

Le projet territorial de santé mentale

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) s'intègre aux objectifs stratégiques du parcours « psychiatrie et santé mentale » du PRS 2018 – 2022 et constitue la feuille de route de la communauté psychiatrique de territoire pour la région. Ils s'appuient sur la spécificité du territoire régional et s'appliquent sur les deux territoires infra régionaux de démocratie sanitaire. Il est fondé sur l'alliance des savoirs et des expériences des professionnels et des usagers.

Le PTSM propose un cadre de coopérations et de coordinations territoriales afin de garantir l'accès à une offre de soins diversifiée et à un accompagnement social et médico-social adapté aux besoins des personnes. Son contenu est défini par le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017.

Dans le prolongement de la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé, il s'inscrit dans un ensemble de dispositifs, de plans, de cadres réglementaires à différents niveaux de maturité de déploiement : mise en place de communautés psychiatriques de territoire, stratégie quinquennale de l'offre médico-sociale-volet « handicap psychique » 2017-2021; démarche « Réponse Accompagnée pour tous » ; développement des parcours éducatifs en santé au sein des établissements scolaires, du « projet pour l'enfant » loi du 14 mars 2016 ; du développement de l'offre d'habitat alternatif/inclusif ; de la démarche « emploi accompagné » ; du 4^{ème} plan autisme,...

En complément des travaux du diagnostic partagé du PRS 2, l'expertise des partenaires a été sollicitée en une succession de consultations. Le recueil de contributions a été conduit de 2017 à 2018 et complété en 2019 afin d'apporter une meilleure compréhension des problématiques soulevées par les partenaires et proposer un plan d'actions concertées.

Le document constituant le PTSM suit le plan suivant :

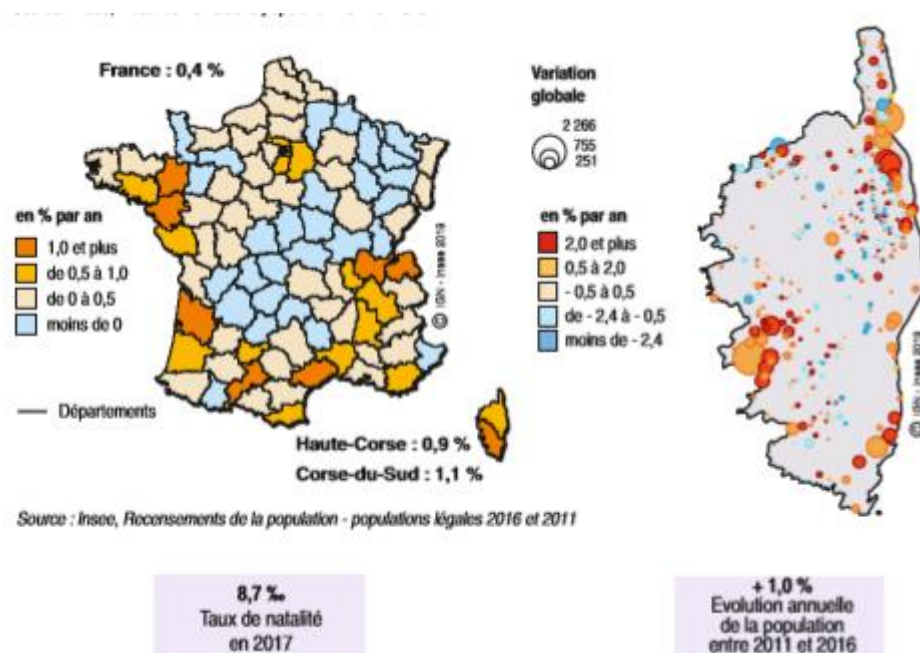
Plan

1.	Eléments de contexte	3
1.1	Le contexte socio démographique	3
1.2	Morbidité - mortalité.....	11
2.	L'offre ambulatoire et hospitalière	16
2.1	Démographie des professionnels de santé	16
2.2	Offre hospitalière de soins	17
3.	L'offre médico-sociale	35
3.1.	Les structures et services pour les adultes en situation de handicap.....	35
3.2.	Les structures et services pour les enfants en situation de handicap	37
3.3.	L'offre médicosociale pour les personnes âgées	39
3.4.	L'offre médicosociale pour les personnes en situation de précarité sociale	40
3.5.	Des coopérations en développement	41
3.6.	Une offre auprès des étudiants : Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)	42
3.7.	Une offre de soins psychiatriques auprès des établissements pénitentiaires.....	43
4.	L'offre de prise en charge des conduites addictives	43
4.1.	L'offre	43
4.2.	Les problématiques	44
4.3.	Les enjeux.....	45
5.	L'offre associative	46
5.1.	L'UNAFAM	46
5.2.	L'association régionale des missions locales.....	47
5.3.	Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).....	47
5.4.	Le contrat locale santé et le conseil local de santé mentale.....	48
6.	Constats du diagnostic partagé	49
6.1	En psychiatrie infanto-juvénile (PIJ)	49
6.2.	En psychiatrie adulte	52
7.	Plan d'actions	55
8.	Gouvernance	60
	Abréviations et acronymes	61

1. Eléments de contexte

1.1 Le contexte socio démographique

La Corse est la moins peuplée des 13 régions françaises en termes de nombre d'habitants (330 455 habitants au 1^{er} janvier 2016) et de densité. Alors que la moitié de ses 360 communes ont moins de 100 habitants, elle compte 36,4 habitants au km² contre 103,9 habitants pour la France entière. Sa population se concentre à 60% dans les centres urbains principaux de Bastia et d'Ajaccio et leurs agglomérations.



Néanmoins, la faible taille de la population subit une inflation spectaculaire l'été sous l'effet des flux touristiques : la population est multipliée par 7. Deux millions de visiteurs débarquent ainsi par voie aérienne ou maritime en Corse chaque année ce qui a un impact sur l'organisation de l'offre de soins à la période estivale.

Passagers

Répartition des passagers transportés selon le type de trafic en 2018
(nombre de passagers au départ et à l'arrivée)

Ports et (ou) aéroports	Maritime		Aérien	Total
	Lignes régulières	Croisières	Lignes régulières et charter	
Ajaccio	988 650	838 100	1 673 200	3 499 900
Bastia	2 169 200	19 400	1 524 900	3 713 500
Bonifacio	274 200	23 500	///	297 700
Calvi	///	37 900	335 150	373 100
Figari	///	///	756 000	756 000
L'Île-Rousse	405 300	5 500	///	410 800
Porto-Vecchio	194 150	12 500	///	206 600
Propriano	65 500	40 200	///	105 700
Ensemble	4 097 000	977 200	4 289 300	9 363 500
Evolution 2018/2017	- 1,1 %	5,5 %	6,5 %	2,9 %

Source : Observatoire régional des transports de la Corse, Dreal

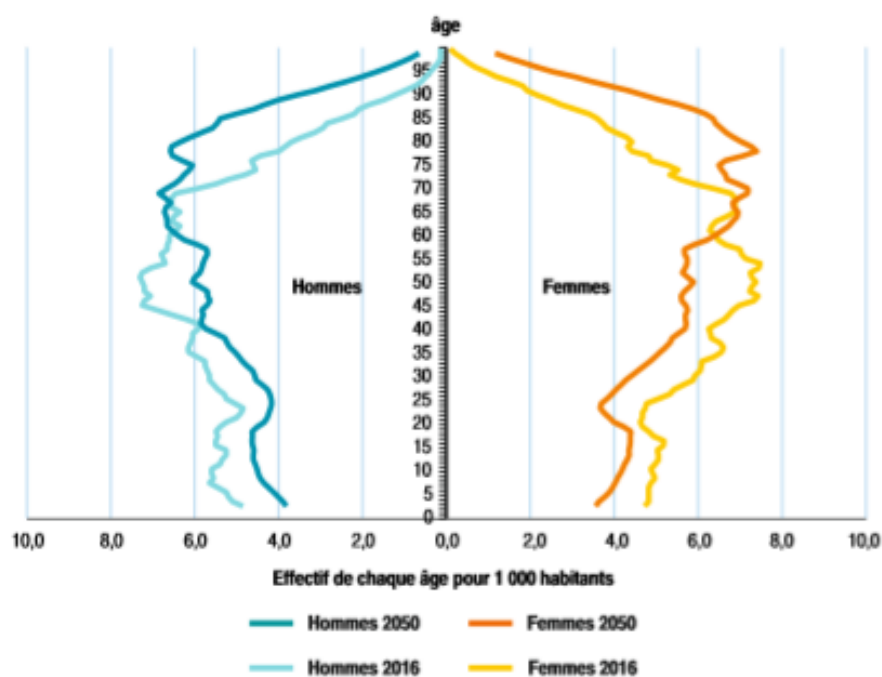
Âge de la population

Répartition de la population par département selon l'âge au 1^{er} janvier 2016

	Corse-du-Sud	Haute-Corse	Corse		France
	Nombre	Nombre	Nombre	%	%
Moins de 15 ans	23 581	27 245	50 826	15,4	18,1
De 15 à 29 ans	23 069	28 499	51 568	15,6	17,7
De 30 à 44 ans	29 392	33 532	62 924	19,0	19,0
De 45 à 59 ans	32 952	36 307	69 259	21,0	19,8
De 60 à 74 ans	28 061	31 709	59 770	18,1	16,0
75 ans ou plus	17 248	18 860	36 108	10,9	9,4
Ensemble	154 303	176 152	330 455	100,0	100,0

Source : Insee, Recensement de la population 2016 - Exploitation principale

Pyramides des âges de la population en 2016 et 2050



Source : Insee, Omphale 2017 scénario central

31 %
de la population
a moins de 30 ans
en 2016

29 %
de la population
a 60 ans ou plus
en 2016

Le vieillissement est une des caractéristiques majeures de l'île.

