet régional de santé (PRS2) de l'ARS Occitanie et Ma Santé 2022
- Assure le lien entre le COPIL départemental (la commission en santé mentale du CTS) et l'équipe projet régionale
- Est appuyée par le CODES30.

❖ La démocratie sanitaire dans le projet

Le Conseil territorial de santé (CTS) et sa Commission spécialisée en santé mentale (CSSM)

Dans le Gard, la commission spécialisée en santé mentale du CTS a été à l'initiative de la démarche PTSM, et est identifiée comme le pilote du projet.

⁴<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928497&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>

⁵<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928497&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>

Le CTS est articulé par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). Les territoires de démocratie sanitaire ont été définis et installés au 1^{er} janvier 2017, dans chaque département en Occitanie. Le CTS est une instance qui participe à la déclinaison du PRS et en particulier à l'organisation des parcours de santé en lien avec les professionnels du territoire. Chaque conseil territorial de santé est constitué d'une commission spécialisée en santé mentale.

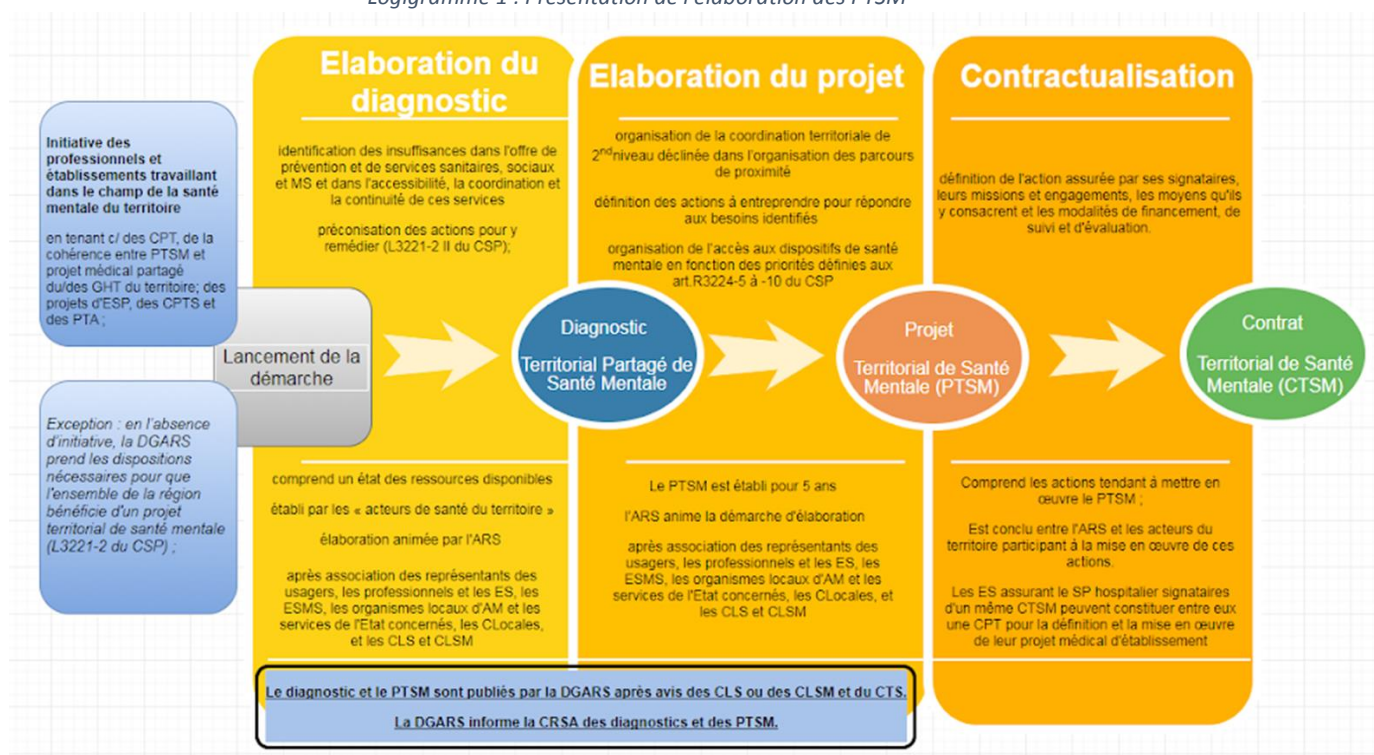
I. Méthodologie du diagnostic dans le Gard

1. La démarche méthodologique

La démarche du projet territorial de santé mentale comprend **trois grandes étapes** chronologiques, précises et structurées :

- Le diagnostic territorial partagé en santé mentale qui permet de faire un constat sur l'état actuel de la situation en santé mentale sur le territoire,
- La partie opérationnelle du projet qui développe les actions à mettre en place, au vu des problématiques soulignées par les acteurs dans le diagnostic territorial partagé en santé mentale
- La contractualisation avec les acteurs ou la représentation du PTSM dans les projets stratégiques propres à chaque établissement.

Logigramme 1 : Présentation de l'élaboration des PTSM



Source : Document interne, ARS Occitanie

2. Le suivi et l'évaluation du projet

Pour la première génération PTSM, il est prévu que le suivi de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration soit réalisé par les Ministères chargés des solidarités, de la santé et des personnes handicapées, en lien avec les ARS.

Les acteurs inscrivent au sein du projet territorial de santé mentale des indicateurs d'évaluation qui visent à mesurer l'amélioration du parcours en santé mentale au sein de chaque territoire. Ces indicateurs font l'objet d'un suivi régulier par les pilotes du projet, sur toute la durée de sa mise en œuvre et l'évaluation est communiquée à l'ensemble des acteurs participant au projet, car elle a vocation à être interprétée, interrogée et modifiée collectivement, le cas échéant.

3. Présentation de la démarche conduite dans le Gard

L'initiative de la mise en place du PTSM dans le département du Gard a été portée par la commission spécialisée en santé mentale du CTS.

Cette démarche a été lancée au mois de juin 2019, en lien avec la DD30 de l'ARS et en collaboration avec le comité départemental d'éducation pour la santé du Gard (CODES 30).

Le **diagnostic territorial partagé de santé mentale** a été élaboré en s'appuyant sur le guide méthodologique de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, méthodes et outils pour les territoires ».

Avant la première rencontre entre les acteurs, un recueil d'éléments a été proposé par le biais d'un questionnaire en ligne, avec pour objectif de repérer les leviers et les freins dans la prise en charge en santé mentale. Les réponses à ce questionnaire ont été présentées en séance plénière, le 26 juin 2019.

L'ANAP a conduit une importante réflexion sur les parcours en psychiatrie et santé mentale et a proposé un outil original : la rosace (voir annexe 1), afin d'identifier les plus grands risques de rupture par 5 portes d'entrée. Celles-ci ont été reprises au sein de 5 groupes de travail.

La séance plénière du 26 juin a ouvert le lancement de la démarche, en mettant en place des ateliers thématiques :

- Groupe 1 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence ;
- Groupe 2 : Accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux ;
- Groupe 3 : Continuité et coordination des prises en charge des accompagnements ;
- Groupe 4 : Accès aux soins somatiques ;
- Groupe 5 : Prévention et éducation pour la santé.

Ces ateliers, animés par l'ARS, le CODES et la MDA (Maison des adolescents) ont permis de travailler sur l'identification des problématiques et des pistes d'actions.

Une fiche « animateur » a été diffusée à chaque groupe de travail définissant l'organisation des ateliers, les attendus et l'organisation des prochaines rencontres.

Les travaux de chaque groupe se sont poursuivis en septembre 2019 ainsi que durant le dernier trimestre 2020 et premier trimestre 2021, afin d'affiner les premiers éléments de diagnostic dégagés lors de la journée de juin, et d'approfondir les pistes de travail identifiées.

Le démarrage du cinquième groupe de travail, le groupe 4 « Accès aux soins somatiques » qui n'avait pas pu se réunir en juin, a pu se constituer à partir de septembre 2019.

Ce deuxième temps de rencontre a permis l'identification des causes des dysfonctionnements au niveau du parcours de soins en santé mentale dans le département. De nouveaux participants ont été conviés, afin d'élargir la représentativité des opérateurs intervenant dans le champ de la santé mentale. Lors de l'inscription aux ateliers, les participants absents avaient la possibilité de remplir à nouveau un questionnaire en ligne.

Fin 2019 et début 2020, le groupe 3 « Continuité et coordination des prises en charge des accompagnements » s'est réuni à 2 reprises : le 9 décembre 2019 à l'ESAT Elisa, afin d'explorer notamment des initiatives expérimentales probantes parmi les partenaires (exemple à l'ESAT ELISA 30 : développement de partenariats), et d'avancer vers une fiche action concrète. L'ordre du jour de la réunion portait sur la présentation de dispositifs de coordination par 3 partenaires (MAIA, SAVA, Escalières) ; puis à l'ITEP Blanche Perron et avait pour ordre du jour la présentation de 3 autres dispositifs au prisme des enjeux de la coordination (PCPE Escalières, Mission Locale Jeunes Nîmes Métropole, MDA 30 (Dispositif AVENIR).

La crise sanitaire a retardé les travaux et modifié le calendrier initialement prévu de rendu final au DG ARS.

Entre octobre et décembre 2020, les groupes 1, 3 et 5 se sont à nouveau réunis, afin de travailler sur la rédaction de fiches actions et formuler des propositions consensuelles pour l'amélioration du parcours patient dans le département.

Les acteurs du PTSM

Les acteurs mobilisés dans le Gard :

- **Le secteur sanitaire :**
 - Les établissements de santé autorisés en psychiatrie, publics, ESPIC et privés :
 - Le pôle psychiatrique du CHU de Nîmes
 - Le pôle psychiatrique du Centre hospitalier d'Alès Cévennes
 - Le centre de protection infantile Montaury (hôpital de jour et CMPEA)
 - Le Centre Hospitalier le Mas Careiron (Uzès)
 - La clinique psychiatrique du Pont du Gard
 - La clinique psychiatrique de Quissac
 - La clinique la Camargue
 - La clinique Belle Rive
 - La clinique les SOPHORAS
 - L'UPSR Château de Coulorgues
 - L'association éducative du Mas Cavaillac (AEMC)
 - L'Association Cigalières (hôpital de jour et CMPEA)
 - Les professionnels libéraux :
 - La MSP de Pont St Esprit
 - La MSP Simone Veil
 - La MSP Val santé
 - Le conseil de l'ordre des médecins, représenté par une pédopsychiatre.
 - La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la mutualité sociale agricole (MSA)
- **Le secteur médico-social :**
 - **ESMS accueillant ou structures accompagnant des personnes âgées :**
 - EHPAD maison de santé protestante « Les Jardins de la Fontaine »
 - EHPAD portés par le CH d'Uzès
 - La MAIA Camargue Vidourle
 - **ESMS accueillant des personnes en situation de handicap :**
 - Les services d'aide et d'accompagnement à domicile :
 - AVS SAVA SNJPN SAGE/APSH 30
 - SAVS SAVA
 - ADRH SAMSAH
 - SAMSAH Duhoda
 - Les MAS :
 - La Maison d'Accueil Spécialisée d'Alesti
 - Les services à destination des enfants et adolescents (CAMSP, CMPP, SESSAD, IME, ITEP...) :
 - ADEPEP30 CMPP
 - Le CPI Montaury
 - L'ITEP le Genévrier
 - ITEP Alès
 - Le DITEP Villa Blanche Peyron
 - DITEP Alicantes
 - L'association Cigalières porte plusieurs établissements :

- IEM la cigale
 - IME le bosquet
 - L'UAS passerelles
 - L'IME Kruger
 - Le SESSAD Escalières
- Les ESAT:
 - L'ESAT ELISA 30
 - L'ESAT les gardons
 - Cigalières : ESAT Pierre Laporte
- Les représentants de GEM (3/4)
 - GEM CEZAME
 - GEM ARTEGEM
 - L'association Alter Egaux
- Les associations :
 - L'Association Trisomie 21 Gard
 - L'Unapei 30
 - CABA (collectif associatif du bassin alésien (accueil et accompagnement PH/PA))
- Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ30)
- Mission locale jeunes (MLJ) de Nîmes
- La maison des adolescents (MDA30)
- **Les services de l'Etat :**
 - L'ARS Occitanie (direction des territoires et délégation départementale du Gard)
 - La Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)
 - Les services de la Direction régionale de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse)
 - La Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Gard
- **Les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire :**
 - Le conseil départemental du Gard
 - La MDPH
 - La ville de Nîmes – Direction santé et hygiène
 - Le conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale
 - Les coordonnateurs des contrats locaux de santé : CLS de Nîmes, d'Alès agglomération (CLS Pays Cévennes), Bagnols sur Cèze (CLS du Gard Rhodanien)
 - Les Ateliers santé-ville : Reseda
- **Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé :**
 - Associations et acteurs intervenant dans la prévention : le CODES 30
- **Les acteurs de la prévention spécialisée : ADPS**
- **Les acteurs de la lutte contre les addictions :**
 - Les centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en addictologie (CSAPA)
 - Les consultations jeunes consommateurs (CJC)
 - Les centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) :

- APSA 30 (Logos et Blannaves)
- **Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion :**
 - L'association la Clède
 - La Croix Rouge
- **Les représentants des personnes et des familles :**
 - Les associations d'usagers et de familles : l'UNAFAM du Gard
- Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) :
 - Le SPIP 30/48
 - La direction interrégionale des services pénitentiaires (Toulouse)

Les structures mobilisées par ateliers :

Groupe 1 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et gestion des urgences	<u>Atelier 26 juin 2019:</u> Ch Alès Cévennes ; Education nationale, Ch du Mas Careiron Uzès (4);CHU de Nîmes (3),Clinea pont du Gard; Clinique Sophoras; DTPJJ ;EPHAD "maison de santé protestante "les quais"; Escalières; GEM Artegem (3); MDA 30; Stemo Nîmes; PJJ 30/48; Unafam Occitanie; <u>Atelier 19 Septembre 2019 :</u> ARS DD30 (2); CH Mas Careiron (3 dont une personne secteur 30103); CHU Nîmes (2) ; CODES 30 ; Maison de Santé Protestante ; MDA 30 ; MSP Simone Veil ; SPIP Nîmes ; UNAFAM ; Ville de Nîmes (2). <u>Atelier 5 octobre 2020 :</u> CHU de Nîmes (3) ; clinique Quissac (1) ; Samu SMUR urgences chu Nîmes (1) ; Ch Alès : (4); clinique les Sophoras (1) ; CH Mas Careiron (3) <u>Atelier 11 décembre 2020 :</u> CHU de Nîmes (3) ; clinique Quissac (1) ; Ch Alès (3) ; CH Mas Careiron (4) ; clinique les Sophoras (1) ; clinique la Camargue (1)
Groupe 2 : Accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux	<u>Atelier du 26 juin :</u> ARS DD30 ; Association Alter Egaux (3) ; ASSOCIATION EDUCATIVE DU MAS CAVAILLAC ; CH LE MAS CAREIRON UZES (3) ; CLINEA PONT DU GARD ; Codes 30 ; CPI Montauray; GEM ARTEGEM; GEM CEZAME (5); ITEP LE GENEVRIER ; MDA 30. <u>Atelier 20 septembre 2019 :</u> ARS DD30 (2) ; CH Mas Careiron (2) ; CH Uzès (2) ; Clinique du Pont du Gard ; Clinique les Sophoras ; CODES 30 ; Conseil Départemental du Gard (2) ; CPI Montauray ; Croix Rouge + SAMU social ; DDCS 30; Education nationale; GEM ALTER EGAUX(2); Maison des Adolescents du Gard; SAVS SAVA; SAVS SAVA SNJPN SAGE/APSH 30. <u>Atelier du 5 février 2021 :</u> ITEP Le Genévrier ; GEM Alter Egaux ; GEM Artegem (2) ; CPI Montauray ; CH Le Mas Careiron ; Clinique Pont du Gard ; DDARS30 (2) ; Codes 30 <u>Atelier du 5 mars 2021 :</u> ITEP Le Genévrier ; Conseil Départemental ; MAIA Aigoual Pic Saint Loup ; MDA 30 ; Inter'Aide CSAPA La Draille ;

	GEM Artegem (2) ; CH Le Mas Careiron ; CPI Montauray ; ESAT Osaris Clinique Pont du Gard ; DDARS30 (2) ; Codes 30 (2)
Groupe 3 : Continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements	<u>Atelier 26 juin 2019</u> : Ch mas careiron Uzès (3) ; ADPEP 30 CMPP ; UPSR château de Coulorgues; MDA (3 dont une personne du dispositif arpège); clinique Belle rive (2); UNAPEI 30; Education nationale; ARS; ESAT Elisa 30. <u>Atelier du 19 Septembre 2019</u> : ADRH SAMSAH(2); Clinique Belle Rive(2); MAIA; Education nationale; ESAT ELISA 30; <u>Escalières</u>; <u>MSP Pont St Esprit</u> ; <u>SAVS SAVA(2)</u>; Unapei 30; UPSR Château de Coulorgues <u>Atelier 9 décembre 2019</u> : DDARS 30 ; ESAT Elisa 30 ; Escalières (2); MSP pont St Esprit; MDPH(2); UNAPEI 30; APSH30 (3 dont SAVS/SAV); MSP Val santé; Dispositif ITEP villa blanche Perron (2); ADPS. MAIA Camargue Vidourle ; MLI Nîmes ; CABA ; SAMSAH Duoda (2); MDA Arpège; CH Mas Careiron Uzès ; UNAPEI 30. <u>Atelier 4 février 2020</u> : ITEP Villa Blanche Perron (2); <u>ITEP les Alicantes</u>; MDA 30 (3); UNAPEI 30; ESAT Elisa 30 ; Association Cigalières/ dispositif Escalières (<u>Passerelles, le bosquet, DGA</u>); APSH 30 (3); MLJ Nîmes (2); ville de Nîmes/CLS; <u>Atelier 2 octobre 2020</u> : Cigalières (IME et ESAT) (2), SAVS SAVA APSH30 MLJNM ; DITEP Alicantes ; UNAPEI, MSP Valsanté, CABA ; ITEP Alès ; MDA30 (2). <u>Atelier 13 novembre 2020</u> : ITEP Villa Blanche Peyron, CLS de Nîmes, SAVS SAVA APSH30, MLJNM, DITEP Alicantes,, CABA, ITEP Alès MDA30 <u>Atelier 27 novembre 2020</u> : ADPS ; DITEP Villa Blanche Peyron (2) ; SAVS SAVA APSH30 ; MLJNM ; DITEP Alicantes ; UNAPEI ; AEMC ; MDA30 <u>Atelier 11 décembre 2020</u> : ADPS ; DITEP Villa Blanche Peyron (2) ; SAVS SAVA APSH30 ; MLJNM ; DITEP Alicantes ; UNAPEI ; AEMC ; MDA30 ; Escalières ; CODES30 ; MDA30 (2)
Groupe 4 : Accès aux soins somatiques	<u>Atelier du 23 septembre 2019</u> : ADRH SAMSAH (2) ; Conseil de l'ordre des médecins ; Codes 30 ; DD30 ARS (2) ; ESAT les gardons ; MDA 30 ; Maison d'accueil spécialisée d'Alesti <u>Atelier du 5 mars 2021</u> : ITEP Le Genévrier ; Conseil Départemental ; MAIA Aigoual Pic Saint Loup ; (MDA 30 ; Inter'Aide CSAPA La Draille ; GEM Artegem (2) ; CH Le Mas Careiron ; CPI Montauray ; (ESAT Osaris ; Clinique Pont du Gard ; DDARS30 (2) ; Codes 30 (2)

Groupe 5 : Prévention et éducation pour la santé	<u>Atelier 26 juin 2019</u> : ARS DD 30 ; Clinique de Quissac ; CODES 30 ; Conseil Départemental du Gard ; CPIP SPIP Nîmes ; DISP TOULOUSE ; ESAT ELISA 30 ; GEM ARTEGEM ; Hôpital de Jour Montauray ; MDA 30; RESEDA / CLS Pays Cévennes. <u>Atelier 18 septembre 2019</u> : ADRH SAMSAH (2) ; APSH SAVS/SAVA (2) ; ARS DD 30 ; CD 30 PMI ; Clinique de Quissac ; CODES 30 ; DISP ; MDA ; PAEJ 30 (2) ; RESEDA <u>Atelier 24 novembre 2020</u> : SAMSAH de la Cèze ; Reseda ; MDA (2) ; Conseil départemental ; clinique psychiatrique Quissac ; PAEJ 30 52° ; APSA 30 Logos ; CPI Montauray ; DDARS30 52) ; Codes 30 <u>Atelier 10 décembre 2020</u> : Reseda ; MDA (3) ; SIAO Croix rouge ; Conseil Départemental ARS DD30 (2) ; SAMSAH ; GEM Cezame ; Clinique psychiatrique Quissac ; PAEJ 30 (3) ; APSA 30 Logos ; CPI Montauray ; CODES 30 ; clinique du Pont du Gard
---	--

II. Caractéristiques du territoire

1. Données géographiques

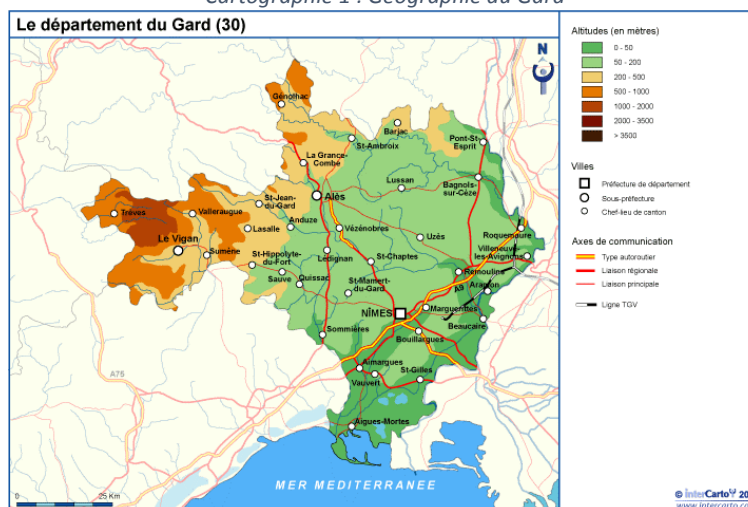
Le Gard s'étend sur 5 853km², soit 8% de la superficie totale de l'Occitanie (72 724km²).

Le département compte 17 intercommunalités.

Le Gard est marqué par l'influence du couloir rhodanien, qui concentre de grands sites et un dense réseau de grandes infrastructures de transport.

Sa géographie est marquée par la diversité de ses paysages et s'étale du sud du Massif central jusqu'à la mer Méditerranée, en passant par les plateaux des Garrigues et la basse plaine du Languedoc viticole. Le département comprend de vastes zones naturelles, à forts enjeux pour la biodiversité.

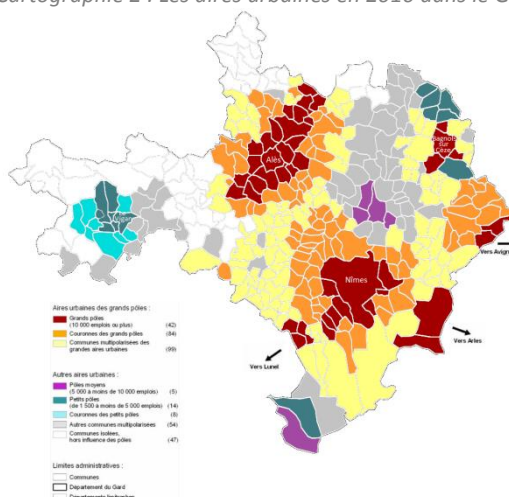
Cartographie 1 : Géographie du Gard



Source : <http://www.canalmonde.fr/r-annuaire-tourisme/france/30/carte-guide-gard.php>

2. Urbanisation et réseaux de communication

Cartographie 2 : Les aires urbaines en 2010 dans le Gard



Source :

<http://www.gard.gouv.fr/content/download/23008/167810/file/Atlas%20des%20territoires%20du%20Gard%202016%20-%20DDTM%20GARD-%20Versw.pdf> ; Direction départementale des territoires et de la mer du Gard, édition mai 2016

Les surfaces urbanisées du Gard sont nettement supérieures à la moyenne régionale et se traduisent par un étalement urbain.

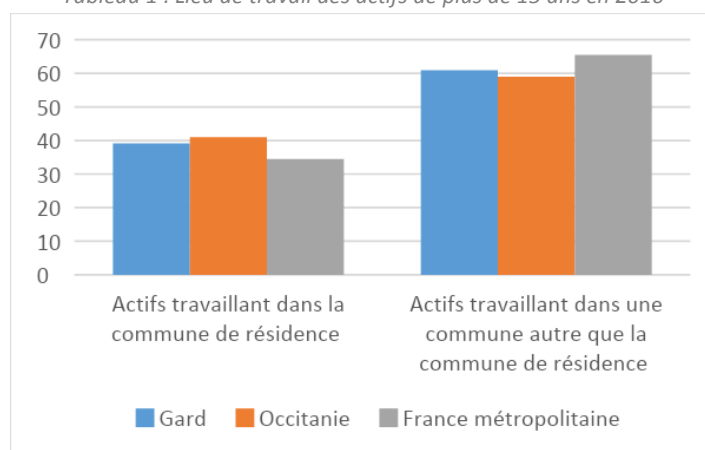
La pression urbaine est essentiellement concentrée autour de certaines communautés d'agglomération gardoises : Nîmes, Bagnols-sur-Cèze et Alès concentrent 56% des résidences principales du département. En dehors de ces

territoires, seules 2 communes disposent d'un parc supérieur à 5 000 logements (Beaucaire et Uzès). Mais d'autres aires d'influence d'agglomérations extra départementales (Montpellier et Avignon) concentrent également la population.

De façon générale, 89 % des Gardois résident donc dans une commune disposant au moins d'équipements et de services de proximité, et 26 % d'équipements et de services de la gamme intermédiaire.⁶

Le département est fortement contrasté entre les pôles urbains qui s'opposent aux zones rurales, principalement situées au Nord-Ouest du département (les Cévennes) et au Nord Est. Pour certaines communes éloignées, les temps de trajet pour rejoindre les pôles urbains peuvent être longs (plus d'une heure), car les grands réseaux routiers ou ferroviaires sont peu développés. On remarque notamment que les flux de mobilité domicile travail sont importants dans ses territoires.

Tableau 1 : Lieu de travail des actifs de plus de 15 ans en 2016



Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-30> ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-76> ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1>

Le haut débit est progressivement en train de s'installer sur le territoire. Cette problématique a été mise en lumière par la situation de confinement vécue lors de la crise sanitaire de 2020, qui a accéléré la mise en place et l'utilisation de la téléconsultation. Aujourd'hui, l'accès à la technologie permettant de maintenir les liens sociaux, cette notion d'accès aux réseaux internet, haut débit ou autres, est essentielle, notamment dans les régions où les infrastructures de transport sont les plus faibles.

En matière de santé et d'accès aux soins, la population gardoise peut se rendre dans les centres et les services à proximité du lieu d'habitation ou d'emploi, créant des flux parfois hors département. Par exemple, les habitants de Beaucaire peuvent se rendre à Tarascon suivant leurs besoins et les habitants de Villeneuve les Avignon se rendent plus facilement à Avignon.

3. Données démographiques

❖ Densité de population

Le Gard est le troisième département le plus peuplé de la région Occitanie (près de 13% de la population totale de l'Occitanie), après les départements de la Haute-Garonne et de l'Hérault.

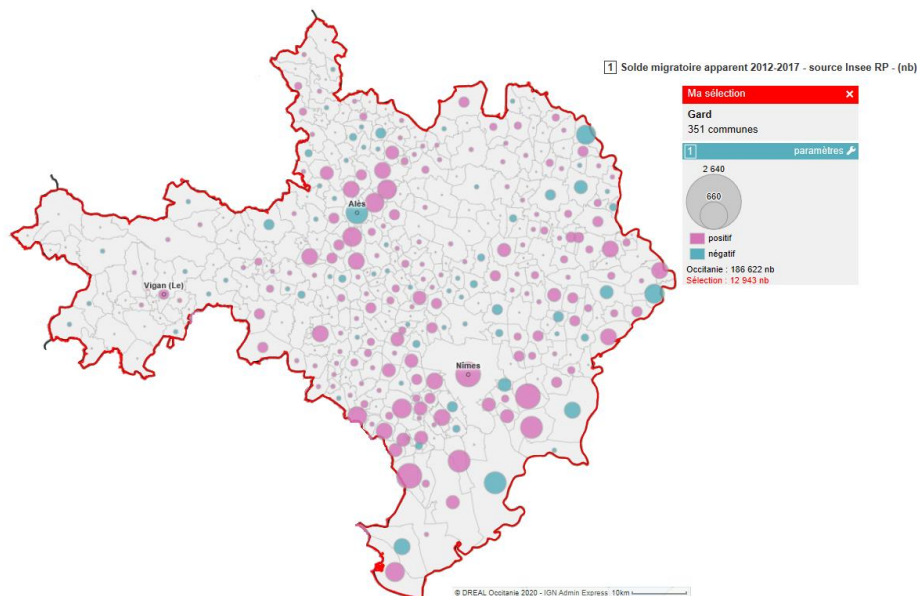
La densité populationnelle du Gard est supérieure aux taux régional et national (98.5hab/km²), mais révèle des disparités territoriales importantes. Les aires urbaines concentrent la population (Nîmes compte 930 hab/km², Alès 1 757.8hab/km² et Bagnols sur Cèze 580.7hab/km²), laissant d'autres espaces avec une plus faible densité (les Cévennes comptent 65 hab/km² et l'ouest de Bagnols-sur-Cèze dénombre 50 hab/km²).

⁶ https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908403#graphique-Figure_3

Au 1er janvier 2017, la population gardoise est estimée par l'INSEE à 744 178 habitants, soit une variation positive de 0,5 % par rapport à 2016 (742 006). Comparativement, la région Occitanie est passée de 5 808 435 personnes en 2016 à 5 845 102 habitants en 2017, soit une augmentation de 0.63%.

L'augmentation de population est due essentiellement à l'arrivée de nouveaux habitants s'installant sur le territoire et pour une part plus faible, due au solde naturel positif (qui diminue avec les années).

Cartographie 3 : Le solde migratoire entre 2012 et 2017 dans les communes du Gard



Source : [https://www.picto-](https://www.picto-occitanie.fr/geoclip/#bbox=686880,6376207,195269,115393&c=indicator&i=n00_rp_evo_popl.solde_mig&view=map1)

[occitanie.fr/geoclip/#bbox=686880,6376207,195269,115393&c=indicator&i=n00_rp_evo_popl.solde_mig&view=map1](https://www.picto-occitanie.fr/geoclip/#bbox=686880,6376207,195269,115393&c=indicator&i=n00_rp_evo_popl.solde_mig&view=map1)

On constate un dynamisme démographique dans la plupart des communes du département, dû à son attractivité. Le taux de croissance annuel est particulièrement marqué dans le triangle que forme Nîmes-Arles-Montpellier, où la population est en constante progression (+ 1,7 % dans la Communauté de Communes de Petit Camargue, et + 1,6 % dans la Communauté de Communes du Pays de Sommières).

Tandis que certaines zones du département présentent des taux de croissance annuels moyens négatifs : la plupart des territoires cévenols, au nord du département (- 1 % dans la partie gardoise de la Communauté de Communes des Cévennes Gangeoises et Suménoises), ainsi que certaines villes du sud et le centre d'Alès.

Selon l'indicateur OMPHALE de l'INSEE, la population gardoise est estimée à environ 776 000 habitants en 2025 et 790 000 habitants en 2030.

❖ Profil de la population

Avec une moyenne d'âge de 41,6 ans en 2012, proche de la moyenne régionale, la population gardoise est plus âgée que celle de la métropole, âgée en moyenne de 40,1 ans. Les habitants ayant entre 30 et 59 représentent 38.2% de la population. La population gardoise est âgée de 0 à 59 ans à 71.5 %.

Tableau 2 : Population par tranches d'âge en 2016

	Gard	Gard en %	Occitanie en %	France métropolitaine en %
0 à 14 ans	130 032	17.5	16.8	18.3
15 à 29 ans	117 056	15.8	17	17.7
30 à 44 ans	130 401	17.6	18.1	19
45 à 59 ans	152 972	20.6	20	19.9
60 à 74 ans	135 742	18.3	17.4	15.9
75 ans ou plus	75 804	10.2	10.7	9.3

Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-30> ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-76> ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1>

Scolarisation et études

Dans le Gard, le taux de scolarisation à partir de 15 ans est systématiquement inférieur aux territoires de comparaison, en particulier à partir de la tranche d'âge 18-24 ans correspondant au post-bac (47% contre +50% pour l'Occitanie ou la France entière).

Sur le territoire du Gard, 31.4% des personnes non scolarisées n'ont aucun diplôme (28.7% en Occitanie et 29% en France). De même, 26.2% ont un diplôme universitaire contre 29% à l'échelle régionale et nationale. Alès et Nîmes sont particulièrement touchés par les problèmes de scolarisation. Ces données montrent que le département présente un faible taux de personnes faisant des études post-bac par rapport aux territoires de comparaison.

Les ménages

Près de 35% des ménages sont des personnes seules dans le Gard, ce qui est plus faible que l'Occitanie (37%) et la France (35.9%). Parmi les ménages avec famille, les familles monoparentales (10.2%), les couples avec (25%) ou sans enfants (28%) ont un taux supérieur à la région (6.4 pour les familles monoparentales et 27.5 pour les couples sans enfant et 23.5 pour ceux avec des enfants).

Répartition géographique des enfants de 0-14 ans

Le taux d'enfants de 0 à 14 ans est plus élevé dans le Gard (17.5%) en 2016 qu'en Occitanie (16.8%), mais est inférieur aux taux de la France métropolitaine (18.1%).

La répartition des jeunes sur le département est disparate avec notamment :

- Une part plus importante des moins de 15 ans sur les communes de Nîmes, Alès et Bagnols-sur-Cèze et leur périphérie
- La zone nord du département a une part des moins de 15 ans, inférieure à la moyenne du département.

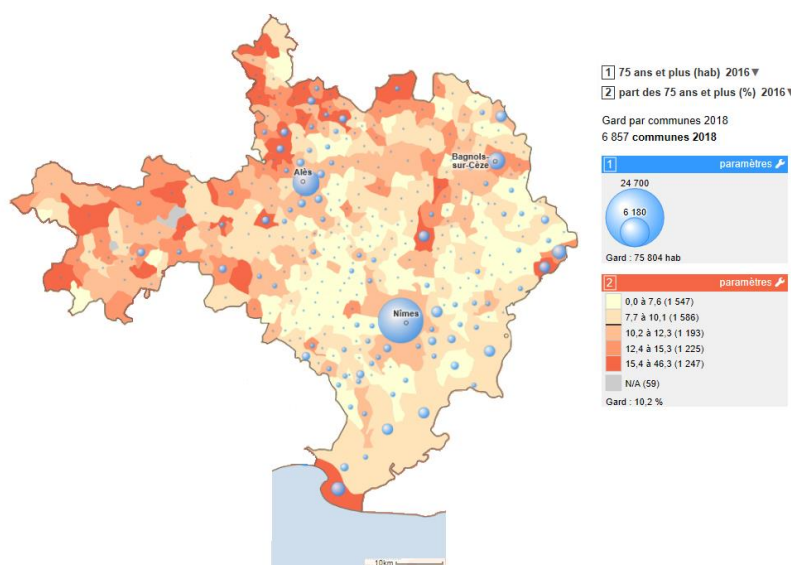
Répartition géographique des personnes âgées dans le Gard

Dans le département, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante (28.5%) comparativement à la France métropolitaine (25.4%) et à l'Occitanie (28.1%).

Concernant la répartition des 75 ans et plus dans le Gard :

- Le secteur de Nîmes compte un grand nombre de personnes âgées (15 495 habitants), mais qui ne représentent que 10.3% de population totale sur la commune.
- Le secteur d'Alès détient une part importante de personnes âgées par rapport à la population totale du territoire. Les personnes de 75 ans et plus sont 5 476 sur la commune d'Alès et représentent 13.7% de la population de la commune.

Cartographie 4 : Population de 75 ans et plus en 2016 dans le Gard



Source :

https://observatoire.audrna.com/#bbox=670339,6387998,242132,143434&c=indicator&i=pops_age.pcpop_7500&s=2016&view=map13

20.6% de la population des personnes âgées ont bénéficié de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile ou en établissement en 2013, dont 13.8% à domicile et 6.8% en établissement. En comparaison, l'Occitanie comptait 24.2% de bénéficiaires de l'APA en 2013 parmi les plus de 75 ans, dont 16% avaient l'APA à domicile et 8.2% en établissement. Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont globalement plus dépendants dans le Gard qu'à l'échelle nationale avec une proportion de GIR 1 et 2 importante, soit 27% contre 19% en France.

Répartition géographique des personnes en situation de handicap dans le Gard

Fin 2015, la MDPH dénombre 49 500 bénéficiaires dans le département, dont 10% d'enfants. Les personnes en situation de handicap ayant un droit ouvert à la MDPH représentent près de 7% de la population gardoise.

L'un des indicateurs de l'évolution de la population handicapée est le nombre de personnes ayant déposé une demande auprès de la MDPH : en progression de 26% de 2012 à 2015, mais avec une évolution différente selon l'âge des demandeurs (+39% de 1^{res} demandes pour les + de 60 ans, 20% chez les moins de 20 ans et 3% de progression pour les adultes handicapés). Pourtant, le taux de bénéficiaires de L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) dans le Gard (3.5%) est le plus bas de la région (qui est d'environ 4%), bien que supérieur aux valeurs nationales (3.1%) en 2018.

La population handicapée, enfants et adultes est inégalement répartie sur le territoire gardois avec une plus grande concentration dans le sud, le sud-est et sur la région d'Alès.