Comcom	Densité hab./km ²	Pop < 25 ans	Pop ≥ 75 ans	Indice vieillissement *	Naissances et taux de natalité (‰)
Pays Ajaccien	324.9	25.6	10.7	102.5	8.1
Alta rocca	12.4	22.5	12.8	141.7	9.1
Celavu Prunelli	22.8	23.4	10.3	115.4	6.9
Spelunca Liamone	8.3	16.6	16.1	246.0	7.5
Pieve de l'ornano	19.0	19.3	14.4	191.6	7.5
Sartenais valinco	22.0	22.6	13.1	140.3	10.2
Sud Corse	36.2	26.6	9.4	88.4	13.3
CA Bastia	870.1	26.8	10.5	96.7	8.1
Nebbiu conca	18.9	20.7	13.1	161.7	8.5
Ile Rousse balagne	26.7	22.6	13.0	140.7	7.0
Calvi Balagne	21.5	24.6	9.9	113.2	12.3
Pasquale Paoli	6.8	19.7	15.5	206.4	6.7
Castagniccia casinca	53.4	23.8	10.9	123.8	8.8
Costa verde	56.7	23.0	11.9	137.4	7.4
L'oriente	13.0	20.1	12.9	172.6	10.0
Fium'orbu castellu	20.4	24.6	12.4	119.8	10.5
Centre corse	27.1	40.5	9.7	74.6	7.3
Cap corse	22.3	17.4	15.6	221.8	5.0
Marana Golo	142.6	29.1	6.5	63.8	10.9

*Formule : 100*nombre de personnes de 65 ans ou plus / nombre de personnes de moins de 20 ans. Source insee, 2017

1.1.2. La structure de la population active et chômage

Comcom	Taux de chômage (15 – 64) %	Taux d'activité (15 – 64) %
Pays Ajaccien	10.5	74.5
Alta rocca	16.8	72.7
Celavu Prunelli	11.6	75.9
Spelunca Liamone	13.9	71.2
Pieve de l'ornano	12.2	72.4
Sartenais valinco	16.4	72.6
Sud Corse	13.8	71.6
CA Bastia	13.8	68.7
Nebbiu conca	13.7	72.5
Ile Rousse balagne	14.5	71.8
Calvi Balagne	16.7	74.2
Pasquale Paoli	11.8	68.1
Castagniccia casinca	15.5	69.4
Costa verde	16.7	69.2
L'oriente	14.8	66.7
Fium'orbu castellu	17.0	72.1
Centre corse	12.6	54.0
Cap corse	14.8	71.2
Marana Golo	10.8	71.3

Le taux d'activité correspond à la part d'actifs (occupés et inoccupés) parmi l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans
Source Insee RP_ Sirsé 2016.

Selon l'Insee (dossier la corse en bref, N°14, novembre 2019), 3 caractéristiques sont particulièrement soulignées :

Participation croissante des femmes au marché du travail

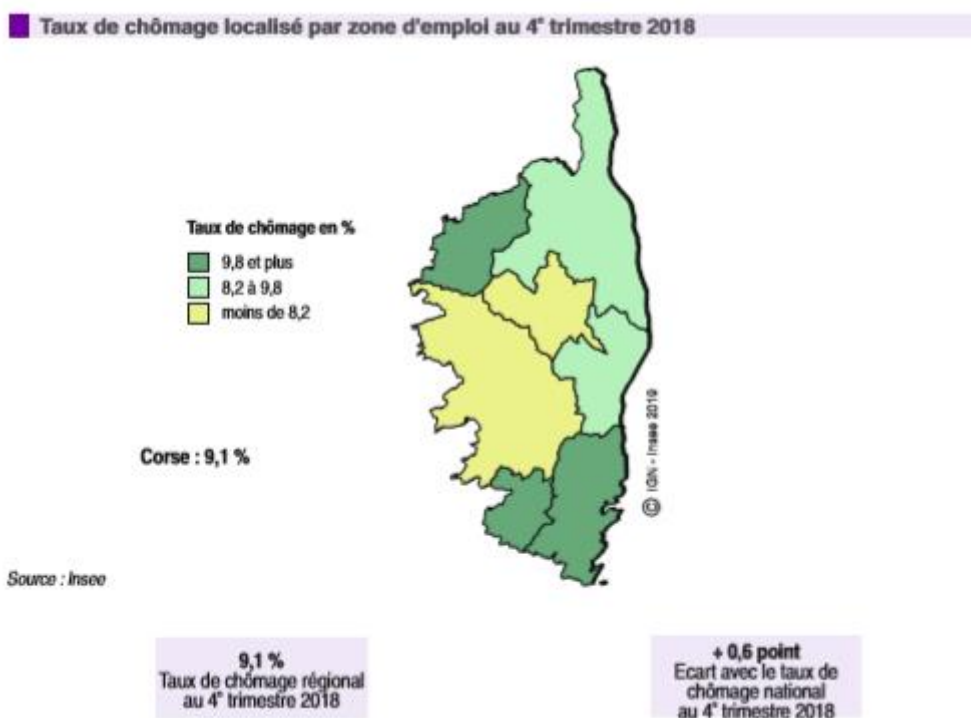
Avec 146 200 personnes en emploi ou au chômage, le taux d'activité de la Corse s'établit à 71,3 % en 2016. Même s'il est inférieur à celui des hommes, le taux d'activité féminin (66,3 %) croît de 14 points en quinze ans.

Un taux de chômage en repli mais toujours supérieur à la moyenne nationale

Au 4 trimestre 2018, le taux de chômage régional s'établit à 9,1 % de la population active et demeure supérieur au taux national (8,5 %). Au niveau départemental, le taux de chômage demeure de 1,2 point plus élevé en Haute-Corse. Les 50 ans ou plus sont particulièrement concernés par le chômage et représentent un quart des demandeurs d'emploi de catégories ABC. La demande d'emploi de longue durée est moins fréquente sur l'île que sur le continent. Ce phénomène s'explique en partie par l'activité saisonnière, très créatrice d'emplois, qui limite les longues périodes d'inactivité.

Les familles monoparentales et les jeunes les plus touchés par la pauvreté

La Corse est la région de métropole la plus touchée par la pauvreté monétaire. En 2016, la moitié des personnes vivent dans un ménage où le revenu disponible par unité de consommation est inférieur à 19 519 € contre 20 809 € au niveau France. Sur l'île, un ménage sur cinq vit en dessous du seuil de pauvreté. Les familles monoparentales, les jeunes de moins de 30 ans et les personnes âgées de plus de 75 ans sont particulièrement concernées. En lien avec la structure des familles qui comportent moins de familles nombreuses, les prestations sociales sont perçues par moins de ménages en Corse qu'au niveau France. En effet pour 100 habitants, 4,8 sont bénéficiaires d'allocations familiales contre 7,4 en moyenne nationale. On constate ce même phénomène pour les aides au logement et pour les prestations d'accueil du jeune enfant. Par ailleurs, la part des personnes percevant le Revenu de Solidarité Active est également plus faible en Corse avec 1,8 % contre 2,5 % nationalement. Enfin, la couverture maladie universelle complémentaire bénéficie à un public moindre dans l'île.



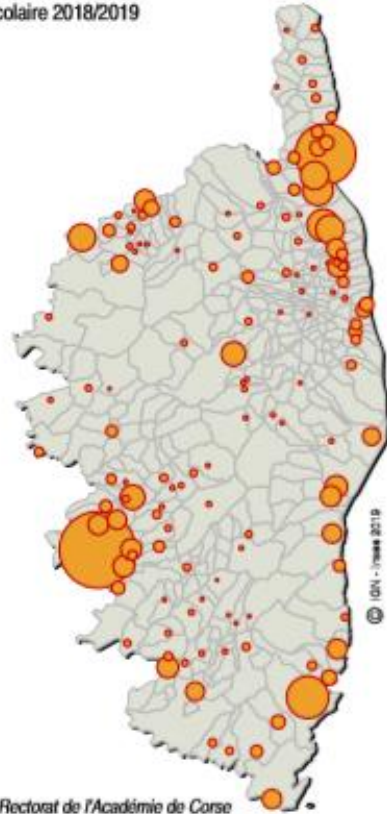
l'INSEE, dossier la corse en bref, N°14, novembre 2019

1.1.3. Les enfants et adolescents scolarisés

Education

Effectifs des élèves du premier degré par commune

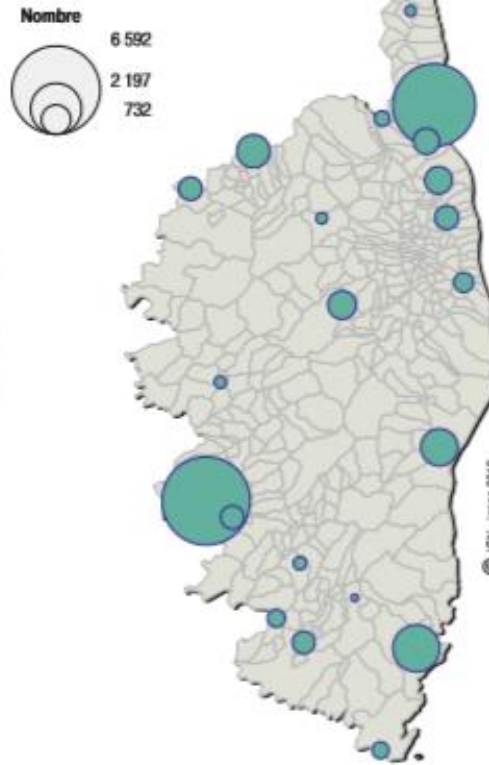
Année scolaire 2018/2019



Source : Rectorat de l'Académie de Corse

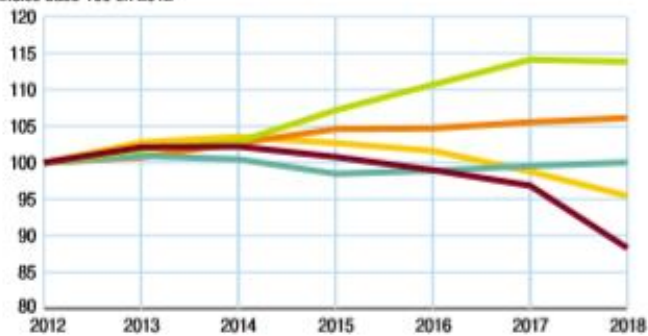
Effectifs des élèves du second degré par commune

Année scolaire 2018/2019



Evolution des effectifs scolarisés dans le premier et second degré

Indice base 100 en 2012



- Préélémentaire
- Elémentaire
- Collèges
- Lycées généralistes et technologiques
- Lycées professionnels

Source : Académie de Corse

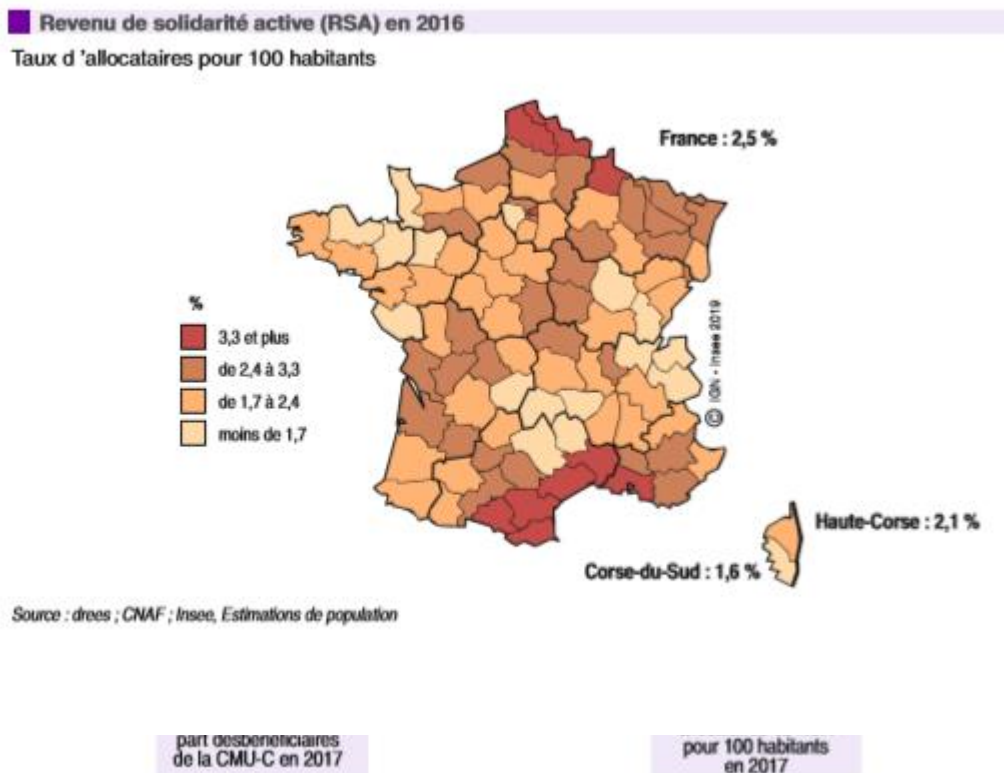
25 410
élèves
dans le 1^{er} degré

22 270
élèves
dans le 2nd degré

1.1.4. La précarité

La Corse enregistre le taux de pauvreté le plus élevé de toutes les régions métropolitaines d'après une enquête, réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en partenariat avec la Plate-forme régionale d'observation sanitaire et sociale de Corse (POSS) et conduite par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) de Corse.

L'étude révèle que 20% de la population corse vit sous le seuil de pauvreté. Les familles les plus touchées sont, comme au niveau national, les familles monoparentales et les jeunes, mais aussi spécifiquement en Corse, les personnes âgées.



Selon une enquête concernant les personnes identifiées en centre d'hébergement d'urgence :

Sur 248 personnes 70 présentent des troubles psychiques.

Selon la Clé, la part des personnes âgées de plus de 55 ans augmente. 30 sont recensées dont un tiers a plus de 60 ans.

A l'occasion des travaux du programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les publics en situation de précarité sociale (PRAPS), les partenaires ont identifié des groupes de populations prioritaires.

La mobilisation de l'offre dans les organisations privilégiant le « aller vers » est une priorité retenue dans le cadre du SEGUR de la santé. Elle concerne plus particulièrement les situations rencontrées par les personnes en situation de précarité sociale souffrant de troubles psychiques. Au cœur des enjeux de coordination des acteurs du droit commun, le parcours de santé de ces personnes appelle à développer les démarches d'accompagnement dans un environnement social non stigmatisant. Une attention particulière est apportée pour les personnes en grande précarité soit plus de 300 personnes dans la mesure où leurs parcours de rue, l'incidence des conduites addictives et / ou de problèmes psychiatriques associés, concourent à aggraver la désocialisation ainsi que pour les étrangers sans titre de séjour.

Les femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité concerneraient plus de 1000 personnes en Corse.

Certains facteurs de vulnérabilité s'ajoutent parfois à la précarité : femmes souffrant de troubles psychologiques, de conduites addictives, victimes de violences intrafamiliales.

Les stratégies d'accompagnement à la parentalité sont identifiées notamment dans une dimension préventive vis-à-vis de enfants.

Des besoins de formation sont identifiés auprès des professionnels et des familles d'accueil.

Les personnes âgées en situation de précarité sont exposées à des fragilités en particuliers leur isolement (géographique, physique et social) qui les exposent à des ruptures d'équilibre lors de la survenue d'événement du quotidien. Au regard de la santé mentale, le repérage précoce, la coordination des interventions à domicile et l'accès à l'offre de géronto-psychiatrie sont à conforter sur l'ensemble des territoires infra régionaux.

Les jeunes sans diplôme et étudiants vulnérables ajoutent fréquemment aux facteurs psychosociaux de fragilité des difficultés de formation ou d'accès à l'emploi.

L'augmentation récente des demandes sociales constatées par les acteurs est extrêmement préoccupante.

Une analyse factorielle a été réalisée dans le « Panorama de la précarité et de la pauvreté en Corse » en juin 2015 par la CTC avec la participation de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), de la Direction de l'INSEE, l'Observatoire Economique Régional (Gip Corse Compétences) et l'Observatoire régional de la Santé (ORS). A partir de 10 indicateurs de précarité et de pauvreté sélectionnés (liste ci-dessous). Trois zones distinctes apparaissent avec des territoires qui affichent une vulnérabilité socio-économique préoccupante : l'extrême Sud, les bassins de Calvi et L'île Rousse et la plaine orientale.

1.2 Morbidité - mortalité

1.2.1. Décès par suicide et tentatives de suicide¹

Décès par suicide

Selon le CépiDC : les décès par suicide des 10 ans et plus

- En Corse en 2015, le taux standardisé de suicides s'élevait à 9,5 pour 100 000 habitants, taux inférieur au taux national.
- En 2015, le taux standardisé de suicides chez les hommes était plus élevé que chez les femmes (14,0 vs 5,7 suicides pour 100 000 habitants). Depuis 2000, une tendance à la baisse des taux annuels chez les hommes, associée à une stabilité chez les femmes, a entraîné une diminution de l'écart observé entre hommes et femmes.
- Entre 2013 et 2015 en Corse, la classe d'âge des 45-64 ans était surreprésentée par rapport au niveau national.

Tentatives de suicide

- Une approche descriptive est apportée par la Cellule PMSI/SNDS, de l'ARS de Corse :

En 2018, 208 résidents corses ont été hospitalisés en MCO en Corse ou hors de Corse pour une tentative de suicide (TS). 227 résidents corses avaient été hospitalisés pour ce motif en 2016.

En 2018, 22% des patients ayant fait une tentative de suicide ont moins de 25 ans, on observe la même proportion en 2016. Les personnes de 65 ans et plus représentent 13% des patients ayant fait une TS en 2018, cette part était de 18% en 2016. Enfin, la classe d'âge la plus représentée est celle des 40-65 ans, qui regroupe 42% des patients, tant en 2016 qu'en 2018.

En moyenne en 2016 et 2018, les TS concernent 70 % de femmes et 30 % d'hommes. Il y a toujours une proportion plus élevée de femmes que d'hommes quelle que soit la classe d'âge considérée mais la différence est moins flagrante à partir de 40 ans. Parmi l'ensemble des résidents corses ayant fait une TS, une personne sur trois est une femme de 40 à 64 ans.

Globalement, le nombre de TS de résidents corses est stable de 2016 à 2018 : diminution de 2,5% de 2016 à 2018 mais attention aux éventuels codages non exhaustifs du CH d'Ajaccio qui sembleraient s'accroître de 2016 à 2018 et pourraient artificiellement faire diminuer le taux d'évolution (cf infra).

Un patient sur trois réside dans la zone de Bastia, un patient sur cinq réside dans la zone d'Ajaccio et un patient sur dix dans l'Extrême Sud.

En 2018, 58% des séjours pour TS se sont déroulés au CH de Bastia, 15% au CH Ajaccio et 15% à la Clinique du Sud de la Corse. Ainsi, en 2018, il y a eu quatre fois plus de séjours pour TS au CH de Bastia qu'au CH d'Ajaccio (en 2016 c'était deux fois plus). Cette différence de volumétrie entre les deux principaux centres hospitaliers de la région interpelle : réalité ou codages PMSI non exhaustifs au CH d'Ajaccio ? (A confronter à des discussions avec les professionnels de santé du CH Ajaccio et le DIM).

Seulement 3 % des séjours de résidents corses pour TS ont eu lieu en extra régional en moyenne.

¹ Extrait de l'Observatoire national du suicide – 2^{ème} rapport – pages 371 à 378

Pour 98% des séjours en moyenne en 2016 et 2018, les patients sont arrivés dans l'établissement de santé depuis leur domicile. De plus, 95% des séjours ont commencé par un passage par le service d'accueil des urgences.

Pour 44% des séjours, en moyenne en 2016 et 2018, les patients rentrent au domicile en fin de séjours. 40% des séjours donnent lieu à un transfert ou une mutation vers une unité de psychiatrie.

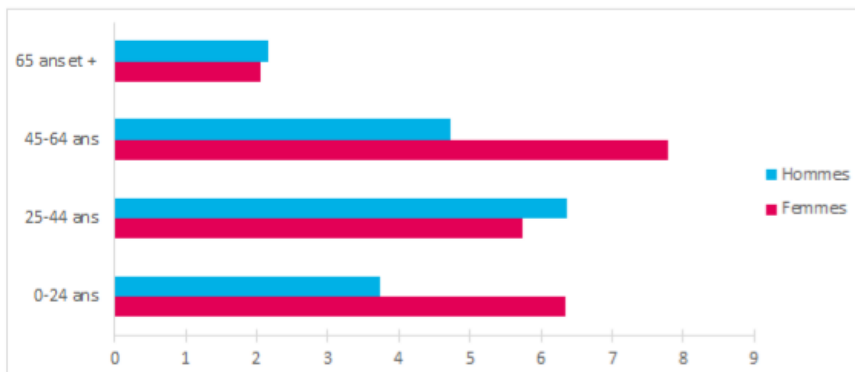
- Cette approche est complétée par les données de Santé Publique France
- PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : OSCOUR®)

Figure 12 : Taux de recours pour tentatives de suicide (pour 1 000 passages toutes causes confondues) par classe d'âge et par sexe, services d'urgence de Corse, 2017 (n = 434)

Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017.

□ Caractéristiques sociodémographiques des recours aux urgences pour TS en 2017 Près de 91 % des recours pour TS dans les SU de Corse concernaient des personnes résidant dans la région, 7,2 % des résidents d'autres régions de France métropolitaine et 1,9 % des ressortissants de pays étrangers (dans la limite de la validité des codes postaux renseignés dans les données considérées). Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (54,6 %, n = 237) alors que la distribution H/F était équilibrée dans les recours toutes causes confondues. La répartition par sexe et classes d'âges montrait une surreprésentation des femmes dans les recours aux urgences pour TS dans les classes d'âge des moins de 25 ans et des 45-64 ans (figure 12). Chez les hommes, la distribution des recours pour TS montre un pic de recours dans la classe d'âge des 25-44 ans (6,4 passages pour TS pour 1 000 passages toutes causes). Chez les femmes, le taux de recours pour TS le plus élevé est observé pour la classe d'âge des 45-64 ans (7,8 passages pour TS pour 1 000 passages toutes causes), mais ce taux est aussi élevé dans les classes d'âge des moins de 25 ans et des 25-44 ans.

Figure 12 : Taux de recours pour tentatives de suicide (pour 1 000 passages toutes causes confondues) par classe d'âge et par sexe, services d'urgence de Corse, 2017 (n = 434)



Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017.