4. Données socio-économiques

❖ Emploi et chômage

Dans le Gard, le pourcentage d'actifs, en emploi ou non, est inférieur (70.6%) aux pourcentages d'actifs dans la région (72.7%) et en France métropolitaine (73.8%). Une partie conséquente de la population se trouve éloignée du monde du travail avec un taux de chômeurs plus élevé sur le territoire (12.4%), qu'en Occitanie (11.2%) ou au niveau national (10.4%). Avec 13,6 % de la population active à la recherche d'un emploi en 2016, le Gard se classe au 4e rang des départements les plus touchés par le chômage. Ce taux est élevé pour toutes les tranches d'âge, et plus particulièrement pour les personnes de 50 ans et plus. Le taux de chômage est particulièrement fort dans les zones d'emploi d'Alès (16,5 %) et de Nîmes (13,5 %), ainsi que dans la zone d'emploi de Ganges, au nord-est de l'Hérault.

Pourtant, l'emploi progresse dans le Gard : + 0,4 % par an en moyenne entre 2009 et 2014. Le département se situe ainsi au 25e rang des départements de province ayant la croissance de l'emploi la plus élevée. Cette hausse est cependant inférieure à celle observée en Occitanie (+ 0,7 %).

Dans le Gard comme dans l'ensemble de la région, l'emploi est davantage concentré dans le secteur tertiaire (79 %) qu'en moyenne en France métropolitaine (76 %), et à contrario moins représenté dans l'industrie (10 % des emplois dans le Gard comme en Occitanie, contre 14 % en France métropolitaine). Les parts de la construction et de l'agriculture sont comparables à la moyenne de province (respectivement 7 % et 4 %).⁷

❖ La répartition des actifs selon les catégories socioprofessionnelles

La catégorie professionnelle « artisans, commerçants, chefs d'entreprise » est proportionnellement plus importante que pour les autres territoires de comparaison (9.4% contre 8.3% pour l'Occitanie et 6.5% pour la France métropolitaine). La part des employés est également plus élevée, soit 29.8% dans le Gard contre 27.9 % et 28.4% pour la France et l'Occitanie. La catégorie d'emploi des cadres et professions intellectuelles supérieures, est quant à elle inférieure aux taux de comparaison : 13.4% dans le Gard contre 16.6% en l'Occitanie et 17.8% pour la France.

❖ La politique de réinsertion sociale (PDI)

La politique d'insertion du Gard s'inscrit dans le plan départemental d'insertion (PDI) 2017-2020 construit par le Conseil départemental.

Le PDI se fonde sur 4 axes stratégiques dont découlent 4 objectifs :

- L'accès à un juste droit ;
- L'accueil et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA dans le cadre du parcours d'insertion sociale et professionnelle ;
- La mise en cohérence des politiques publiques du département et des partenaires institutionnels pour lever les freins sociaux à l'emploi ;
- La mise en cohérence des politiques publiques du département et des partenaires institutionnels pour accompagner les usagers vers et dans l'emploi.

En 2016, la population des 15-24 ans est fortement touchée par le chômage, puisque 36 % des personnes de cette tranche d'âge sont au chômage en 2016. Parmi les personnes âgées de plus de 55 ans, 14.3 % d'entre elles sont au chômage. Il est intéressant de connaître l'existence de cette politique d'insertion présente dans le Gard, étant donné que le PTSM doit comprendre des actions de réinsertion sociale (ainsi que de prévention, de diagnostic, de soins et de réadaptation). Ainsi le PDI peut être un appui dans la mise en œuvre des actions.

⁷ <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/wp-content/uploads/2019/09/Synthese-demographique-et-economique-GARD.pdf>

5. Précarité

Dans un contexte économique en tension, les différents indicateurs de richesse indiquent une situation de précarité forte :

- Le taux de pauvreté s'élève à 19.8% en 2016 dans le Gard, un taux supérieur à celui de la région (16.9%). Les moins de 30 ans sont particulièrement touchés avec un taux à 29.2%. Mais, quelle que soit la tranche d'âge, le taux de pauvreté du Gard est systématiquement supérieur à l'Occitanie. Il en est de même pour l'Occitanie comparativement à la France métropolitaine.
- La part des ménages fiscaux imposés en 2016 est de 44% contre 46.7% en moyenne en Occitanie.
- Le revenu médian disponible par unité de consommation est de 19 157€ contre 19 905€ pour la région en 2016. Le niveau de vie médian est parmi les plus bas de France métropolitaine (80^e rang national)
- En 2014 dans le Gard, une personne sur cinq vivait sous le seuil de pauvreté, soit avec un revenu disponible inférieur à 1 008 euros par mois. C'est le 5^e département de province ayant le taux de pauvreté le plus élevé. Le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté augmente : elles représentaient 18,4% des Gardois en 2006 et 20,1% en 2015 (DRJSCS Occitanie plan Hébergement 2019-2023).
- Dans le Gard, 362 500 habitants sont couverts par au moins une prestation légale versée par la Caf (caisse d'allocation familiale), soit 49% de la population totale. 61 200 foyers allocataires vivent sous le seuil de bas revenus. Dans ces foyers précaires vivent 58 800 enfants.
- Au 31 décembre 2018, 8,5 % de la population gardoise a bénéficié de minimas sociaux (revenu minimum tel que le RSA) (soit plus de 30 000 habitants), plaçant le département au 3^e rang national. L'Occitanie couvre 6.4% de la population par le RSA, et la France métropolitaine en fait bénéficier 5.3%. Dans le Gard, 158 allocataires du RSA ont participé à la conception du Plan Départemental d'insertion (PDI) du Gard. Cette politique d'insertion est l'aboutissement d'une concertation réussie, en croisant les préoccupations des usagers et les compétences des professionnels.

❖ Le logement et la politique d'hébergement

Forte demande d'aide au logement

Au mois de décembre 2018, 81 000 foyers gardois reçoivent une aide au logement de la part de la Caf. Cela représente une population de 170 000 personnes couvertes par les aides au logement, soit 23% de la population totale du département. Le Gard se caractérise par une plus forte proportion d'aide au logement dans le parc locatif privé, avec des loyers plus élevés. En effet, le nombre d'allocataires dépensant plus de 40% de leurs revenus pour se loger est multiplié par 7 par rapport au parc social.

Logements indignes

Le département du Gard est particulièrement touché par la problématique du logement indigne. On estime potentiellement que le taux de logement indigne s'élève à 10,3 % dans le parc privé sur le territoire en 2013 (données 2015) ce qui correspond à 30 000 logements. Au niveau national, 5 % des logements sont considérés comme indigne, contre 7,8 % au niveau de l'Occitanie (DDTM du Gard).

Un faible nombre de places d'hébergement

Le Gard compte 3,2 places d'hébergement (hors CADA et HUDA) pour 1 000 personnes vivant sous le seuil de pauvreté, un taux d'équipement particulièrement faible comparé à celui de la France métropolitaine qui, rapporté à la même population, compte 7,9 places. Cette insuffisance d'équipement entraîne une forte pression sur la demande : en 2017, pour 4 demandes d'hébergement d'urgence, une seule place a pu être proposée. Les jeunes par exemple, accueillis dans les structures d'hébergement, ne peuvent en sortir faute de solution « passerelle » leur permettant d'accéder à un logement autonome

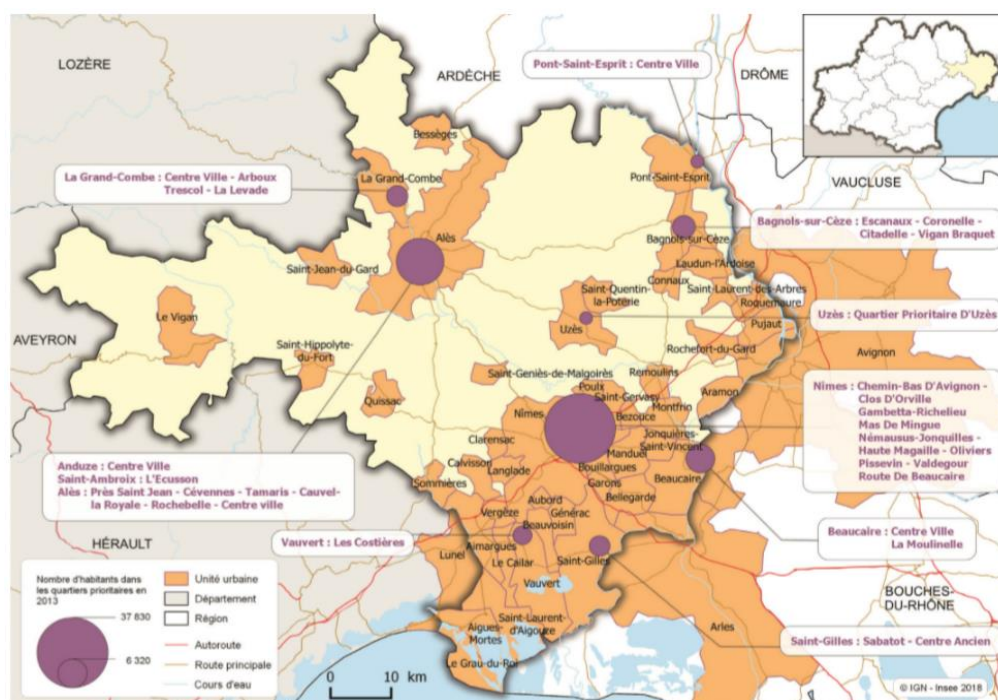
L'hébergement d'urgence

Le rapprochement quantitatif entre le nombre de demandes d'hébergement d'urgence exprimées sur une année (2017) et celui des entrées en structure suite à ces demandes permet de mesurer que, dans le Gard, 1 demande d'hébergement d'urgence sur 4 aboutit à un hébergement effectif (SIAO du Gard).

❖ La politique de la ville

En Occitanie, la nouvelle géographie prioritaire identifie 105 quartiers, répartis sur 12 départements, 41 unités urbaines et 49 communes. Ces quartiers ne réunissent pas moins de 358 010 habitants, soit 6 % de la population régionale, pour un revenu médian annuel allant de 10 160 euros à 15 300 euros selon les quartiers. Dans le Gard, 18 quartiers sont identifiés comme prioritaires, regroupant 77 200 habitants soit 11 % de la population gardoise et représente 22% de la population des quartiers prioritaires de la Région.

Cartographie 5 : quartiers prioritaires du Gard



Cartographie 5 : Localisation et population des quartiers prioritaires du Gard

Source : Insee, recensement de la population 2013

❖ La précarité en matière de santé et dispositifs d'aide

La population du Gard nécessite davantage d'aides financières en matière de santé, que la région :

- En 2018, 90 043 Gardois étaient bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), soit 13.2 % de la population consommant des soins. En comparaison l'Occitanie n'a eu que 11.1% de sa population consommant des soins qui a eu la CMU-C.
- En 2018, L'ACS (l'aide au paiement d'une complémentaire santé) a aidé 29 548 Gardois, soit 5% des bénéficiaires parmi la population consommant au régime général, contre 4% en Occitanie. (Au 1er novembre 2019 la CMU-c et l'ACS ont fusionné pour devenir la Complémentaire Santé solidaire (CSS).
- Les 389 bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) parmi la population du régime général, représentent une part de 0.07% soit l'équivalent de l'Occitanie qui est à 0.08%.

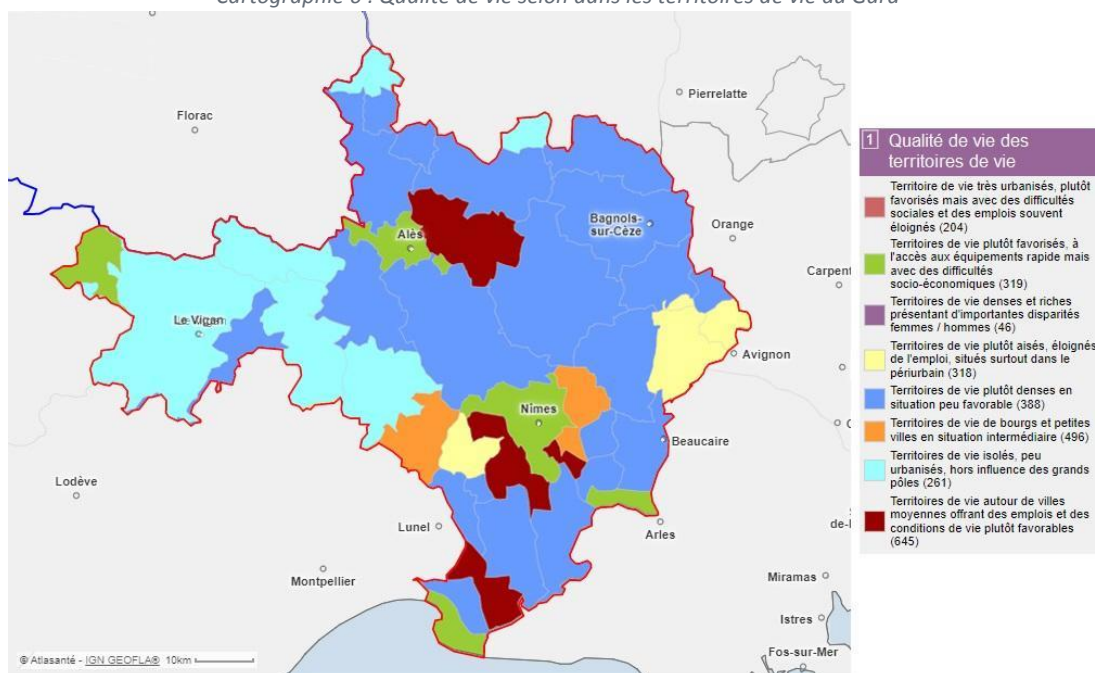
Que ce soit la CSS (anciennement ACS et CMU-c) ou l'AME, ces dispositifs sont gérés par l'assurance maladie dont les « Missions d'Accompagnement Santé » (MAS) afin d'aider dans les démarches de soins ceux qui y ont renoncé.

Les permanences d'accès aux soins (PASS) représentent un dispositif permettant la prise en charge médicale et sociale des personnes en situation de précarité, sans couverture d'assurance maladie ou sans mutuelle qui rencontrent des difficultés pour se soigner. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée. Le Gard en compte 5 à Nîmes, Uzès, Alès, Le Vigan, Bagnols-sur-Cèze. Elles sont toutes des PASS généralistes. L'Occitanie avait 43 PASS en 2018 : 35 PASS généralistes, 5 PASS psychiatriques, 2 PASS dentaires et une PASS mobile. Le département détient donc près de 13% des PASS de la région.

6. Qualité de vie

❖ Qualité de vie

Cartographie 6 : Qualité de vie selon dans les territoires de vie du Gard



Source : http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=cont_stat_03.ter_21&s=2011&view=map2

La majeure partie de la population se situe dans des territoires denses en situation peu favorable sauf au niveau des grandes agglomérations où la situation est plus favorable bien que marquée par des difficultés sociales et d'emploi. Le territoire des Cévennes est notable pour sa faible urbanisation.

7. État de santé de la population

❖ Indicateurs sur l'état de santé de la population

Taux de mortalité

- Le **taux brut de mortalité** (10‰) en 2019, est pratiquement équivalent à celui de l'Occitanie (10.1‰), mais supérieur à la France Métropolitaine (9.2‰). Le taux brut de mortalité des hommes dans le département (10.6‰) est supérieur à la région (10.4‰) et à la France (9.4‰). Pour les femmes, le taux brut (9.5‰) est inférieur à l'Occitanie (9.8‰), mais supérieur à la France métropolitaine (9‰).
- Le **taux de mortalité standardisé des 65 ans et plus** en 2019 est de 35.7‰, inférieur à celui de l'Occitanie 36.7‰ et à la France métropolitaine (35.8‰).
- Par contre, le **taux de mortalité infantile** (3.6‰) est supérieur à la moyenne nationale (3.5‰) et régionale (3‰).
- De plus, la **mortalité prématurée standardisée** (des 0-64 ans) qui est de 1.9‰ est supérieure à la France (1.8‰) et la région (1.8‰).

Espérance de vie

L'espérance de vie est comparable au niveau national et régional, tant pour les hommes que pour les femmes, bien qu'elle soit légèrement inférieure pour les hommes que pour les femmes. En effet, l'espérance de vie à la naissance entre le Gard et l'Occitanie est inférieure de 4 mois pour les hommes et de 2 mois pour les femmes.

Les principales causes de décès

Les dix principales causes de décès dans le Gard sont :

- Autres cardiopathies (I30-I33, I39-I52)
- Autres maladies du système nerveux et des organes du sens (G04-H95) *
- Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (C32-C34) *
- Cardiopathies ischémiques (I20-I25) *
- Maladies cérébrovasculaires (I60-I69)*
- Autres maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)
- Autres troubles mentaux et du comportement (F00-F99)*
- Autres symptômes et états morbides mal définis (R00-R99)
- Autres tumeurs malignes (C00-C97)
- Causes inconnues ou non précisées (R96 -R99)

*Ce sont les causes de décès qui ont un taux nettement plus élevé dans le Gard. Alors que les autres ont des taux comparables avec la région et la France métropolitaine.⁸

“Les autres troubles mentaux et du comportement” sont la 7e cause de mortalité dans le département, 362 décès soit 48.7 décès pour 100 000 habitants. Ces données, ~~sont très clairement~~ supérieures au taux régional (39.2 décès pour 100 000 hab.) et au taux national (35.4 décès pour 100 000 hab.), démontre l'enjeu de la mise en oeuvre du PTSM dans le Gard.

Tableau 3 : Représentant les effectifs et taux d'individus ayant des troubles mentaux et certaines pathologies associées en 2016

Libellé et code CIM	Effectifs de décès dans le Gard	Taux brut de décès pour 100 000 hab. dans le Gard	Taux brut de décès pour 100 000 hab. en Languedoc-Roussillon	Taux brut de décès pour 100 000 hab. en France métropolitaine
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	395	53.1	43.1	39.6
Dont Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) (F10)	30	4.0	3.5	3.8
Dont Pharmacodépendance, toxicomanie (F11-F16, F18-19)	3	0.4	0.4	0.3
Dont Autres troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	362	48.7	39.2	35.4

Source : <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>

Taux d'affection longue durée dans le Gard

En 2017, 148 470 Gardois ont été pris en charge pour une affection de longue durée (ALD) dont 19 410 ayant une affection psychiatrique de longue durée (ALD 23). Pour les ALD relevant des affections psychiatriques, cela représente 2.6% de la population du Gard, soit 3 066 personnes pour 100 000 personnes affiliées au régime général (Occitanie : 2 880 personnes pour 100 000 personnes). L'incidence en termes d'ALD 23 est de 2 360 nouveaux cas dans le département en 2017.

Consommation de médicaments psychotropes

⁸ <http://cepidc-data.inserm.fr/cgi/broker.exe>

La France est un des plus grands consommateurs de substances psychotropes dans le cadre médical, par rapport aux autres pays. L'observation de l'utilisation de ces médicaments est un indicateur sur le mal être psychique de la population.

- Le taux d'enfant (0-17 ans) sous psychotropes est équivalent entre le Gard (1.9 pour 1000 consommant de cette tranche d'âge) et l'Occitanie (2 pour 1000).
- Par contre, à partir de 18 ans et pour la population de 65 ans et plus, le taux d'individu sous psychotropes est inférieur dans le Gard par rapport à la région.
- Seuls les anxiolytiques présentent un taux d'adulte entre 18 et 64 ans consommant légèrement plus cette famille de médicament (25.8 pour 1000 consommant) que dans la région (25.4 pour 1000 consommant).

Suicide et tentative de suicide

En 2016, 106 décès par suicide ont été recensés dans le Gard, soit environ 1.3% des décès dans le département. En 2017, il y en eut 90, qui ont touché en majorité les hommes. La part des décès par suicide dans le Gard est équivalente à la région (1.4%) et à la France métropolitaine (1.3%).

Comme au niveau national, en Occitanie la mortalité par suicide tend à baisser, notamment au cours des cinq dernières années, pour les hommes comme pour les femmes.

Par contre le nombre de tentatives de suicide en 2015 était de 953 individus. Le taux standardisé de tentative de suicide est de 133.4 pour 100 000 personnes dans le département, ce qui est inférieur à celui de la région (140.7) et même à la France métropolitaine (162.5).

En 2015, la région a comptabilisé près de 7 786 séjours hospitaliers pour tentatives de suicide. Pour les femmes, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé que celui des hommes à quasiment tous les âges, c'est plus particulièrement le cas entre 15 et 19 ans, âge où il atteint son maximum (304,4 pour 100 000 Occitanes).

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans en 2015 est de 7 pour 10 000 habitants dans le département. Ce résultat est inférieur à la région qui est à 12.1 pour 10 000 habitants et de 16.1 pour 10 000 en France.⁹

Ces données montrent que les tentatives de suicide sont moins pratiquées dans le département que dans les territoires de comparaison, bien que le taux de mortalité lié au suicide soit équivalent.

❖ Facteurs de risque

Alcool

En Occitanie, les jeunes présentent une consommation régulière d'alcool relativement plus importante qu'en France métropolitaine.

Selon les taux bruts départementaux de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool en 2017, le Gard est en 3e position pour les hommes, parmi les départements d'Occitanie et compte parmi ceux qui ont un taux de passage aux urgences lié à l'alcool plus élevé entre 2007 et 2016.

Dans les départements du Gard et de la Lozère, le taux standardisé de mortalité due aux principales pathologies directement liées à l'alcool chez les hommes était plus de 20% supérieur à celui de la région. Par contre pour les femmes, le Gard (avec 9.8 pour 100 000 habitants) est proche du taux régional (9.0 pour 100 000 habitants).

Le Gard est donc un territoire fragile en matière de santé liée à la consommation d'alcool, comparativement aux autres départements de la région.

Tabac

⁹

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=161131,6805063,953990,1033511&c=indicator&i=ado_ag_02.ado_a49&s=2015&view=map4

La part des jeunes ayant un usage quotidien du tabac est significativement plus élevée que celle observée chez les jeunes de métropole.

On observe dans notre région, comme au niveau national, des consommations de tabac de plus en plus fréquentes chez les jeunes filles et une tendance marquée à des consommations ponctuelles excessives.

Pharmacodépendance, toxicomanie

Il y a eu 3 décès dans le Gard en 2016 liés à la pharmacodépendance et la toxicomanie (sur 10 décès en Occitanie Est).

Sédentarité

En 2016, l'évaluation de la politique départementale en faveur des personnes âgées a permis de mettre en évidence, un fort isolement de ce public dans le département qui touche d'abord les plus précaires. 35% des personnes âgées, ayant répondu à un questionnaire du conseil départemental du Gard, se sentent régulièrement isolées contre 25% au niveau national.

Insuffisance pondérale, surpoids et obésité

Selon le baromètre Santé Occitanie 2016, les prévalences du surpoids et de l'obésité pour les personnes de 15 à 75 ans, atteignent respectivement 28% et 11%. Elles sont significativement plus faibles que dans le reste de la France.

Les prévalences de surcharge pondérale augmentent avec l'âge et sont plus élevées chez les hommes. Les disparités selon le niveau d'éducation sont importantes, avec 45% de surcharge pondérale pour les moins diplômés versus 32% pour les niveaux baccalauréat ou plus en Occitanie.

En matière de diabète, le département (avec 17.6 décès pour 100 000 habitants) a un taux de mortalité qui est équivalent aux données de la France (17.4), et est inférieur à celui de l'Occitanie Est (20.1).

En ce qui concerne les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, le département (17.1 décès pour 100 000 habitants) est bien supérieur aux territoires de comparaison (15.2 décès pour 100 000 habitants pour l'Occitanie Est et 14.2 pour la France métropolitaine).

❖ Les professionnels en charge des soins primaires

Le médecin généraliste

L'âge moyen des médecins généralistes en psychiatrie en France est de 51.4 ans. L'Occitanie en est proche avec un âge moyen de 51.9, ce qui risque de menacer l'offre d'ici une dizaine d'années, s'ils ne sont pas remplacés. Par contre, le département a une moyenne d'âge plus élevée d'un an avec 52.9 ans. Les psychiatres sont donc plus vieillissants que sur les territoires de comparaison et la part des psychiatres libéraux âgés de plus de 55 ans est de 46.2%.

Les médecins généralistes, au nombre de 450, sont à 59 % en exercice libéral ; la densité de médecins généralistes est plus faible dans le département (149.7 médecins pour 100 000 habitants) que dans l'Occitanie (168.3 médecins pour 100 000 hab.) ou la France métropolitaine (153.6 médecins pour 100 000 hab.).

La part des femmes parmi les généralistes est inférieure à celle des hommes dans le Gard (43.4%, contre 46.7% pour la France).

Les infirmiers libéraux

Le département compte 2 403 infirmiers exercice libéraux/mixte (chiffre DREES pour l'année 2018). La densité d'infirmiers libéraux est de 259.2 pour 100 000 personnes. Comparativement, la région est à 228.6 infirmiers libéraux pour 100 000 personnes (avec 13 277 soignants) et la France à 147.2 pour 100 000 personnes. Le Gard représente un des départements les mieux dotés en infirmiers libéraux.

Les kinésithérapeutes libéraux

Le département compte 875 kinés libéraux, pour une densité de 118 kinés libéraux pour 100 000 habitants. La région détient 8 691 kinés libéraux et une densité de 149 pour 100 000 habitants, une densité supérieure à la France qui est de 107 pour 100 000 habitants. Là encore le département a une concentration de kinésithérapeutes supérieure à la région et à la France.

Les officines

Il y a 249 officines en 2020 soit 33.5 officines pour 100 000 habitants, alors que la région compte 34.1 officines pour 100 000 habitants. Le département est donc proche de la moyenne régionale.

❖ L'offre de soins secondaire et d'urgences

310 015 personnes¹⁰ ont bénéficié d'actes de spécialistes en 2018, soit 41.8% de la population. La France a une part de bénéficiaires d'actes de spécialistes de 40.8%, un taux inférieur à celui du département.

Il y a 8 établissements publics de santé dans le Gard, dont un spécialisé en psychiatrie (CH Mas Careiron, à Uzès), et 2 comprenant un pôle de psychiatrie (CHU de Nîmes et CH d'Alès). L'offre sanitaire est complétée par 25 établissements privés, dont 8 autorisés en psychiatrie :

- Clinique des Sophoras à Nîmes ;
- Clinique La Camargue à Bouillargues ;
- Clinique du Pont du Gard à Remoulins ;
- Clinique neuro-psychiatrique de Quissac ;
- Clinique Belle Rive à Villeneuve les Avignon ;
- Centre Le Peyron, porté par l'association éducative du Mas Cavaillac (AEMC) ;
- CPI Montauray (HDJ, CMPEA, appartements familiaux thérapeutiques) ;
- Association Cigalières (HDJ, CMPEA).

Cinq services d'accueil des urgences sont autorisés dans le Gard :

- La nouvelle clinique Bonnefon à Alès
- La polyclinique Grand sud de Nîmes
- Le CHU Caremeau à Nîmes
- Le CH Louis Pasteur de Bagnols-sur-Cèze
- Le CH d'Alès Cévennes

Certaines communes sont à une distance importante du service d'urgence le plus proche, ce qui augmente le temps d'accès aux urgences. Par exemple :

- Saint-Maximin est à 46 km du service d'urgence le plus proche soit 36 minutes,
- Aubussargues est à 34 km du service d'urgence plus proche, soit 36 minutes,
- Malons et Elze sont à 51 km du service d'urgence plus proche, soit 64 minutes,
- Saint André de Valborgne est à 52 km du service d'urgence le plus proche, soit 70 minutes,
- Campestre et Luc sont à 48 km du service d'urgence le plus proche, soit 50 minutes.

Cette liste n'est pas exhaustive. En effet les communes qui les entourent ont les mêmes problématiques. Or on sait que le temps pour accéder à un service des urgences est une notion primordiale, car il influe sur les chances de survie d'une personne.

¹⁰https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=494969,6490276,579105,343466&c=indicator&i=conso_prest.spe&i2=conso_prest.ben_spe_pop&s=2018&s2=2018&selcodgeo=30&view=map5

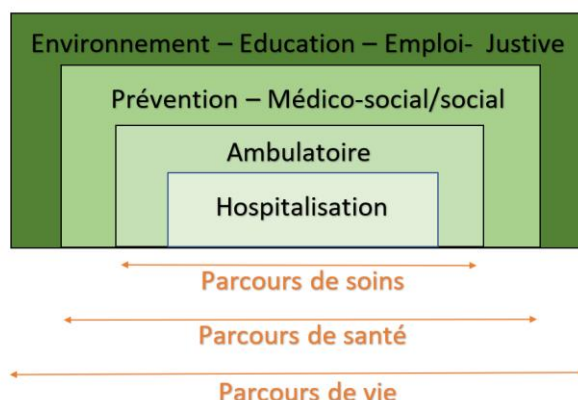
III. Cartographie de l'offre en santé mentale : état des ressources disponibles

Sont présentées les données sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale dans le Gard.

1. L'organisation des parcours en santé mentale

❖ La notion de parcours

Le PTSM vise à améliorer la réponse aux besoins de santé mentale des usagers sur le territoire, notamment par l'organisation des parcours de santé.

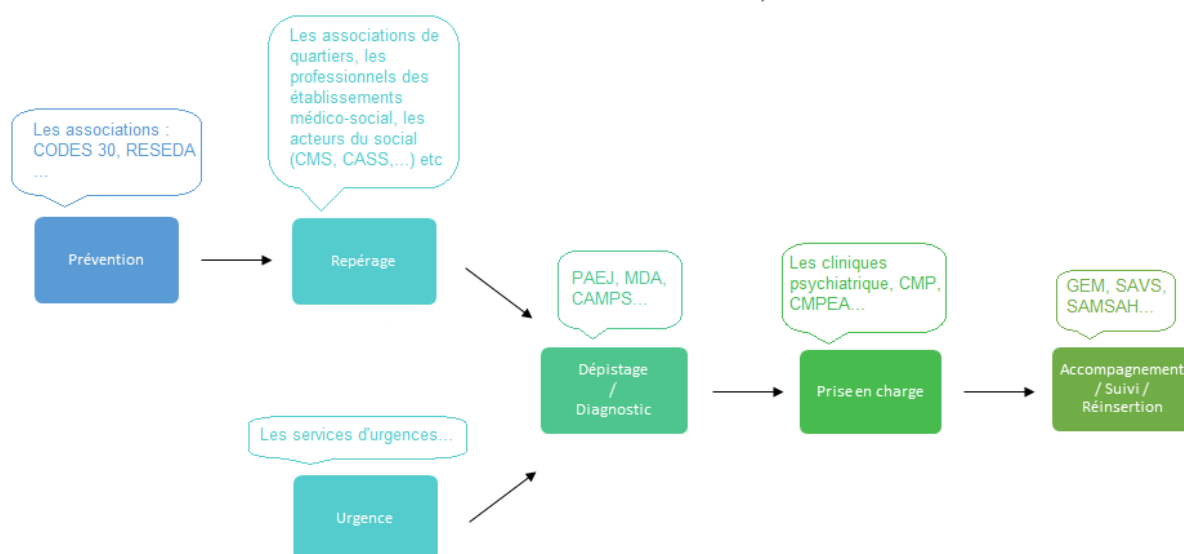


Logigramme 2 : Représentation schématique des parcours

Source : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) - https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

En amont du parcours de soins, le parcours de santé s'articule avec la prévention primaire, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile... Il comporte des étapes liées à la prévention, au repérage, au dépistage, au diagnostic, à la prise en charge/soins (pronostic, éligibilité du traitement avec l'implication du patient, traitement), à l'accompagnement et au suivi.

Logigramme 3 : Représentation schématique des étapes existantes dans un parcours de santé mentale et exemples d'acteurs intervenants dans chacune de ces étapes



❖ Les instances publiques qui contribuent aux politiques de santé mentale

Certaines instances publiques sont concernées par le PTSM, à travers la politique de santé publique mise en place au niveau du territoire.

Notamment :

- La délégation départementale de l'ARS (DD30)
- La direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)
- Le conseil départemental du Gard, et notamment les services de la Direction de l'autonomie, la protection maternelle et infantile (PMI), l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

❖ Les instances de démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire associe l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Au niveau local, c'est la délégation départementale de l'Agence Régionale de Santé qui anime la démocratie sanitaire sur le territoire.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 renforce les instances de la démocratie sanitaire.¹¹

Depuis le 28 février 2017, un Conseil Territorial de Santé (CTS), et sa commission spécialisée en santé mentale, sont installés dans le Gard.

Dans le département, il existe 22 conseils citoyens, qui se répartissent comme suit dans 11 villes : Alès (5), La Grand-Combe (2), Pont-Saint-Esprit (1), Anduze (1), Bagnols-sur-Cèze (1), Beaucaire (2), Saint-Ambroix (1), Vauvert (1), Uzès (1), Saint-Gilles (1) et Nîmes (6).¹²

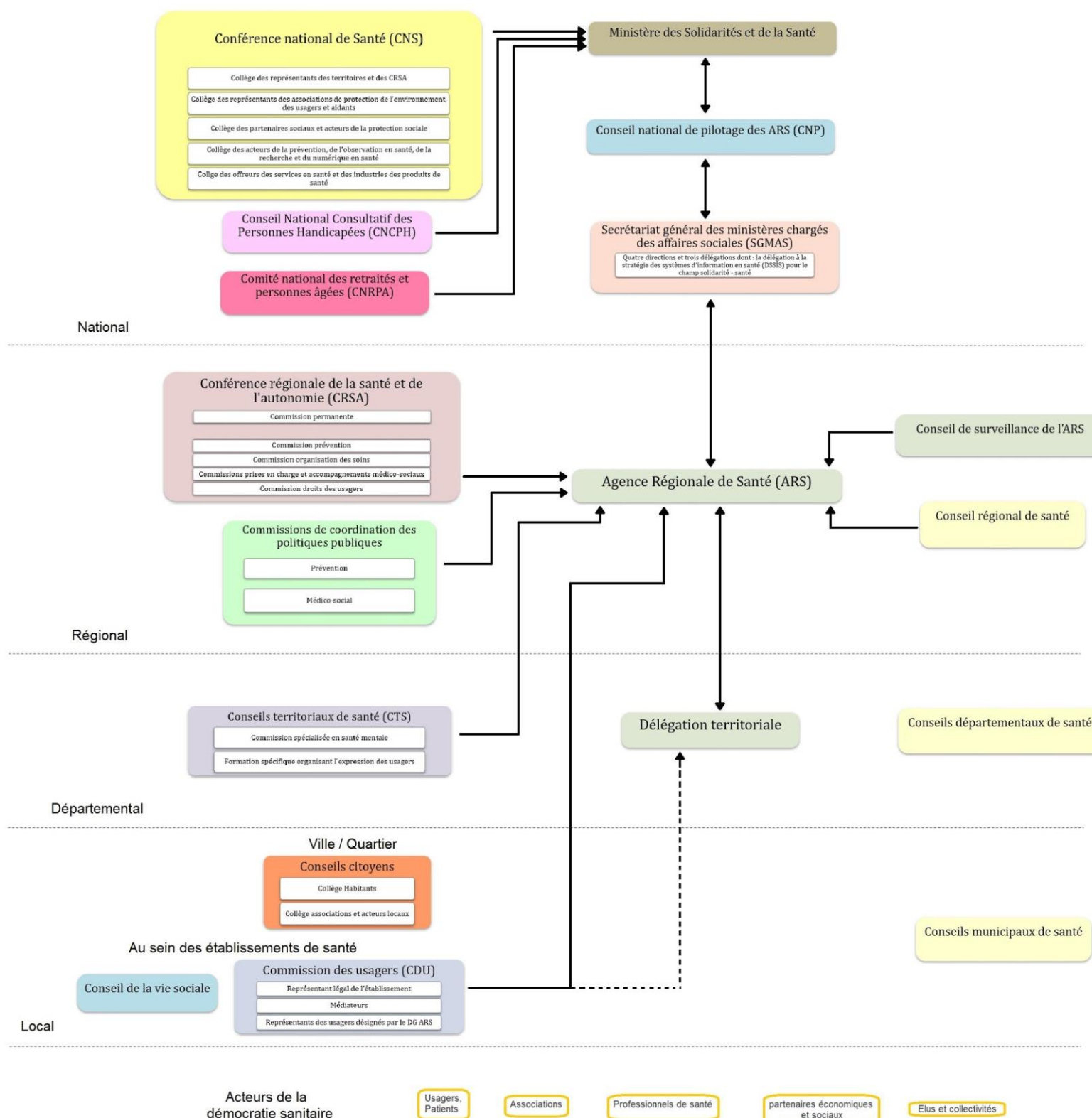
Dans chaque établissement de santé et médico-social sont installées des instances de représentation des usagers, dénommées « commission des usagers » et « conseil de la vie sociale ».