- PASSAGES AUX URGENCES POUR RÉCIDIVES DE TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : OSCOUR®)

Données issues d'Oscour® - Organisation coordonnée de la surveillance des urgences Les données de passages aux urgences pour TS sont issues des RPU transmis par les SU participant au réseau Oscour®. Les taux et délais de récurrence à 6 mois présentés dans l'analyse ci-dessous ont été calculés à la première récurrence identifiée dans les 6 mois suivant un premier recours pour TS, enregistré en 2017.

□ Récidives de TS identifiées du 01/01/2017 au 30/06/2018 Au total, 434 recours aux urgences pour TS, dont 360 patients résidant en Corse, ont été recensés du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017

dans les SU de Corse participant au réseau Oscour®. Parmi ces patients, 11 (3,1 %) ont réitéré au moins une fois leur geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017.

□ Principales caractéristiques des récurrences de TS

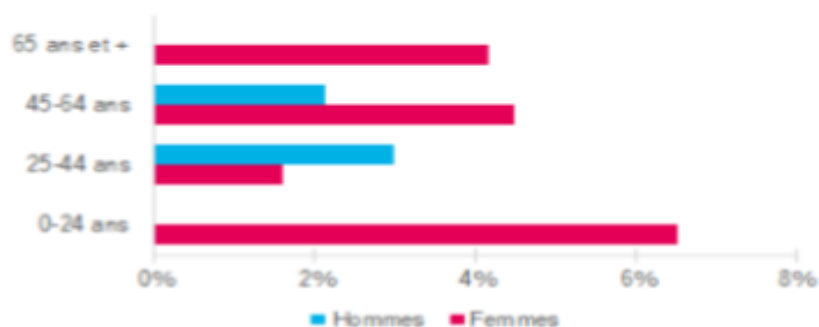
Les effectifs étant faibles, ces résultats sont à interpréter avec grande prudence. Le taux de récurrence était plus élevé chez les femmes (4,0 %, n = 8/200) que chez les hommes (1,9 %, n = 3/160), variant selon la classe d'âge.

Le taux de récurrence le plus élevé chez les femmes est observé dans la classe d'âge des moins de 25 ans (6,5 %) et pour les hommes dans celle des 25-44 ans (3,0 % de récurrences) (figure 13). Le taux de récurrence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes pour toutes les classes d'âge sauf celle des 25-44 ans.

Figure 13 : Pourcentages de récurrences de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âges et selon le sexe, services d'urgence de Corse, du 01/01/2017 au 30/06/2018 (n = 11)

Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017.

Figure 13 : Pourcentages de récurrences de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âges et selon le sexe, services d'urgence de Corse, du 01/01/2017 au 30/06/2018 (n = 11)



Champ : population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour®, Santé publique France, 2017

POINTS CLÉS EN RÉGION

CépiDC : les décès par suicide des 10 ans et plus

- En Corse en 2015, le taux standardisé de suicides s'élevait à 9,5 pour 100 000 habitants, taux inférieur au taux national.
- En 2015, le taux standardisé de suicides chez les hommes était plus élevé que chez les femmes (14,0 vs 5,7 suicides pour 100 000 habitants). Depuis 2000, une tendance à la baisse des taux annuels chez les hommes, associée à une stabilité chez les femmes, a entraîné une diminution de l'écart observé entre hommes et femmes.
- Entre 2013 et 2015 en Corse, la classe d'âge des 45-64 ans était surreprésentée par rapport au niveau national.

PMSI : les hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus

- En 2017 en Corse, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide standardisé s'élevait à 75,1 suicides pour 100 000 habitants, taux inférieur au taux national.
- En 2017, le taux chez les femmes était plus élevé que chez les hommes (90,2 vs 59,7 suicides pour 100 000 habitants). Depuis 2008, une tendance à la baisse chez les hommes et les femmes est observée.
- Entre 2015 et 2017, la classe d'âge des 45-64 ans était la plus représentée chez les hommes tandis que chez les femmes, il s'agissait des moins de 25 ans.

Oscour® : les passages aux urgences pour tentative de suicide et récurrences de tentatives des 10 ans et plus

- En moyenne, en 2017 en Corse, 1,2 recours quotidiens et près de 5 tentatives de suicide pour 1 000 passages aux urgences toutes causes ont été enregistrés.
- En 2017, les femmes étaient majoritaires dans les recours pour tentative de suicide. La classe d'âge des 25-44 ans étaient les plus représentés chez les hommes tandis que chez les femmes, il s'agissait des 45-64 ans.
- En 2017, 3,1% des personnes ayant fait une tentative de suicide ont récidivé dans les 6 mois. Ce pourcentage était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (4,0 % vs 1,9 %).

Source BSP septembre 2019

1.2.2. Les démences dont la maladie Alzheimer

Au niveau national, en 2013, 507 100 personnes étaient prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) dont 70% de femmes. La part des personnes âgées de plus de 75 ans était de 88% dont 72% de femmes. 59% des personnes étaient prises en charge au titre d'une Affection Longue Durée (ALD) en rapport avec les démences (dont maladie d'Alzheimer).

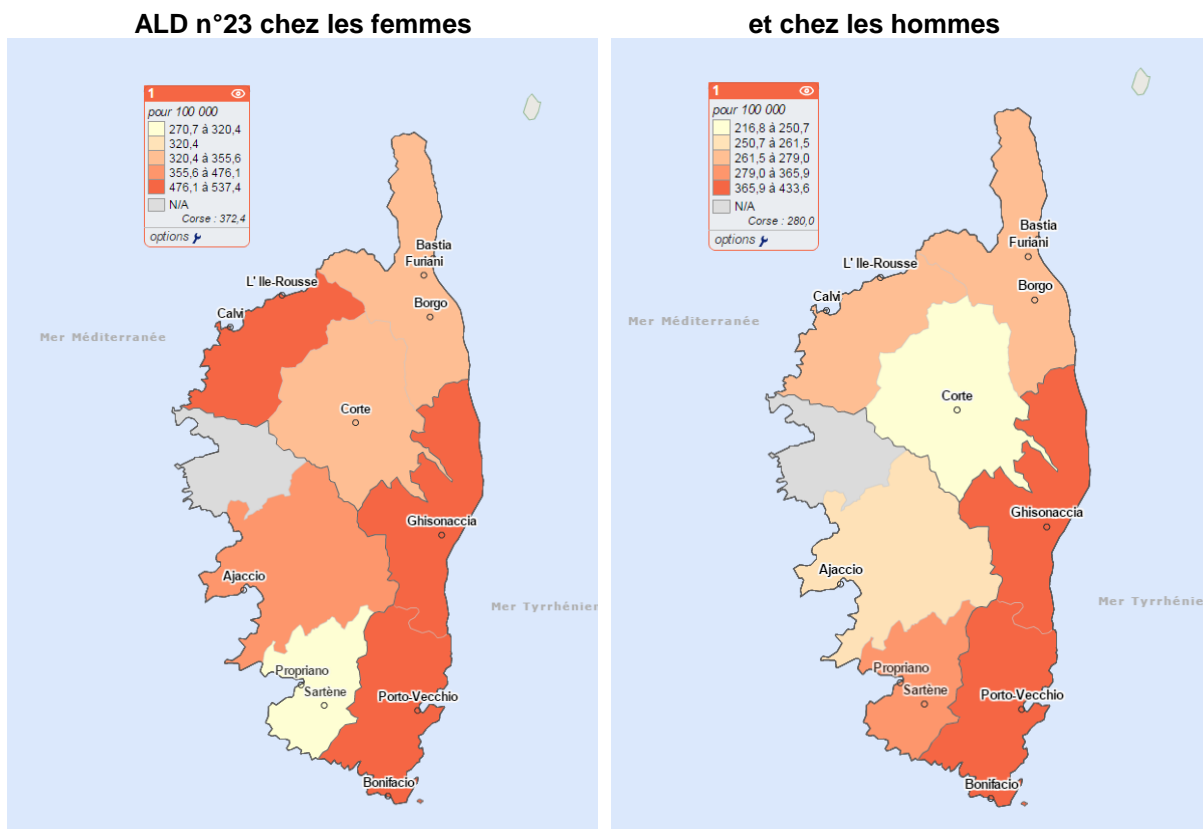
L'estimation de prévalence la plus souvent avancée de la maladie d'Alzheimer est de 0,5 % avant 65 ans, 2 à 4% après. Mais elle augmente fortement avec l'âge, pour atteindre 15 % à 80 ans.

Pour la Corse, 1870 personnes seraient atteintes de la Maladie d'Alzheimer et apparentées (source : données CNAMTS 2017). Mais au regard des données démographiques, une estimation plus élevée pourrait être retenue soit de 2000 à 5000 pour le nombre de personnes atteintes (source : Plan maladies neurodégénératives 2014-2019, Ars de Corse).

1.2.3. Consommation de soins

- **Taux comparatif des affections longue durée Affection psychiatrique (ALD n°23)²**

Une affection longue durée est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) et des traitements coûteux.



Le taux comparatif des ALD affections psychiatriques est de 329,5 cas pour 100 000 habitants en Corse (le taux de référence pour la France est de 209,8 cas pour 100 000 habitants) avec une forte

² Source : données 2013-2014 Sirsé Corse- Cnamts, RSI et MSA

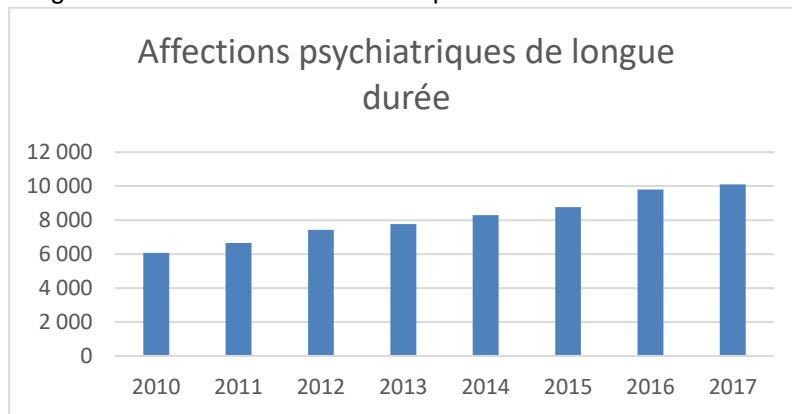
représentation des femmes sur cette ALD : 372,4 cas chez les femmes contre 280 cas chez les hommes pour 100 000 habitants.

Le classement des 5 ALD les plus fréquentes confirme cette forte proportion. Ainsi, les affections psychiatriques apparaissent en 5^{ème} position chez les hommes sur l'ensemble des bassins de vie corse alors qu'elles correspondent à la 2^{ème} ALD chez les femmes avec une forte proportion dans les bassins de vie de Porto-Vecchio et de Balagne.

Un écart important d'espérance de vie.

Selon l'exploitation des certificats de décès au niveau national, l'âge moyen au décès était particulièrement bas pour la schizophrénie (respectivement 55,9 ans pour les hommes et 67,6 ans pour les femmes et pour les Troubles mentaux liés à l'alcool (respectivement 59,4 et 60,7 ans) (BEH 24 octobre 2017 Catherine Ha, Elsa Decool, Christine Chan Chee). Les principales causes se répartissant entre les causes cardiovasculaires (27,3%) et les cancers (18,1%) et le suicide (11,1%).

Progression du nombre des ALD depuis 2010

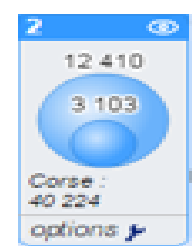
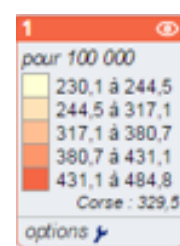
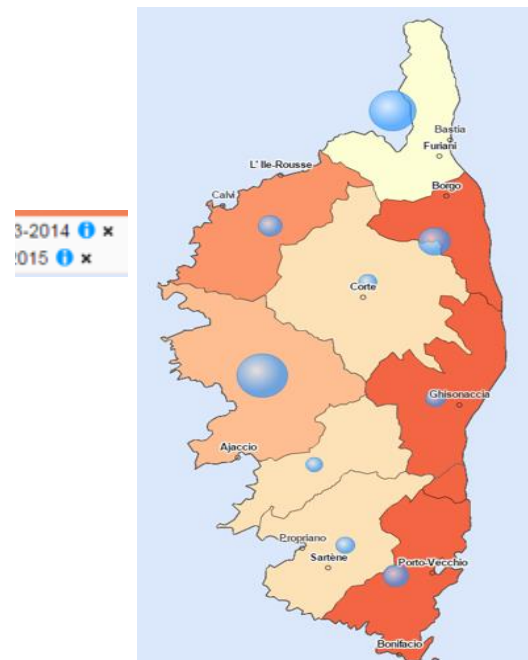


• Recours aux médicaments psychotropes

Le fond de carte reprend le taux comparatif des ALD affections psychiatriques (hommes et femmes par rapport au taux moyen corse) sur lequel est positionnés le nombre d'assurés du régime général ayant eu au moins un remboursement de psychotropes au cours de l'année (antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs hors barbituriques, antidépresseurs, psychostimulants, dépendance alcoolique et dépendance opioïde).

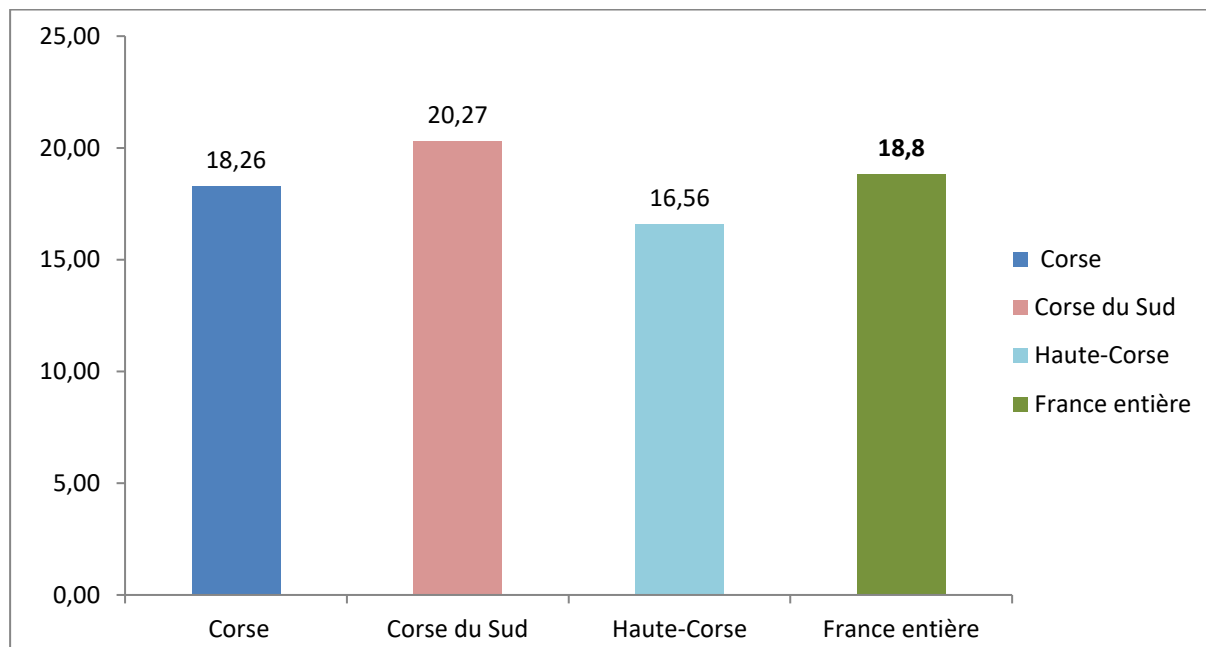
Ainsi, ce sont les bassins de vie les plus peuplés (Ajaccio et Bastia) qui ont également le plus grand nombre d'assurés ayant eu au moins un remboursement de psychotropes au cours de l'année) sont les plus nombreux : plus de 12 000 assurés sur le bassin de vie Ajaccio et 10 000 assurés sur Bastia.

Ensuite se positionne les bassins de vie de Penta di Casinca (4 890 assurés), Porto-Vecchio (3 112 assurés) et Calvi (2 794 assurés). Les autres bassins de vie ne dépassant pas les 2000 assurés



2. L'offre ambulatoire et hospitalière

2.1 Démographie des professionnels de santé



Profession 2019	Liberal ou mixtes	salarié
Médecin Psychiatre	30	34

(Sources RPPS-Adeli)

Densité des psychologues libéraux 2017 (sources RPPS-Adeli 2017)

- Haute Corse 30,8 pour 100 000 habitants
- Corse du Sud 24,3 pour 100 000 habitants
- France 29,7 pour 100 000 habitants

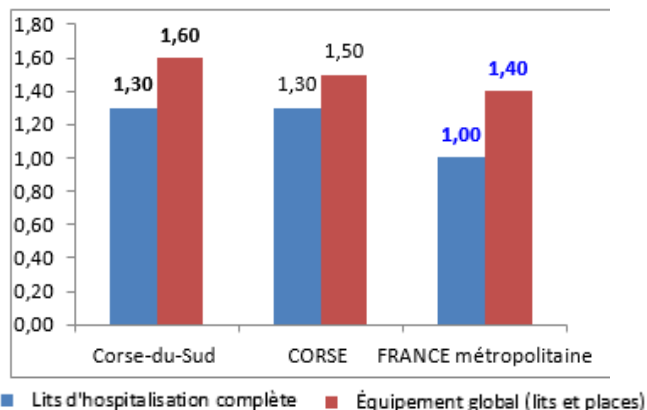
2.2 Offre hospitalière de soins

2.2.1. Les taux d'équipement en psychiatrie générale

En Corse du Sud

Les taux d'équipement en Corse du Sud en psychiatrie générale (1,3 lit HC pour 1000 habitants et 1,6 lits et places pour 1000 habitants) sont supérieurs au taux régionaux corses et à ceux du continent (1 lit HC pour 1000 habitants et 1,4 lits et places pour 1000 habitants)

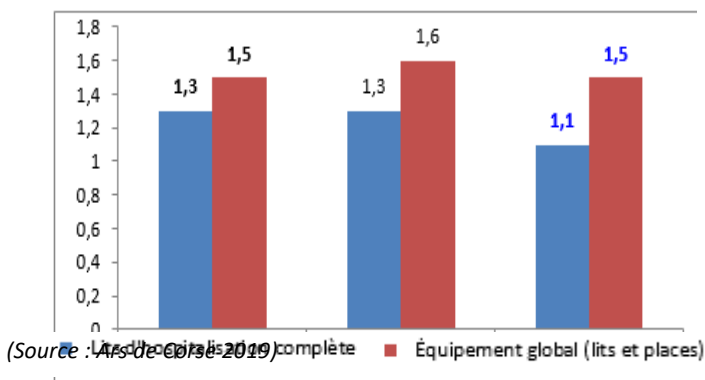
Source : Taux d'équipement Corse de la Sud psychiatrie générale pour 1000 habitants de plus de 16 ans - STATISS 2015