¹¹ <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10?parent=4203>

¹² <https://www.conseilscitoyens.fr/>

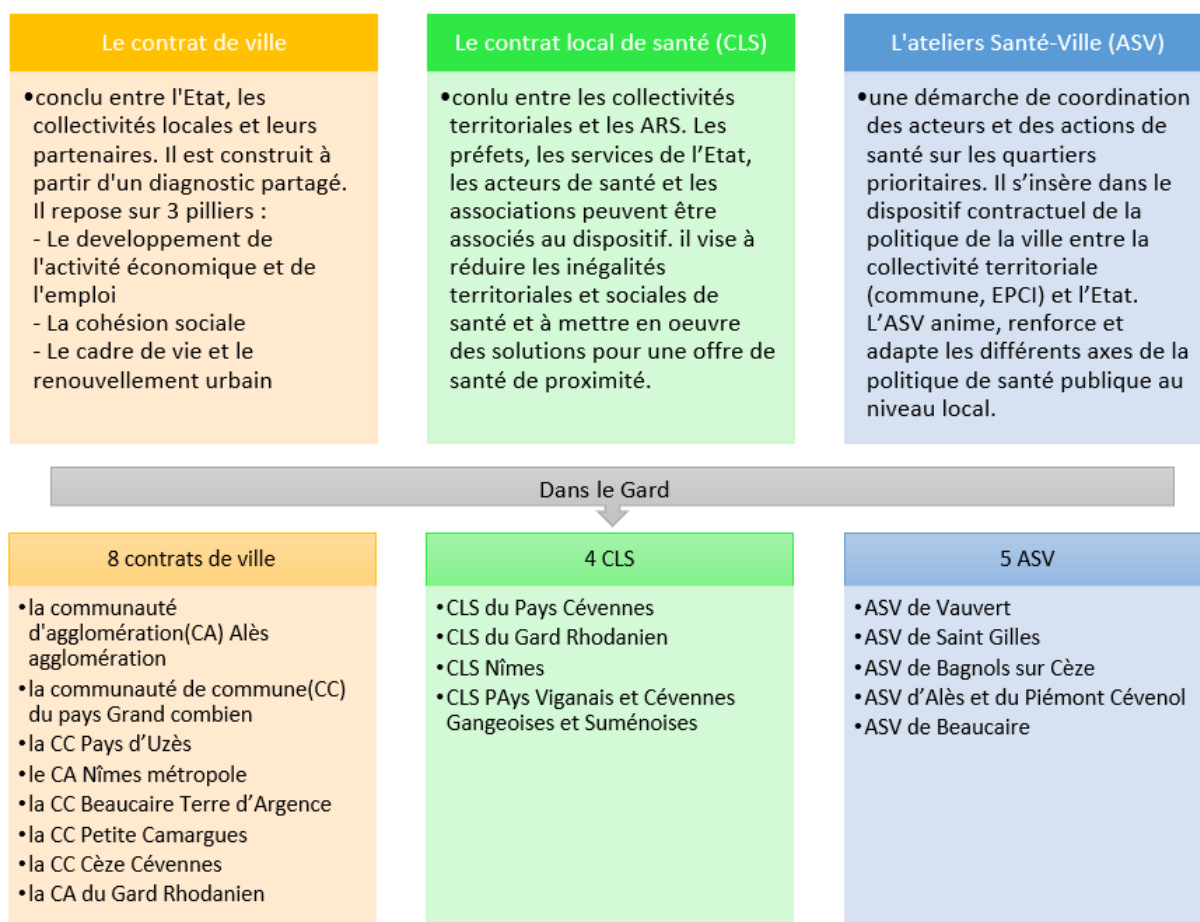
Instances consultatives :

Organismes de pilotage de la santé :



Logigramme 4 : Acteurs, instances et gouvernance de la démocratie sanitaire, selon les échelles

Les dispositifs contribuant à l'articulation territoriale

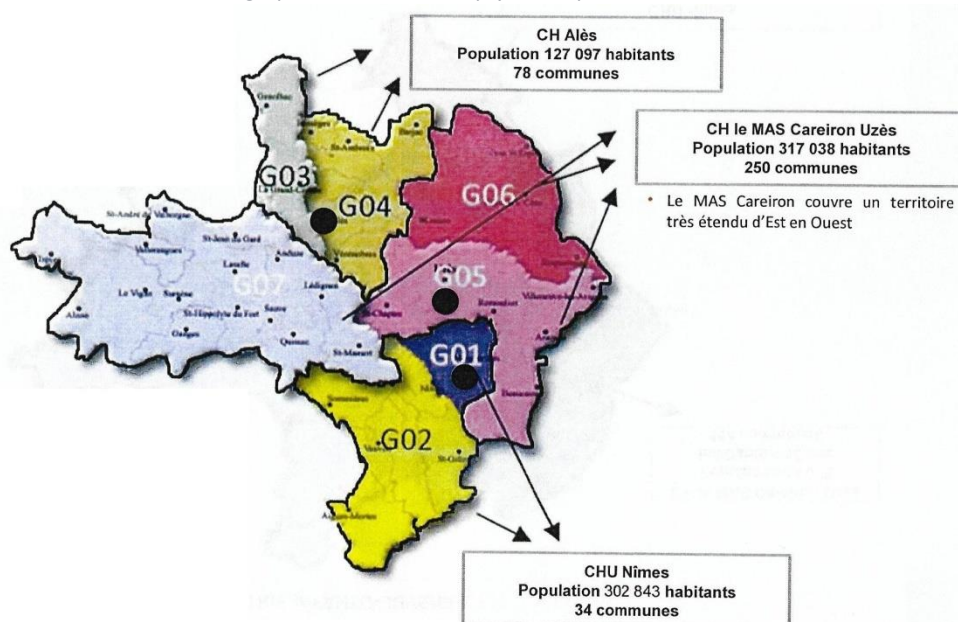


Les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour objectif d'apporter un soutien aux professionnels pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services : l'information et orientation des professionnels, l'appui à l'organisation des parcours complexes, le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours. A ce jour, aucune PTA n'a été mise en place dans le Gard. Le dispositif vise à s'insérer dans le dispositif d'appui à la coordination (DAC) en cours de déploiement sur les territoires.

❖ La sectorisation psychiatrique

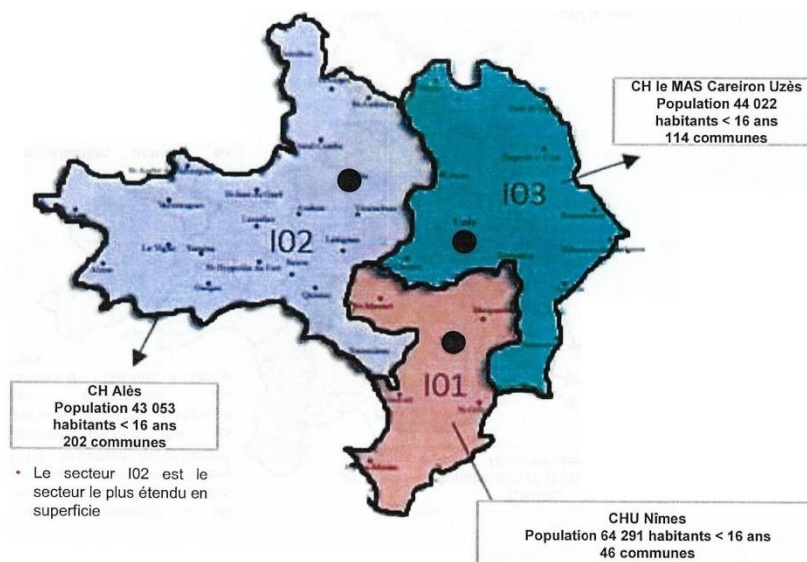
La sectorisation psychiatrique structure l'organisation des soins dans le dispositif public de psychiatrie, pour la psychiatrie générale (« adultes ») et infanto-juvénile, et constitue un volet majeur de l'offre de soins spécialisés. La gestion de chaque secteur est confiée à un établissement de santé pour l'ensemble de ses activités, intra et extrahospitalières.

Cartographie 7 : Les secteurs psychiatriques adultes du Gard



Source : Guide du Gard - UNAFAM

Cartographie 8 : Les secteurs de la psychiatrie infanto-juvénile en Occitanie



Source : ARS Occitanie-bilan santé mentale-avril 2017

❖ Le regroupement d'établissements

Le Groupement Hospitalier de Territoire :

À compter du 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoires (CHT) sont transformées en groupements hospitaliers de territoires (GHT). L'article 107 de la loi dite « Santé » définit le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) comme un dispositif de nature conventionnel par lequel les établissements qui en font partie doivent adhérer à une convention qui crée le GHT (article L 6132-1-I du code de la santé publique).

Dans le Gard, il existe un unique GHT, "Cévennes-Gard-Camargue", qui est composé de 17 membres, établissements de santé ou médico-sociaux publics : le CHU de Nîmes, les centres hospitaliers du Mas Careiron (à Uzès), d'Uzès, de Bagnols-sur-Cèze, de Alès-Cévennes, de Pont-Saint-Esprit, de Pontetils, du Vigan, les EHPAD de Saint-Gilles, de Beauvoisin, de Redessan-Cabrières, d'Euzet-les-Bains, d'Aramon et de Montfrin, de Sauve, de Saint-Hippolyte du Fort et de Lasalle.

La communauté psychiatrique de territoire (CPT) :

Les membres du GHT, établissements publics de santé, s'ils sont signataires d'un contrat territorial de santé mentale, peuvent constituer une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement.

La communauté psychiatrique de territoire contribue à la définition du PTSM, puisque celui-ci conditionne l'existence de ces communautés. Toutefois, dans l'attente de la signature du contrat territorial de santé mentale, une communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice peut être créée. Aujourd'hui, il n'existe pas de communauté psychiatrique dans le Gard.

2. L'offre générale de soins et de services en santé mentale pour adultes

L'offre de soins à destination de la population en souffrance psychique repose sur deux types d'offres complémentaires : l'offre libérale de ville et l'offre en établissements de santé (publics et privés) ou en structures médico-sociales.

❖ Les professionnels spécialisés en santé mentale

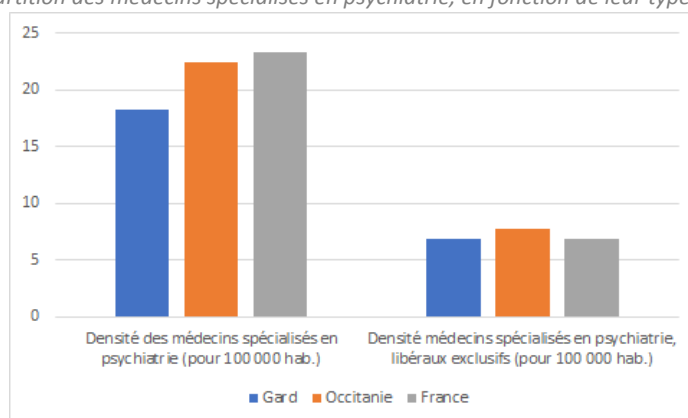
Les psychiatres :

En 2019 dans le Gard, étaient répertoriés 148 médecins spécialisés en psychiatrie, dont 81 salariés et 67 libéraux ou mixtes.

L'âge moyen des médecins spécialisés en psychiatrie dans le Gard est de 53,6 ans, une moyenne d'âge plus élevée qu'en France (52,5 ans en moyenne) ou en Occitanie (52,6 ans). La part des psychiatres libéraux âgés de 55 ans et plus est de 46,2% dans le département.

La densité de médecins psychiatres (tous exercices confondus) est plus faible dans le Gard qu'en Occitanie ou en France métropolitaine. La densité des psychiatres libéraux est équivalente dans le département et en France métropolitaine, bien que leur densité reste plus faible qu'en Occitanie.

Tableau 4 : répartition des médecins spécialisés en psychiatrie, en fonction de leur type d'exercice - 2018

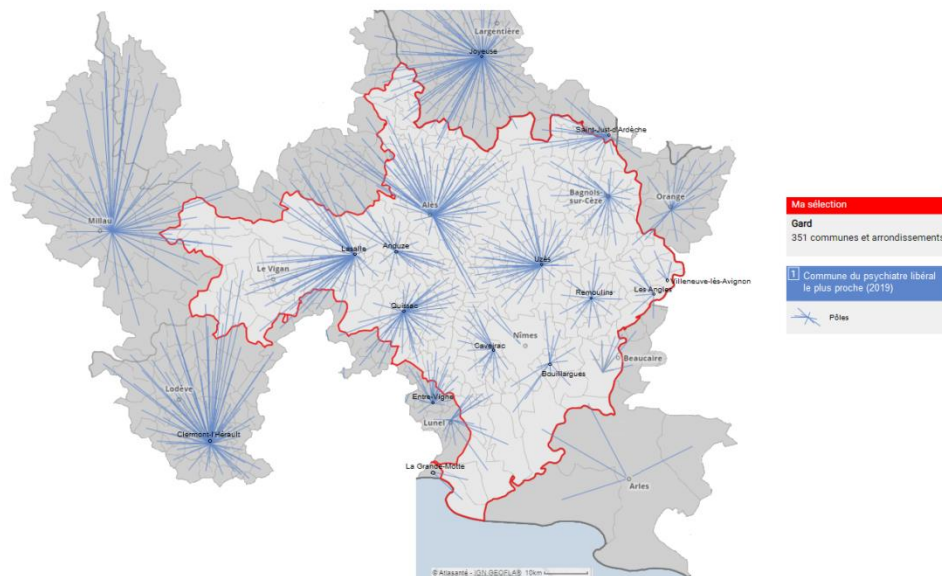


Source : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3795> ;
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3804>

La part des femmes parmi les psychiatres est de 50,6%.

Le taux de recours aux psychiatres libéraux est plus faible dans le Gard (32.4 soins pour 1000 consommateurs de 18 à 64 ans) qu'en Occitanie (37.1 soins pour 1000 consommateurs).

Cartographie 8 : Le plus proche psychiatre libéral pour chaque commune du Gard



Source :

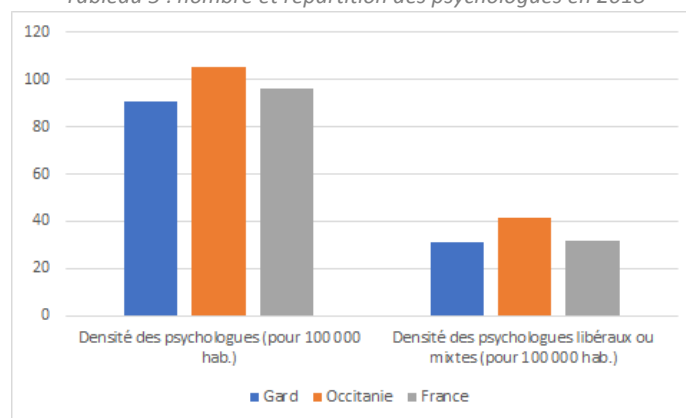
https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=667767,6387790,233510,138494&c=indicator&f=11&i=prox_profsante.compole&s=2019&view=map12

Les psychologues :

Leur nombre augmente chaque année : en France, ils étaient 54 000 en 2015 et sont 64 500 en 2018. Le Gard compte près de 675 psychologues. Parmi eux, 234 sont libéraux ou en exercice mixte (35%), 153 en établissements de santé (22.5%) et 288 salariés d'autres structures (42.5%). Les psychologues dans le Gard sont en grande majorité des femmes (85%), ce qui est également le cas pour l'Occitanie et la France.

La densité de psychologues, même libéraux ou mixtes est plus faible dans le département que dans l'Occitanie ou la France métropolitaine, bien que le Gard ait des résultats plus proches de ceux de la France.

Tableau 5 : nombre et répartition des psychologues en 2018



Source : www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx

En 2015, en France, 10.2 milliers d'ETP (équivalent temps plein) de psychologue travaillent dans le secteur public et 2.7 milliers d'ETP dans le secteur privé.

Le Ségur de la santé prévoit des mesures et orientations afin de poursuivre la modernisation du système de santé et d'améliorer la prise en charge des patients. Pour la psychiatrie, l'objectif principal est de « fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers ». Le PTSM doit notamment permettre de renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population. Le Ségur de la santé envisage plusieurs pistes de travail, notamment la reconnaissance de compétences spécifiques et la création d'un référentiel au cadre d'exercice de la profession de psychologue, ou le versement de forfait de prise en charge par l'assurance maladie des consultations de psychologues cliniciens.

Les autres professions pouvant intervenir en santé mentale :

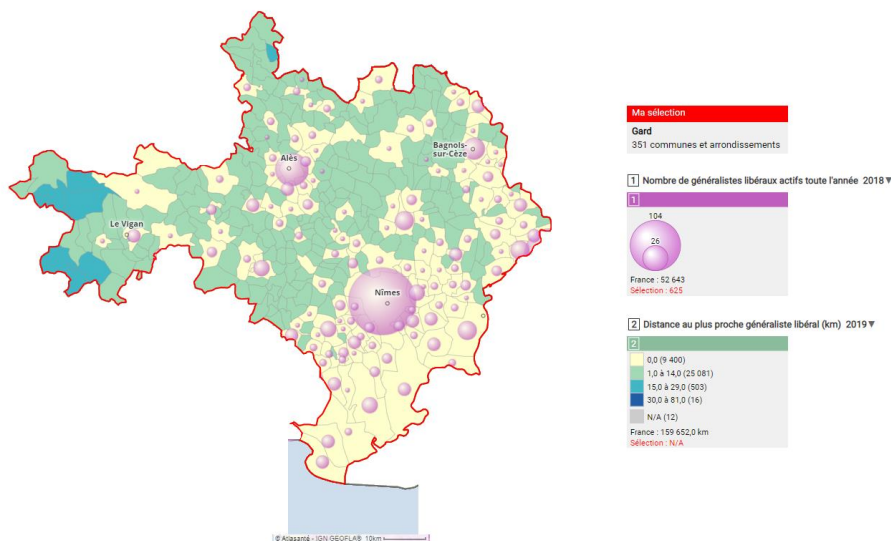
Les médecins généralistes :

En tant que praticien de proximité, le médecin généraliste peut être sollicité pour des affections d'ordre mental. Près de 13 % des consultations chez le médecin généraliste sont liées aux seuls troubles dépressifs et anxieux. Les médecins généralistes libéraux représentent 60.7% des médecins généralistes dans le Gard, soit une proportion inférieure à l'Occitanie (63.7%), mais supérieure à la France (58.8%).

Dans le Gard, la densité de médecins généralistes libéraux ou mixtes est de 96,1% pour 100 000 habitants en 2019. Leur répartition sur le territoire est inégale et induit d'importants déplacements dans certaines zones, notamment vers l'est et le nord du département, complexifiant ainsi la prise en charge des patients.

En 2019, plus de la moitié des médecins généralistes libéraux ou en exercice mixte avaient 55 ans ou plus (58,3 %).

Cartographie 9 : nombre de généraliste et distance au plus proche d'un généraliste en 2018



Source :

https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=667767,6387790,233510,138494&c=indicator&i=gene_datcom.actifs&i2=offre_ps.dist_mg&s=2018&s2=2019&view=map12

L'analyse de la répartition de l'offre libérale montre une forte concentration dans le secteur de Nîmes. Les communes plus périphériques disposent d'une offre nettement moins dense et accessible.

Les professionnels soignant et socio-éducatif :

Les soins et l'accompagnement dispensés en santé mentale peuvent être exercés par des professionnels de santé qualifiés, en parallèle de soins médicaux.

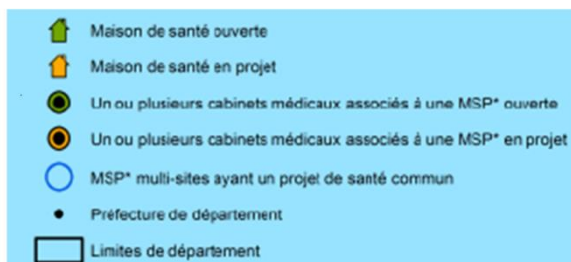
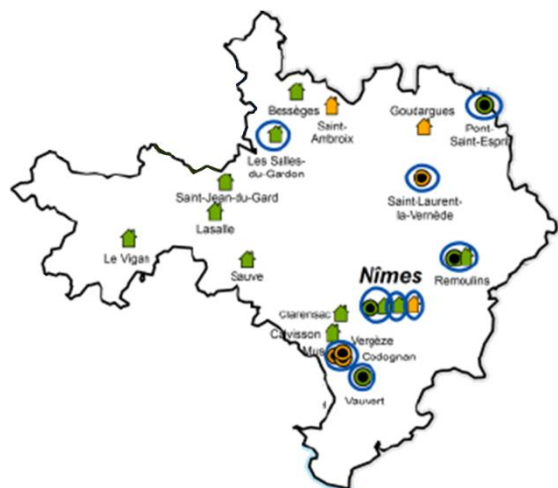
Dans le domaine de la santé mentale, on retrouve bien souvent des infirmiers, des assistants sociaux, des psychomotriciens...

En établissement, ces professionnels travaillent au sein d'une équipe pluridisciplinaire assurant une prise en charge globale et coordonnée.

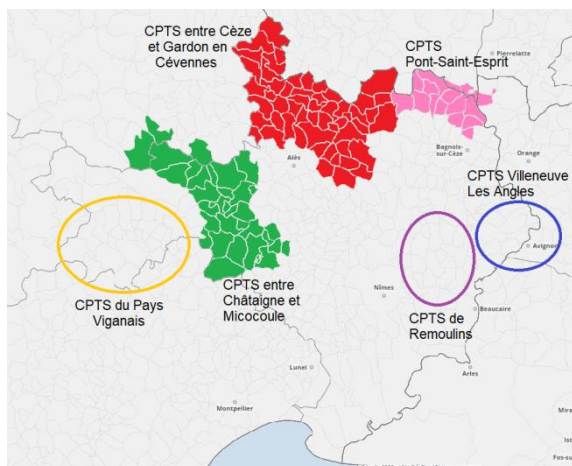
En 2015, la densité moyenne d'équivalent temps plein pour les personnels soignants et socio-éducatifs, dans le secteur de la psychiatrie générale, est moins importante dans le Gard (2.3 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus) qu'en Occitanie (2.4 pour 100 000 habitants de 16 ans et plus).

Les regroupements de professionnels :

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont constituées par des professionnels qui renforcent l'offre de soins de proximité et peuvent répondre à des enjeux de santé. Il en existe plus de 200 labellisées en Occitanie, fin 2019 avec 151 déjà ouvertes (dont 15 dans le Gard).¹³ Le Gard a donc un dixième des MSP ouvertes de la région.



Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) se structurent autour d'acteurs de santé souhaitant se coordonner pour répondre à des besoins de santé émanant de la population de leur territoire. En 2020, seule la CPTS « Entre Châtaigne et Micocoule » est établie dans le Gard.



❖ L'offre en établissement de santé

Le recours aux soins pour les troubles psychiques en France doit prendre en compte les prises en charge au sein des établissements de santé et l'articulation ville-hôpital, tant pour les soins spécialisés que pour les soins somatiques et la prévention.

Les structures permettant une prise en charge de courte durée

L'évolution des soins en psychiatrie a modifié l'organisation des soins et a eu pour conséquence une réduction des capacités d'hospitalisation au profit des prises en charge ambulatoires et à temps partiel. En France, le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie a été divisé par deux entre 1985 et 2020.

¹³ https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-10/CARTO%20MSP%20OCV_10102019_1.pdf

Tableau 6 : Recours à des établissements psychiatriques à temps plein

	Gard	Occitanie	France métropolitaine
File active totale-psychiatrie générale	22 005	156 348	1 757 557
Taux de recours pour 1000 personnes âgées de 16 ans et plus	36.5	32.8	33.8
Taux d'équipement global en hospitalisation pour 1000 personnes âgées de 16 ans et plus	1.8	1.6	1.4

Sources : SAE, enquête 2018, données au 31/12, Insee RP2016

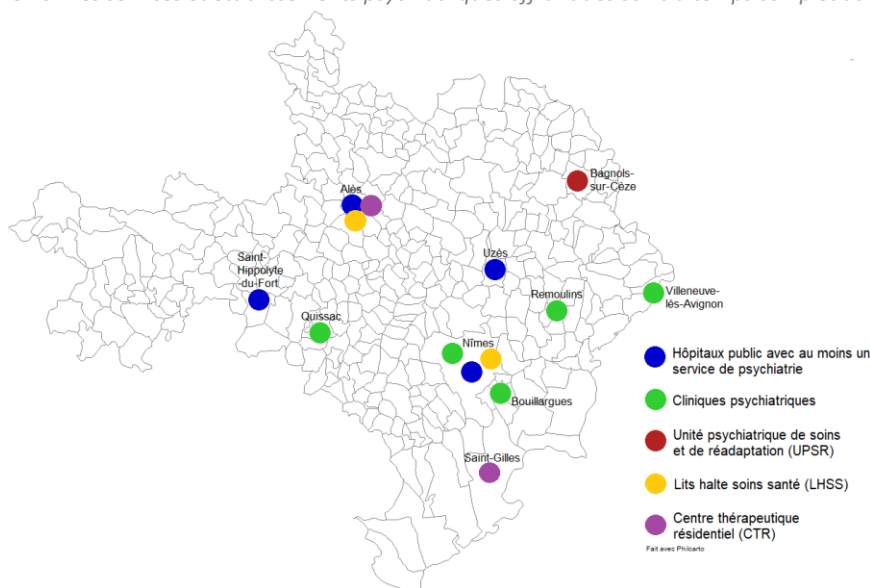
Le taux de recours à la psychiatrie générale (pour les personnes âgées de 16 ans et plus) dans le Gard est plus élevé que dans la région et qu'en France métropolitaine.

Le département a un taux d'équipement pour l'hospitalisation supérieur aux territoires de comparaison et compte 926 lits d'hospitalisation à temps plein ou prise en charge à temps complet en 2019. Cela représente près de 15% des lits d'hospitalisation à temps plein de la région (5 906 lits). On note que 16% de l'activité est assurée par des établissements d'autres départements (notamment l'Hérault).

Les unités de soins à temps complet

- L'hospitalisation à temps plein est l'une des principales modalités de prise en charge, et correspond à une hospitalisation d'au minimum 24 heures réservée aux situations les plus aigües qui requièrent des soins intensifs associés à une surveillance médicale continue.
- L'offre privée, très présente sur le territoire gardois, compte plus de 600 lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie et assure 25 % des journées des patients du département.
- Le Gard dispose d'unité de soins et réadaptation en psychiatrie (UPSR du Château de Coulorgues à Bagnols-sur-Cèze, géré par l'ASVMT - L'Association de Secours aux Victimes des Maladies Tropicales). Elle est à l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social, entre le soin aigu et le retour dans le milieu de vie ordinaire, en offrant des soins à temps plein.
- Deux centres thérapeutiques résidentiels (CTR) existent sur le département et sont situés l'un à Saint Gilles et l'autre à Alès. Ce type d'établissement accueille des personnes souffrant d'addiction ou de troubles psychiatriques et offre une transition entre une hospitalisation et le retour à domicile.
- Les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT) : proposent des séjours de courte durée pour consolider ou mettre en place un projet de soin ou d'insertion. Ces centres accueillent des sortants de prison et font la transition entre le milieu carcéral et une proposition de soin adaptée à la personne. Ils permettent la rupture avec le cadre habituel et une stabilisation de la démarche de soin. Ce genre de centre n'existe pas dans le Gard.
- Les Lits halte soins santé (LHSS) sont des structures médico-sociales qui offrent une prise en charge d'hébergement aux personnes sans domicile présentant des problèmes de santé, la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique (ne nécessitant donc pas une hospitalisation). Ils sont souvent gérés par des associations.

Cartographie 10 : Les services et établissements psychiatriques offrant des soins à temps complet dans le Gard - 2018



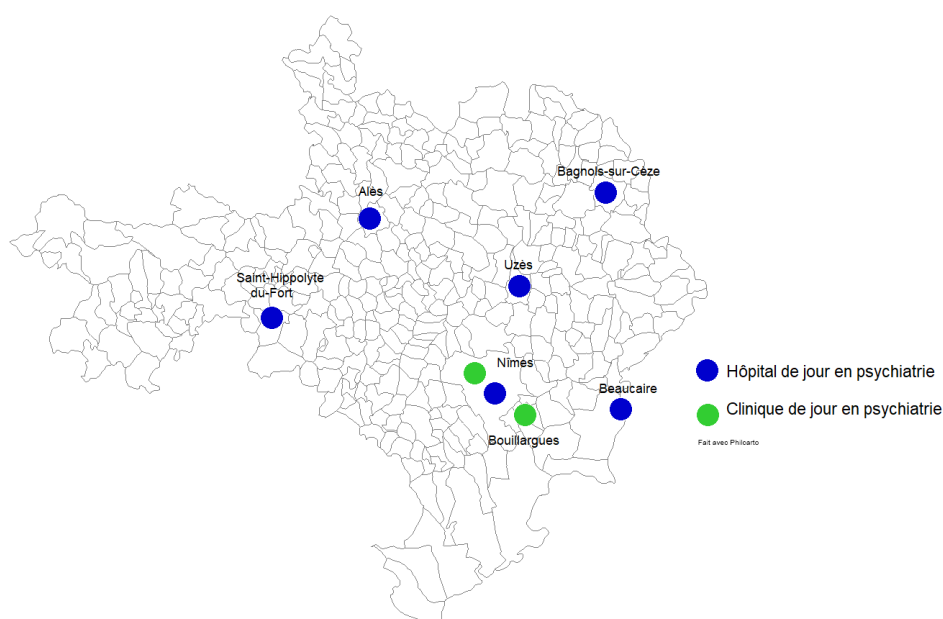
Les unités de soins à temps partiel

L'hospitalisation à temps partiel constitue une alternative aux prises en charge à temps complet et représente un quart des capacités d'hospitalisation en psychiatrie générale.

Le temps partiel ne se limite pas à la seule hospitalisation, il peut également se matérialiser par une activité dispensée au sein d'un atelier thérapeutique visant la réinsertion sociale de la personne.

Les places de ce type d'unité sont majoritairement rattachées aux établissements publics (75 %), et aux Espic (19 %), même si elles se développent au cours du temps dans les établissements privés à but lucratif. Les établissements privés assurent 25 % des journées des patients du département.

Le nombre de places en hospitalisation de jour pour adultes dans le département (168) est supérieur à la moyenne régionale (127 places). En effet, le Gard représente 10% des places d'hospitalisation de jour dans la région. A contrario le nombre de place en hospitalisation de nuit (3), situe le département en dessous de la moyenne régionale (4.7 places).



Cartographie 11 : Les services et établissements psychiatriques offrant des soins à temps partiel dans le Gard

Les structures permettant une prise en charge ambulatoire :

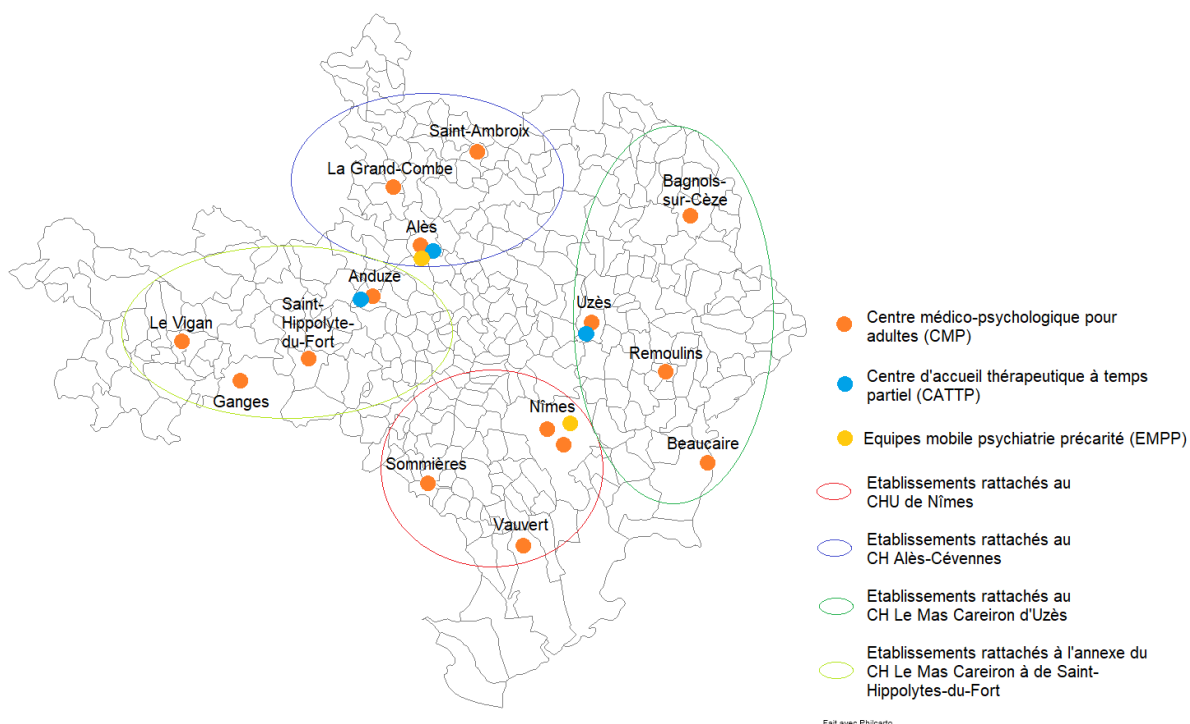
Au sein des établissements de santé, la majorité des personnes suivies en psychiatrie bénéficient d'une prise en charge ambulatoire (88%) dans les établissements du département. La majorité des actes ambulatoires sont réalisés par des infirmiers.

- La majorité (60%) des actes réalisés en psychiatrie ambulatoire en France, sont des consultations médicales ou entretiens soignants dispensés en Centre médico-psychologique (CMP). Implantées pour la plupart hors de l'enceinte hospitalière, et dispersées sur le territoire afin d'assurer une meilleure couverture géographique, les équipes pluri professionnelles des CMP coordonnent l'ensemble des actes de soins ambulatoires. Les CMP dépendent d'un secteur de psychiatrie et sont rattachés à un hôpital public, c'est-à-dire qu'en fonction de l'adresse de domicile du patient, celui-ci est rattaché à un CMP en particulier.

Il est en général difficile d'accéder à un premier rendez-vous avec des délais d'attente qui peuvent être très importants et peuvent créer un retard dans les prises en charge. Le département a comptabilisé en 2015, 128 311 actes ambulatoires en CMP, soit un taux standardisé d'actes ambulatoires de 178.9 pour 1000 habitants. Ce taux est légèrement inférieur à celui de la région qui compte 189.8 actes de cette catégorie pour 1000 habitants. Du fait de la sectorisation, il est noté que le CMP de Ganges, dans l'Hérault, est géré par le centre hospitalier d'Alès, situé à dans le Gard.

- Selon les besoins du patient, les CMP peuvent l'orienter vers des structures plus adaptées tels que les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les CATTP réalisent 13% des actes en psychiatrie ambulatoire, en France. Ils viennent compléter l'offre de prise en charge à temps partiel. Ces dispositifs ont pour fonction la réinsertion sociale et l'autonomie des usagers des services de santé mentale. Ils proposent des soins peu intensifs déclinés sous la forme d'ateliers (soutien, thérapie de groupe...). Le nombre d'actes ambulatoires en CATTP dans le Gard est de 14 447 en 2015. Le taux standardisé d'actes ambulatoires en CATTP pour ce territoire est de 19.1 pour 1000 habitants, soit un taux bien inférieur à celui de l'Occitanie qui a un taux à 41.8 pour 1000 habitants.
- Par rapport à l'offre ambulatoire, les équipes mobile psychiatrie précarité (EMPP) se déplacent dans le milieu de vie des personnes, et se développent afin de répondre aux objectifs d'évolution vers une psychiatrie « hors les murs ». Les EMPP font office d'interface entre les secteurs de psychiatrie, les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales, afin de fournir une prise en charge adaptée et coordonnée aux patients. L'Occitanie dénombre 18 EMPP sur tout son territoire dont 2 dans le Gard (à Nîmes et Alès).

Cartographie 12 : Les établissements offrant des soins en ambulatoire en fonction des hôpitaux avec lesquels ils sont rattachés

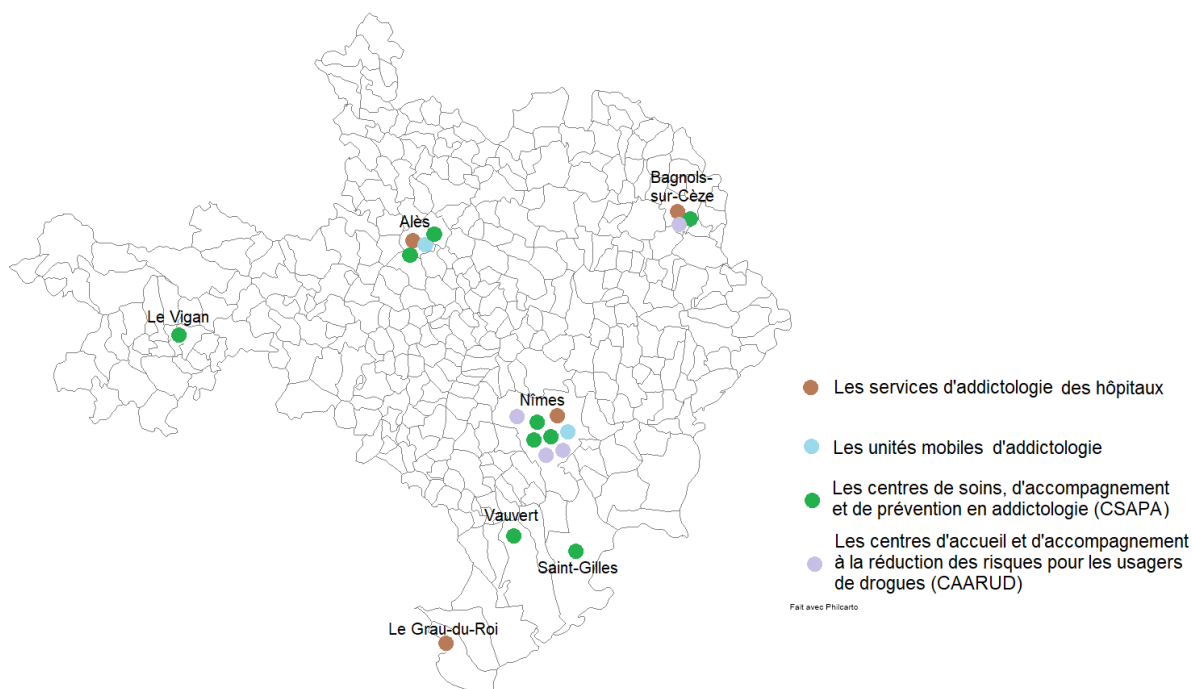


Les structures des soins offrant des services en addictologie

L'offre de soins en addictologie est aujourd'hui structurée au sein de différents dispositifs qu'il est important de connaître pour organiser des parcours de soins les plus adaptés :

- Les services d'addictologie des hôpitaux publics : les problèmes d'addiction sont pris en compte par les médecins addictologues qui travaillent en concertation avec les médecins psychiatres des patients au sein des établissements hospitaliers publics.
- Les unités mobiles d'addictologie : l'objectif est de prendre en charge de manière individualisée, des personnes hospitalisées ayant un comportement addictif ou leur entourage, et de leur proposer une orientation.
- Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : Ils assurent un accompagnement et ont la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur toutes conduites addictives. Les CSAPA peuvent accueillir les usagers en ambulatoire ou bien proposer des services de soin résidentiel vers d'autres types de centres (CTR, CT, CAUT...).
- Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) : Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin, ou qui sont exposées à des risques majeurs (accidents, infections – notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.