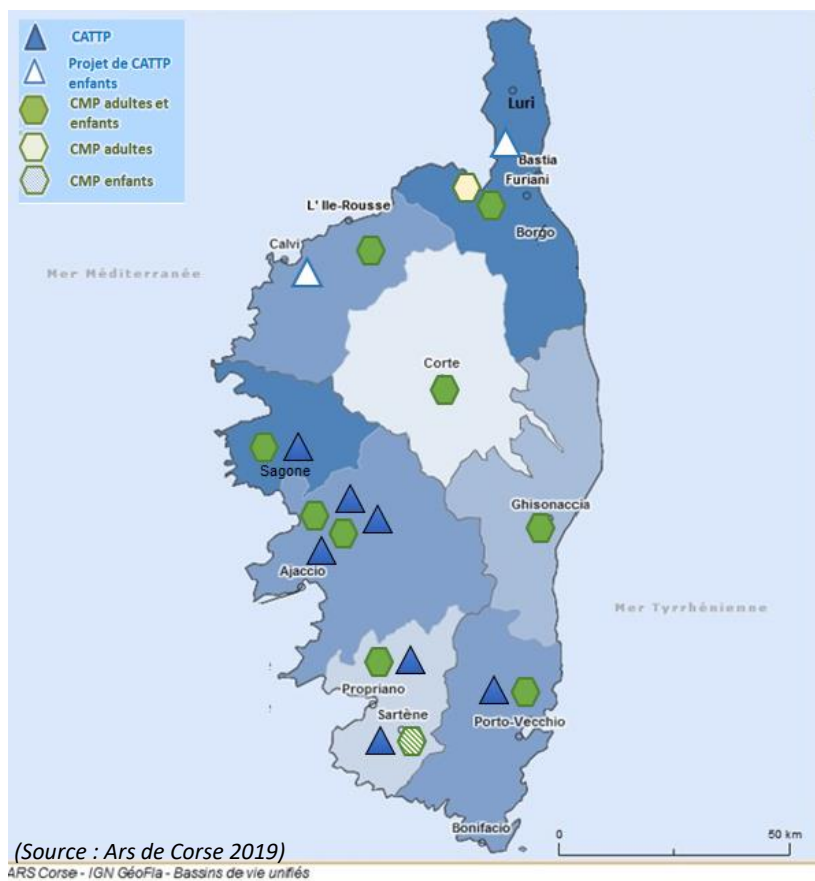
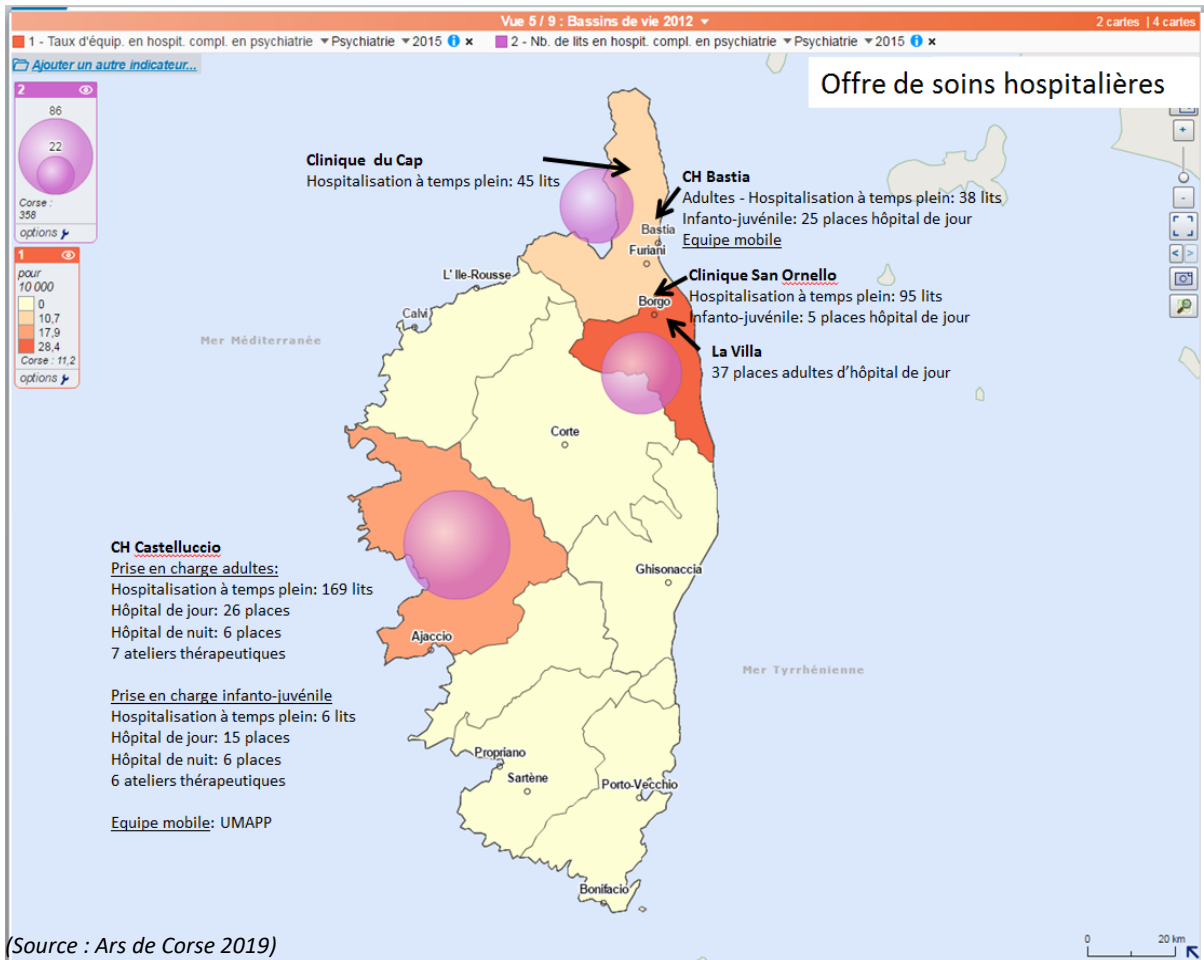


En Haute-Corse

Les taux d'équipement en psychiatrie générale en Haute-Corse sont légèrement inférieurs aux taux régionaux mais ils équivalent à ceux du continent. Concrètement, ce sont les lits d'hospitalisation complète qui font la différence avec 1,3 lit pour 1000 habitants en Corse contre 1,1 lit pour 1000 habitants sur le continent.

Source : Taux d'équipement Haute-Corse en psychiatrie générale pour 1000 habitants de plus de 16 ans - STATISS 2015



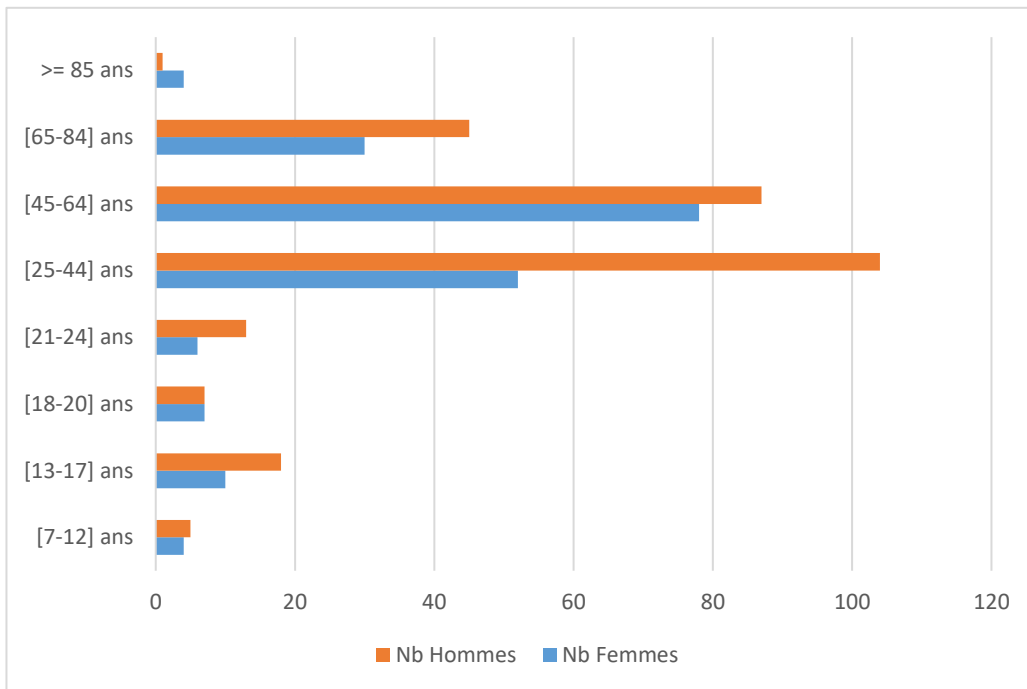


2.2.2. Les établissements de santé



La Clinique San Ornello

- 5 lits d'hospitalisation psychiatrie infanto juvénile
- Autorisée pour la prise en charge des soins sans consentement en Haute Corse
- 92 lits d'hospitalisation complète
- Répartition des patients hospitalisés par sexe et âge



(Données d'activités hospitalières (PMSI 2019))

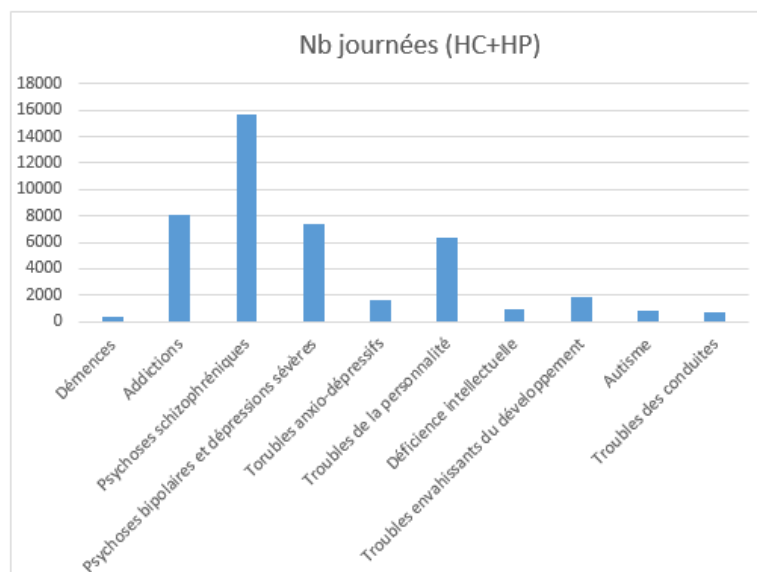
- Soit 37 patients de moins de 18 ans (7,85 % du nombre de personnes hospitalisées)
- Durée moyenne d'hospitalisation

	2019	2018
Durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein	66,26	58,12
DMH Durée moyenne d'hospitalisation	81,64	79,62

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Profil patient

Diagnostic	Nb
	patients
Démences	1
Addictions	139
Psychoses schizophréniques	126
Psychoses bipolaires et dépressions sévères	142
Troubles anxio-dépressifs	35
Troubles de la personnalité	65
Déficience intellectuelle	10
Troubles envahissants du développement	28
Autisme	11
Troubles des conduites	16



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Mode légal de soins

Mode légal de soins	Nombre de séjours	Nombre de journées	Age moyen
Soins psychiatriques libres	397	21 815	46,4
Soins psychiatriques sans consentement	294	16 637	41,89
Dont soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables	3	728	77,67
Dont soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement	5	235	15,2
Dont soins psychiatriques aux détenus	87	3 588	37,54

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

Nombre de séjours	Nombre de journées dans la période	Nombre de patients	% de patients présents depuis plus d'un an	Age moyen	% hommes
59	17 632	57	74,58	56,5	64,41

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

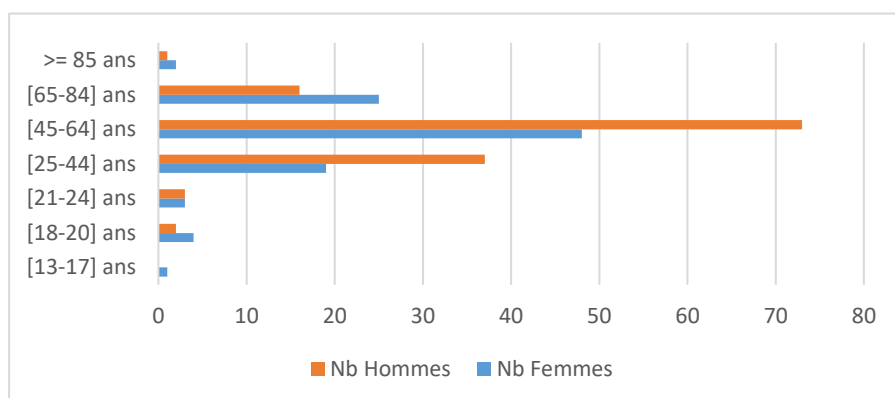
- Isolement

	2019	2018	% EVOLUTION
Nb séjours sans consentement	294	285	3,16
Nb journées sans consentement	16 637	15 597	6,67
Nb séjours avec isolement thérapeutique	138	162	-14,81
Nb journées avec isolement thérapeutique	621	888	-30,07

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

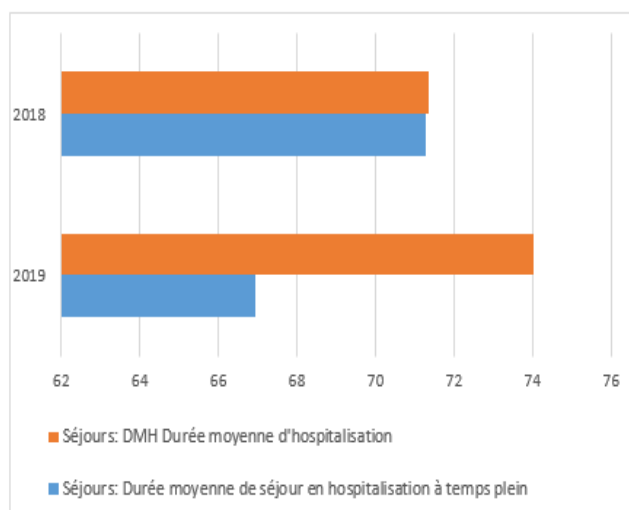
➔ **Clinique du CAP**

- 45 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte
- Répartition des patients hospitalisés par sexe et âge



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Durée moyenne d'hospitalisation



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

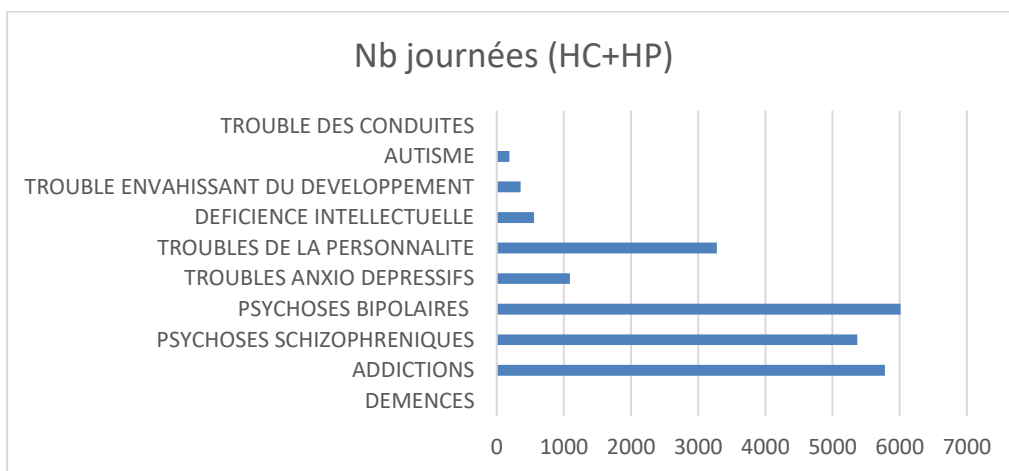
	2019	2018
Séjours: Durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein	66,93	71,27
Séjours: DMH Durée moyenne d'hospitalisation	74,03	71,34

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Profil patients

Diagnostic	Nb
	patients
DEMENCES	0
ADDICTIONS	85
PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES	60
PSYCHOSES BIPOLAIRES	133
TROUBLES ANXIO DEPRESSIFS	27
TROUBLES DE LA PERSONNALITE	55
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	2
TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT	1
AUTISME	2
TROUBLE DES CONDUITES	0

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Mode légal de soins

Mode légal de soins	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de patients	Age moyen
1 Soins psychiatriques libres	386	17 323	234	51,53

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Hospitalisation au long cours (séjours de plus de 292 jours)

Nombre de séjours	Nombre de journées dans la période	Nombre de patients	% de patients présents depuis plus d'un an	Age moyen	% hommes
13	3 521	13	61,54	53,5	76,92

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

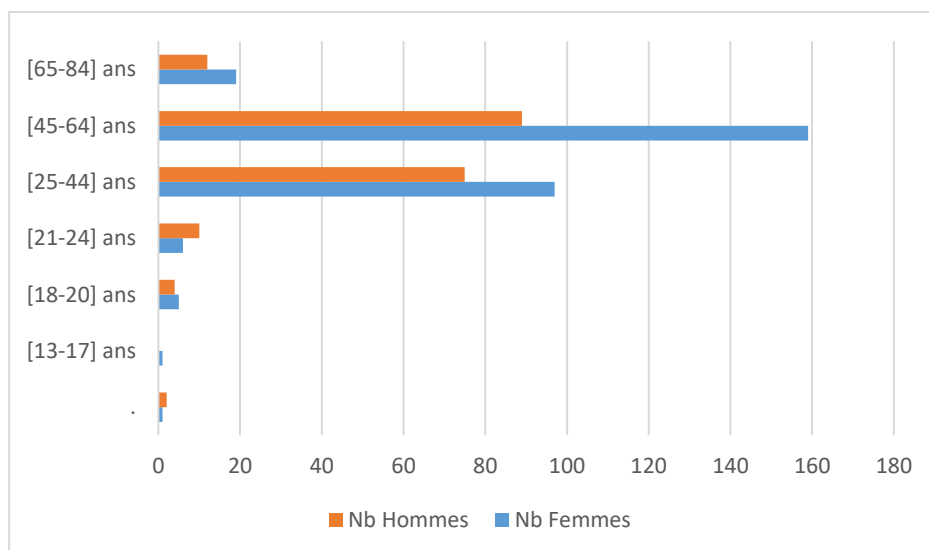
- Isolement

Nombre de séjours	4
Nombre de journées couvertes par les séquences	191
Dont nombre de journées d'isolement thérapeutique	9
Nombre de patients	4
Age moyen	61,0
% hommes	50,0
% provenance domicile	75,0
% séjours terminés	75,0
% destination domicile	33,3

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

➔ **Villa San Ornello**

- 37 places adultes d'HDJ
- Répartition des patients hospitalisés par sexe et âge



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

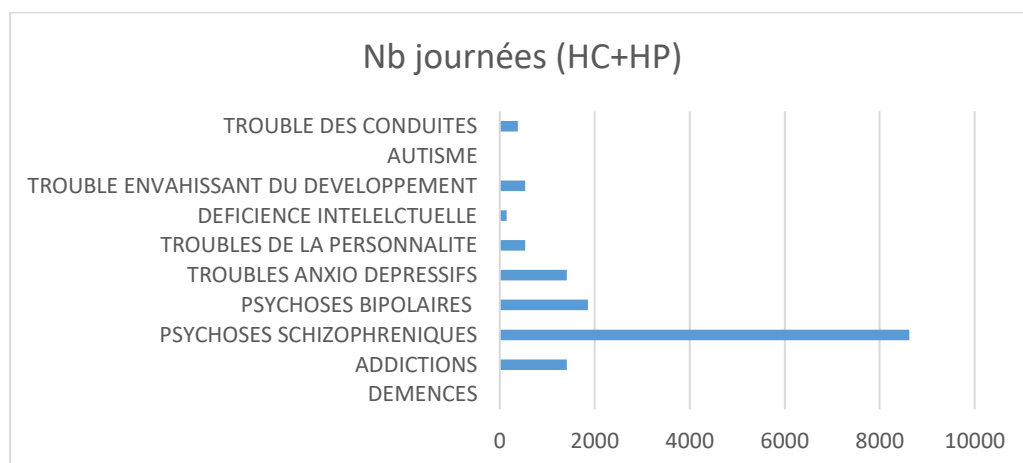
▪ Activités ambulatoires

	2019	2018	%
Séjours: Nb journées présence	14 758	14 058	4,98
Séjours: Nb 1/2 journées présence	1 645	1 481	11,07
Séjours: Nb séjours	577	557	3,59

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

Diagnostic	Nb patients
DEMENCES	0
ADDICTIONS	37
PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES	147
PSYCHOSES BIPOLAIRES	65
TROUBLES ANXIO DEPRESSIFS	169
TROUBLES DE LA PERSONNALITE	9
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	1
TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT	5
AUTISME	0
TROUBLE DES CONDUITES	3
Total	436

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

Les soins psychiatriques libres à temps partiel ont concerné 480 patients en HDJ

Hospitalisation au long cours (séjours de plus de 292 jours)

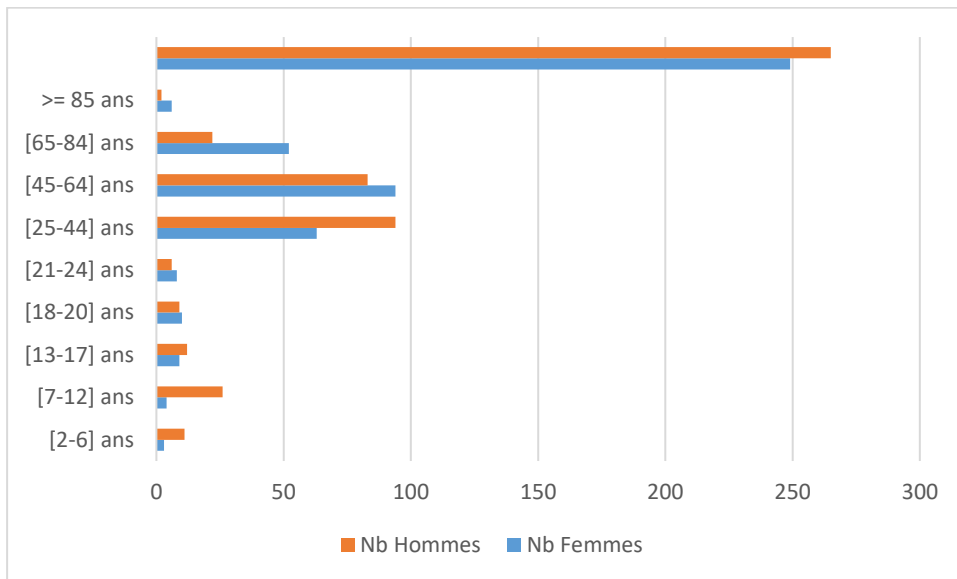
Nombre de séjours	Nombre de journées dans la période	Nombre de patients	% de patients présents depuis plus d'un an	Age moyen	% hommes
177	10 813	176	84,75	50,7	47,46

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)



Centre hospitalier de Bastia

- Inter secteur de psychiatrie infanto juvénile, 25 places d’HDJ
- 38 lits d’hospitalisation complète pour adulte
- Répartition des patients hospitalisés par sexe et âge



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

65 patients ont moins de 18 ans soit 12,65%

- Durée moyenne d'hospitalisation

	2019	2018	%
Durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein	22,11	23,08	-4,18
DMH: Durée moyenne d'hospitalisation	23,66	28,44	-16,8