Cartographie 13 : Les établissements offrant des soins en addictologie



Les unités de soins spécifiques

- Les unités pour malades difficiles (UMD) sont des services psychiatriques spécialisés, qui admettent uniquement des personnes qui « présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique ». L'UMD la plus proche géographiquement du Gard, se trouve à Albi dans le Tarn à l'hôpital Bon Sauveur ouverte en 2011.
- La Cellule d'Urgence médico-psychologique (CUMP) est une unité départementale, sollicitée en cas d'événements impliquant un grand nombre de victimes ou lorsque des répercussions psychologiques

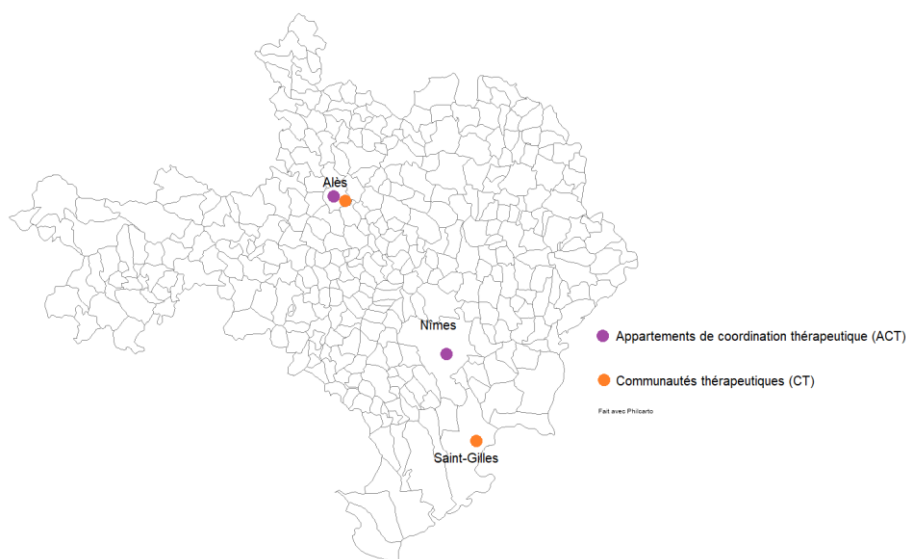
importantes sont à craindre. Dans le Gard, elle est rattachée au SAMU 30 et au CHU de Nîmes, et son activité est coordonnée avec le CH Mas Careiron.

❖ L'offre d'hébergement et d'accompagnement

Les structures d'hébergement

- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) accueillent toute personne en situation de précarité touchée par une pathologie chronique invalidante (sida, hépatite, cancer, sclérose en plaques...). Les ACT proposent un hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.
- Les CT (communautés thérapeutiques) proposent du soin résidentiel avec hébergement collectif, fondé sur une prise en charge où un groupe de résidents-pairs est le moteur du soin et de l'entraide. Comme les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), les CT accueillent les personnes dont la prise en charge en ambulatoire se révèle insuffisante ou non pertinente. Ils s'adressent à des personnes très « désinsérées » qui ont besoin de retrouver des repères dans leur vie quotidienne ainsi que dans leur relation avec les autres.

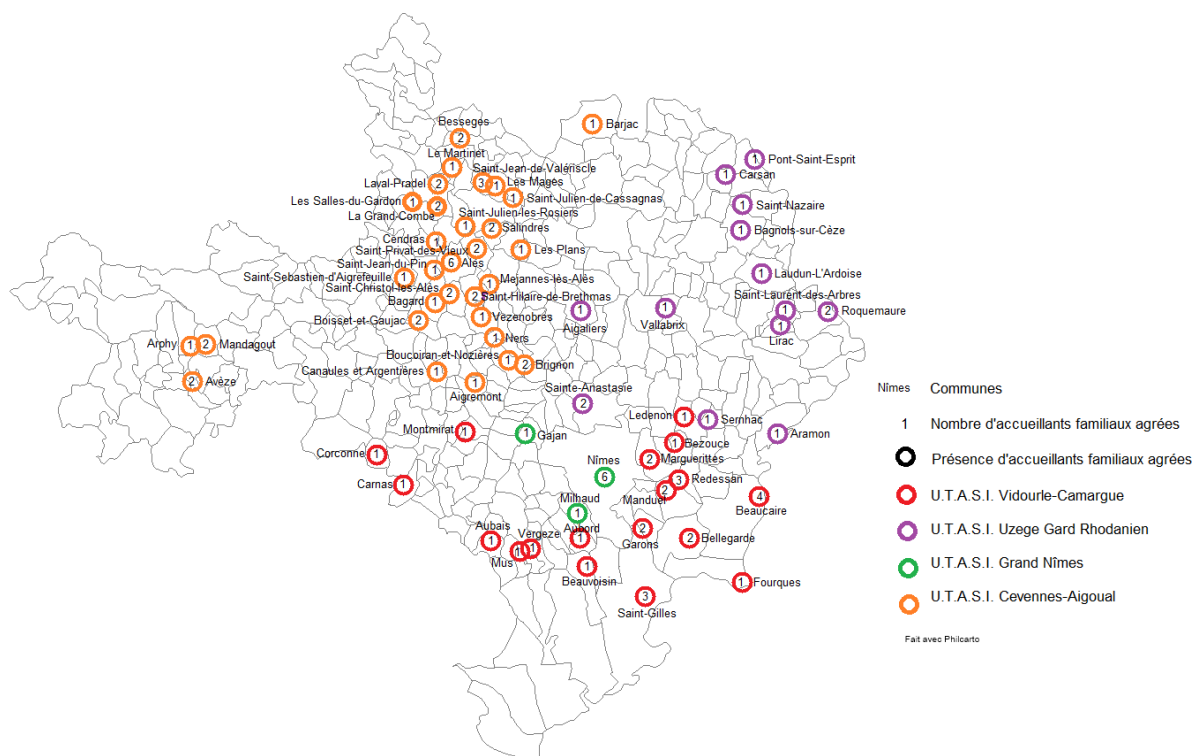
Cartographie 14 : Les appartements de coordination thérapeutique et les communautés thérapeutiques dans le Gard



- Les Familles d'accueil sont une alternative originale à l'hospitalisation à temps complet, car elles permettent à des personnes en situation de handicap, ou à des personnes âgées d'être hébergées dans des familles. L'orientation vers une famille d'accueil est d'autant plus pertinente que l'utilisateur ne souhaite pas intégrer une structure de soin résidentiel collectif, sans pour autant vouloir vivre seul. En psychiatrie, l'accueil familial (anciennement nommé « Placement familial d'adultes ») est dit « thérapeutique » dans la mesure où il intègre l'hébergement et la continuité des soins. En juin 2020, il y avait 101 accueillants familiaux agréés par le département du Gard pour l'accueil de personnes âgées ou handicapées à domicile et à titre onéreux. Leur nombre d'agrèments pour l'accueil de ces personnes varie de 1 à 3 individus et permettrait de loger 237 personnes auprès de ces familles.¹⁴ On remarque que ces accueillants familiaux sont inégalement répartis sur le territoire.

¹⁴ https://gard.fr/fileadmin/mediatheque/documents/publications/Solidarite_sante/Personnes_handicapees/liste-accueillants-familiaux.pdf

Cartographie 15 : Les accueillants familiaux agréés dans le Gard en juin 2020, selon leur U.T.A.S.I



Les dispositifs visant à faire de la personne un acteur de santé

- Certaines associations se sont tournées vers un public en particulier ou proposent des activités spécifiques, tel que l'espace accueil « Gard Espoir » à Nîmes et le Service d'Accueil et de Médiation (SAM) d'Alès est porté par l'association CABA.
- Les Centres de formation au rétablissement (CoFoR) permettent aux personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères de ne plus être « passives » de leur maladie, s'appropriant un rôle valorisé d'étudiant, construisant leur parcours de formation personnalisé, choisissant des cursus de formation conçus comme des outils de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face. Ce dispositif est récent en France et n'existe pas encore sur le territoire.

Les dispositifs de lutte contre la précarité, pour l'accès au logement, à l'emploi et à la santé

Les professionnels dans le champ social : Les travailleurs sociaux accompagnent les personnes dans leurs problématiques de santé, leur permettant de s'insérer socialement ou professionnellement.

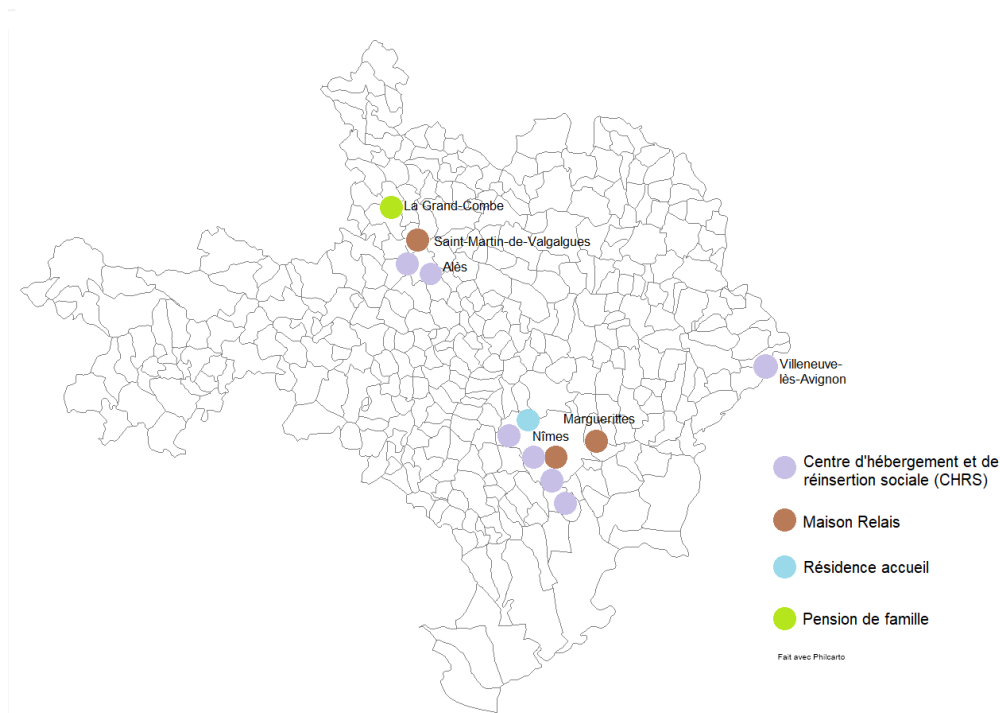
Les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de vie sociale (AVS), les assistants familiaux (AF)¹⁵, les assistantes sociales ou les éducateurs spécialisés peuvent contribuer à un apport dans le cadre du parcours de santé mentale.

Les associations favorisant l'accès au logement indépendant : Trois associations sont notables en la matière dans le département : l'association pour le logement (A.L.G.) qui se situe à Nîmes et accompagne les personnes dans la recherche d'un logement locatif à caractère social ; l'association "Habitat et Humanisme Gard" située à Nîmes qui est une agence immobilière à vocation sociale (AIVS) ; et le Samu social.

- Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Il s'agit notamment de victimes de violence, de personnes confrontées à l'alcoolisme et à la toxicomanie ou de personnes sortantes de prison.
- La maison relais est un habitat communautaire de petite taille associant des logements privés à des espaces de vie collectifs sous la direction d'un hôte chargé d'en assurer le bon fonctionnement.

¹⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er893.pdf>

- La résidence accueil est une déclinaison de la maison relais. Elle est spécifiquement dédiée à l'accueil durable des personnes adultes en situation de handicap psychique souffrant de précarité ou d'exclusion sociale. Le Gard a parfois des résidences accueil qui sont intégrées à des maisons relais. Sauf pour la résidence accueil Maurice Albaric à Nîmes.
- Le Centre d'Adaptation à la Vie Active (CAVA) s'adresse à des personnes très désocialisées en grande difficulté d'insertion, dans l'incapacité d'accéder directement à une activité d'insertion y compris en structure d'insertion par l'activité économique. L'objectif du CAVA est une requalification sociale, préalable indispensable à une éventuelle insertion professionnelle, et à la restauration de l'estime de soi. Il n'en existe pas dans le Gard.
- La résidence sociale nommée pension de famille est un établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile l'accès à un logement ordinaire. La structure, de taille réduite, propose des logements individuels (25 en moyenne par structure). Elle combine des espaces collectifs et des espaces privatifs.¹⁶



La promotion et la prévention de la santé mentale contribuent à accroître la capacité des individus à améliorer leur santé mentale. Elle a pour objet d'accroître les ressources et les connaissances en matière de santé.

- RESEDA « L'association Reseda est une association de coordination des réseaux de santé sur le bassin alésien. Elle anime le Contrat Local de Santé du Pays Cévennes à travers 14 axes d'intervention, notamment un axe SM avec le réseau santé mentale du Bassin Alésien. Son objectif est l'amélioration de prise en charge des patients par :
 - le développement de la prévention, du dépistage et de l'orientation
 - le partage et la circulation de l'information
 - le soutien des pratiques des professionnels et des associations d'utilisateurs
 - l'organisation et l'animation de la concertation entre acteurs de la santé sur la bassin alésien »
- Le CODES 30 (Comité départemental d'éducation pour la santé) est une association qui œuvre dans le domaine de la promotion pour la santé. Elle a pour mission d'aider la population à choisir des modes de vie et des comportements qui préservent et améliorent la santé. Elle se situe à Nîmes et a pour missions de :

- Documenter et communiquer par le relais des campagnes nationales et locales de prévention ;
- Agir et coordonner par la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et de prévention en réponse aux priorités de santé publique ;
- Former – Accompagner – Évaluer
- Contribuer aux politiques de santé publique

Certaines associations se sont orientées vers la prévention ou la promotion de la santé, mais spécialisées dans un domaine tel que l'addictologie et contribuent ainsi à la promotion de la santé mentale. Par exemple l'association "Riposte" à Bagnols sur Cèze œuvre et participe à la réduction des risques envers les usagers de drogues.

❖ Soins sans consentement et protection juridique

- La protection juridique :

La maladie psychique peut parfois entraîner une diminution importante de la notion de responsabilité et de limite. Les personnes n'ont alors pas toutes leurs aptitudes à porter un jugement éclairé et peuvent se mettre en danger. Afin de les protéger de leurs propres excès ou de ceux qui souhaitent profiter de leur fragilité, des mesures de protections juridiques peuvent être mises en place, telles que la tutelle ou la curatelle. Ces dernières peuvent être exercées par un tiers extérieur (par exemple une association tutélaire) afin de ne pas compliquer les relations avec la famille qui ne souhaite pas s'en charger. Exemple d'association tutélaire dans le Gard :

- L'UDAF du Gard qui se situe à Nîmes
- L'Association Tutélaire de Gestion (ATG) à Nîmes

- Les soins sans consentement :

Dans certains cas d'urgence, lorsqu'en l'absence de soins il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, et une impossibilité de consentement de sa part, une procédure permet, à titre exceptionnel, l'admission du patient sans son consentement en structure afin de bénéficier de soins psychiatriques. Le consentement aux soins demeure la règle et le recours à la contrainte reste l'exception.

Tableau 7 : Taux d'hospitalisation sans consentement (hors UMD) pour 100 000 habitants de 18 ans et plus en 2015

Catégories	Gard	Occitanie	France
soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	110,2	116,6	114,7
soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	16,7	17,4	17,3
soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	80,6	75,1	75,9
soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	16,9	29,8	26,5

Source :

http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&f=D&i=tms_ag_t04.tms53&s=2015&selcodgeo=30&view=map3

En ce qui concerne le taux de recours ou le taux d'hospitalisation en termes de soins sans consentement, le Gard pratique moins l'hospitalisation sous contrainte qu'en moyenne régionale ou nationale. On remarque que les hospitalisations sous contrainte se font principalement à la demande d'un tiers et que la moyenne de ces demandes est supérieure à celle de la région ou de la France.

3. L'offre de soins et de services pour les personnes en situation de handicap, dont le handicap psychique

Dans le champ du handicap, l'outil de référence est la CIM 10 (classification internationale des maladies). Cette classification des troubles mentaux, qui reste dans une approche uniquement descriptive, prend la forme d'un catalogue déclinant les différentes entités symptomatiques rencontrées dans le domaine de la santé mentale, tel que : la schizophrénie et troubles délirants, les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques, les troubles comportementaux, etc...¹⁷

Les handicaps psychiques, mentaux et cognitifs affectent les comportements et la relation aux autres. Ainsi, un individu qui est reconnu comme étant en situation de handicap, pourra être soutenu par un certain nombre d'instances et établissements pour améliorer son quotidien. Les usagers accueillis dans ces établissements ont en général une reconnaissance MDPH.

❖ La Maison départementale des personnes handicapées : une institution spécifique

Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont présentes dans chaque département, et dépendent du conseil départemental. Elles accueillent, informent, accompagnent et conseillent les personnes handicapées et leurs proches, et leur attribuent des droits. Plus généralement, elles sensibilisent l'ensemble des citoyens au handicap. La MDPH permet la reconnaissance du statut de « personne en situation de handicap », donnant accès à un ensemble de droits, d'aides, de services et prestations.

❖ L'offre d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap psychique peuvent rencontrer des limitations dans certains actes de la vie quotidienne et courante et pour répondre à ces besoins, plusieurs services ou dispositifs sont proposés par le secteur médicosocial.

- Le Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) soutient les personnes de handicap de plus de 18 ans, dans leur projet de vie par un accompagnement adapté favorisant ainsi leur insertion en milieu ordinaire. Il offre un suivi éducatif et psychologique ainsi qu'une assistance dans la réalisation de l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Les SAVS conseillent dans tous les domaines qui concernent la vie courante qu'il s'agisse de la santé, de l'alimentation, des démarches administratives, du logement, du travail, de la gestion budgétaire ...
- Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) contribuent à la réalisation du projet de vie de la personne tout en proposant un accompagnement médical et paramédical qui permet son maintien en milieu ordinaire.

Il existe 908 places d'accompagnement à la vie sociale en SAVS ou SAMSAH, répartis en 19 services dans le département. La région a 4 470 places, le département représente 20% du nombre total de places de l'Occitanie. Le taux d'équipement en SAVS et SAMSAH est de 2.21 pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans dans le Gard, un taux supérieur à la région (1.48) et en France (1.39), en 2016.

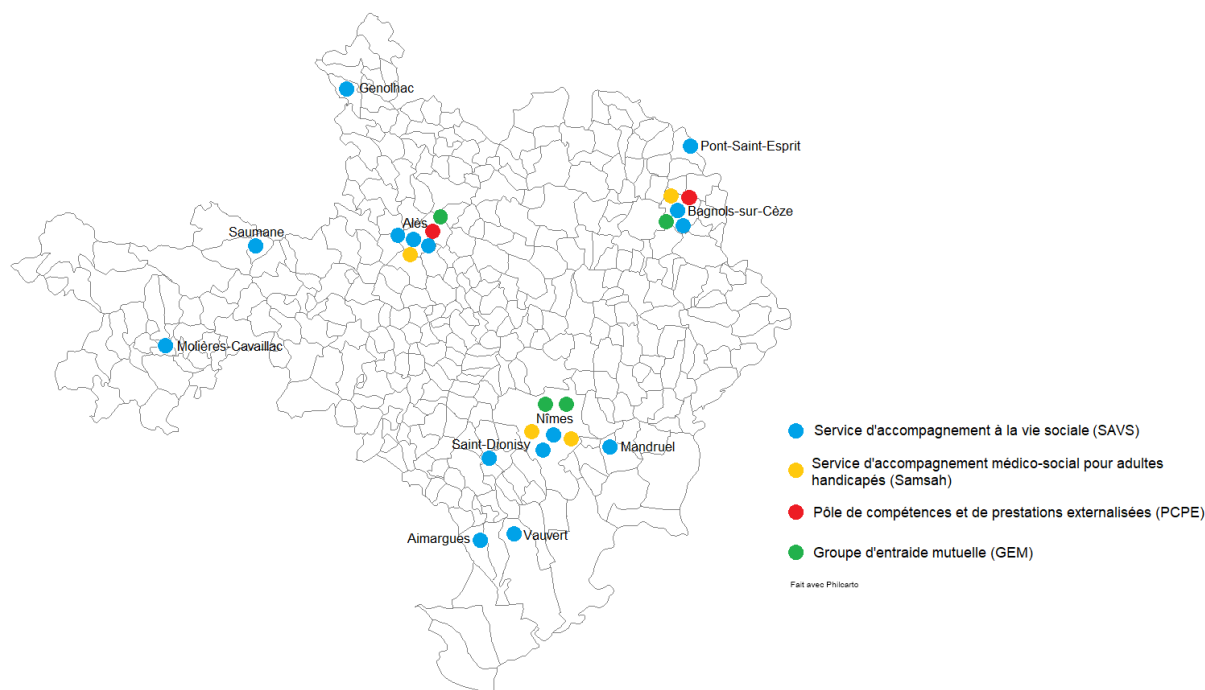
- Les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) : Cette démarche vise, à travers une approche systémique mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, à assurer la continuité du parcours des personnes handicapées, et d'éviter notamment que leur situation ne devienne critique en l'absence d'une réponse adaptée. En 2019, on comptabilise 12 PCPE sur la région. Le Gard possède 2 PCPE, l'un géré par l'association Cigalières et l'autre par l'Unapei 30.
- Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont des structures de prévention associative accueillant des personnes en situation de handicap. Un GEM a pour objet la création d'un lien social, la lutte contre l'isolement et l'inclusion dans la vie de la cité. Le département en compte 5 parmi les 41 en Occitanie. La densité des GEM dans le département est de 0.5 alors que la densité de la région est de 0.7 (source :

¹⁷ <https://www.dawsonera-com.ezpupv.biu-montpellier.fr/readonline/9782353716135>

CNSA, Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM) – Année 2018, CREAL-ORS Occitanie Base interne).

- **Les services d'auxiliaires de vie :** Ces services proposent des prestations de services d'auxiliaire de vie à domicile aux personnes âgées et/ou en situation de handicap. L'auxiliaire de vie aide et accompagne les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne, mais également dans les activités de la vie sociale et relationnelle, ainsi qu'aux rendez-vous médicaux.

Cartographie 17 : L'offre d'accompagnement dans la vie quotidienne pour les personnes en situation de handicap



❖ Structures d'hébergement spécifiques aux personnes en situation de handicap

Dans le Gard en 2018, il existait 25 places en accueil temporaire pour les adultes en situation de handicap (23 en MAS, 2 en FAM). La région en comptait 261, soit une moyenne de 20 places par département. Le Gard a donc un nombre de places temporaires supérieur à la moyenne. D'ailleurs le taux de place d'accueil dans le département est supérieur à celui de la région.

Tableau 8 : Nombre total de place et taux d'accueil des adultes en situation de handicap ayant une déficience psychique (hors foyers d'hébergements) en 2016

	Gard	Occitanie	France métropolitaine
Nombre de place d'accueil	253	1 085	22 459
Nombre de place d'accueil pour 1 000 habitants entre 20 et 59 ans	0.70	0.38	0.69

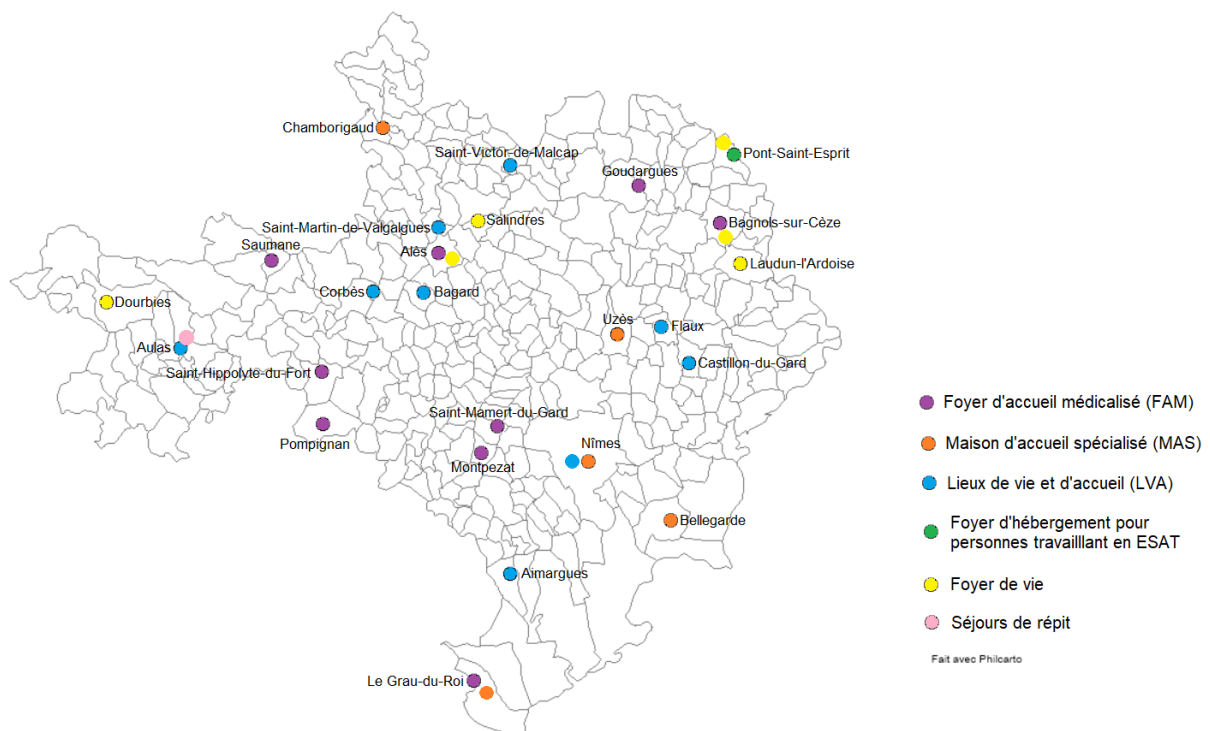
Source : https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/bilan_sante_mentale.pdf

- **Les foyers d'accueil médicalisé (Fam)** accueillent des personnes avec un niveau de dépendance totale ou partielle rendant impossible l'exercice d'une activité professionnelle et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels à la vie courante. Dans le Gard, il existe 7 FAM et 2 établissements d'accueil médicalisé (EAM), pour un total de 238 places installées dont 2 places sont réservées à de l'accueil temporaire et 13 à de l'accueil de jour. Le taux d'équipement en place d'accueil spécialisée pour adultes handicapés en FAM est à 0.69 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans, un taux plus faible que la région (0.90) ou que la France (0.85) en 2016.¹⁸

¹⁸ https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/bilan_sante_mentale.pdf

- Les Maisons d'accueil spécialisé (Mas) sont prévues pour des personnes présentant un niveau de dépendance supérieur à celui des personnes admises en Fam. Ces personnes requièrent une assistance permanente pour effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Le département compte 5 établissements qui ont une M.A.S. pour un total de 234 places dont 23 places dédiées à de l'accueil temporaire et 13 pour de l'accueil de jour, en 2016. Le taux d'équipement en termes de places d'accueil spécialisé pour adultes handicapées en MAS est à 0.59 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans, un taux plus faible que la région (1.22) ou que la France S (0.83), en 2016.
- Les lieux de vie et d'accueil (L.V.A.) : Ce sont des structures sociales ou médico-sociales de petite taille assurant un accueil et un accompagnement personnalisé en petit effectif, d'enfants, d'adolescents et d'adultes, en situation familiale, sociale ou psychologique problématique. Les lieux de vie et d'accueil (L.V.A) occupent une position à la limite des établissements médico-sociaux et des accueils familiaux.
- Les foyers d'hébergement : Ces foyers accueillent principalement des personnes affectées d'un handicap mental, qui travaillent au sein d'une entreprise sociale d'aide par le travail (ESAT). D'ailleurs certains ESAT possèdent un foyer d'hébergement.
- Les foyers de vie (FV) : accueillent des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais qui bénéficient cependant d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes. Ils proposent un hébergement, en internat, semi-internat ou accueil de jour, accompagné d'activités ludiques, éducatives ainsi que d'animations sociales. Le département possède 13 foyers de vie (434 places, sur les 5 071 de la région), soit un taux d'équipements (incluant les FO) de 1.2 pour 1 000 personnes dans le département, ce qui est inférieur à la région qui a un taux à 1.7 pour 1 000 en 2016.
- Les séjours de répit : vise à organiser des périodes de répit pour les personnes handicapées et les aidants, qu'il s'agisse de la famille naturelle ou des professionnels, organiser des périodes de transition entre deux prises en charge ou répondre aux situations d'urgence (accident, hospitalisation ou décès de l'aidant).
- Les Unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) : accueillent et accompagnent les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise. Elles accompagnent la personne dans l'élaboration de son projet de vie personnelle et l'aident à développer ses compétences en situation de vie pratique, sociale, scolaire et professionnelle.

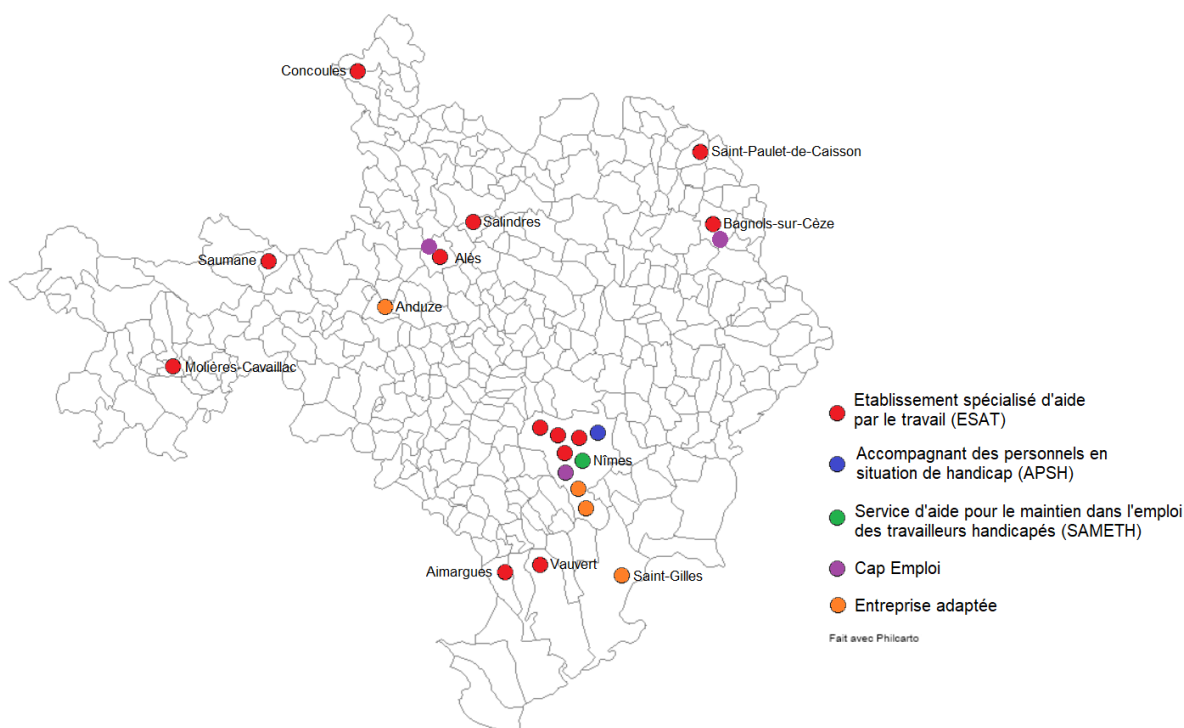
Cartographie 18 : L'offre d'hébergement pour les personnes en situation de handicap



❖ L'insertion dans le travail pour les personnes en situation de handicap

- Les établissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) : (couramment encore appelés « Centres d'aide par le travail » CAT) sont des établissements médico-sociaux qui offrent aux personnes handicapées des activités diverses à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.¹⁹ Le taux d'équipement en ESAT dans le département est de 3.3 pour 1 000 personnes, un taux inférieur à la région qui est de 3.5 pour 1000 personnes, en 2018.
- L'accompagnement des personnels en situation de handicap (APSH) : réalisé par des agents contractuels de l'État recrutés pour aider les personnels en situation de handicap dans leur activité professionnelle.
- Les structures d'aides à la recherche ou au maintien dans l'emploi : Les Services d'Aide pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) accompagnent les personnes en situation de handicap pour le maintien dans l'emploi, associant le salarié, l'employeur et le médecin du travail. Pour les personnes cherchant un emploi, le service public de l'emploi est confié à Pôle Emploi. Mais la RQTH permet à une personne inscrite à Pôle Emploi, d'être orientée vers Cap Emploi, organisme dédié à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
- Les entreprises adaptées : Ces entreprises emploient au moins 80% de personnes handicapées, orientées vers le milieu ordinaire sur proposition de Pôle Emploi ou Cap Emploi. Dans ces entreprises, un accompagnement spécifique du travailleur handicapé est proposé en vue de favoriser l'émergence de son projet professionnel et de valoriser ses compétences.
- Les centres de rééducation professionnelle (CRP) : Ils proposent une offre de formation professionnelles qualifiantes ou certifiantes, et l'accès à des dispositifs spécifiques au regard de l'évaluation des besoins et du projet de la personne. Ils visent au retour à l'emploi des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire, grâce à l'acquisition de nouvelles compétences. Il n'y en a pas dans le Gard.
- Les ateliers thérapeutiques occupationnels (ATO) sont des structures médico-sociales destinées à accueillir des personnes adultes en situation de handicap mental et/ou psychique. Ce sont des services qui peuvent être classifiés Foyer de vie pour adultes handicapés. Ces personnes sont suffisamment autonomes pour se livrer à des activités quotidiennes aussi bien éducatives que ludiques et pour participer à une animation sociale.

Cartographie 19 : Les établissements contribuant à l'insertion dans l'emploi des personnes en situation de handicap



¹⁹ <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/handicap-et-travail/article/esat-etablissements-ou-services-d-aide-par-le-travail>

4. L'offre de soins et de services en santé mentale pour l'enfant jusqu'au jeune adulte

De nombreux problèmes de santé mentale apparaissent à la fin de l'enfance et au début de l'adolescence. Des études menées récemment ont permis de constater que les problèmes de santé mentale, comme la dépression, sont la principale cause de morbidité chez les jeunes. Impactant la santé générale et le développement des adolescents, leurs troubles psychiques peuvent avoir de graves conséquences sur le plan sanitaire et social, parmi lesquelles la consommation accrue d'alcool, de tabac ou de substances illicites, la grossesse adolescente, l'abandon de la scolarité et des comportements délinquants.²⁰ Pour contribuer au développement sain de l'enfant ou de l'adolescent, de nombreux établissements œuvrent pour le bien être mental et dans un souci de continuité perdurent leurs accompagnements même après la majorité.

❖ Les Institutions publiques spécifiques

- Le Conseil départemental : Responsable de l'action sociale, de la protection maternelle infantile (PMI), il met en œuvre des actions en faveur de la famille et l'enfance. La PMI (protection maternelle infantile) est chargée d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant²¹ Et organise notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale.²² Pour l'accomplissement de ces missions, la PMI est organisée au sein des 4 Unités Territoriales d'Action Sociale et d'Insertion (UTASI) du Gard sur la base d'équipes pluridisciplinaires de professionnels médicaux, paramédicaux et techniques.
- La Direction Départementale de La Protection Judiciaire de La Jeunesse (DDPJJ) à Nîmes est un service de l'Etat, qui concentre son intervention sur la prise en charge des mineurs au pénal, notamment lorsqu'un mineur commet un acte de délinquance. Sur décision d'un magistrat, les professionnels de la PJJ s'engagent dans sa prise en charge et mènent des actions d'éducation, d'insertion sociale, scolaire et professionnelle.
- La Direction de services départementaux de l'Éducation nationale (DSDEN) : est l'échelon départemental, qui gère l'organisation scolaire, les personnels, essentiellement ceux de l'enseignement primaire, la scolarité et vie scolaire. Le DA-SEN, garant de la manière dont sont accueillis les enfants et adolescents de la maternelle jusqu'au lycée, veille aux conditions et bien être scolaire des enfants, les conditions de travail et bien être des enseignants et professionnels du secteur. C'est en ce sens qu'il joue un rôle dans la santé mentale.

❖ Une organisation spécifique, mais disparate

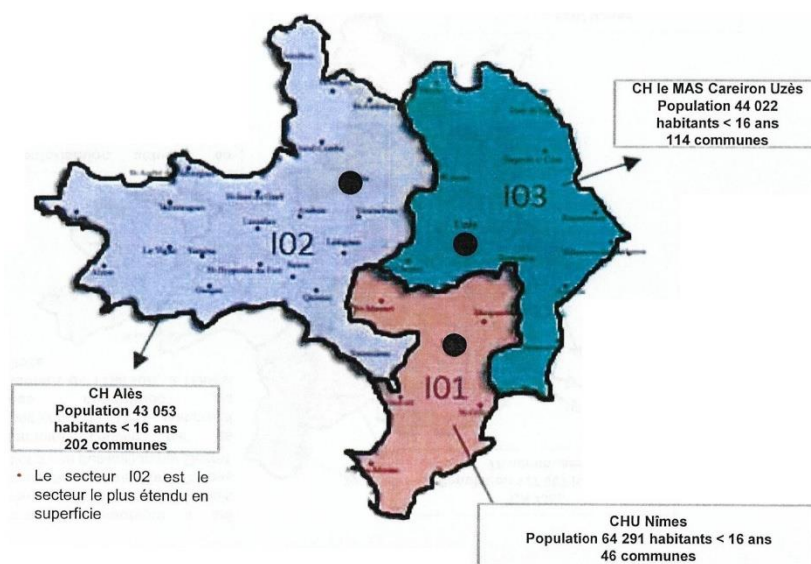
La sectorisation psychiatrique structure l'organisation des soins dans la presque totalité du dispositif public de psychiatrie, et constitue un volet majeur de l'offre de soins spécialisés. À l'instar de la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile a été scindée en 3 secteurs dans le Gard. L'offre étant déjà très disparate en matière de santé mentale pour les enfants sur le département, cette sectorisation permet la variabilité de l'offre par secteur.

Cartographie 20 : Les secteurs de la psychiatrie infanto-juvénile en Occitanie

²⁰ https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/fr/

²¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>

²² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>



Source : ARS Occitanie-bilan santé mentale-avril 2017

❖ L'offre de dépistage et de diagnostic spécifique pour les jeunes

Dépistage et repérage : Les enfants sont orientés vers le CAMPS (centres d'action médico-sociale) par des professionnels qui ont repéré ou dépisté des difficultés de développement ou des troubles avérés. Ces professionnels peuvent être médicaux ou paramédicaux (du secteur hospitalier ou libéral), des professionnels des établissements pour l'accueil du jeune enfant (crèche, halte-garderie), du réseau associatif ou de l'Éducation nationale. Les parents peuvent aussi s'adresser directement aux CAMPS ou y avoir été orientés par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les bilans de santé : En plus des consultations régulières, plusieurs bilans de santé sont proposés pour suivre le bon développement des enfants. Ces bilans médicaux sont destinés à suivre la croissance, la santé de l'enfant et son développement au sein de son environnement. Ils permettent de dépister rapidement d'éventuels problèmes médicaux nécessitant un traitement, mais aussi des déficiences sensorielles, des handicaps et des troubles de l'apprentissage pour permettre une prise en charge la plus précoce possible. Ces visites de prévention et de dépistage sont distinctes de celles effectuées en cas de maladie. Par exemple : au deuxième et quatrième mois, le développement moteur et sensoriel est contrôlé, et au cours de la troisième, quatrième et sixième année le développement psychomoteur est surveillé. Le bilan de la troisième et quatrième année peut être proposé à l'école maternelle ou par le médecin traitant de l'enfant.²³

- **Le Centre de Ressources Autisme (CRA) :** Le CRA en Occitanie Est dépend du CHU de Montpellier. Il permet d'accueillir, d'écouter, d'informer, de conseiller et d'orienter les publics, et d'apporter une expertise lors de la réalisation de bilans diagnostics et fonctionnels, pour des cas complexes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement, avec le concours des équipes pluridisciplinaires.

Dans le champ du handicap, que ce soit pour les enfants comme pour les adultes, différents centres de ressources existent. Le CRA est celui qui est le plus en lien avec le champ de la santé mentale.

❖ Les professionnels de santé dédiés à ce public

Les pédopsychiatres : spécialisés dans la prise en charge des enfants et des adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans. Cette spécificité permet de diagnostiquer et de prendre en charge les enfants souffrant de troubles mentaux très variés. En 2015, la densité totale de pédopsychiatres libéraux et salariés dans le Gard était de 12,4 professionnels pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans, soit un taux supérieur à celui de la région Occitanie (9,6 pour 100 000 jeunes) et de la France métropolitaine (6,7 pour 100 000 jeunes). Le peu de pédopsychiatres présents sur le territoire gardois sont spécialisés en TDAH, expertise...l'offre de soins est donc limitée.

²³ https://www.gard.fr/fileadmin/mediatheque/documents/Documentation/Au_Quotidien/Votre_Enfant/bilan-sante-jeunes-enfants.pdf

Il n'y a aucune offre de soins institutionnels dans le privé (hospitalisation à temps complet, hospitalisation de jour, CATTP)

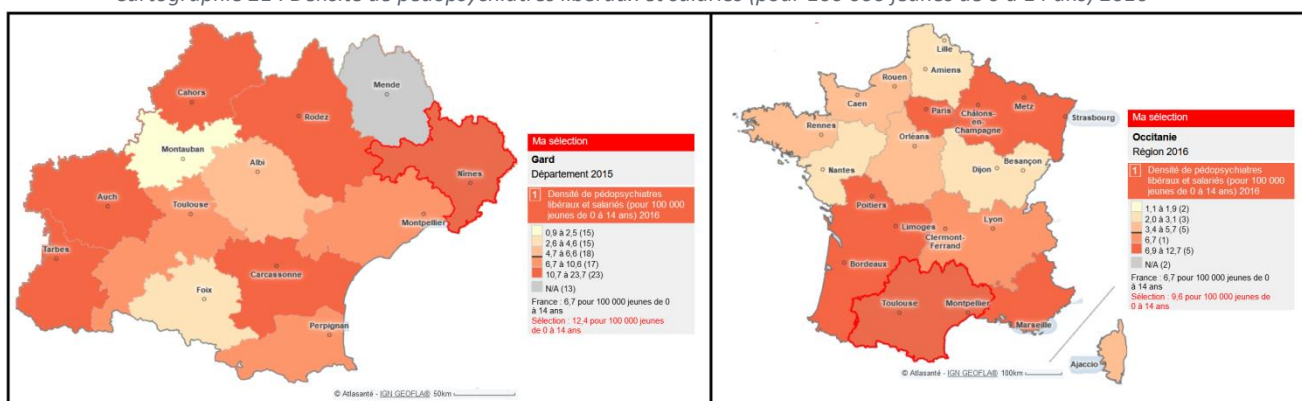
L'offre de soin se répartit donc entre les structures sanitaires, (les secteurs de pédopsychiatrie) et des structures associatives (les CMPP) ou des structures parfois rattachées à des établissements sanitaires ou au conseil départemental (CAMSP). Ces structures assurent les évaluations diagnostiques et les soins avec une dimension pluridisciplinaire pour les enfants de 0 à 6 ans pour les CAMSP, pour les enfants de 0 à 16 ans pour les autres structures.

Les neuropédiatres reçoivent un certain nombre d'enfants qui relèvent ou pourraient relever du secteur de la santé mentale (troubles des apprentissages, troubles du neurodéveloppement, autisme, TDAH, déficience...)

En revanche, on remarque un taux de recours plus faible dans le Gard (environ 90 pour 10 000 habitants de 0 à 17 ans) qu'en région Occitanie (140) ou en France métropolitaine (110). La démographie médicale est particulièrement dégradée sur le bassin alésien qui est en véritable pénurie médicale depuis de très nombreux mois et fonctionne avec des médecins intérimaires. Le secteur rattaché au CH du Mas Careiron ne compte plus que deux pédopsychiatres et se trouve de ce fait en risque de connaître le même devenir que le secteur d'Alès.

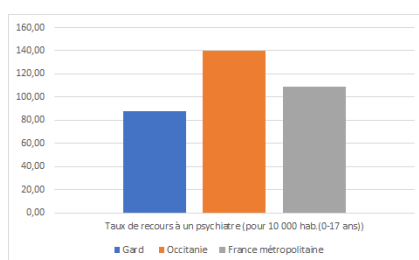
Ce serait au final plus de la moitié de la population du département, 55% qui serait en difficulté pour recevoir une réponse adaptée auprès du secteur public hospitalier de pédopsychiatrie.

Cartographie 21 : Densité de pédopsychiatres libéraux et salariés (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans) 2016



Source : http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=ado_ag_03.ado_a16&s=2016&view=map3

Tableau 9 : Taux de recours à un psychiatre de 0 à 17 ans - 2015

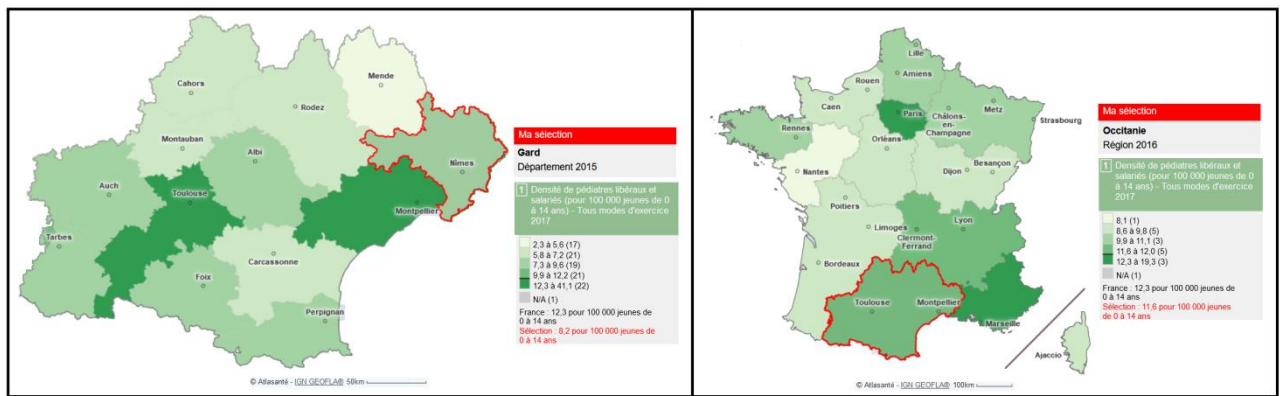


Source :

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=380362,6486504,570039,417361&c=indicator&f=0_17&i=ado_ag_typ02.pt_ado_a32&s=2015&selcgeo=30&view=map3

Les pédiatres : veillent au bon développement psychomoteur et physiologique de l'enfant ainsi que toute la pathologie qui y a trait (maladies infantiles) de la naissance à la période post pubertaire où il devient adulte. La densité de pédiatres libéraux est plus faible dans le département qu'en Occitanie ou en France métropolitaine.

Cartographie 22 : Densité de pédiatres libéraux et salariés (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans) - Tous modes d'exercice 2017



Source :

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=333642,6458150,547238,338121&c=indicator&f=total&i=ado_offre_ped.ado_pediatre&s=2017&selcodgeo=30&view=map3

Les psychologues : Un dispositif permet la prise en charge du suivi par l'assurance maladie sous certaines conditions (décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes).

Les psychothérapeutes : Expérimentation du remboursement des séances à l'instar des psychologues. Actuellement, 3 départements dont la Haute-Garonne, bénéficient de ce dispositif expérimental.

Les infirmiers de l'éducation nationale : L'intervention des IDE de l'Éducation Nationale (7 900 en 2020 en France)²⁴, sont des acteurs essentiels de la santé publique en milieu scolaire. Ces professionnels sont présents dès l'entrée à l'école maternelle, jusqu'au post Bac. Le plus souvent, l'infirmier(e) de l'EN est le professionnel de santé de premier recours auprès des élèves, de leur famille, de l'ensemble de l'équipe éducative. Il intervient tant au plan individuel (consultation, dépistages des maladies comme de la maltraitance, contraception d'urgence, coéducation, bien-être psychique...) qu'au plan collectif (éducation à la santé, prévention...). A noter la baisse de recrutements pour les médecins scolaires pour la prévention et le repérage des troubles du comportement.

²⁴ <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/actualite-covid-19/covid19-le-role-cle-des-infirmiers-de-leducation-nationale.html>

Les structures de soins pour les mineurs

Chez les enfants ou adolescents, le recours aux soins est prioritairement orienté vers les établissements de santé. En effet, le recours aux soins de ville est moins fréquent que le recours ambulatoire en établissement de santé. Les modalités de prise en charge varient selon l'âge et les pathologies suivies.

Les services de pédopsychiatrie accueillent les enfants et adolescents ayant des troubles du comportement et des problèmes d'adaptation dans le milieu familial ou scolaire. Ces enfants peuvent présenter des difficultés d'acquisition du langage parlé ou écrit, des problèmes d'alimentation, de sommeil, ou des troubles plus graves, tels que des comportements suicidaires, etc.

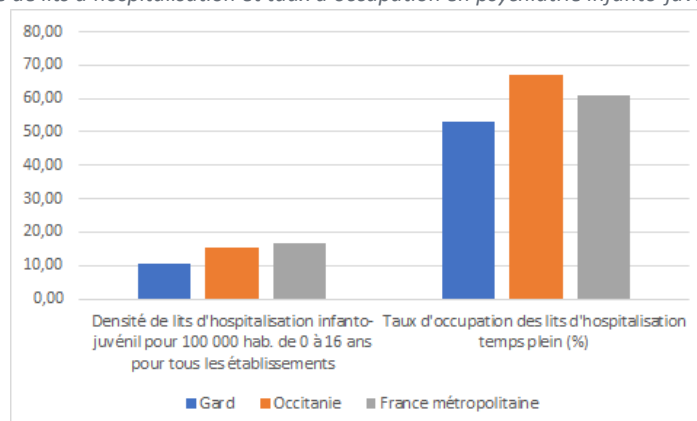
En psychiatrie infanto-juvénile, la file active totale est de 5 091 patients vus au moins une fois dans l'année, dans le Gard. (Sources : SAE, enquête 2018, données au 31/12, Insee RP2016). Le taux de recours pour les personnes de moins de 16 ans est de 36.5 pour 1 000 personnes dans le département. Un taux beaucoup plus bas que celui de la région qui est de 44.1 pour 1 000 personnes.

Par contre, le taux de recours en psychiatrie est plus faible pour les enfants de 0 à 11 ans et supérieur à la région et à la France pour les 12 - 17 ans.²⁵

Les services de soins à temps complet

- Les unités d'hospitalisation temps plein accueillent des adolescents ou jeunes adultes dont les troubles sont d'ordre alimentaire, psychotiques, anxiété, humeur...La durée moyenne de séjour est de quelques mois maximum. Les soins proposés sont en individuel ou en groupe, et ne sont possibles qu'avec l'implication des parents. 16 lits sont destinés à l'hospitalisation à temps complet dans le département, alors que la région en a 172. On remarque que la densité de lits est plus faible que les territoires de comparaison et que son taux d'occupation n'est pas optimal. Le taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète pour les enfants de 0 à 16 ans est donc plus faible dans le département. Le taux d'équipement global est très légèrement inférieur aux moyennes de comparaison.

Tableau 10 : Densité de lits d'hospitalisation et taux d'occupation en psychiatrie infanto-juvénile (0-16 ans) - 2015



Source : https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/bilan_sante_mentale.pdf

Par contre, la population est majoritairement à moins d'une heure d'une unité d'hospitalisation à temps plein la plus proche. La population du Gard a donc plus de proximité avec ce genre de service que la moyenne de la population en Occitanie ou en France.

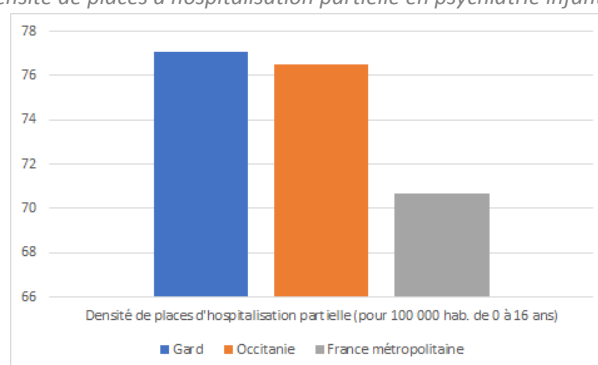
88% des actes en psychiatrie infanto-juvénile sont effectués dans un CMP. La coordination entre les unités somatiques et le milieu médico-social est très faible, 3% de l'ensemble des actes effectués. La prise en charge ambulatoire est diversifiée (avec des entretiens et des travaux de groupes) et l'essentiel des actes relève à environ 55% du paramédical auquel s'ajoutent 20% de travail avec les psychologues et presque autant avec les éducateurs).

²⁵ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&f=0_11&i=ado_ag_typ02.pt_ado_a26&s=2015&view=map4

- L'hospitalisation en MCO : Environ 30 000 personnes de moins de 18 ans ont été hospitalisées dans un service de MCO en 2015 en France, pour un motif psychiatrique et 8 000 jeunes de 12 à 17 ans à la suite d'une tentative de suicide. Ce dernier chiffre ne représente qu'une part des tentatives de suicide prises en charge à l'hôpital, celles non suivies d'hospitalisation après un passage aux urgences n'étant pas dénombrées. Or, seulement la moitié des adolescents venue aux urgences pour ce motif est ensuite hospitalisée en MCO. Le taux d'hospitalisation en MCO pour motif psychiatrique chez les enfants âgés de 0 à 17 ans, est beaucoup plus faible dans le département (13.9 hospitalisations. pour 10 000 hab.) qu'en région ou en France (respectivement 18.5 et 20.9 hospitalisations. pour 10 000 hab.). Il en est de même pour le taux d'hospitalisation en MCO lié à des troubles psychiatriques chez les enfants de 0 à 17 ans.²⁶ En revanche, la part d'admission par les urgences en MCO est supérieure dans le Gard (6041.7 admissions en MCO via les urgences) de 0 à 17 ans, qu'en Occitanie (5093.6) ou en France (5213.3).²⁷ La provenance des patients hospitalisés indique une fluidité des orientations entre les soins somatiques (MCO et urgences) et les unités d'hospitalisation psychiatriques.

Les services de soins à temps partiel :

Tableau 11 : Densité de places d'hospitalisation partielle en psychiatrie infanto-juvénile - 2015



Source : http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=ado_ag_02.ado_a09&s=2015&view=map4

Les services de pédopsychiatrie à temps partiel, les plus présents dans le département sont les Centres médico-psychologiques (CMP) et l'hôpital de jour à destination des enfants et adolescents :

- Les Centres médico-psychologiques pour enfants et/ou adolescents (CMPEA ou CMPA) : sont rattachés à un hôpital et sont sectorisés, cela signifie qu'une personne souhaitant ce type de prise en charge devra se rendre au CMPEA de son secteur. Comme les CMPP, les CMPEA sont spécialisés dans les troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement. Mais en théorie, étant rattachés à un hôpital, les CMPEA sont plus indiqués dans le cas des troubles les plus graves. Les CMPEA devraient accueillir les enfants de 0 à 16 ans, mais certains accueillent des tranches d'âge plus ou moins restreintes. Tous les CMP du Gard sont ouverts 5 jours ou plus par semaine (ce qui n'est pas le cas dans tous les départements). La densité des CMP dans le département est plus faible que celui de la région ou de la France métropolitaine. En effet, le département compte 8 CMP ou unités de consultation pour 100 000 habitants, alors que la région est à 12.3 et la France à 11 CMP pour 100 000 habitants. L'essentiel des prises en charge est réalisé en CMP. Mais l'offre en place reste très limitée et des zones sont non couvertes.
- Les Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) : Il en existe également pour les enfants et adolescents, il y en a 52 dans la région. Le département fait partie des moins bien dotés. La densité des

²⁶

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=375722,6572584,524807,568553&c=indicator&f=12_17&i=ado_ag_typ02.pt_ado_a28&s=2015&view=map3

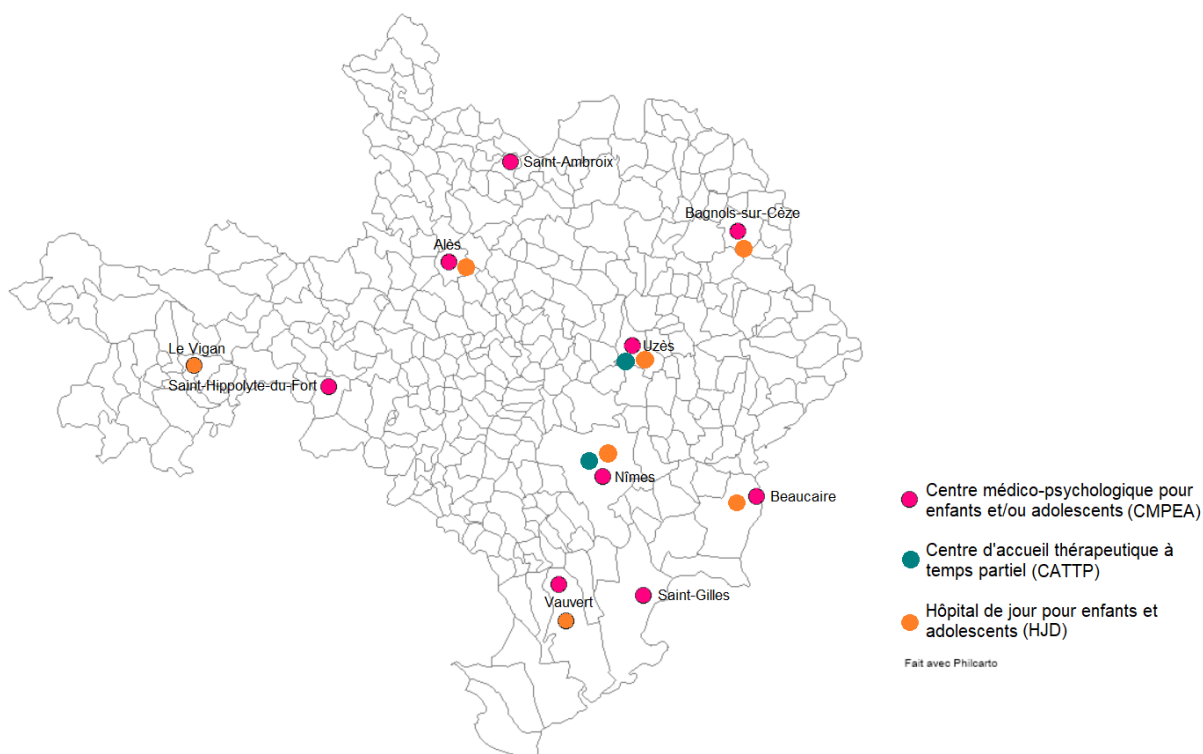
²⁷

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=375722,6572584,524807,568553&c=indicator&f=0_17&i=ado_ag_typ02.ado_a31&s=2015&view=map4

CATTP est plus faible que la région ou la France métropolitaine. Le département compte 4 CATTP pour 100 000 habitants, alors que la région est à 5.6 et la France à 14.9 CATTP pour 100 000 habitants

- **Hôpital de jour pour enfants et adolescents** : L'hôpital de jour en pédopsychiatrie est un centre où les enfants et les adolescents qui souffrent de troubles psychiatriques sérieux (psychoses, névroses et inadaptations graves) bénéficient en un même lieu et de façon concertée d'actions médicales, éducatives et pédagogiques. Certains hôpitaux de jour peuvent être situés dans la même structure qu'un CMPEA. L'hospitalisation en temps partiel présente une diminution de son activité.

Cartographie 23 : Les établissements de psychiatrie infanto-juvénile prodiguant des soins à temps partiel



❖ Les structures médico-sociales pour les mineurs

Les jeunes présentant des troubles psychiques peuvent également être pris en charge par une structure médico-sociale. Le nombre de places en accueil pour enfants et adolescents avec un handicap psychique est de 252 dans le Gard contre 2 551 en Occitanie. Le taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors : SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et places temporaires) est de 6.1 pour 1000 personnes dans le Gard, ce qui est plus faible que dans l'Occitanie qui a un taux de 7.2 pour 1 000 personnes. (Source : DREES, FINESS – Année 2017)

Les différentes structures médico-sociales pour les jeunes sont :

- **Les centres d'action médico-sociaux précoces (CAMPS)** : ils sont chargés de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans. Il s'agit d'enfants présentant ou susceptibles de présenter un retard psychomoteur, des troubles sensoriels, neuromoteurs ou intellectuels, des difficultés relationnelles. La densité de ce type de structures est équivalente entre le département (5.1 CAMPS pour 100 000 habitants de 0 à 6 ans) et la région (5 CAMPS pour 100 000 hab. de 0 à 6 ans), mais est inférieure à la France (5.9 CAMPS pour 100 000 hab. de 0 à 6 ans).²⁸
- **Les Centres médico-psychopédagogiques (CMPP)** : Ce sont des centres privés, généralement portés par des structures associatives, et conventionnés par la sécurité sociale. Ces structures sont destinées exclusivement à l'accueil des enfants et adolescents, soit de 6 à 18 ans. Afin de traiter les troubles neuropsychiques ou les troubles du comportement. La densité de ce type de structures est équivalente

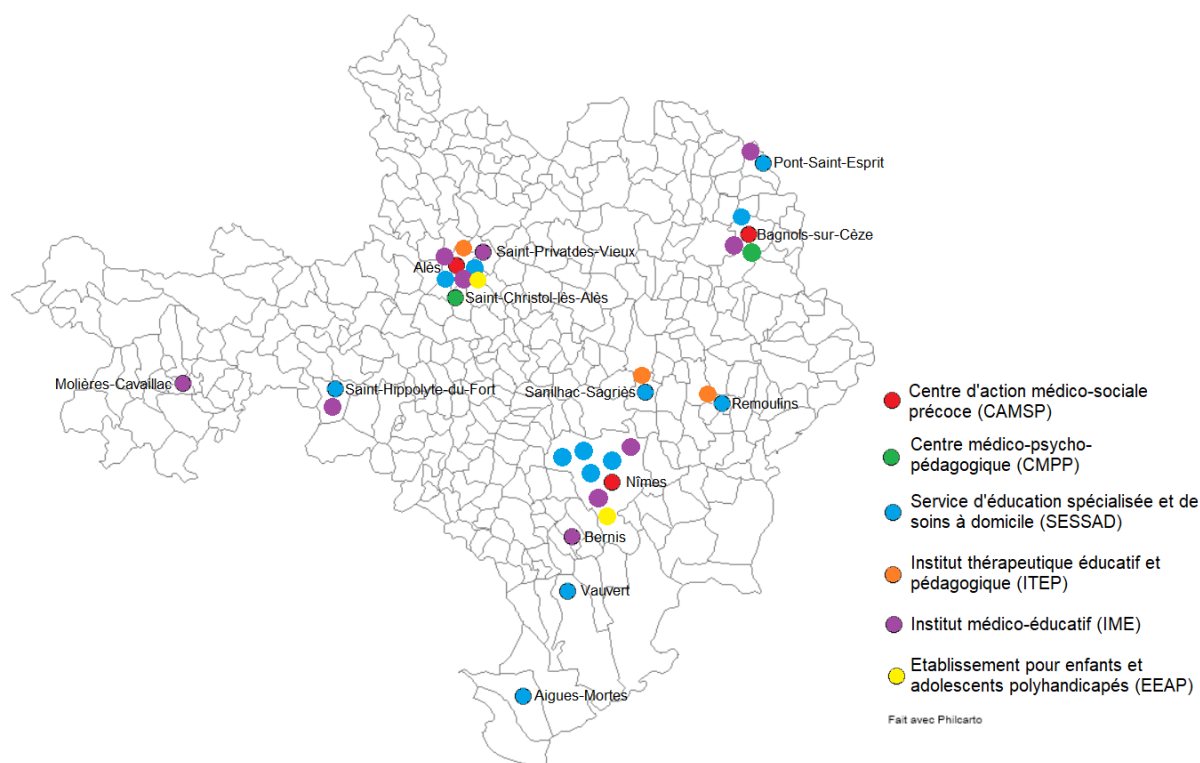
²⁸ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=ado_ag_02.ado_a69&s=2015&view=map4

entre le département (4.4 CAMPS pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans) et la région (4.2 CAMPS pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans) et est bien supérieure à la France (2.9 CAMPS pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans).²⁹

- Le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) : C'est un service mobile qui apporte aux familles conseils et accompagnement dans le but de favoriser l'inclusion scolaire et l'acquisition de l'autonomie. La densité des places en SESSAD (319 SESSAD pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans) est supérieure à la région (309.4 SESSAD pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans) et à la France (307.3 SESSAD pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans).³⁰
- L'institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) : a pour mission d'accueillir des enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement, perturbant gravement leur socialisation et leur scolarisation. Les ITEP du Gard, ne font pas d'accueil temporaire et la moitié de leurs places (229 places au total) est dévolue à de l'accueil de jour, de l'externat ou du semi-internat (121 places). La densité de places en ITEP pour les 6-18 ans est plus faible dans le département que dans la région : 197 places en ITEP pour 100 000 habitants de 6 à 18 ans pour le Gard et 289.9 places en ITEP pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge pour l'Occitanie. Par contre, le Gard a une densité de place supérieure à la moyenne nationale qui est de 148.2 places en ITEP pour 100 000 hab. de 6 à 18 ans.
- Les instituts médico-éducatifs : accueillent les enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés. Les IME regroupent les IMP (Instituts Médico-Pédagogiques) et IMPro (Instituts Médico-Professionnels). Ils participent à l'éducation, dispensent des soins et une éducation adaptée aux enfants et adolescents de 3 à 20 ans. L'accueil se fait soit en internat, soit en externat, soit en semi-internat et parfois en accueil temporaire. Les IME du Gard, ne font pas d'accueil temporaire et près de 70% des places (575 places au total) sont dévolus à de l'accueil de jour, de l'externat ou du semi-internat (soit 394 places). La densité de places en IME pour les 6-20 ans est plus faible dans le département que dans la région et la France : 438.9 places en IME pour 100 000 habitants de 6 à 20 ans pour le Gard, 524.9 places en IME pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge pour l'Occitanie et 557.8 places en IME pour 100 000 hab. de 6 à 20 ans.
- Les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP) : Ils accueillent et accompagnent des enfants qui souffrent d'une association de handicaps comme une déficience mentale grave et une déficience motrice, qui entraînent une réduction notable de l'autonomie.
- Les instituts d'éducation motrice (IEM) : À titre informatif, ils proposent des prises en charge pour les enfants et adolescents sujets à une déficience motrice importante, font partie de l'offre médico-sociale dans l'accompagnement des enfants ayant des déficiences. Or ce type d'établissement a tendance à être spécifique pour les enfants ayant des atteintes motrices. Il n'est donc pas spécifique dans l'offre concernant la santé mentale, bien que les enfants de ces institutions soient soutenus et accompagnés pour s'assurer de leur bien être psychique. Le seul présent dans le département est à Nîmes.

²⁹ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=ado_ag_02.ado_a69&s=2015&view=map4

³⁰ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=ado_ag_02.ado_a69&s=2015&view=map4

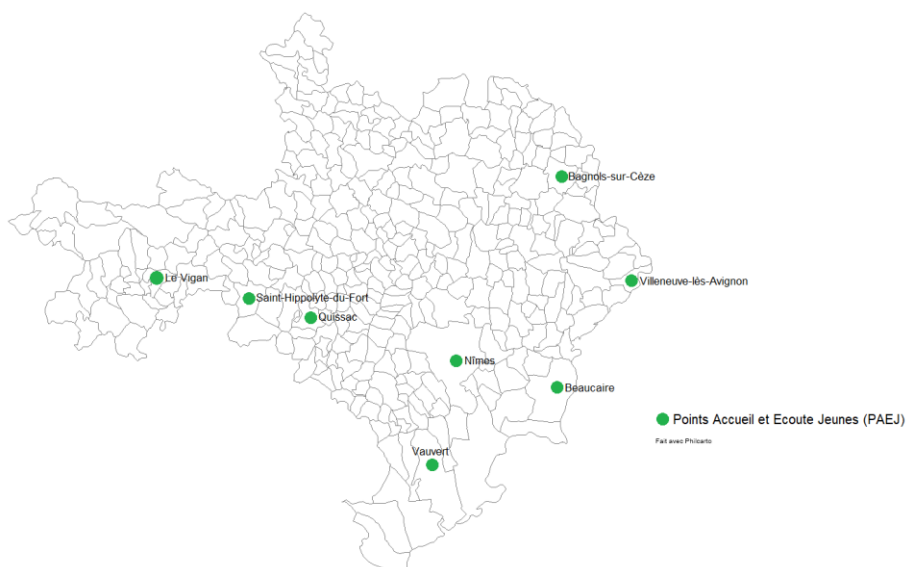


❖ L'offre d'accompagnement de l'enfant au jeune adulte

Lieux d'écoute

- Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ) : offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents, dès lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation... et contribuent à prévenir les troubles psychiques.
- Les maisons des adolescents (MDA) : sont des lieux polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative. Pour ces raisons, elles travaillent en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné.

Cartographie 25 : Les points accueil et écoute jeunes (PAEJ)



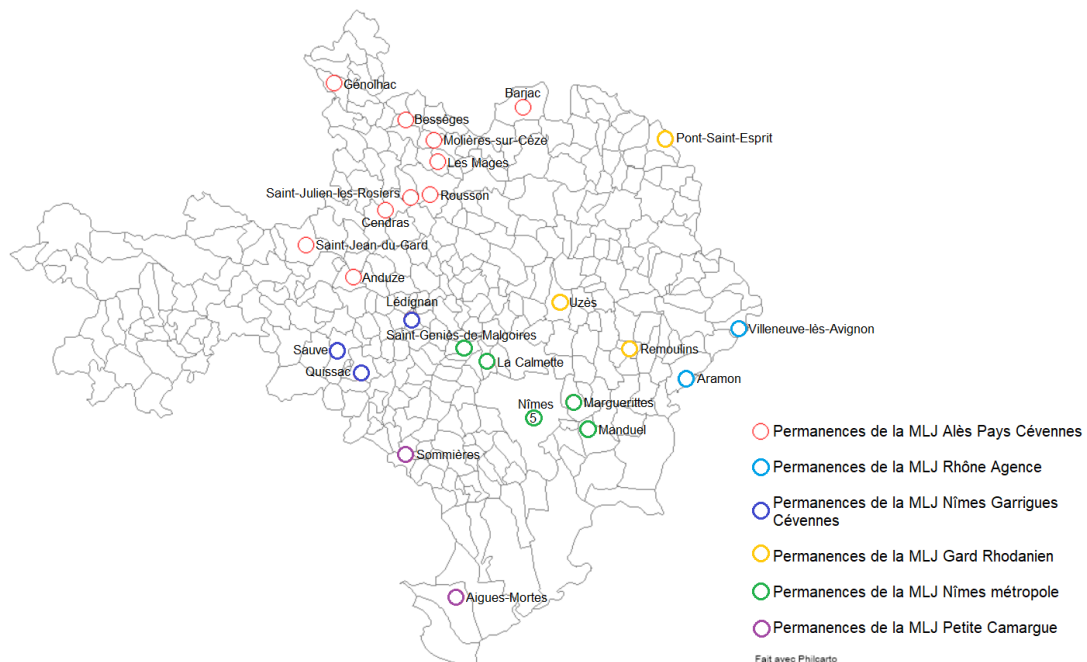
Soutien scolaire

- **L'auxiliaire de vie scolaire (AVS)** : L'AVS ou assistant d'éducation accompagne les enfants en situation de handicap ou présentant un trouble de santé invalidant (de l'école primaire jusqu'au lycée) : il s'occupe de la scolarisation, de la socialisation et de la sécurité de ces jeunes. C'est un contractuel de l'Éducation Nationale qui intervient dans des établissements spécialisés.
- **L'unité localisée pour l'inclusion scolaire – (ULIS-école, ULIS-collège, ULIS-lycée)**: Elles permettent l'accueil dans un établissement scolaire d'un groupe d'élèves limité à 10 et présentant des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), des troubles des fonctions motrices, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladies invalidantes).et reconnus comme handicap par la CDAPH ; les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole.

L'insertion dans le travail pour les adolescents et jeunes adultes

- **Les missions locales (ML)** : Les jeunes de 16 à 25 ans peuvent s'adresser aux missions locales qui est un organisme qui assure un service public : en favorisant l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de 16 à 25 ans révolus (qui ne sont pas étudiants ou n'ont pas d'emploi).

Cartographie 26 : Les missions locales jeunes et leurs permanences



❖ **Les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance**

Le Gard compte 15 établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance : 2 sur Alès, un sur Anduze, Bagard, Bagnols sur Cèze, Bréau-et-Salagosse, Molières et Cavailiac, 8 sur Nîmes.

❖ **L'offre en prévention et promotion de la santé orientée vers les jeunes**

Le Gard compte plusieurs associations, centres ou dispositifs dont l'objectif est la prévention et la promotion de la santé, et qui travaillent plus spécifiquement auprès des enfants et adolescents.

- **Le Dispositif Avenir** : Le dispositif Adolescents vulnérables et nouvelles interventions en réseau (Avenir) est porté par la MDA du Gard. Il permet le repérage précoce du mal être des adolescents, par les professionnels de proximité. Il propose aux adolescents et à leurs parents Les bénéficiaires sont des jeunes entre 11 et 21 ans en souffrance psychique, ne relevant pas d'une prise en charge en pédopsychiatrie/psychiatrie, actuellement non incluse dans des dispositifs d'accompagnement.

- RADeO : Le Réseau pour Adolescents en dérive extraordinaires) est un réseau professionnel de soutien et d'accompagnement auprès des familles et des professionnels confrontés à des jeunes en risque de ruptures par radicalisation.
- La prévention spécialisée : "La Prévention spécialisée dans le Gard" compte 4 associations qui ont pour but "d'aller vers" les jeunes et leurs familles, à travers l'écoute, le soutien et l'accompagnement, afin de prévenir leur marginalisation et faciliter leur promotion sociale :
 - L'association Samuel Vincent œuvre dans le champ de la protection de l'enfance et travaille auprès de deux tranches d'âge : 11-15 ans et 16-25 ans et un public de filles (mineures et majeures) à travers une série d'actions en lien avec la citoyenneté. L'association dispose de 4 services de Prévention spécialisés à : Beaucaire, Vauvert, St Gilles et Marguerittes.
 - L'association pour le développement de la prévention spécialisée (APDS) est dirigée vers les jeunes de 12 à 25 ans et leurs familles, les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville de Nîmes et habitants dans le cadre du développement social local, les personnes présentant de multiples difficultés et en risque de marginalisation et/ou d'exclusion sociale.
 - L'association Avenir Jeunesse assure la mission de prévention spécialisée sur le territoire alésien et grand-combien. Elle accompagne les enfants, adultes en devenir, afin qu'ils puissent dans le futur, exercer pleinement leur rôle de citoyen.
 - Riposte est une association qui a plusieurs missions : la veille sociale ; la santé ; la jeunesse et la famille (pour cette dernière mission, le public accueilli va de 12 à 25 ans).³¹
- Les consultations jeunes consommateurs (CJC) s'adressent aux jeunes âgés de moins de 25 ans. Cette consultation accompagne les jeunes dans l'évaluation de leur situation d'usage (de l'usage simple à la dépendance) en prenant en considération la globalité de leur situation, scolaire, familiale, sociale, juridique... Il existe 2 consultations Jeunes Consommateurs dans le Gard portées par LOGOS (avec une file active en 2016 de 217 consommateurs dont 88% de jeunes, et 62 personnes pour l'entourage) et l'ANPAA (Source : [Bilan CSAPA d'Occitanie – CREAL ORS – ORS midi Pyrénées- ARS Occitanie- février 2018](#)). L'ANPAA deviendra en 2021 Association Addictions France.

³¹ <http://asso-riposte.fr/index.php/nos-activites/pole-jeunesse-famille/le-service-de-prevention-specialisee/>

5. L'offre de soins et de services en santé mentale pour les personnes âgées

❖ Les professionnels dédiés à ce public

Les gériatres : Ce médecin spécialiste des maladies et troubles lié au vieillissement, accompagne ses patients dans le maintien de leur autonomie et favorise leur bien-être. La densité de gériatre dans le Gard est de 9.4 pour 100 000 habitants pour les plus de 65 ans en 2015. Cette densité est de 12.2 pour 100 000 hab. en Occitanie et 15.1 pour 100 000 hab. en France, pour cette tranche d'âge.³² Le Gard présente donc deux fois moins de gériatres en termes de densité pour les 65 ans et plus.

Les psychiatres : Le taux de recours vers les psychiatres libéraux pour les plus de 65 ans en 2015 est de : 104.4 pour 10 000 habitants dans le Gard, 82.3 pour 10 000 hab. en Occitanie, et 51,8 pour 10 000 hab. en France.³³ On remarque que la consommation de soins prodigués par les psychiatres dans le Gard est deux fois plus importante qu'en France.

Les psychologues : Intervention auprès des personnes âgées atteintes de maladies dégénératives (arrêté du 26 juillet 2019 relatif à l'expérimentation « Intervention de PSYchologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles COGnitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (PSYCOG) »)

❖ L'organisation de l'offre de soins et de services pour les personnes âgées

Les personnes âgées de 65 et plus sont le plus souvent prises en charge dans le Gard pour des troubles névrotiques ou de l'humeur, et pour une pathologie psychiatrique.

Par contre, le taux de recours en établissement de santé pour motif psychiatrique, des 65 ans et plus, est plus faible dans le département que dans les territoires de comparaison. En effet, le Gard a un taux de recours en la matière de 169.9 pour 10 000 habitants, alors que l'Occitanie a un taux de 222.4 et la France de 244.5.³⁴

Les structures de soins de courte durée pour les personnes âgées :

En 2015, il y avait 17 unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé en Occitanie, dont 3 dans le Gard.³⁵

- La gérontopsychiatrie : La gérontopsychiatrie est une sur-spécialité de la psychiatrie qui s'intéresse à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des troubles mentaux qui se manifestent chez les aînés. Le Gard a un taux d'hospitalisation en psychiatrie pour les plus de 65 ans, plus faible que celui de la région ou que la France : le Gard a un taux de 45.3 pour 10 000 hab., l'Occitanie a un taux de recours à 63.1 pour 10 000 hab. et la France 55 pour 10 000 hab.³⁶ En revanche en 2015, la part d'admission en psychiatrie, via les urgences, pour les 65 ans et plus est plus élevée dans le Gard qu'en Occitanie : 12.1% des séjours en psychiatries ont eu une admission au préalable aux urgences, alors que ce taux est de 11.6% dans la région. La France quant à elle compte 13.9% des séjours en psychiatrie qui proviennent des urgences, pour les plus de 65 ans.³⁷
- L'hospitalisation en MCO : Une part relativement conséquente de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques est prise en charge dans un service MCO.

³² http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a25&s=2015&view=map4

³³ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a36&s=2015&view=map3

³⁴ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a06&s=2015&view=map4

³⁵

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a05&s=2015&view=map3

³⁶ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a07&s=2015&view=map3

³⁷ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a07&s=2015&view=map3

En 2015, le taux de personnes âgées hospitalisées (65 et plus) en MCO pour motif psychiatrique est de 66.1 pour 10 000 habitants, ce qui est plus faible que le taux de la région qui est de 75.3 pour 10 000 habitants et que la France dont le taux est à 96.2 pour 10 000 habitants.³⁸

Par ailleurs, la part d'admissions par les urgences pour entrer en MCO pour un motif psychiatrique est là encore plus élevée dans le Gard. Cette part d'admission est de 49.9% dans le Gard, contre 34.8% dans la région et 44.4% en France, en 2015.³⁹

- Les équipes mobiles de gérontopsychiatrie permettent l'évaluation et la prise en charge d'une personne âgée présentant des troubles psychocomportementaux à leur domicile. Une équipe mobile de gérontopsychiatrie est portée par le CH Mas Careiron, à Uzès.

La prise en charge ambulatoire et au domicile :

En 2015, le taux de recours en ambulatoire pour motif psychiatrique des 65 ans et plus est plus faible dans le département et la région, par rapport à la France.⁴⁰ En effet, le département a un taux de recours à l'ambulatoire pour motif psychiatrique pour les personnes âgées de 145.3 pour 10 000 hab., la région a un taux de recours de 188.2 et la France de 219.7 pour 10 000 hab.

Dans le Gard en 2015, 20.6% des actes ambulatoires sont faits à domicile pour les 65 ans et plus. Cette proportion est plus élevée que pour la région dont 18.9% des actes ambulatoires sont faits au domicile ou pour la France avec 17.1%.⁴¹ Par contre, la densité d'acte à domicile pour les 65 ans et plus est plus faible dans le département (26.1 pour 1 000 habitants) qu'en région (29.4 pour 1 000 habitants) ou en France (29.6 pour 1 000 habitants), en 2015.⁴²

- Hospitalisation à domicile (HAD) : est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne.
- Les services de soins à domicile : Le Gard a un taux d'équipement de 16.7 places dans les services à domicile pour 1000 personnes, ce qui est inférieur au taux de la région (20 places pour 1000) et pour la France (20.5 pour 1000). La densité de places dans les services de soins à domicile (SSIAD et/ou SPASAD) pour les 65 ans et plus en 2015 est de 9 pour 1 000 dans le Gard et 11 pour 1 000 en Occitanie et en France.⁴³ On compte environ une soixantaine de places en services de soins infirmiers.
- Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : comme vu précédemment pour les personnes en situation de handicap, assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne.
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : permettent aux personnes âgées malades ou dépendantes de recevoir chez elles des soins infirmiers et d'hygiène.
- Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) : sont des services assurant à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un service d'aide à domicile. En 2018, 5 structures SSIAD se proposent d'être co-porteurs de la mise en place d'un SPASAD.

³⁸ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a16b&s=2015&view=map4

³⁹ http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a16b&s=2015&view=map4

⁴⁰

http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a08&s=2015&selcodgeo=76&view=map4

⁴¹

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a14&s=2015&view=map3

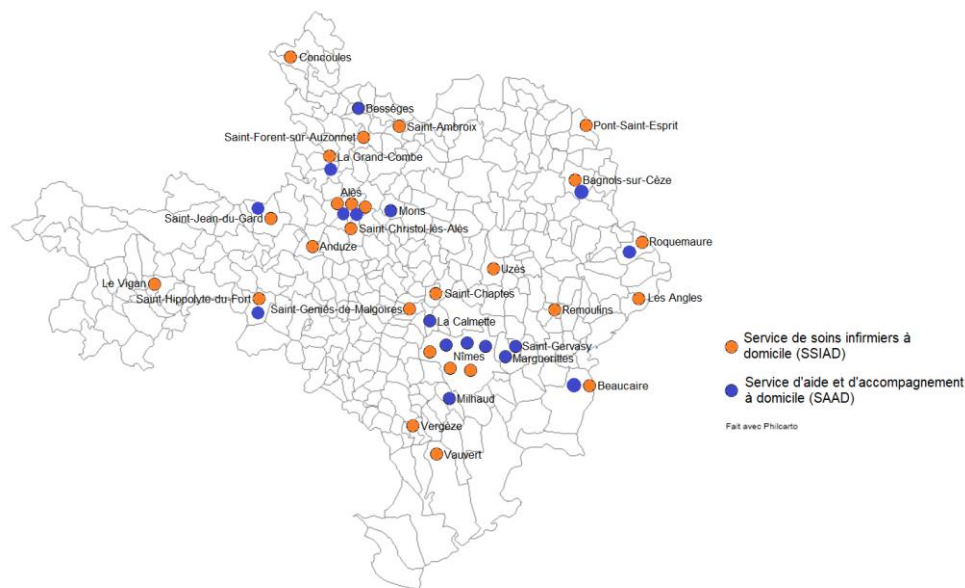
⁴²

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a14&s=2015&view=map3

⁴³

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_a30&s=2015&view=map4

● *Cartographie 27 : Services et soins à domicile pour personnes âgées*



Les structures d'hébergement

- Les établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) : accueillent des personnes âgées valides et autonomes, parfois semi-valides, seul ou en couple. L'établissement s'occupe de la vie quotidienne et de la coordination des soins.
- Les résidences autonomie : Également appelées foyers-logements ou logements-foyers, les résidences autonomie sont des établissements médico-sociaux, non médicalisés. Dans le Gard en 2015, la densité de places en EHPA et résidences autonomie est de 6.7 places pour 1000 hab. de 65 ans et plus, ce qui est supérieur par rapport à l'Occitanie qui est à 4.8 places pour 1 000 hab. de plus de 65 ans. Mais la France a une densité de place supérieure à ces deux territoires, avec 10.8 places pour 1000 hab. de 65 ans et plus.⁴⁴
- Les résidences seniors : constituent, dans le Gard, une solution privée complémentaire des résidences autonomie, mais le plus souvent avec des espaces de services (piscine, restaurant, salon de beauté...).
- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : anciennement dénommés maisons de retraite, sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Il y a 6 451 places en EHPAD (HP, AT et AJ) dans le Gard et 60 460 en Occitanie. Le taux d'équipement en places dans les EHPADs pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est de 82.4 dans le département, soit un taux plus faible que la région qui est à 97 et à la France métropolitaine (100.2). Par ailleurs, la densité des places est de 43.4 places pour 1 000 habitants de plus de 65 ans en 2015 dans le Gard, une densité plus faible que la région (52.1 places pour 1 000 habitants de plus de 65 ans) ou la France (52.3 places pour 1 000 habitants de plus de 65 ans).⁴⁵
- Les Unités de soins de longue durée (USLD) : sont des structures hospitalières d'hébergement et de soins dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans très dépendants dont l'état nécessite une surveillance médicale constante. Il existe 6 USLD dans le Gard. La densité de places en USLD en 2015, est de 2,7 places pour 1000 hab. de 75 et plus en France, de 3.7 places pour 1000 hab. de 75 ans et plus en Occitanie et de 2.8 places pour 1000 hab de 75 ans et plus dans le Gard.⁴⁶

Cartographie 28 : Les EHPAD du département

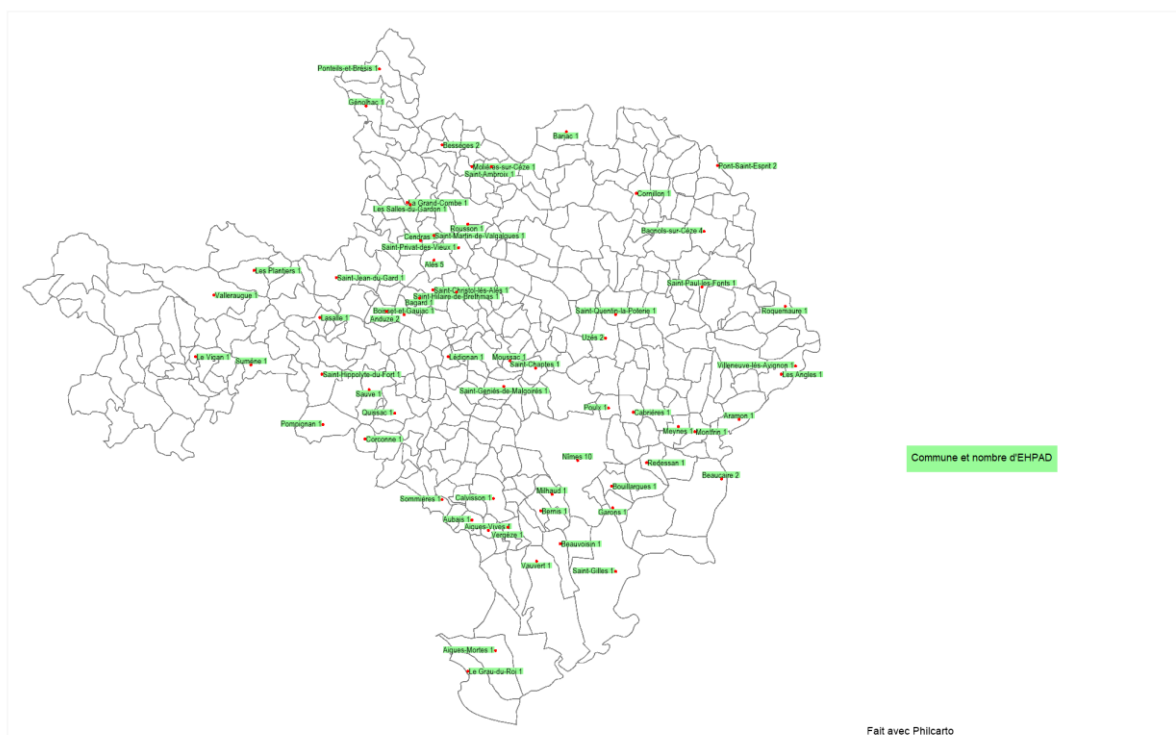
⁴⁴ <http://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&view=map3>

⁴⁵

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_12a&s=2015&selcogeo=76&view=map4

⁴⁶

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_11a&s=2015&view=map4



Les structures spécifiques selon les troubles de la personne âgée :

Pour les patients souffrant de troubles du comportement et en fonction du niveau de ces troubles, des unités spécifiques ont été prévues par le plan Alzheimer 2008-2012 :

- Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) : proposent, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation. Il s'agit d'un lieu particulier aménagé au sein de l'EHPAD. En 2015, la densité de PASA est de 13 pour 100 000 habitants en France, 16 pour 100 000 habitants en Occitanie et de 10.7 pour 100 000 habitants dans le Gard (une offre moins conséquente).⁴⁷ L'Occitanie détient 186 PASA, parmi desquels 16 font partie du Gard.
- Les unités d'hébergement renforcées (UHR) : admettent les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités, les accueillant nuit et jour, et sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités. La densité de places en UHR dans le Gard est de 16.8 places pour 100 000 habitants de plus de 65 ans. Cette densité est de 33.4 places pour 100 000 habitants de plus de 65 ans dans la région et de 19 places pour 100 000 habitants pour cette tranche d'âge en France⁴⁸.
- L'unité cognitivo-comportementale (UCC) : peut être un recours à l'hospitalisation pour gérer une crise ou des troubles importants du comportement, d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Situées en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), dans un secteur sécurisé, ces unités ont pour objectif de stabiliser les troubles du comportement et d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise. La densité de places d'UCC en SSR pour les plus de 65 ans, en 2015 est de 7.4 places pour 100 000 habitants dans le Gard, 9.7 places pour 100 000 hab. en Occitanie et 11,3 places pour 100 000 hab. en France.⁴⁹

⁴⁷

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_32&s=2015&view=map3

⁴⁸

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=pa_agreg_2015dep.pa_33&s=2015&view=map3

⁴⁹ <http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&view=map3>

❖ Les réseaux spécifiques

- **Les services territoriaux de l'autonomie (STA)** : Anciennement nommées les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), elles sont gérées par le Conseil Départemental qui en a repris les missions. Les STA sont des services gratuits d'information, d'évaluation et d'accompagnement dédiés aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à leur entourage et aux professionnels.
- **Le réseau MAIA** : MAIA signifie Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants. Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont : la continuité des parcours des personnes âgées, la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, et le soutien à domicile des publics concernés. Il coordonne, sur un secteur donné, la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par exemple ou de troubles apparentés.

Cartographie 29 : Les MAIA présentes dans le Gard



Source : <https://www.personnes-agees-gard.fr/organisation/maia-camargue-vidourle>

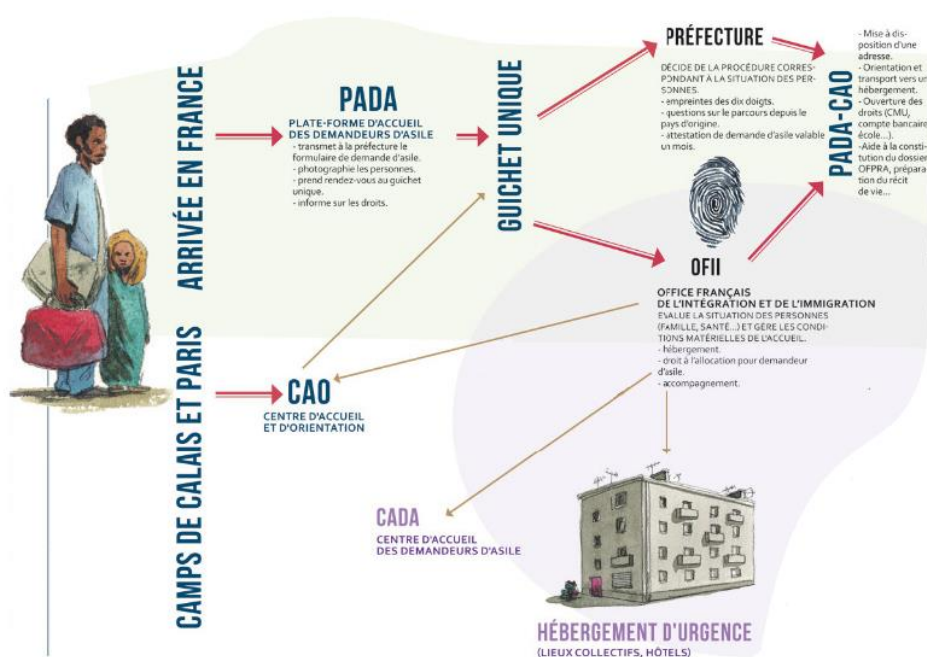
❖ L'offre d'aide et de soutien aux aidants

- **Plateforme de répit** : Elles offrent un lieu, un espace d'accompagnement dédié aux aidants accompagnant un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Une plateforme de répit se situe à Nîmes et une autre à Saint-Hilaire-de-Brethmas « Les Jardins de St Hilaire ».

6. L'offre de soins et de services en santé mentale pour la population migrante

❖ Parcours et accès à la santé

Le parcours d'accès aux soins pour les migrants : l'OFII (Office Français Immigration Intégration) informe les migrants de leurs droits et accès à la santé, ainsi que de leur possibilité de bénéficier de l'examen de santé gratuit



proposé par la CPAM.⁵⁰

Les Demandeurs d'Asile peuvent bénéficier de la Couverture maladie universelle (CMU). Mais, la demande ne pourra être déposée qu'à réception de l'attestation de la préfecture les autorisant à rester sur le territoire pour la durée de la procédure d'asile. Sinon, les migrants sans titre de séjour, en situation irrégulière, peuvent bénéficier de l'AME mais doivent attendre trois mois sur le territoire.

Durant la période où ils n'ont pas accès au droit de santé, il existe des solutions pour soigner les personnes migrantes : les permanences d'accès aux soins (PASS), les centres de santé des ONG (qui ont un centre d'accueil de soins et d'orientation - CASO) et les collectifs de soignants. Ces structures médicales, peuvent organiser les rendez-vous de santé avec la contribution d'autres centres ou services et sont incitées à travailler en réseau, avec les psychologues et psychiatres libéraux par exemple.

L'instruction du 8 juin 2018 du Ministère des solidarités et de la santé, est intitulée « mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants », et encourage les ARS à mettre en œuvre des parcours de santé des migrants adaptés aux territoires et d'utiliser un espace numérique de travail pour le partage d'outils et de pratiques. L'Instruction réaffirme la nécessité d'avoir un système de droit commun qui soit accessible à toutes et tous : « ces modalités doivent intégrer la prise en charge par les secteurs de psychiatrie des personnes hébergées en CHRS, ou en CADA et dans les autres structures d'hébergement.

⁵⁰

https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=kofKQdqr&id=749E5F8279F82FB84DCFBA5FCBADDCA6076BD9&thid=OIP.kofKQdqrBcmtRuICUJ7RagHaFG&mediaurl=https%3a%2f%2fki6col.webnode.fr%2f_files%2f200001707-ea6aeeb638%2fdemarch-da.jpg&exph=883&expw=1280&q=parcours+sant%C3%A9+migrant&simid=608033340442281751&ck=A4B17E0B8313976652B2F46B6F7D97F2&selectedIndex=9&FORM=IRPRST&ajaxhist=0

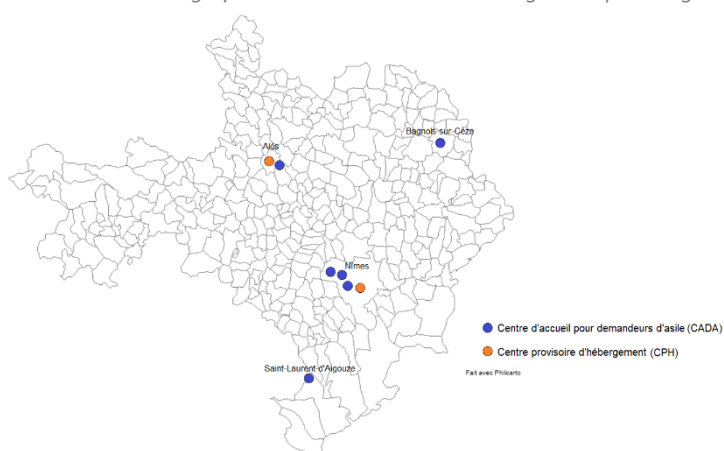
❖ Les structures d'hébergement pour migrants

L'OFII est responsable du Premier accueil des demandeurs d'asile, coordonne et anime le Dispositif National d'Accueil (DNA) des demandeurs d'asile et des réfugiés. À ce titre, il gère une partie des entrées des demandeurs d'asile dans les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) des réfugiés et dans les autres dispositifs d'hébergement relevant du DNA.⁵¹ La Direction départementale de la cohésion sociale délivre les agréments spécifiques aux associations et aux organismes œuvrant en faveur du logement et de l'hébergement.

La densité de places d'hébergement social à destination des demandeurs d'asile et réfugiés, du type CADA et CPH est plus faible dans le département, qu'en Occitanie ou en France, en 2014. En effet, la densité est de 25.8 places pour 100 000 habitants dans le Gard, 32.2 pour 100 000 hab. dans la région et 37,8 pour 100 000 hab. en France.⁵²

- Les centres d'Accueil et d'Examen des Situations (CAES) permettent une évaluation accélérée de la situation administrative des migrants en permettant un hébergement de transition (durée moyenne de séjour de 10 jours) en urgence. Il n'en existe pas dans le Gard.
- Les Centres d'accueil et d'orientation (CAO) sont une structure d'hébergement temporaire à destination des migrants. Il n'en existe pas dans le Gard.
- Les centres d'hébergement d'urgence pour migrants (CHUM) ont des missions qui s'apparentent à celles des CAO. Ces structures sont spécifiques à l'île de France et ne sont donc pas présentes dans la région.
- Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) remplissent les missions d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur dossier. Ces centres garantissent un accompagnement administratif, social et sanitaire des personnes et assurent la scolarisation des enfants, tout en mettant en place des activités socioculturelles pour les résidents. En 2013, le département du Gard avait une offre d'accueil en CADA de 145 places en gestion associative, réparties sur Alès (25 places) et Nîmes (120 places).
- Les centres d'hébergements d'urgence de demandeurs d'asile (HUDA) visent à accueillir, à titre transitoire et dans l'urgence, des demandeurs d'asile en attente de leur admission en CADA. Il n'en existe pas dans le département.
- Les dispositifs d'accueil temporaire - service de l'asile (AT-SA) sont des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile le temps de l'instruction de leur demande d'asile. Il n'en existe donc pas dans le département.
- Les centres provisoires d'hébergement (CPH) accueillent les personnes à qui l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) a accordé le statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire. Ce centre permet d'accompagner ces personnes vers l'autonomie en travaillant l'apprentissage de la langue française, l'insertion professionnelle, l'intégration et l'accès au logement.

Cartographie 30 : Les structures d'hébergement pour migrants



⁵¹ https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/02/Typologie_hebergement_migrants_Cimade.jpg

⁵²

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=cont_agreg_03.ter_20&s=2014&selcogeo=30&view=map3

7. L'offre de soins et de services en santé mentale pour la population pénitentiaire

❖ Les structures pénitentiaires

La gestion des structures pénitentiaires :

La direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) contrôle et coordonne l'activité des établissements pénitentiaires (ou prisons) et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) placés sous leur autorité. Cette direction régionale est avisée par la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) au niveau national. Celle de l'Occitanie se situe à Toulouse.

Les établissements pénitentiaires :

Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires, ou prisons, selon le régime de détention et les catégories de condamnation.

- Les maisons d'arrêt : elles reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire
- Les établissements pour peine regroupent différents types de prisons :
 - Les centres de détention : accueillant des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans
 - Les centres de semi-liberté : reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté.
 - Les établissements pénitentiaires pour mineurs : sont des prisons spécialisées dans la prise en charge des mineurs délinquants.
 - Les maisons centrales : accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques.
- Les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes, qui comprennent au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).
- Les quartiers centres pour peines aménagées peuvent recevoir les personnes condamnées bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement à l'extérieur ainsi que les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Au sein des établissements peuvent se trouver :

- des cellules disciplinaires, qui sont en France une sanction administrative
- des cellules d'isolement qui servent de mesure de sécurité, de protection, de confinement solitaire. 71.7% des détenues ont été placés à l'isolement en 2016 dans le Gard (ce qui est beaucoup comparativement à l'Occitanie avec 45.3% et à la France avec 60.1%. Cette forte prévalence peut s'expliquer par la proportion de journées d'isolement thérapeutique des détenus hospitalisés qui est de 44.6% dans le Gard (là encore supérieur à la région avec 37.8% et à la France avec 37.2%).⁵³

Il y a une maison d'arrêt à Nîmes dans le Gard avec 192 places (en 2016). En 2016, il y a eu 1 122 détenus. Cette même année, la surpopulation carcérale est de 196.4% places opérationnelles.

À proximité de la frontière du département, il y a le centre pénitentiaire d'Avignon le Pontet (625 places pour 1 693 détenus en 2016 et une surpopulation de 140.8% places opérationnelles), le centre de détention de Tarascon (650 places pour 1 225 détenus en 2016 et une surpopulation de 94.2% places opérationnelles) et la Maison centrale d'Arles (157 places pour 125 détenus en 2016 et une surpopulation de 79.6% de places opérationnelles).

Le Gard a une densité de places pénitentiaire assez faible. En effet, sa densité est de 31.2 places pour 100 000 habitants en 2016, alors que la région est à 91.2 et la France à 106.8 places pénitentiaires pour 100 000 habitants en 2016.

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) : sont des services à compétence départementale. La mission essentielle des SPIP est la prévention de la récidive à travers :

- l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines

53

- la lutte contre la désocialisation
- la (ré)insertion des personnes placées sous-main de justice
- le suivi et le contrôle de leurs obligations.

Dans le Gard, le siège du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) est à Nîmes et une antenne se situe à Alès.⁵⁴

❖ L'Organisation du parcours de santé en milieu carcéral

La prise en charge de cette population nécessite non seulement la prise en compte de sa situation sanitaire particulière, mais également celle du contexte du monde carcéral et de ses contraintes.

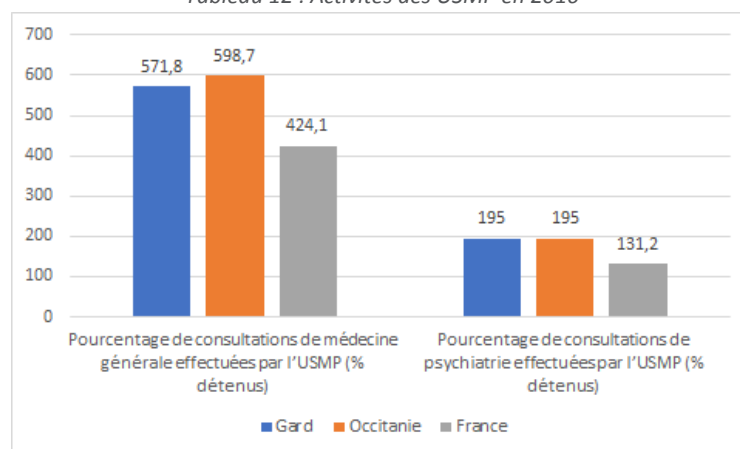
Secteur de psychiatrie pénitentiaire : Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) a été reconnu légalement en même temps que le secteur de psychiatrie générale et le secteur de psychiatrie infanto juvénile. Le principe du SPMP et de son unité pivot, le service médicopsychologique régional (SMPR), a semblé s'imposer à tous, d'autant plus que l'augmentation constante du nombre de personnes détenues souffrant de troubles mentaux est régulièrement dénoncée et permettrait ainsi de prodiguer des soins aux personnes détenues.

L'offre de soin en milieu pénitentiaire :

L'organisation des soins en milieu carcéral est structurée en trois niveaux :

- **les soins ambulatoires :** Le taux de recours en ambulatoire est de pour 5 891,3 pour 10 000 détenus en 2016, un taux plus élevé que pour la France (5 150,2 pour 10 000 détenus), mais équivalent du taux de la région (5 900,3 pour 10 000 détenus).⁵⁵ Les soins ambulatoires sont dispensés dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) (consultations médicales, soins, circuit du médicament, activités thérapeutiques de groupe...), anciennement appelé UCSA (consultation ambulatoire somatique et psychiatrique). L'USMP dépendant d'un centre hospitalier où se déroulent les consultations d'urgence et hospitalisations de courte durée. Les soins ambulatoires comprennent également un accueil en groupe dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Tableau 12 : Activités des USMP en 2016



Source :

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=vul_ag_01.vul_12&s=2016&selcogeo=76&view=map4

L'USMP du Gard a un taux de consultation et de recours, surtout en ce qui concerne les consultations psychiatriques qui est le même qu'en Occitanie. L'USMP de Nîmes est une unité de consultations et de soins ambulatoires rattachée au CHU de Nîmes.

- **les prises en charge à temps partiel :** Les prises en charge à temps partiel regroupent les soins requérant un accueil en hôpital de jour (au sein de l'hôpital de rattachement), en psychiatrie, en médecine ou en chirurgie.

Les soins psychiatriques sont assurés par une équipe du pôle de santé mentale d'un centre hospitalier,

⁵⁴ http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Poster_administration_penitentiaire_2017.pdf

⁵⁵

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=vul_ag_01.vul_20&s=2016&selcogeo=76&view=map4

certaines soins et l'hébergement se faisant au service médico-psychologique régional (SMPR) ou en unité pour malades difficiles (UMD). Ces services ne sont pas présents dans le département.

- **l'hospitalisation à temps complet** : Le taux de recours à l'hospitalisation est de 410 pour 10 000 détenues, un taux bien supérieur à la région (195.1 pour 10 000 détenus) et à la France (166,3 pour 10 000 détenus).⁵⁶ Les hospitalisations à temps complet sont réalisées en établissements de santé (au sein de structures hospitalières spécialisées ou dans les établissements de rattachement). Cette hospitalisation peut également se faire dans les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), en soins libres (SL), unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ou en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE). Aucune de ces unités n'est présente dans le département.

8. Les dispositifs pour les professionnels de santé en matière de santé mentale

❖ Formation et sensibilisation à la santé mentale

La formation initiale :

Les instituts de formation pour les étudiants en santé dans le Gard :

- Médecine : Faculté de médecine Montpellier-Nîmes
- Master de psychologie – université de Nîmes
- Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) : 3 IFSI dans le Gard, (2 à Nîmes, 1 à Bagnols-sur-Cèze)
- Institut de formation aux métiers éducatifs (IFME) Nîmes.

L'instauration en 2018 d'un service sanitaire pour les étudiants en santé (médecine, pharmacie, maïeutique, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes), s'inscrit dans le cadre de la **stratégie nationale de santé** dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Ce service sanitaire doit permettre de sensibiliser les étudiants en santé à la prévention. Ce service se réalise au sein de structures ayant passé un accord avec les organismes de formation des étudiants tel les écoles, les collèges en Zone d'Éducation Prioritaire, les lycées y compris en zone rurale, ou encore dans des entreprises, les EHPAD, les établissements médico-sociaux, les lieux de privation de liberté, etc.

La formation continue : l'obligation pour les professionnels de santé de se former, en application des orientations pluriannuelles prioritaires du développement professionnel continu. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022. Une des orientations concernent la santé mentale

La formation en pratique avancée pour les infirmiers avec notamment la spécialité psychiatrique (niveau master).

Les dispositifs de formation :

Il existe un grand nombre de formations en matière de santé mentale, qui peuvent aider : dans les pratiques professionnelles, dans l'accompagnement auprès d'un public spécifique, dans les nouvelles connaissances théoriques faites sur un sujet ou encore pour améliorer sa qualité de vie au travail. Les formations peuvent se retrouver dans le catalogue "spéciale formation" par année, dans le mensuel "Santé Mentale"⁵⁷ qui regroupe l'ensemble des formations proposées par divers associations, université...

❖ Les dispositifs de soutien :

⁵⁶

http://santementale.atlasante.fr/#bbox=321188,6477194,633875,377773&c=indicator&i=vul_ag_01.vul_19&s=2016&view=map4

⁵⁷ <https://fr.calameo.com/read/003345772aa685610ac05>

À l'échelle départementale :

- **Réseau Arpège** est porté par la MDA 30. Il s'adresse à tous les professionnels concernés par le suivi d'adolescents et de jeunes adultes de 10 à 21 ans, dont la situation est empreinte de complexités, parfois synonymes de gravité, d'urgences, de ruptures. Ce réseau organise et anime des espaces inter- professionnels et interpartenaires, de réflexion et d'élaboration sur le parcours des adolescents en situation complexe.
- **Les actions existantes d'aller vers** et de médiation autour du stress développé notamment en milieu étudiant

À l'échelle locale :

- Le réseau santé mentale Alès Adultes/Enfants
- Réseau ville hôpital pour informations des médecins généralistes, et des professionnels de santé mentale
- Réseau autour de l'accueil et accompagnement situation d'exil
- Les dispositifs d'animation locale en santé :
- 3 Contrats locaux de santé (CLS) sur le Gard : Nîmes, Gard Rhodanien, pays Cévennes
- Les actions portées par les Ateliers Santé Ville sur certains territoires qui permettent de soutenir des actions de santé communautaire, notamment groupes de parole sur le thème de l'estime de soi : Alès, Vauvert.

IV. Identification des problématiques rencontrées, des bonnes pratiques et leviers existants

Le projet territorial de santé mentale est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale, ayant pour objectif d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des leviers d'amélioration et des actions pour y remédier. Il permet une démarche participative et qualitative aboutissant à une vision partagée.

Élaboré à partir du recueil des données et indicateurs pertinents listés dans l'instruction du 5 juin 2018 relative aux PTSM, le diagnostic territorial partagé du Gard a été complété par plusieurs réunions de travail, ciblées sur cinq thématiques reprenant les éléments de l'article R 3224-3 du code de la santé publique.

Les échanges autour de ces cinq thématiques se sont appuyés sur les pratiques professionnelles et les expériences de terrain des acteurs repérés comme intéressés par la prise en charge de la santé mentale dans le département, issus des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ils ont permis d'identifier les forces et les faiblesses en matière de prise en charge de la santé mentale dans le Gard et d'identifier des leviers d'amélioration et une ébauche des actions à conduire au cours des cinq années à venir.

Nous allons présenter les problématiques identifiées, les pratiques actuelles qui favorisent l'accès aux soins et les leviers existants, selon les publics impactés et en précisant quel groupe/thématique est impliqué pour chacune des idées. On peut noter que certaines problématiques sont communes pour différents groupes.

1. Enjeux repérés pour les adultes

Problématiques identifiées	Bonnes pratiques recensées	Leviers existants
La gestion de l'urgence psychiatrique : une seule cellule d'urgence médico-psychologique (C.U.M.P) et pas de véritable service d'urgence psychiatrique sur le territoire gardois. (groupe 1)	La clinique Les Sophoras, à Nîmes, dispose d'une unité de crise de 10 lits, de même que l'unité de courte durée (UCD) du CHU de Nîmes, permettant des hospitalisations adaptées en urgence. (groupe 1)	Par le développement d'outils innovants : Les opérateurs souhaitent que soit favorisée la mise en place de permanences psychiatriques de nuit . Ils soulignent dans ce cadre le rôle du groupement hospitalier de territoire (GHT) dans le partage des ressources médicales spécialisées et des astreintes psychiatriques et pédopsychiatriques. (groupe 1) Sont aussi encouragées les créations d'activités thérapeutiques en établissements médico-sociaux de nuit, afin de prévenir les éventuelles crises (exemple : PASA de nuit en EHPAD) (groupe 1)

L'efficacité des "soins sans consentement" est questionnée et laisse un souvenir traumatique aux patients. La gestion des troubles est dans ces cas gérés en urgence alors qu'ils devraient être traités en amont. (groupe 1)		Une réflexion pourra être impulsée sur "l'hospitalisation sans contrainte ». (groupe 1)
Les problèmes géographiques d'accès aux soins pouvant conduire à un renoncement aux soins. D'ailleurs, des problèmes de refus de transport par des véhicules sanitaires légers (VSL) ont été soulignés. (groupe 1) De plus, les équipements ne sont pas uniformément répartis sur le territoire et les opérateurs spécialisés ne sont pas toujours en lien avec les quartiers prioritaires qui en ont besoin. (groupe 5). Problème de la sectorisation sur les soins : Idée de base : patients ont droit à une prise en charge de proximité, pour éviter les longs déplacements, mais pas de réponse si absence d'effectifs sur un secteur (groupe 1)		Concernant les soins dispensés en ville, des consultations spécialisées peuvent être organisées depuis une maison de santé pluriprofessionnelle. Par ailleurs, la coordination ville-hôpital et le développement de « microstructures » sont à encourager. (groupe 4)
La disparition de médecins spécialisés, notamment en psychiatrie dans le Nord et l'ouest du département, que ce soit dans le secteur public ou le libéral. Cela risque de diminuer la qualité des prises en charge, au risque de diminuer la durée des consultations et limiter la prévention (qui permettrait d'éviter ou anticiper les situations de crise) (groupe 1)		La télémédecine est un outil repéré au service futur de la santé mentale. (groupe 1)
Les difficultés financières freinant l'accès aux soins : Certaines personnes souffrant de troubles psychiques peuvent pour cette raison ne pas avoir accès à une prise en charge adaptée, telle que les soins d'un psychologue. La problématique de la précarité est prégnante dans le département et pourtant il ne compte que 2 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). (groupe 1 et 4)	La plateforme des troubles du neurodéveloppement (TND), portée par le CHU de Nîmes, vise également à renforcer l'accès aux soins puisqu'elle permet l'activation gratuite des acteurs libéraux. (groupe 1)	Il faut encourager le renforcement de ces EMPP. (groupe 1)
Le renoncement aux soins somatiques : dans les prises en charge psychiatrique, la recherche de maladies chroniques somatiques est peu abordée. On relève parfois des difficultés d'identification de certaines pathologies induisant une orientation erronée en psychiatrie. De plus, les professionnels notent une forte opposition regrettable, entre la notion de soins somatiques et psychiques. (groupe 3)	Le lien avec les médecins traitants est particulièrement travaillé par certaines institutions : ainsi, un médecin généraliste est présent à la MAS d'Alesti, et recherche en priorité les problématiques somatiques. (groupe 3)	Afin de garantir la prise en compte de l'utilisateur dans sa globalité, les modalités d'accueil et de dialogue avec les personnes doivent évoluer, notamment dans la phase du diagnostic. Il est donc préconisé une réflexion sur les pratiques et conditions de mise en œuvre des recommandations de l'ANESM. (groupe 5) Le rôle du médiateur santé est à encourager (groupe 3)
La stigmatisation persistante des usagers	Faire évoluer les	L'impact de l'environnement, le

atteints de troubles psychiques : Certains usagers rencontrent des refus de prise en charge par des professionnels, et ce même s'ils sont accompagnés. (groupe 3) D'ailleurs, certains publics rencontrent des difficultés d'accès aux logements de droit commun ou adapté, à cause de problématiques liées au voisinage.	représentations sur la santé mentale pour lutter contre l'« auto-stigmatisation » : L'évolution des représentations nécessite le déploiement d'actions de sensibilisation, en associant fortement à ces démarches les personnes en situation de handicap psychique. De même, sont à développer sur le territoire les programmes comme « formation aux premiers secours en santé mentale ».	contexte d'accueil de la personne et le rôle de l'entourage (parents/aidants) sont des points d'attention. (groupe 3) Faire évoluer les représentations sur la santé mentale pour lutter contre l'« auto-stigmatisation » : Il est également souligné le travail de liens à opérer entre « interculturalité et santé », notamment dans les quartiers. (groupe 5) La lutte contre l'« auto-stigmatisation » et la stigmatisation doit prendre en compte la spécificité de certains publics La notion de « rétablissement » fait référence au développement des compétences des patients et usagers et contribue à lutter contre l'autostigmatisation.
Les délais d'attente important pour accéder aux soins ont une incidence sur le parcours des usagers. Les dispositifs existants sont engorgés par manque de professionnels, le manque de places, l'augmentation des demandes et les secteurs non couverts. (groupe 4 et 5)		Les opérateurs souhaitent la création de dispositifs réactifs (type MDA, PCPE) au début du parcours. Il paraît indispensable que ces dispositifs précisent en amont la temporalité de l'accompagnement proposé afin que l'utilisateur et les professionnels concernés prévoient les modalités d'organisation de la future prise en charge. (groupe 2) Il convient de s'appuyer sur les ressources existantes et de les développer (travail partenarial avec les équipes mobiles, les PASS, le SAMU social) afin d'envisager à plus long terme l'implication des acteurs dans la promotion de dispositifs innovants. (groupe 4) Concernant le financement de la permanence des soins (PDS), il est attendu des autorités, en particulier de l'ARS, une amélioration du contrôle sur l'utilisation des crédits alloués. (groupe 1)
Le manque de reconnaissance et de valorisation des actions de prévention : des actions de sensibilisation et d'information existent, mais sont peu connues, ce qui ne permet pas d'améliorer les prises en charge. Alors qu'elles permettent le décloisonnement des secteurs et simplifieraient l'orientation des usagers dans le système institutionnel. De plus, le manque d'équipements nécessite le renforcement de la prévention. (groupe 4 et 5)		La création d'un CLSM : Ce dispositif est à ce jour encore inexistant dans le département. Outil de démocratie sanitaire, il permet de réunir régulièrement les professionnels autour de la thématique « santé mentale ». Sa création est à ce titre vivement souhaitée sur le territoire départemental. (groupe 4)
Le manque de coordination entre les acteurs :	Le CHU de Nîmes développe	La valorisation et le financement de

Les prises en charge sont souvent morcelées entre plusieurs acteurs et il a été souligné le manque de structures contenant. Par ailleurs, a été soulignée la distinction entre psychiatrie et addictologie, et les difficultés de création de passerelles entre les deux prises en charge. (groupe 1 et 4)	actuellement un projet de recherche pour proposer l'appui au médecin traitant d'un psychiatre expert en cas de situations complexes. Le démarrage est prévu pour début 2020. (groupe 1) La tenue régulière de réunions pluridisciplinaires à la Maison de santé protestante, avec le médecin généraliste, le psychiatre, le psychologue et le SAVS favorise la coordination dans les prises en charge. (groupe 4)	réunions de concertation entre opérateurs seraient souhaitées. (groupe 4)
--	---	---

2. Enjeux repérés pour les personnes en situation de handicap psychique

Problématiques identifiées	Bonnes pratiques recensées	Leviers existants
Des profils non admis suivant les structures : Les GEM soulignent qu'ils ne sont pas habilités pour accueillir certains publics (les personnes âgées isolées par exemple. (groupe 4)		Les GEM ont un rôle central dans la lutte contre l'isolement social.
La complexité des procédures administratives : L'ouverture de certains droits peut être conditionnée à l'obtention d'un statut particulier (AAH, RQTH...); la multiplicité des statuts existants ne facilite pas le repérage des usagers, et peut mener à un renoncement aux droits. (groupe 4) En plus de la stigmatisation des usagers atteints de troubles psychiques, la complexité des démarches d'accès aux droits n'est pas facilitante pour les usagers. Notamment, le dossier MDPH est jugé trop complexe à remplir, surtout que les opérateurs sont engorgés par les attentes administratives diverses et conséquentes. (groupe 2 et 3)	La lutte contre l'« auto-stigmatisation » et la stigmatisation doit prendre en compte la spécificité de certains publics (parents en situation de handicap psychique, personnes handicapées vieillissantes...). (groupe 5)	
Des problèmes dans l'évaluation et la prise en charge : Des évaluations biaisées et erronées par manque d'espaces de prise en charge disponibles : L' engorgement des services existants peut conduire à de mauvaises évaluations par la MDPH, qui aboutirait à une prise en charge en fonction des places disponibles au sein des établissements et non en fonction des troubles effectifs de l'utilisateur. (groupe 2)	Le SAVS APSH30 élabore un diagnostic partagé de chaque usager, permettant ainsi de faire un premier lien entre les différents professionnels intervenants. Ce document est un outil réellement utile pour les professionnels et l'utilisateur, puisqu'il récapitule des éléments partagés par tous et permet un discours identique, concerté et contenant, pour une meilleure prise en charge. (groupe 2) Lors de l'entrée à l'ESAT ELISA,	

	un courrier d'information est envoyé par la psychologue au médecin traitant de l'utilisateur, afin de garantir un échange sur les prises en charge. (groupe 3)	
--	--	--

3. Enjeux repérés pour les enfants et jusqu'au jeune adulte

Problématiques identifiées	Bonnes pratiques recensées	Leviers existants
Les problèmes de repérage et d'orientation : L'une des problématiques identifiées dans l'accès aux soins des mineurs est la mauvaise orientation dont ils peuvent faire l'objet : certains mineurs relevant d'une prise en charge sanitaire (en psychiatrie infanto-juvénile) sont accueillis en établissement médico-social (institut thérapeutique éducatif et pédagogique - ITEP). (groupe 1)		
Le manque d'équipements, et de professionnels : La mauvaise orientation est peut-être due aux manques dans l'offre de soins sur le territoire : concernant l'accès aux soins psychiatriques des mineurs, et au regard des besoins identifiés sur le département, est relevé un nombre très insuffisant de lits dédiés pour les adolescents, entre 12 et 16 ans (dont 6 lits au CH Mas Careiron à Uzès). L'accès aux prises en charge pour ces publics spécifiques (accueil d'urgence pour les adolescents) est complexifié par le manque de places ou le manque de structures adaptées. (groupe 1 et 4) De plus, la raréfaction des ressources médicales spécialisées : Les ressources en pédopsychiatre de certains territoires (nord et ouest du département) se raréfient, tant dans le secteur public qu'en libéral. (groupe 1) Face à ces situations dégradées, l'ARS Occitanie peut être amenée à déléguer des crédits non reconductibles (CNR) permettant la prise en charge de mineurs rencontrant des situations dites « complexes ». Ces crédits complémentaires, par nature non pérennes, sont perçus comme des palliatifs temporaires à l'offre de soins départementale insuffisante. Ces inégalités d'accès ont une incidence certaine sur le parcours des usagers, particulièrement pour les plus jeunes avant la pose d'un diagnostic, qui aurait pu être différent en cas de prise en charge précoce. Les difficultés d'accès font également courir d'importants risques de rupture de parcours auprès de publics spécifiques (jeunes en situation de précarité ou confiés à l'ASE, mineurs non accompagnés). (groupe 5)	Le PAEJ 30 propose de nouvelles modalités d'intervention à domicile, favorisant ainsi des prises en charge immédiates dans des situations de précarité. (groupe 5)	Les acteurs demandent à ce que soient renforcées les structures en amont et développées les structures intermédiaires (type MDA) afin d'encourager un travail partenarial, aidant les professionnels sur l'orientation dans une démarche d'« aller vers » les territoires.
La prise en compte insuffisante du segment préventif : Les acteurs dénoncent notamment le manque de moyens alloués à la PMI et l'ASE pour	Concernant l'accès aux soins des mineurs, la maison des adolescents du Gard (MDA30) est porteuse du	Les opérateurs du Gard souhaitent faire de la prévention

travailler en amont le segment préventif. Du fait de difficultés rencontrées dans l'environnement familial et de cette absence de travail préventif, des mineurs peuvent être orientés vers une prise en charge sanitaire (en psychiatrie infanto-juvénile). (groupe 5)	dispositif Avenir (Adolescents Vulnérables Et Nouvelles Interventions en Réseau), sur le territoire de la communauté d'agglomération du Gard rhodanien. Ce dispositif permet le repérage précoce du mal être des adolescents et leur propose, ainsi qu'à leurs parents, un accès gratuit et rapide à des espaces de consultations psychologiques, en proximité de leur lieu de résidence. Il permet également une prise en charge de 10 consultations gratuites de psychologues pour les adolescents et leur famille. Ce dispositif innovant est en cours d'expérimentation pour les adultes à Toulouse. (groupe 1, 3 et 4) La prévention est au cœur de nombreux projets gardois, particulièrement à destination des mineurs. (groupe 5) Sur le bassin alésien est menée une expérience d'analyse des pratiques pour affiner les besoins de soutien aux acteurs du milieu scolaire. Un programme de développement des CPS (Compétences psychosociales) est prévu dans certains établissements scolaires. (groupe 5)	l'enjeu majeur du PTSM du territoire, en axant particulièrement les actions sur la petite enfance et le soutien à la parentalité. (groupe 5) Le travail du CREA/ORS sur l'amélioration du repérage et la prise en charge précoce des enfants et des adolescents dans les CAMSP et les CMPP peut également être un outil de réflexion sur les pratiques. (groupe 1) Dans le secteur social, la DDCS promeut également le développement de programmes de réussite éducative (PRE). (groupe 4)
Manque de connaissance entre acteurs : Pour les mineurs, l'ASE souligne une connaissance insuffisante des opérateurs et structures adaptées. (groupe 4)		Le renfort du rôle des secteurs social et de l'éducation est également proposé, dans un souci de réflexion sur la pertinence de certaines orientations vers la psychiatrie, notamment infanto-juvénile. (groupe 1) Il a été également mentionné de faire mieux connaître et évoluer les ressources existantes (LAEP : Lieu d'Accueil Parents Enfants) (groupe 5) Il est proposé de renforcer les outils de médiation et d'accompagnement éducatif à domicile, et d'informer les professionnels et les usagers sur les programmes et outils de prévention existants. (groupe 5)

Des difficultés pour les patients ayant besoin d'une évaluation pédopsychiatrique (« urgences pédiatriques inappropriées »), évaluation somatique possible mais des problèmes de garde pédopsychiatrique inexistante (psy adultes se déclarant non compétents) et une évaluation faite par des urgentistes avec une orientation pédiatrie, et augmentation des situations difficiles chez les ados et préado (6 à 12 ans) agressivité (groupe 1). Départ des pédopsychiatres vers le médico-social et une articulation difficile entre les deux secteurs, d'où la nécessité de travailler avec ces structures, notamment le Mas Cavaillac (groupe 1)		
--	--	--

4. Enjeux repérés pour les personnes âgées

Problématiques identifiées	Bonnes pratiques recensées	Leviers existants
Manque d'équipements et de professionnels dédiés. : La prise en charge des personnes âgées en situation de crise est également une problématique relevée par les opérateurs : peu de lits sur le département sont dédiés à la crise. (groupe 1) Les équipes travaillant auprès des personnes âgées sont également confrontées au manque de professionnels médicaux spécialisés disponibles en astreinte, qui pourraient constituer un véritable appui dans les situations de crise et/ou d'urgence. Concernant les personnes âgées, il est relevé un nombre insuffisant de places pour les personnes handicapées vieillissantes dans le département. Ce manque repéré de ressources nécessite le renforcement des segments prévention et repérage en amont du parcours. (groupe 1)	Le recensement de dispositifs et des services favorisant l'accès aux soins : Dans le département du Gard, plusieurs bonnes pratiques sont recensées : La plateforme du groupe CLINEA/Orpéa (groupe 4) Des pratiques et outils permettant un meilleur accès aux soins pour certains publics : Il existe sur le territoire gardois une équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP), portée par le CH Mas Careiron, à Uzès. Elle est actuellement conventionnée avec le CH d'Alès et se déplace notamment dans les EHPAD du territoire. (groupe 1)	La création de dispositifs pour enrichir l'offre : Les acteurs soutiennent les créations en cours de réflexion dans le cadre d'appels à projets de l'ARS Occitanie (EMGP). (groupe 1) Les acteurs soutiennent le développement et le renforcement des équipes pluridisciplinaires existantes (EMGP) (groupe 1)
Manque de formation pour les équipes travaillant auprès des personnes âgées : Les équipes des EHPAD ne sont pas particulièrement formées et préparées à la sortie des résidents des unités protégées. (groupe 1) L'accompagnement de publics vieillissants est aujourd'hui questionné par certains acteurs du secteur social (SAVS). (groupe 5)	L'accompagnement auprès des personnes âgées : Dans le département du Limousin, une expérimentation est menée concernant des animations particulières en santé mentale en EHPAD. (groupe 4)	

5. Enjeux repérés pour les personnes migrantes

Problématiques identifiées	Bonnes pratiques recensées	Leviers existants
Des difficultés pour recenser les besoins	Une volonté "d'aller vers" : Dans le département du Gard, plusieurs bonnes pratiques sont recensées : Les maraudes médicalisées de la Croix-Rouge française, avec un médecin généraliste et un infirmier bénévole. (groupe 4) Le centre de soins et de ressources « Frantz Fanon », dont l'objectif est de renforcer l'accès aux soins psychiques pour les personnes en situation d'exil résidentes en région Occitanie Le centre propose deux actions: un centre de soins Gard-Hérault, et un centre ressources à vocation régionale. Ce projet, porté administrativement par La Cimade, a été pensé par un collectif inter-associatif composé de six associations (Médecins du Monde, L'Adage, le Groupe SOS, La Clède, L'Espélido et La Cimade). Pour en savoir plus : https://www.lacimade.org/activite/centre-de-soins-et-de-ressources-frantz-fanon/ Action de soins et de santé « au fil des mots », portée	L'inscription des CADA dans la démarche, est un des relais potentiels dans la prise en charge en santé mentale. En appui aux professionnels, la plateforme Interprofessionnelle de Ressources en Interculturalité et Santé (IRIS), portée par le Codes 30, peut proposer des actions de sensibilisation, formation et échanges de pratiques en direction des professionnels, et la création d'un outil pédagogique.

	par le Code 30 : un psychologue arabophone apporte une écoute qualifiée sur les questions de santé de bénéficiaires qui sont en situation d'interculturalité et d'insertion.	
--	--	--

6. Enjeux repérés pour les populations pénitentiaires

Problématiques identifiées	Bonnes pratiques recensées	Leviers existants
Un public à ne pas oublier qui a des facteurs de risque qui sont démultipliés Manque de liens et d'articulations interinstitutionnelles pour éviter les difficultés rencontrées en sortie de détention : continuité des prises en charge en sortie, situations complexes de personnes âgées souffrant de pathologies mentales		Les dispositifs de formation : ex Formation de tous les personnels au risque suicidaire en milieu carcéral

7. Enjeux repérés pour les professionnels du sanitaire et du social

Problématiques identifiées	Bonnes pratiques recensées	Leviers existants
Un manque de formations en santé mentale : Certains acteurs déplorent le manque de formation des urgentistes à la santé mentale, et à la gérontopsychiatrie en particulier (groupe 1)		Favoriser la formation : La généralisation de formations sur la santé mentale : à partir du modèle de formation des gestionnaires de cas complexes des MAIA, il est vivement souhaité le développement de formations sur la santé mentale, à destination des professionnels. (groupe 2) Il est par exemple proposé de former les professionnels de l'accompagnement social dans le domaine de la santé mentale, ou de créer une unité intersectorielle de psychiatrie pour décloisonner les pratiques sur le territoire. Le développement des partenariats est également à encourager (ateliers de réhabilitation et d'adaptation sociale, formations interactives avec l'équipe de gérontopsychiatrie ESSPER). (groupe 4) La formation des urgentistes à la santé mentale est une priorité repérée. (groupe 1)
Une méconnaissance des dispositifs existants, d'où des problèmes d'orientations : Une méconnaissance globale des missions de chacun a été qualifiée : Les opérateurs font état d'orientations « décharge » vers une prise en charge plutôt qu'une autre, ou en fin de prise en charge, à défaut de réelle interconnaissance entre les professionnels des trois	Les outils favorisant les échanges et les connaissances sur les dispositifs et les différents acteurs : L'élaboration d'un diagnostic partagé permet de présenter les éléments communs entre les différents établissements et professionnels. (groupe 2) Des conférences de sensibilisation et d'information sont régulièrement organisées par des associations telles que l'UNAFAM ou l'UNAPEI. (groupe	Favoriser le partage d'informations sur les dispositifs existants : Les leviers proposés par les opérateurs visent le développement d'outils innovants favorisant l'interconnaissance de la santé mentale entre les professionnels. (groupe 1) Ils souhaitent également s'engager dans l'amélioration de l'articulation des professionnels (assistants sociaux, psychiatres) autour des situations complexes. Ainsi, ils proposent le développement d'outils d'ingénierie et d'espaces de dialogue et de travail pour monter des dossiers et la mise en place d'une réflexion sur la valorisation économique de ces temps d'échange et de coordination

champs d'action (sanitaire, médico-sociale et sociale) et la multiplicité des acteurs concernés. Ce biais pénalise particulièrement la démarche d'orientation vers les médecins généralistes, pourtant référents de parcours. Les membres des cabinets libéraux estiment ne pas être suffisamment formés aux spécificités des démarches en santé mentale, et reconnaissent un besoin de « guidance » par des pairs. (groupe 2) Du fait de cette méconnaissance des missions de chacun, est également pointée la persistance d'orientations non pertinentes vers la psychiatrie adulte et/ou infanto-juvénile. (groupe 2)	3) Le répertoire du CREAL/ORS sur la santé mentale et la parentalité, à destination des professionnels est également un outil intéressant. (groupe 3) Il est cité pour exemple le territoire d'Arles, dans lequel sont organisées régulièrement des rencontres entre professionnels. (groupe 3)	pluriprofessionnelle. (groupe 1) Les échanges entre acteurs permettent aussi de renforcer les ressources déjà existantes sur le territoire, et de faire monter en compétences les professionnels ayant déjà acquis une expertise, afin de les partager à tous. (groupe 4) Concernant l'interconnaissance entre professionnels, l'association du médecin généraliste au parcours de santé mentale, permettant ainsi une réflexion sur les modalités de transmission des informations des usagers à partager par exemple. (groupe 1 et 3) Sont également proposés des temps d'intervention, de rencontres entre pairs, visant à « équiper » les professionnels autour de l'utilisateur et les amener à être plus autonomes dans leurs décisions. (groupe 2) Pour pallier la méconnaissance des missions de chacun, il paraît indispensable de construire des liens entre les 3 champs d'intervention, comme les échanges de pratiques, et de sanctuariser des temps de travail en réseau (« petits déjeuners », immersions, projets partagés). (groupe 2) Favoriser le décloisonnement des pratiques entre les trois secteurs est vivement souhaité par les opérateurs de terrain, et permettrait de connaître précisément les missions exercées par chacun. Facilitant ainsi l'orientation adéquate des usagers, et une qualité renforcée des prises en charge. (groupe 4)
Un manque de professionnels et qui sont inégalement répartis : La répartition inégale des professionnels sur le territoire : Le principal frein identifié est la carence, parfois majeure, de certains professionnels, autres que psychiatres, dans des zones dites « blanches » du département gardois (orthophonistes par exemple). Le bassin alésien (au nord-ouest) est particulièrement impacté par ce phénomène. (groupe 3)		Faciliter les prises en charge en simplifiant les échanges entre professionnels : Un travail de simplification des circuits d'information est à mener entre les praticiens libéraux et hospitaliers : suivant le bassin territorial, les médecins généralistes n'ont pas accès aux lignes directes des médecins des établissements de santé. Cela serait souhaitable pour faciliter les échanges de pratiques et assurer la continuité de la prise en charge des usagers. (groupe 2) À la multiplicité des acteurs concernés correspond une multiplicité d'outils d'évaluation. Il est proposé de construire, en lien avec l'ARS, des indicateurs d'activité pertinents et communs, soulignant ainsi l'engagement de tous les acteurs dans la prise en charge globale de la santé mentale. Face à la raréfaction de certaines ressources médicales spécialisées, le renforcement du rôle des psychologues et des infirmiers est évoqué, tout en soulignant la persistance des représentations des patients, pour qui la figure du médecin « traditionnel » resterait recherchée. (groupe 1)

VI. Conclusion

L'objectif du PTSM est de faire un état des lieux de l'offre, des besoins et des leviers du département en matière de santé mentale, auprès de tous les publics.

On a pu observer que le département est fortement marqué par la précarité, la population est vieillissante et le nombre de besoins des personnes en situation de handicap est en augmentation. De plus, l'accès au logement est un problème prégnant pour les Gardois.

Parmi les difficultés relevées par les acteurs, on retrouve dans l'ensemble :

- un manque de connaissance sur l'offre globale du département et les différentes missions des acteurs
- un manque de connaissances et de formations pour améliorer le quotidien des usagers et les accompagner
- Un manque d'équipements et de professionnels (notamment libéraux), sur certains secteurs dont la démographie médicale est aujourd'hui critique, qui induisent des distances importantes à parcourir, des délais d'attente conséquents et l'engorgement des services
- La stigmatisation toujours présente des populations atteintes de troubles psychiques
- des difficultés dans les démarches administratives, qui ne simplifient pas les parcours de santé
- Un manque repérage et de prévention qui conduit à des prises en charge en urgence et nombre de soins sans consentements plus élevé qu'en Occitanie. En sachant que ces prises en charge ne sont pas favorables pour le patient.

Cependant, une centaine d'acteurs et 61 structures se sont mobilisés pour l'écriture de ce PTSM, ce qui montre l'implication des acteurs du département. Ils ont relevé un grand nombre de leviers, parmi lesquels les équipes mobiles (une volonté "d'aller-vers"), la volonté de se former et d'échanger sur les pratiques pour favoriser l'interconnaissance, et la valorisation des actions de prévention.

Ces axes permettront de mettre en place les fiches actions du PTSM afin d'améliorer la prise en charge des personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Annexes

Annexe 1

Logigramme 5 : Le modèle de la “rosace” permettant d’orienter les démarches de diagnostic territoriale



Source : Document de l'ANAP, publication nommée « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : Première approche »

LES FICHES ACTION

Les fiches ont été élaborées par les 5 groupes de travail :

- Groupe 1 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence ;
- Groupe 2 : Accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux ;
- Groupe 3 : Continuité et coordination des prises en charge des accompagnements ;
- Groupe 4 : Accès aux soins somatiques ;
- Groupe 5 : Prévention et éducation pour la santé

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.

GT # 5 « Prévention et éducation pour la santé »

AXE 1 : Promouvoir la santé mentale pour favoriser l'inclusion des publics ciblés

1. Fiche action : Faire évoluer les représentations sur la santé mentale et promouvoir des environnements favorables à la santé et adaptés aux caractéristiques des publics concernés

Pilote

- MDA30, SAMSAH et GEM Cezame

Objectifs stratégiques

- Faire évoluer les représentations sur la santé mentale
- Dédramatiser le recours aux soins psychiques et psychiatriques
- Favoriser l'implication des publics concernés et de leur entourage (familial, amical, professionnel et environnemental) pour leur permettre d'être au cœur des démarches et des actions à mettre œuvre (personnes en situation de handicap psychique, adolescents...)
- Favoriser la mixité des publics
- Valoriser la place des aidants

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
Améliorer les représentations sur la santé mentale auprès de 3 types de publics :	- Mettre en place des actions de sensibilisation dans le cadre de campagnes nationales (ex. SISM, 10 octobre journée mondiale de la santé mentale...) et d'événements locaux (ex. Festival Singuliers Pluriels) et donner la parole aux publics concernés -organiser des évènements avec des célébrités pour sensibiliser le grand public au handicap psychique (ex : psychodon). - Créer un calendrier en ligne des événements départementaux en lien avec la santé mentale - Organiser un « Festival du film adolescent » (cérémonie d'ouverture et/ou de clôture, projections ciné et tables rondes) qui abordera notamment les questions de santé mentale - Former aux premiers	MDA30, SAMSAH et GEM Cèzame CODES 30 UNAFAM Profamille	Annuellement
LE GRAND PUBLIC			

	secours en santé mentale - Sensibilisation programme psychoéducation		
LES PUBLICS CONCERNES	- Réaliser et diffuser des supports de sensibilisation avec les publics concernés : vidéo, BD, livret, affiche... - Rassembler et rendre accessible en ligne tous les supports de sensibilisation existants en matière de santé de mental - Intervenir dans des établissements scolaires de premier et second cycle, des structures d'accueil au public (missions locales, centres sociaux, maisons des jeunes...) pour proposer des séances de sensibilisation associant des publics concernés (témoignage, pair-aidance, pouvoir d'agir ...) - Animer un ciné-club et des ateliers d'expression et d'écriture pour des adolescents afin de les accompagner à formuler des messages plaidoyer sur l'adolescence (leur définition, difficultés, enjeux...) et aussi pour les impliquer dans l'organisation du Festival du film adolescent - Mettre en place une expo récurrente « Ados à Dos » comprenant des échanges entre groupes de jeunes - former aux premiers secours en santé mentale -valoriser les dispositifs existants par l'accueil de personnes en situation de handicap -Créer des espaces d'accueil pour les familles, les aidants et les patients au sein des	MDA30, SAMSAH et GEM Cèzâme CODES 30 UNAFAM Profamille	Annuellement

	établissements de santé -Développer des permanences de l'Unafam dans les territoires et structures non couverts.		
LES PROFESSIONNELS	- Organiser des temps dédiés aux professionnels pour interroger leurs représentations sur la santé mentale et échanger sur leurs pratiques (conférences thématiques, interventions in situ, journées "portes ouvertes", etc.) - Intervenir dans des centres de formation (animateurs, travailleurs sociaux, soignants, psychologues...) - Organiser des rencontres conviviales entre professionnels et publics concernés (cafés, petits déjeuner, repas...) - former aux premiers secours en santé mentale	MDA30, SAMSAH et GEM Cèzâme CODES 30 UNAFAM	Annuellement

Indicateurs :

- Nombre d'interventions /types d'actions/ actions organisées
- Nombre de supports de sensibilisation créés
- Nombre de participants aux activités, profil, territoire
- Nombre et types d'organisations différentes touchées
- Nombre de retombée presse (médias, articles...)
- Satisfaction des publics et des professionnels
- Respect du calendrier des actions

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

- PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible
- MA SANTE 2022 : chantier/projet cible
- Axe 1 du parcours santé mentale: amélioration de l'entrée dans le système de santé psychiatrique

2. Fiche action : Faciliter le repérage et la prise en charge précoce des troubles en santé mentale des adolescents

Pilote

MDA

Psychologues libéraux

Objectifs stratégiques

- Développer le recours aux réseaux de psychologues libéraux coordonnés par la MDA sur les territoires
- Lever les freins psychiques et financiers de l'accès au psychologue
- Optimiser les parcours de soins en santé mentale en facilitant leur coordination

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
6.1 Faciliter le repérage précoce des troubles en santé mentale des ados en difficultés et proposer une évaluation et un accompagnement rapide de proximité. Faciliter l'accessibilité aux soins psychologiques de proximité.	- valoriser les retours d'expérimentation du dispositif Avenir sur le territoire de Bagnols sur Cèze et Alès. - Soutenir le réseau AVENIR sur l'ensemble du secteur de l'agglomération de Bagnols sur Cèze. - Développer un réseau de psychologues sur le territoire de la Communauté de Communes Pays d'Uzès et sur le secteur d'inter-psychiatrie d'Uzès - Former et accompagner les acteurs de la jeunesse en contact avec les ados au repérage et à l'orientation notamment en milieu scolaire - Animer le réseau de psychologues libéraux de la Communauté de Communes d'Uzès en déployant un axe d'accompagnement à l'utilisation du numérique et des enjeux de la téléconsultation - Animer le réseau des » adresseurs » de la Communauté de Communes d'Uzès en favorisant une culture commune du repérage précoce (formations sur les troubles psys et leurs prises en charge, analyse de situations clinique) - développer le dispositif Avenir sur les territoires de Beaucaire et Villeneuve les Avignon. - Promouvoir le réseau de psychologues en s'appuyant sur les acteurs de la jeunesse (les promeneurs du net, PAEJ...) - former les psychologues, ainsi que les soignants à la médiation thérapeutique par les jeux vidéo et l'expérimenter pour un public adolescent.	- MDA Uzès - EMAC - MDA Uzès - EMAC - MDA Uzès - UNAFAM - MDA Uzès - Psychologues libéraux - MDA Uzès - Partenaires du territoire	2021

6.3 Faciliter la coordination et l'orientation des publics ciblés entre les psychologues libéraux et les services de pédopsychiatrie et psychiatrie.	Etablir des conventions avec les CMPEA, CMP et services hospitaliers des inter-secteurs	MDA	Deuxième semestre 2021
---	---	-----	------------------------

Indicateurs :

- Nombre d'inclusions dans les réseaux, profil, territoires touchés
- Nombre de psychologues membres des réseaux, localisation géographique
- Nombre de consultations réalisées, profil, territoire
- Nombre d'adresseurs vers les réseaux, type d'adresseurs (profil), territoire
- Nombre de réunions avec les psychologues, thèmes abordés
- Nombre de réunions avec les adresseurs, profil participants, territoire, thèmes abordés
- Nombre de journées de formation proposées, thèmes abordés
- Nombre de participants, profil, territoire
- Nombre de conventions signées et structures signataires ; type de partenariat.

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

- PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible
- MA SANTE 2022 : chantier/projet cible
- Axe 2 du parcours santé mentale : consolidation de l'approche organisationnelle

GT # 5 « Prévention et éducation pour la santé »

Axe 2 : coordination des parcours de santé

3. Fiche action : Favoriser la concertation, l'articulation des acteurs et le travail en réseau

Pilote

- Reseda
- MDA

Objectifs stratégiques

- Favoriser la connaissance des différents réseaux et ressources
- Définir un référent qui permet de faire fonction de ressource pour les acteurs de premières lignes et de la jeunesse dans la prise en charge en santé mentale
- Promouvoir et valoriser le temps de participation aux rencontres de réseau dans les structures.

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Opérateurs	Echéances
Renforcer les liens directs entre les professionnels au travers des réseaux Faciliter les liens entre les professionnels de la jeunesse et les structures d'accueil en santé mentale	-Organiser des rencontres territoriales régulières pour permettre l'interconnaissance, l'explicitation des missions des uns et des autres, la concertation autour de projets en santé mentale et leur coordination (ex : professionnels de la santé, du social, de la jeunesse...)	- Coordinateurs réseaux de santé (réseaux santé mentale, santé vie sociale, santé jeunes, périnatalité groupes de travail VIF Cévennes...) - Coordinateur Dispositifs MDA, Professionnels espace Florian - PDN, psychologues de la MLI, EMPP CHU PAEJ 30 Codes 30	2021-2022
Accompagner les professionnels du premier recours et de la jeunesse au repérage et à l'orientation des enfants et adolescents ayant des troubles en santé mentale	Organiser régulièrement des sensibilisations sur la santé mentale pour les acteurs de première ligne, notamment de la jeunesse : - conférences et webinaires - colloques, rencontres formations thématiques inter institutions - formations au PSSM - journées intersectorielles (printemps des assmats...) - SISM, journée mondiale de santé mentale	MDA coordinateurs CJC Logos Réseaux santé mentale, clinique du lien, périnatalité, santé vie sociale UNAFAM, CMPP, RAM Codes 30	2021-2022
Permettre un partage et une analyse interinstitutionnels des problématiques rencontrées dans les pratiques	- Organiser des espaces d'échanges autour des pratiques et de régulations , ouverts à tous les professionnels pouvant être confrontés à des problématiques liées aux questions de santé mentale (fréquence trimestrielle) - Communiquer sur les espaces d'échanges	Reseda, MDA	2021-2022

	déjà existants - Elargir ponctuellement et en fonction des besoins le réseau « précarité addictions » animé par l'ANPAA, à la santé mentale en s'appuyant sur des professionnels experts de la thématique.	ANPAA, services de psychiatrie des CH, CHRS Espelido	
Renforcer le soutien des professionnels au sein des MSP dans les QPV et en zones rurales	-Conventionner avec les MSP pour proposer selon les besoins (consultations avancées ou à distance, échanges téléphoniques) un soutien aux professionnels -Communiquer sur la mise à disposition de personnels par les microstructures addictions sur les MSP.	MDA, PAEJ 30 CSAPA CSAPA, réseaux addictologie	2022
Accompagner les acteurs sur l'utilisation du numérique	Faciliter le recours aux outils de téléconsultation pour les professionnels partenaires.	MDA et réseaux de psychologues libéraux Fab Lab MDA	2022

Indicateurs :

Nombre et types d'actions menées

Nombre de professionnels rencontrés, profil, territoire

Nombre de conventions établies...

-...

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

-MA SANTE 2022 : N°4 soutiens soins primaires liens MSP, MG, MDA

--PRS OCCITANIE 2022 : PO N°2 Lien avec MG, Proj stru 2.1 et PO N°3 : Favoriser accès et téléc

Axe 4 du parcours santé mentale : dispositifs transversaux : développer les dispositifs de coordination des professionnels et d'appui aux cas complexes

GT # 5 « Prévention et éducation pour la santé »

Axe 1 : Promouvoir la santé mentale

4. Fiche action : Renforcer la visibilité et l'accessibilité des ressources en santé mentale

Pilote

- Reseda
- MDA

Objectifs stratégiques

- Optimiser les parcours de soins en santé mentale
- Valoriser et développer des actions de prévention auprès des usagers sur la santé mentale

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
Accompagner les professionnels de premier recours et de la jeunesse sur le repérage et l'orientation des publics, notamment jeunes, ayant des troubles en santé mentale	-Organiser de séances d'échanges de pratiques ou de concertation autour de situations -Organiser des journées intersectorielles	- Coordinateurs réseaux de santé (réseaux santé mentale, santé jeunes, périnatalité) - Coordinateur Dispositifs MDA, Professionnels espace Florian, réseau Arpège	2021-2022
DEVELOPPER DES ACTIONS DE COMMUNICATION sur les dispositifs existants vers les acteurs de première ligne Promouvoir les dispositifs mobiles d'"aller vers"	- Organiser des formations/sensibilisations interinstitutionnelles - Réaliser des vidéos de présentations des dispositifs pour les différents publics - Inviter à participer activement aux SISM - Organiser des stages croisés inter structures - Informer et former aux outils de prévention existants (périnatalité, petite enfance, violences conjugales et intrafamiliales...) -Coordonner et mettre en œuvre les dispositifs mobiles d'"aller vers", d'accès aux soins et aux droits, mise en lien, communication, information sur ces dispositifs vers les acteurs de première ligne	MDA coordinateurs CJC Logos Réseaux de santé mentale adulte et infanto-juvenile CODES, réseaux périnatalité, santé vie sociale, groupe de travail VIF Cévennes PAEJ 30, EMPP, Les Invisibles Médiation en santé, Reseda, Riposte	2021-2022
Valoriser et pérenniser les dispositifs récents ou expérimentaux de prévention et d'accompagnement en santé mentale	Promouvoir les dispositifs d'accès aux ressources rapides en santé mentale, notamment les consultations auprès de réseaux coordonnés de psychologues libéraux (Expérimentation dispositif santé mentale 10-25 ans sur le bassin alésien, Dispositif Avenir et PAEJ 30) par une présentation régulière dans les rencontres partenariales, ou lors des journées d'études sur la construction du réseau de psychologues libéraux prévues par le réseau MDA Occitanie en 2021 -Valoriser les études existantes sur des	MDA, PAEJ, Reseda, CLS ARS	2021-2025

	dispositifs innovants déjà initiés (ex : le PAEJ 30 intervient à domicile et à proximité pour accompagner les jeunes en difficultés.		
Développer des actions d'information et de sensibilisation sur la santé mentale pour le grand public et pour les professionnels (lien fiche action 1)	-Les SISM : Coordonner, organiser, communiquer -Organiser des conférences et événements pour différents publics (festival ciné ados, forum santé jeunes, journée mondiale de santé mentale) -Valoriser et s'appuyer sur les outils et actions de soutien par les pairs : comment ? Participation des associations d'usagers à l'organisation et la mise en œuvre des actions de sensibilisation	Réseau santé mentale MDA, Réseaux de santé-Reseda GEM, UNAFAM	

Indicateurs :

Nombre et types d'actions menées

Nombre de professionnels rencontrés, profil, territoire

Nombre de conventions établies...

-...

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

-MA SANTE 2022 : N°4 soutiens soins primaires liens MSP, MG, MDA

-PRS OCCITANIE 2022 : PO N°2 Lien avec MG, Projet structurant 2.1 et PO N°3 : Favoriser accès et téléconsultations

Axe 4 du parcours santé mentale : dispositifs transversaux : développer les dispositifs de coordination des professionnels et d'appui aux cas complexes

GT # 5 « Prévention et éducation pour la santé »

Axe 3 : Améliorer l'accompagnement et la coordination autour de publics spécifiques

5. Fiche action : Améliorer l'accompagnement et la coordination autour de publics spécifiques : Les jeunes sortis des dispositifs d'aide (ASE, jeunes en errance, ou ayant connus l'incarcération)

Pilote

- A définir collectivement

Objectifs stratégiques

- Éviter les ruptures de parcours par la prise en compte des publics spécifiques (jeunes sortants ASE / sortant d'incarcération / en errance / en exil) ;
- Garantir la coordination des acteurs.
- Favoriser la territorialisation en facilitant les soins de proximité

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Opérateurs	Echéances
Améliorer l'accompagnement et la coordination des parcours des jeunes en situation de grande précarité, confiés à l'ASE et/ ou ayant connu l'incarcération.	- créer un groupe de travail regroupant les acteurs étant en lien avec ces jeunes (insertion / logement / addiction / Soins) - réaliser un état des lieux des besoins de prise en charge de ces publics - Etablir une consultation thérapeutique pour les jeunes n'ayant pas de droits CPAM ouverts	- Missions Locales - SIAO / Samu Social / 115 - PAEJ30 - EMPP Alès/Nîmes - CSAPA/ CJC (consultation jeunes consommateurs) / CAARUD - (CHU Caremeau / CH Alès) - PASS (Permanence d'accès aux soins CH Vigan, Alès, (Nîmes (?)) - ALG (dispositif sortant ASE) - SPIP (?) PJJ (?) - Conseil départemental / MECS - Justice : juge des enfants/JAF / JAP(?) - Médecine de ville - Partenariat CPAM ?	2021
4.2 Identifier les acteurs impliqués et construire une prise en charge adaptée aux situations des jeunes MNA et qui ont connu l'exil	- Construire du lien avec le centre Frantz Fanon et le groupe Exil santé et soins du bassin alésien -Conventionner avec le Centre Frantz Fanon pour bénéficier par exemple de leur expertise et formations. - Partager avec le Groupe Exil Santé et soins du bassin alésien en participant à des réunions de travail. - renforcer les équipes du Samu social -Renforcer les équipes psychiatrie précarité.	- Associations d'aide aux migrants / Centre d'accueil et d'évaluation de la situation des MNA : les travailleurs sociaux et IDE qui accompagnent - Services de l'assurance maladie - Antenne Médicale Croix Rouge Française permanences psychiatre/ psychologue / AS - EMPP Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (CHU Caremeau / CH Alès) - PASS (Permanence d'accès	2021

		aux soins CH Vigan, Alès, (Nîmes (?)) - Missions Locales : Point Écoute Jeunes (psychologues) et référents santé - PIC Horizon Mission Locale Nîmes Métropole - PAEJ30 pour le repérage, l'aller vers et la continuité du parcours - MDA30 Espace Florian (?) - Conseil départemental - Antenne OFPRA	
--	--	--	--

Indicateurs :

- Nombre de situations repérées ; profil des publics ; type de difficultés et besoins.
- Nombre de consultations prise en charge
- Nombre de rencontres partenariales autour des situations repérées, profil des partenaires
- Nombre de conventions partenariales signées et profil des structures
- Nombre et type de supports créés sur les dispositifs existants

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

- PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible
- MA SANTE 2022 : chantier/projet cible
- Axe 3 du parcours santé mentale : renforcement de l'approche populationnelle.
- PRAPS

6. Fiche action : Déployer sur l'ensemble du Département le dispositif « ESSPER » sur le médico-social »

Pilote

- Centre Hospitalier « Le Mas Careiron »

Objectifs stratégiques

- Apporter un appui aux structures médico-sociales accueillant des enfants et des adultes en situation de handicap psychique
- Assurer des soins de proximité en assurant un maillage cohérent dans le parcours de vie et de soins des adultes ou enfants en situation de handicap psychique
- Eviter des passages aux urgences

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
6.1 Identifier les structures médico-sociales ne disposant plus de temps de psychiatres ou de pédopsychiatres	- Etablir des conventions partenariales entre le Centre Hospitalier « Le Mas Careiron », les structures médico-sociales demandeuses et la MDA, en prévoyant les interventions médicales et paramédicales régulières et clairement identifiées par l'ensemble des partenaires.	- Centre Hospitalier « Le Mas Careiron » - Structures médico-sociales	Année 2021
6.2 Limiter au maximum les hospitalisations en urgence	- Organiser des séjours séquentiels grâce à une double référence sanitaire (Unité Mélanie Klein pour les troubles envahissants du développement et l'unité Winnicott pour les psychoses invalidantes et résistantes) - Création d'une équipe mobile apte à estimer la situation et à donner ainsi un avis médical, facilitant une éventuelle prise en charge (sans passer par les urgences).	- Centre Hospitalier « Le Mas Careiron »	A compter de la signature de chaque convention
6.3 Développer la formation des personnels des établissements médico-sociaux	- Organiser au moins annuellement une formation à l'adresse des établissements médico-sociaux	- Centre Hospitalier « Le Mas Careiron » - Structures médico-sociales	A compter de la signature de chaque convention

Indicateurs :

- Nombre de conventions signées
- Nombre de séjours séquentiels

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

- PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible
- MA SANTE 2022 : chantier/projet cible

Axe 1 : Promouvoir la santé mentale pour favoriser l'inclusion des publics ciblés

7. Fiche action : Impulser la création de CLSM Gard

Pilote :

A définir collectivement

Objectifs stratégiques

- Améliorer l'observation de la santé mentale sur le territoire
- Promouvoir la santé mentale de la population
- Lutter contre la stigmatisation et l'exclusion
- Permettre l'accès aux soins psychiatriques et la continuité des soins

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
3.1. Impliquer et mobiliser les élus du département	- Organiser des rencontres préparatoires pour amorcer la création du CLSM avec les différents acteurs - Mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués (élus, coordinateurs de CLS existants, etc.)	- UNAFAM - Association de patients	
3.2. Recenser les besoins pour impulser la création de CLSM	- Identifier les besoins en santé mentale en lien avec ceux repérés lors des diagnostics existants (PTSM, CLS...) - Repérer un territoire éligible à la création d'un CLSM - Définir les priorités d'action en fonction des besoins du territoire - Définir une stratégie pour répondre à ces priorités sur le plan de la prévention, de l'accès et de la continuité des soins et de l'inclusion sociale	- Les GEM.... - CLS Nîmes - CLS Gard Rhodanien - CLS Pays Cévennes - CLS Viganais, Gangeois - CMP - CH Vigan - MDA - MDPH - MAIA - UNAFAM - PAEJ 30 - Association d'usagers	Mois/Trimestre Année
3.3. Accompagner la collectivité locale pour un dépôt de projet conforme au cahier des charges des CLSM	- Organiser des réunions d'appui méthodologique avec l'ensemble des différents acteurs impliqués.	- A définir	
3.4. Assurer le suivi de la création de CLSM	- Soutenir et mettre en place un poste de coordonnateur CLSM		

Indicateurs :

-Nombre de...

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

-PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible-MA SANTE 2022 : chantier/projet cible

GT # 4 « Prévention et éducation pour la santé »

Axe 4 : Repérage précoce, prise en charge et suivi post-hospitalisation

8. Fiche action : Faciliter l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

Pilote

A définir collectivement

Objectifs stratégiques

- Lever les freins à l'accès aux soins somatiques ;
- Améliorer les modalités d'échange et de collaboration entre la psychiatrie, les généralistes et les professionnels de santé paramédical ;
- Faciliter l'orientation des publics ciblés ;
- Favoriser la connaissance des ressources locales ;
- Faciliter l'accès à des professionnels spécialisés

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
8.1 Rendre visibles les parcours de soins somatiques pour les publics ciblés	- Elaborer une fiche recensant les acteurs à solliciter post hospitalisation (l'idée est de mettre l'usager au centre du parcours suite à une crise qui nécessite une hospitalisation en lui expliquant quels sont les acteurs existant et leur rôle) - Mettre en œuvre une coordination opérationnelle entre médecins généralistes et structures médico-sociales, -Simplifier les démarches administratives pour rendre plus accessible les procédures - Sensibiliser les usagers face aux différents risques somatiques liés aux troubles psychiques. (ex addictions / activité physique / alimentation)	GEM Alter Egaux et Artegem - MDPH, ITEP, ESAT, réseau assistantes sociales, - SAMSAH, SAVA, SAVS - MDPH - Maison des usagers ? - CMP	Mois/Trimestre Année
8.2 Faciliter l'accompagnement post-hospitalisation	-Etablir prioritairement un canal de communication interprofessionnelle pour orienter vers les dispositifs de soins et d'accompagnement	ITEP, ESAT PASS, SAMU social	

	existants -Favoriser et mettre en place une passerelle entre les médecins traitants et les médecins psychiatres. - Renforcer le rôle des CMP / CMPEA dans le suivi ambulatoire - Développer le dispositif ESSPER sur l'aspect médico-social (équipes mobiles d'intervention) - Renforcer l'accès des CMP à la téléconsultation pour les consultations avec des spécialistes - Développer une approche orientée rétablissement au sein des équipes existantes / Créer de nouvelles structures (ex : à l'instar du C2A de Bergerac ou des centres de Réhabilitation Psychosociale) - Permettre aux usagers stabilisés et rétablis de témoigner (intervention des GEMS) de leur parcours de soin auprès des personnes (développement des pair-ressources en santé mentale) pour les personnes hospitalisées.	MSP, CTPS (infirmière PA psychiatrie), médecins généralistes, MDS, URPS, éducation nationale - Maison des usagers ? -GEMS -CMP/CMPEA	
8.3 Favoriser une meilleure connaissance de l'existence des Gem en post hospitalisation.	- Assurer une bonne connaissance du réseau des GEM auprès des professionnels du champ médical. - Favoriser la communication auprès du public sur leurs actions et leur rôle dans le parcours de vie des personnes atteintes de troubles psychiques.	GEMS	

	- Mettre en place des conventions suivies avec les CMP pour favoriser l'orientation vers les GEM		
8.4 Faciliter l'accueil des publics en réduisant les délais d'attente	- Rédiger une convention avec le CHU de Nîmes (les urgences, le service de Pédopsychiatrie, de pédiatrie, les services gériatriques) et les établissements médicaux sociaux, afin de définir les conditions d'accueil de ces publics. - Développer la formation des professionnels à l'accueil de ces publics - Identifier les lieux les plus appropriés à l'accueil de ce public et des plages horaires et places dédiées, réservées. - Aménager des lieux d'accueil spécialisés pour ces publics - Développer et favoriser la téléconsultation pour ces publics pour certaines spécialités qui nécessitent un avis médical éclairé : endocrino, cardio, dermato.... -Travailler à anticiper les décompensations avec nos partenaires hospitaliers (hospitalisation programmée, séjour de rupture, de répit...)		
8.5 Promouvoir l'activité physique	- Organiser les articulations entre les différents acteurs et les CMP - Etablir des partenariats avec des professionnels avec des structures d'APA - Rappeler l'importance de l'activité physique dans la prise en charge des troubles psychiques (afin de limiter les comorbidités liées aux	-Nîmes Sport Santé -Comité Départemental du sport adapté	

	troubles psychiques) - Communiquer sur le principe du sport sur ordonnance (le médecin traitant peut prescrire)		
--	--	--	--

Indicateurs :

-Nombre de...

-...

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

-PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible

-MA SANTE 2022 : chantier/projet cible

-

Groupe de travail 3 « Continuité et coordination des PEC et des accompagnements »

9. Fiche action : Les adolescents et jeunes adultes (11-25 ans) : améliorer la coordination entre les acteurs de la jeunesse

Coordinateur : MDA30

Partenaires : les professionnels de l'adolescence des champs éducatif, social, médicosocial et sanitaire du Gard, en tant que partenaires utilisateurs



Objectif général : Améliorer la coordination entre les acteurs de la jeunesse

Objectif spécifique : Favoriser l'interconnaissance opérationnelle des partenaires (ressources, contraintes, outils, quotidien, partenaires, cadre réglementaire, projets)

Objectifs stratégiques (Résultats attendus) :

- Renforcer la lisibilité de l'offre d'accueil et de soins et la fluidité des parcours des adolescents et jeunes adultes en santé mentale
- Favoriser les logiques de coopération par la création de relations inter personnelles entre institutions grâce à des immersions croisées
- Améliorer la coordination entre les acteurs par des orientations mieux ciblées issues de ces immersions
- Soutenir des partenariats inscrits dans la durée via des conventionnements formalisés

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Moyens	Outil d'évaluation	Valeurs cibles 2021/2022/2023/2024
Favoriser l'interconnaissance opérationnelle des partenaires (ressources, contraintes, outils, quotidien, partenaires, cadre réglementaire, projets)	Construire un groupe de travail rassemblant les partenaires opérationnels	Coordination/secrétariat	Nbre de partenaires, profil, territoire	5 / 10 / 15 / 15
	Construire un annuaire des structures partenaires de l'opération	Coordination Secrétariat Ingénieur informatique (réactualisation des données par chaque structure)	Nbre d'institutions répertoriées	5 / 15 / 30 / 40
	Créer un outil numérique en ligne de correspondance entre structures accueillant une immersion et structures demandant une immersion	Ingénieur informatique	Nbre de journées d'immersion réalisées, profil des partenaires	15 / 45 / 90 / 120
	Elaborer un outil de conventionnement accompagné d'une charte de l'immersion pour accueillant et accueilli bordant	Coordination Comité des partenaires Secrétariat	Nbre de conventions signées, type de partenaires signataires	10 / 30 / 60 / 80

	notamment les aspects juridiques et financiers (statuts des mises à disposition, frais de déplacements...)			
	Construire une démarche d'évaluation d'activité, de processus et de résultats (production d'écrits, renseignement de l'annuaire, protocoles de coopération revisités)	Coordination Comité des partenaires Secrétariat	Nbre de réunions, réalisation d'un protocole d'évaluation Nombre de partenaire impliqué et profil démarche qualité/évaluation	A définir

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

-PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible

- nouvelle définition de la politique de santé mentale va au-delà de la psychiatrie. La politique de santé mentale (Art L3221-1 du CSP) comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale
- favoriser l'accès de l'utilisateur aux dispositifs innovants en santé mentale notamment par la promotion de la réhabilitation psychosociale
- engagement 1 « développer la prévention, l'accompagnement précoces » et 4 : renforcer la coordination des acteurs pour améliorer les prises en charge

-MA SANTE 2022 : chantier/projet cible

Groupe 3 « Continuité et Coordination des prises en charge et des accompagnements »

10. Fiche action : Améliorer l'accompagnement des adolescents en situation complexe sur le bassin alésien

Coordinateurs

MDA / D-CLIC Arpège

Partenaires

Institutions du social, du médico-social, du sanitaire, du judiciaire, de la vie associative du bassin alésien

Objectifs stratégiques

- Connaître le fonctionnement des institutions concernées par les adolescents (11-21ans) de ce territoire,
- Identifier les besoins spécifiques aux adolescents en situation complexe,
- Identifier les manques, les ressources disponibles, les bonnes pratiques institutionnelles
- Instaurer un dialogue interinstitutionnel entre les acteurs locaux
- Proposer ou accompagner des changements de pratiques, etc.

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Opérateurs</i>	<i>Echéances</i>
1. Etablir prioritairement un DIAGNOSTIC du territoire Alésien	- Identifier les institutions concernées par l'accompagnement d'adolescents en situation complexe intervenant sur le bassin alésien - Rencontrer individuellement ces institutions (questionnaire, rédaction CR des rencontres)	-D-CLIC Arpège	2021
2 . Etude des diagnostics existants	- rechercher les études menées sur ce territoire (sanitaire, sociologique, etc..) - Croiser les données avec elles recueillies auprès des institutions	- D-CLIC Arpège	1 ^{er} SEMESTRE 2022
3. Partager le diagnostic avec les acteurs locaux et financeurs	- Créer un outil de communication pour diffuser ce diagnostic - organiser une réunion de restitution	-D-CLIC Arpège	2 ^{ème} semestre 2022
4. Identifier des axes d'amélioration des pratiques interinstitutionnelles	- mettre en place des « retours d'expériences » interinstitutionnels - soutenir les initiatives émergentes	-D-CLIC Arpège	2022

Indicateurs :

- Nombre d'institutions rencontrées
- Nombre de professionnels rencontrés
- Nombre d'actions innovantes mise en avant ou proposées

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

- PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible
- MA SANTE 2022 : chantier/projet cible
-

Groupe de travail
« Continuité et
Coordination des prises en
charge et des
accompagnements »

11. Fiche action : Création d'un dispositif territorial d'échange et d'actualisation des ressources et besoins

Pilote

A définir ou CH Mas Careiron

Partenaires :

Secteur de l'enfance, Education Nationale, Services sociaux, Justice, secteur de pédopsychiatrie et de Psychiatrie, services et établissements médico-sociaux, associations en faveur de l'enfance.

Objectifs stratégiques

Le constat : La santé mentale infanto-juvénile est l'affaire de nombreuses institutions, structures qui ne dialoguent pas nécessairement entre elles, sinon de façon ponctuelle sur une situation.

Les projets de ces structures sont trop souvent construits à partir de leur seule perception des besoins, de leur seul point de vue alors qu'il paraîtrait plus pertinent d'inverser la logique en prenant d'abord en compte les préoccupations, besoins, attentes de nos partenaires - usagers qui font appel à nos services.

Objectif général : Construire un dispositif territorial inscrit dans la continuité et animé par un coordinateur afin de favoriser la réflexion, les échanges et le repérage des besoins en matière de santé mentale infanto-juvénile.

Objectifs stratégiques :

- Permettre de mieux repérer les moyens existants avec l'objectif de produire une cartographie territoriale des acteurs intervenant dans le champ de l'enfance et de l'adolescence et de mieux cerner les dispositifs qu'ils déploient
- Partager les réflexions sur les besoins perçus par les uns et les autres, les attentes, les manques afin de trouver des solutions adaptées et concertées.
- Echanger sur l'évolution des problématiques au sein du territoire et au sein des institutions afin d'anticiper si possible l'évolution des pratiques
- Etre force de propositions sur les actions, projets, évolutions à promouvoir en faveur de la santé mentale sur ce territoire

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Moyens</i>	<i>Outil d'évaluation</i>	<i>Echéances</i>
6.1 Améliorer la connaissance des partenaires et favoriser l'articulation entre chacun	Créer un poste de référent territorial Santé Mentale	Coordinateur territorial chargé de mission – Bureau et Secrétariat	Nombre d'institutions rencontrées et de réunions organisées	Courant 2021
	Construire un groupe opérationnel de coordination interinstitutionnelle (Psychiatrie, EN, social/médico-social/justice)		Nombre de réunions du groupe et nombre d'institutions présentes. Nombre de	2021

			partenaires (cf partenaires au-dessus) avec à minima le secteur sanitaire, le Conseil départemental, l'EN et la justice (DTPJJ)	
6.2 Recenser les besoins existants, les améliorations à réaliser et les projets à promouvoir	Construire une cartographie des institutions et des offres en faveur de l'enfance et de l'adolescence	Travail de coordinateur et du groupe opérationnel de coordination	Rapport des données recensées	2022
	Créer un outil numérique de partage des informations accessibles par l'ensemble des institutions	Informaticien	Qualité de l'outil et fonctionnalités	2022
	Organiser des réflexions thématiques interinstitutionnelles (ados/TSA/troubles des apprentissages...) afin de recenser les besoins existants, les améliorations à réaliser et les projets à promouvoir à partir des thématiques repérées	Du temps de personnel des institutions pour participer aux réunions organisées par le coordinateur	A partir des rapports produits Nombre de réunions, thèmes abordés, types de besoins identifiés, de projets promus...	2021/2022

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

-PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible

- *nouvelle définition de la politique de santé mentale va au-delà de la psychiatrie. La politique de santé mentale (Art L3221-1 du CSP) comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale*
- favoriser l'accès de l'utilisateur aux dispositifs innovants en santé mentale notamment par la promotion de la réhabilitation psychosociale
- engagement 4 : renforcer la coordination des acteurs pour améliorer les prises en charge

-MA SANTE 2022 : chantier/projet cible

**Groupe 3 « Continuité et
Coordination et des prises en
charge et des
accompagnements »**

12. Fiche action : Accompagner et soutenir le maintien au domicile des personnes présentant des troubles psychiques et/ou psychiatriques.

Coordinateurs : D-CLIC Arpège & Dispositif Phénix SAVA

Partenaires : les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, accompagnant les personnes présentant des troubles psychiques



Objectif général : Favoriser l'interconnaissance et l'articulation des dispositifs d'accompagnement soutenant le maintien au domicile des personnes présentant des troubles psychiques et/ou psychiatriques

Objectifs stratégiques (Résultats attendus) :

Renforcer la lisibilité de l'offre d'accompagnement et de soins des personnes en santé mentale

Promouvoir la culture du soin psycho-social, « à partir du domicile », au plus près de la réalité du patient.

Permettre une meilleure articulation et coopération des dispositifs entre eux

Permettre une meilleure fluidité des parcours : orientation plus adaptée en amont *et en aval*, partage d'informations

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Moyens	Outils d'évaluation	Valeurs cibles 2021/ 2022/ 2023
Permettre le repérage des dispositifs d'intervention des différents secteurs (sanitaire ou médico-sociaux) à partir du domicile pour une population ayant un parcours psychiatrique	- Identifier tous les dispositifs médico-sociaux ou sanitaires intervenant à partir du domicile pour une population présentant des troubles psychiatriques. - Créer un listing de ces dispositifs avec cette entrée thématique: coordonnées, projet... - Création d'une version numérique	CREAI Web développeur	Nombre de projets Répertoriés Qualité et opérationnalité de la version numérique	5/ 10 / 15
Promouvoir l'accompagnement psycho-social des personnes présentant des troubles psychiatriques et / psychiques	- Diffusion des principes de la réhabilitation psycho-sociale auprès des professionnels accompagnants ce public - Diffusion des principes de Case management : prise en compte de tous les facteurs personnels, familiaux, environnementaux, influençant la personne, en terme de ressource ou de risque ; auprès des professionnels accompagnant ce public - Présentation des dispositifs existants sur le territoire : ATT, Phénix, REApSY, PREM'S, EMAC, SAMSAH	Arpège Phénix	Nombre de journées de sensibilisation et nombre de participants Profil des participants Thèmes abordés	1/ 2/ 4
Permettre une meilleure articulation des dispositifs entre eux	Organiser des temps d'échanges des dispositifs entre eux : - Mise en place de réunions régulières des acteurs de cette thématique pour une analyse clinique partagée de situations complexes et un Partage d'expérience	Arpège Phénix CLSM	Rédaction d'une Charte pour garantir le cadre des échanges inter dispositifs Nombre de rencontres,	2 / 4 / 6

			thèmes abordés, nombre de participants, profil	
--	--	--	--	--

Liens avec autres projets régionaux ou territoriaux:

-PRS OCCITANIE 2022 : engagement/action structurante cible

- nouvelle définition de la politique de santé mentale va au-delà de la psychiatrie. La politique de santé mentale (Art L3221-1 du CSP) comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale
- favoriser l'accès de l'usager aux dispositifs innovants en santé mentale notamment par la promotion de la réhabilitation psychosociale
- engagement 1 « développer la prévention, l'accompagnement précoces » et 4 : renforcer la coordination des acteurs pour améliorer les prises en charge

-MA SANTE 2022 : chantier/projet cible

Priorité 3 du parcours en santé mentale « L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ».

**13. Fiches action du groupe
1 « Accès au diagnostic et
aux soins, prévention et
urgences en psychiatrie »
adressées le 29 mars 2021**



29/03/2021

Projet Territorial de Santé Mentale du Gard

Groupe de travail 1 :

« Accès au diagnostic et aux soins, prévention et urgences en psychiatrie »

1. Participants aux réunions de travail du 5/10 et du 10/12/2020 :

Mme. Catherine ORSSAUD ; M Farid KARDACHE ; M. Grégory MONNIER ; Mme. Isabelle HURRIER ; Jean-François LAUZE ; M. Julien THIEBAUX ; Mme. Nathalie DELCENSRIE ; M. Boubakar ALOUI ; Mme. Marie-France DURAND ; M. Sad GAIZI ; M. Roman CENCIC ; M. Rémy TORREGROSSA ; M. Dibo DIMITRI ; Mme. Sophie TOESCA ; M. Jean-Philippe SAJUS ; M. Jean-François VIALLA ; M. Mehdi BOUDJEMA ; Mme Emilie CIECKO ; Mme. Catherine ORSSAUD ; M Mocrane ABBAR ; Mme Valérie TRUFFAZ ; M. Cyril BAZIN ; M. Laurent BRUNEL ; M. Jorge LOPEZ CASTROMAN ; M. Olivier ONDE ; M. Philippe FOURNIER ; Mme Muriel TORRES ; Mme Annie Ange-VERNIER ; M. Thierry FOUQUE ; Mme Nathalie DELCENSRIE ; M. Luc MASQUIN ; Mme. Florence MASQUIN ; Mme Carole HUDRY-PRIEUR ; M. Matthieu GALMES

Participants réunion en visio-conférence du 29 mars 2021 :

M Cencic et Dr Alaoui (CH Àles)
Dr Vernier, Dr Monnier, Dr Fouque et Mme Puel (CH Mas Careiron)
M Bazin (Clinique Les Sophoras)
Mme Hudry-Prieur et Dr Galmes (Clinique de Quissac)
Mme Ciecko (Clinique Saint Louis)
M Vannière (UNAFAM)
Dr Onde (SAMU30)
Dr LOPEZ-CASTROMAN (CHU de Nîmes)

2. Contexte :

La prise en charge des situations d'urgence psychiatrique sur le département du Gard est dépendante de multiples acteurs de soins. Pour commencer le département compte trois établissements publics de psychiatrie (responsables de sept secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de pédopsychiatrie)

ainsi que plusieurs cliniques de psychiatrie. Les services d'urgences et de pédiatrie du département sont aussi impliqués directement dans le parcours de soins. Le SAMU30 coordonne les prises en charges préhospitalières, notamment en amont du recours à un établissement de santé.

La collaboration entre ces acteurs de soins est fréquente et globalement satisfaisante, mais soumise à des tensions et difficultés en lien avec l'évolution de la population, les demandes grandissantes d'accès aux soins en urgence, et parfois des différences de critères sur les modalités de réponse à l'urgence. L'objectif de ce groupe de travail est de formuler une série de propositions visant à améliorer le parcours de soins des urgences psychiatriques sur la base d'un diagnostic partagé. Parmi les enjeux de cette démarche il faut citer l'amélioration des parcours patient (en favorisant aussi une meilleure lisibilité), le renforcement de la coordination entre partenaires du GHT Cévennes-Camargue, et le développement de la prévention et du dépistage.

Quelques points d'amélioration peuvent être signalés :

- Absence d'un véritable accueil des urgences psychiatriques dans le département,
- Organisation et financement de la filière urgence par chaque établissement sans moyens spécifiques,
- Réponse inégale aux situations régulées par le SAMU30 en fonction des secteurs,
- Cohérence géographique et critères de sectorisation qui ne sont toujours claires,
- Organisation en amont de la réponse CUMP,
- La procédure urgente des soins sans consentement est parfois utilisée par défaut de PEC ambulatoire satisfaisante,
- L'interaction entre les acteurs des établissements sanitaires et médico-sociaux,
- Des dispositifs de coopération sont nécessaires (équipes mobiles, télé médecine, formations),
- La participation aux gardes psychiatriques est source de difficultés en termes d'attractivité médicale, notamment en pédopsychiatrie,
- La coopération des psychiatres avec les médecins généralistes et urgentistes doit être renforcée,
- Une meilleure formation en santé mentale des différents acteurs pourrait faciliter les prises en charge des urgences psychiatriques,
- Le temps de réponse et l'organisation des rendez-vous en post-urgence.

3. Propositions :

A. Prévention et prise en charge de l'urgence en pédopsychiatrie.

1. Le tranche d'âge pour le début des prises en charge et les hospitalisations en pédopsychiatrie se situe entre 0 et 16 ans. Néanmoins, dans un but de prévention et amélioration du parcours de soins les équipes de pédopsychiatrie devraient favoriser la continuité des prises en charge ambulatoires en pédopsychiatrie jusqu'à l'âge de 18 ans et promouvoir les collaborations avec les équipes de psychiatrie adulte afin de faciliter les relais dans les soins vers la filière jeunes adultes. Pour les adolescents qui débutent un suivi avant 16 ans, la prise en charge en pédopsychiatrie est à privilégier jusqu'à 18 ans. Par contre à partir de 16 ans les adolescents sont hospitalisés dans des unités pour adultes (différence trop importante avec adolescents 12-15 ans).
2. Les recours aux urgences en pédopsychiatrie peuvent être largement réduits en intervenant précocement. Une collaboration étroite avec l'Education Nationale et les établissements médico-sociaux est donc à privilégier pour l'identification des cas, ainsi que le renforcement de l'activité des CMPEA auprès des populations plus précaires.
3. Mise en place d'un comité départemental de pédopsychiatrie sous l'égide de l'ARS et impliquant les principaux établissements de la psychiatrie publique et médico-sociaux du Gard. Objectifs : établir des collaborations entre les établissements pour améliorer l'attractivité médicale et minimiser les conséquences des postes dépourvus, notamment sur les inter secteurs de Ales et Uzès (postes partagés, unités de soins spécialisées, collaboration avec médico-social).

4. Un financement supplémentaire pour l'équipe mobile adolescents complexes est nécessaire afin d'étendre le dispositif actuel à tout le département, y compris le bassin alésien. Ce dispositif devra compter avec trois binômes soignants situés sur Nîmes, Uzès et Ales et un temps médical suffisant.
 5. Il semble nécessaire aussi d'étoffer l'offre en direction des adolescents avec structures d'accueil adolescents : constitution d'un CMPEA Adolescents sur le CHU de NÎMES, Maison des Adolescents sur ALES et un renfort de la capacité d'hospitalisation. Actuellement on constate des problèmes récurrents pour l'hospitalisation des enfants et adolescents (10 lits pour adolescents actuellement sur le CHU pour tout le département, avec durée de séjour courte d'environ 13 jours), ainsi qu'un manque lits d'aval dans les établissements médico-sociaux. Le département du Gard ne dispose pas de lits d'hospitalisation pour les mineurs de 10 ans, une capacité d'accueil minimale et polyvalente pour ce type de situations est nécessaire (1-2 places).
 6. Des collaborations entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte sont envisageables en prenant l'exemple du secteur LE VIGAN avec Mas CAVAILLAC : fonctionnement intéressant à explorer qui regroupe dans un même lieu le CMP pour adultes et le CMPEA.
 7. Devant l'impossibilité actuelle d'une astreinte départementale de pédopsychiatrie, des dispositifs de liaison (formés par PM ou, à défaut, par PNM) intervenant régulièrement dans les services de pédiatrie sont à favoriser.
- B. Organisation des interventions préhospitalières et post-hospitalières (post-urgences) : lisibilité du parcours de soins.
1. Création de centres d'accueil et de crise (CAC) au nord et au sud du département en combinant les moyens actuellement disponibles avec du personnel supplémentaire financé par une dotation spécifique pour les urgences psychiatriques (DAF). Il n'existe à ce jour aucun service véritablement dédié à l'accueil des urgences psychiatriques dans le Gard. Les CACs serviraient de référence pour la protocolisation de la régulation préhospitalière et des soins post-urgences (prise en charge intensive en attendant le relais aux structures de secteur). Ils permettraient aussi d'améliorer la représentation des urgences psychiatriques en facilitant l'accessibilité, diminuant le temps d'attente et réduisant le stigma associé à la maladie mentale.
 2. Renforcer les prises en charge ambulatoires et diminuer les recours aux hospitalisations.
 3. Création d'un service de consultation immédiate avec consultations non programmées dans le secteur privé.
 4. En préhospitalier, favoriser dans la mesure du possible un avis psychiatrique pour éviter les passages aux urgences en absence de pathologie somatique.
 5. Soutien à la création d'un Service d'Accès aux Soins (SAS) pour la gestion des soins non programmés, ainsi que à la création d'une plateforme d'appui psychologique et sociale associé au SAMU30 directement en lien avec les structures médico-sociales du département.
 6. Création d'une filière de psycho-traumatologie reliant la CUMP, le Centre Régional Psycho-trauma Occitanie (CPROc) et les professionnels orientés aux soins post-traumatiques travaillant dans le publique, le médico-social ou le privé.
 7. Favoriser les interventions à domicile pour diminuer les recours aux SDT procédure d'urgence. Création d'un SMUP : Service Mobile d'Urgences Psychiatriques pour l'intervention sur les situations relevant clairement de la psychiatrie (intégration possible avec EMAC). Ce dispositif permettrait de prévenir les réponses violentes lorsque pompiers, SMUR et forces de l'ordre interviennent. Augmentation et harmonisation sur le département des soins psychiatriques à domicile (exemple : dossiers déposés par les cliniques de QUISSAC et CAMARGUE).
- C. Faciliter les interactions avec d'autres acteurs de la santé mentale (hors psychiatrie) : services d'urgences, SAMU, forces de l'ordre, médecins généralistes.

1. Identifier des numéros de contact pour la co-régulation pré-hospitalière des urgences psychiatriques pour chaque secteur de psychiatrie, accessibles aux équipes du SAMU ou autres acteurs de la santé mentale.
2. Renforcer la collaboration des équipes de psychiatrie avec les médecins urgentistes et les équipes des SAU avec définition des critères d'orientation en psychiatrie (fin de la prise en charge somatique) et identification de référents. Suivre les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Les urgences psychiatriques ne doivent pas s'affranchir de l'évaluation somatique.
3. Développer un dispositif de télépsychiatrie accessible aux médecins généralistes du Gard par secteur. Un projet pilote débutera en 2021 avec la participation du CH Mas Careiron et du CHU Nîmes.
4. Accorder des principes de bonne pratique pour la gestion des cas d'allure psychiatrique avec les forces de l'ordre et les pompiers : 1) coordination et régulation préalable à l'arrivée dans les structures de soins, 2) réalisation de SPDRé pour les altérations de l'ordre sur VP de cause psychiatrique, 3) journées d'échanges et formation une fois par an. Ces actions ont pour objectif de diminuer le stigma associé aux pathologies psychiatriques.
5. Formation et échanges avec les médecins généralistes du Gard autour de la santé mentale.
6. Information à la population et aux acteurs de la santé mentale sur l'organisation de la santé mentale dans le département : plaquettes, coordonnées, cartographie (ARS). Cette information devrait être orientée en particulier aux familles (aidants, parents) pour leur donner des clés d'accès au système de soins en santé mentale souvent perçue comme impénétrable.

D. Repenser l'organisation des astreintes de psychiatrie.

1. Une réflexion est à conduire sur la possibilité d'accueillir les urgences psychiatriques des secteurs du CH Mas Careiron au CHU de Nîmes. Deux prérequis semblent nécessaires : 1) un financement supplémentaire pour la création d'une structure pérenne d'urgences psychiatriques, 2) l'intégration d'autres psychiatres du département dans la ligne d'astreinte senior du CHU.
2. Collaboration avec les psychiatres libéraux pour la gestion des urgences/astreintes.
3. Organiser les lignes d'astreinte psychiatrique en lien avec les SAUs du département.
4. Favoriser l'interopérabilité des dossiers cliniques entre établissements du département.

4. Fiches action

Prévention et prise en charge de l'urgence en pédopsychiatrie
Mise en place d'un groupe de travail avec l'Education Nationale et les établissements médicosociaux autour du repérage et les modalités d'orientation aux services de pédopsychiatrie.
Renforcement de l'activité des CMPEA auprès des populations plus précaires (populations prioritaires notamment).
Mise en place d'un comité départemental de pédopsychiatrie sous l'égide de l'ARS pour améliorer l'attractivité médicale et minimiser les conséquences des postes dépourvus, notamment sur les inter secteurs de Ales et Uzès.
Augmenter le financement de l'équipe mobile adolescents complexes (EMAC) pour élargir le dispositif au bassin alésien.
Favoriser les dispositifs de liaison de pédopsychiatrie intervenant dans les services de pédiatrie (dotation paramédicale).
Création d'unités qui augmentent la capacité d'accueil en temps complète pour les mineurs de 10 ans et les adolescents mineurs de 16 ans sur le département
Organisation des interventions pré hospitalières et post hospitalières (posturgences) : lisibilité du parcours de soins.
Création de centres d'accueil et de crise (CAC) au Sud et au Nord du département par le biais d'une dotation spécifique.
Renforcer la dotation des Centre Medico Psychologiques.
Articulation d'un avis psychiatrique en collaboration avec le SAMU30 dans chaque secteur.
Création d'un service de consultations non-programmées avec possibilité d'hospitalisation immédiate dans le secteur privé.
Mise à disposition de lits d'aval dans le secteur privé pour désengorger les urgences.
Création d'un Service d'Accès aux Soins (SAS) pour la gestion des soins non programmés et d'une plateforme d'appui psychologique et sociale associé au SAMU30.
Organisation d'une filière de psycho traumatologie à partir de la CUMP départementale.
Création d'un Service Mobile d'Urgences Psychiatriques (SMUP) et renforcement de l'offre de soins à domicile.
Faciliter les interactions avec d'autres acteurs de la santé mentale (hors psychiatrie) : services d'urgences, SAMU, forces de l'ordre, médecins généralistes.
Mise en place d'un groupe de travail pour définir les critères d'orientation en psychiatrie.
Mise en place de dispositifs de télépsychiatrie.
Concertation avec les forces de l'ordre et les pompiers sur un cahier de bonnes pratiques : régulation préalable et réalisation de SPDR pour les altérations de l'ordre sur VP de cause psychiatrique, mise en place de journées d'échanges et formation.
Organisation de réunions de formation et échanges avec les médecins généralistes du Gard autour de la santé mentale.
Communication autour de l'organisation de la santé mentale dans le département (ARS).
Repenser l'organisation des astreintes de psychiatrie.
Mise en place d'un groupe de travail sur l'organisation des gardes psychiatriques dans le département (avec participation des établissements publics et privés).

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pu être réalisé sans l'implication des membres de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé du Gard et des acteurs du territoire ayant activement participé aux groupes de travail pour la rédaction des fiches action.

Un remerciement particulier au CODES du Gard dont l'appui a été précieux.