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

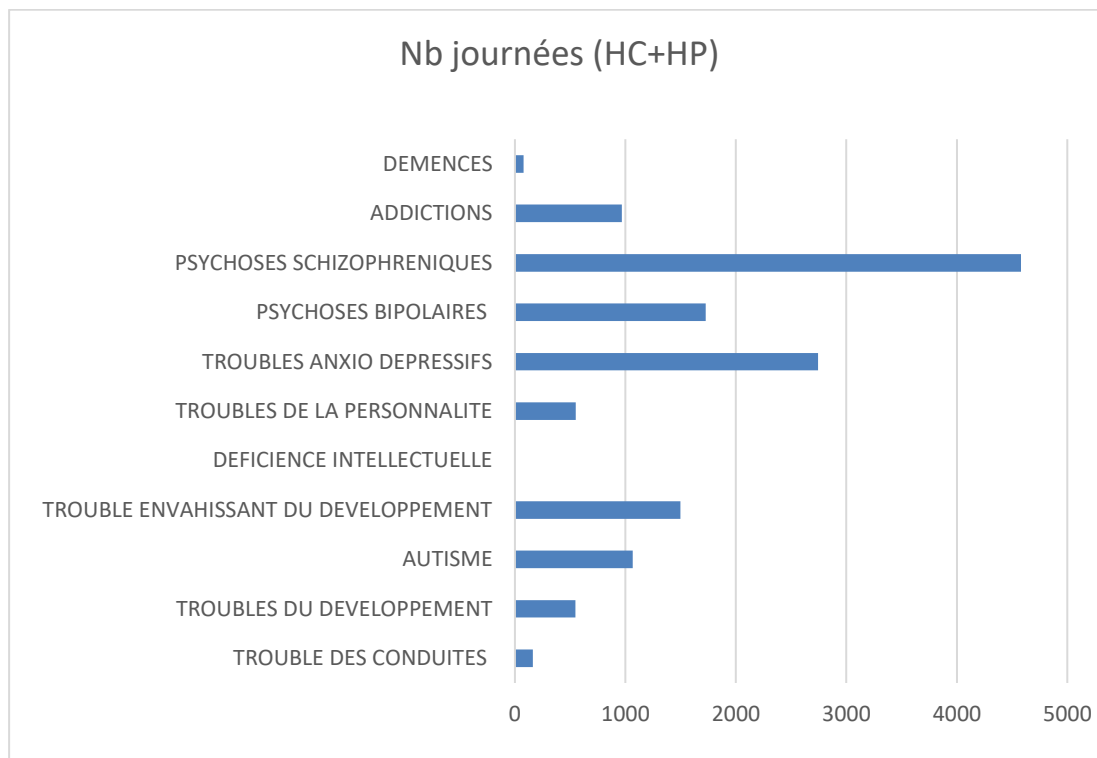
- Isolement

	2019
Séjours: Nb séjours avec isolement thérapeutique	6
Séjours: Nb journées avec isolement thérapeutique	7

(*) Nb journées couvertes par les séquences ayant des jours d'isolement thérapeutique

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Profil patients



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

Une précision sur l'item « troubles du développement » qui reprennent pour l'essentiel les troubles du langage, des acquisitions scolaires, du développement moteur.

Les troubles des conduites intégrant les diagnostics troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels.

Diagnostic	Nb
	patients
DEMENCES	2
ADDICTIONS	88
PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES	314
PSYCHOSES BIPOLAIRES	187
TROUBLES ANXIO DEPRESSIFS	874
TROUBLES DE LA PERSONNALITE	167
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	0
TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT	127
AUTISME	35
TROUBLES DU DEVELOPPEMENT	139
TROUBLE DES CONDUITES	141
TOTAL des Patients	2074

▪ Prise en charge sociale

Diagnostic	Nb	% journées en	Nb	% actes en	Nb	Nb patients	Nb patients
	journées (HC+HP)	diag principal	actes	diag principal	patients	à temps complet ou partiel	en ambu
SOINS IMPLIQUANT UNE REEDUCATION	97	100	2 449	99,31	397	5	392
DIFF. LIEES AU LOGEMENT ET AUX CONDITIONS ECONOMIQUES	2 782,00	0,58	59	66,1	97	70	28
Z60 DIFF. LIEES A L'ENVIR. SOCIAL	1 081,00	2,5	175	24,57	91	31	61
DIFF. LIEES A D'AUTRES SITUATIONS PSYCHOSOCIALES	489	1,23	95	64,21	49	10	39
Tous diagnostics	3 734,00	.	3 298	.	738	.	.

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

▪ Mode légal de soins

Forme d'activité	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre d'actes	Nombre de patients	Nb patients n'ayant que ce mode de prise en charge
Hospitalisation à temps plein	643	11 074	.	468	220
Hospitalisation à temps partiel de jour	47	3 232	.	46	43
Accueil et soins au CMP	.	.	35 473	2 370	1 752
Activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que les CMP et le CATT	.	.	5 327	1 113	496

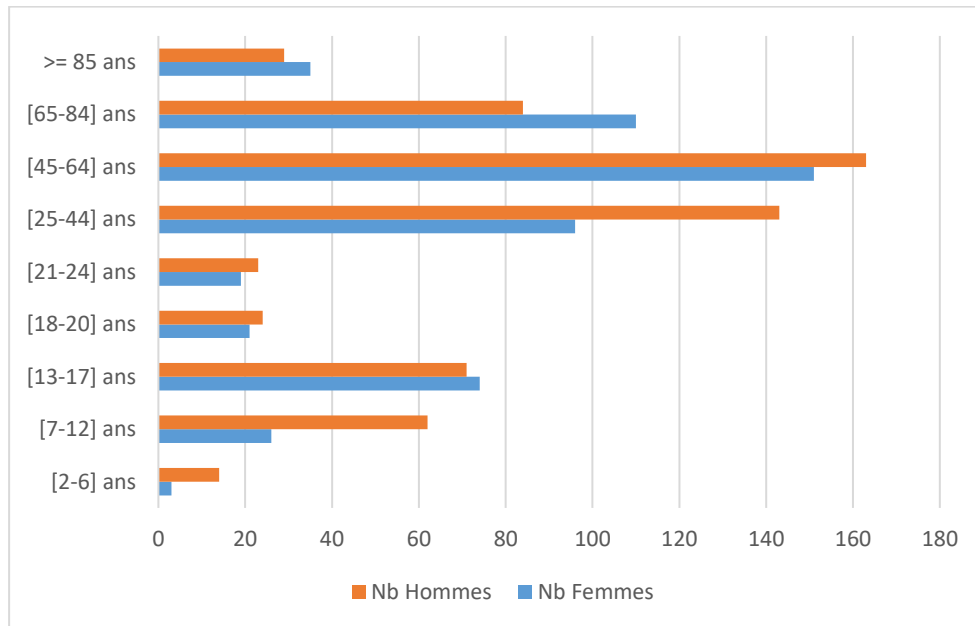
Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)



Centre hospitalier Castelluccio

- 6 lits d'hospitalisation complète psychiatrie infanto juvénile
- 15 places HDJ
- 6 places HDN
- Autorisé pour les soins sans consentement pour la Corse du Sud
- 169 lits d'hospitalisation complète pour adultes
- 26 HDJ
- 6 HDN

- Répartition des patients hospitalisés par sexe et âge



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Durée d'hospitalisation

	2019	2018	% EVOLUTION
Séjours: Durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps plein	47,2	42	+12,38
Séjours: DMH Durée moyenne d'hospitalisation	65,89	62,64	+5,2

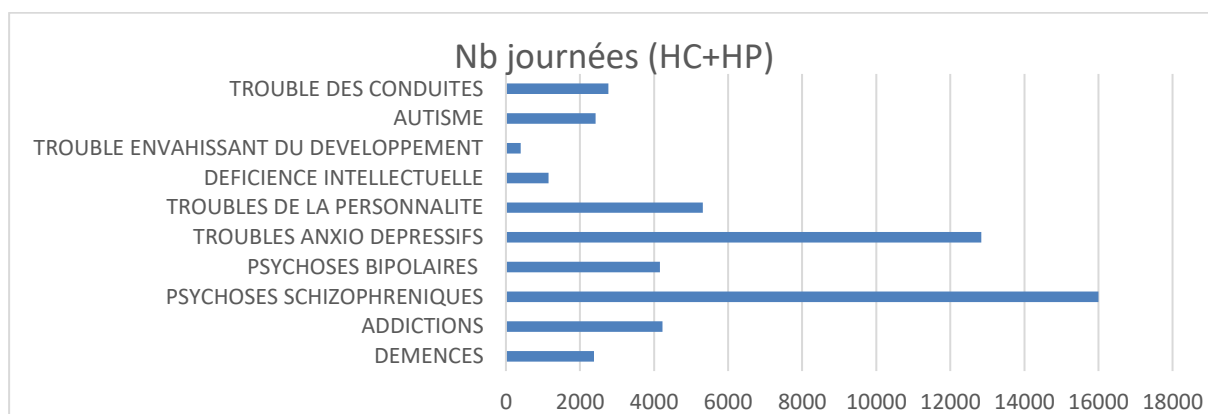
Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Isolement

	2019	2018	% EVOLUTION
Séjours: Nb séjours sans consentement	233	88	164,77
Séjours: Nb journées sans consentement	10 719	5 515	94,36
Séjours: Nb séjours avec isolement thérapeutique	0	6	-100
Séjours: Nb journées avec isolement thérapeutique	0	69	.

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

▪ Profil patients



Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

Diagnostic	Nb patients
DEMENCES	64
ADDICTIONS	208
PSYCHOSES SCHIZOPHRENIQUES	455
PSYCHOSES BIPOLAIRES	194
TROUBLES ANXIO DEPRESSIFS	1903
TROUBLES DE LA PERSONNALITE	180
DEFICIENCE INTELLECTUELLE	13
TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT	11
AUTISME	30
TROUBLES DU DEVELOPPEMENT	57
TROUBLE DES CONDUITES	457
Nombre total de patients	3572

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

▪ Prise en charge sociale

Diagnostic	Nb	% journées	Nb	% actes en	Nb	Nb patients	Nb patients
	journées (HC+HP)	en diag principal	actes	diag principal	patients	à temps complet ou	en ambu
DIFF. LIEES AU LOGEMENT ET AUX CONDITIONS	360	0	546	0,37	26	1	25
Z61 DIFF. LIEES A UNE ENFANCE MALHEUREUSE	66	3,03	977	33,57	38	3	38
DIFF. LIEES A L'ENTOURAGE IMMEDIAT, Y COMPRIS LA SITUATION FAM., NCA	2 075,50	0,29	6 863	16,06	327	54	300
DIFF. LIEES A D'AUTRES SITUATIONS PSYCHOSOCIALES	259	0	1 907	32,51	68	8	66

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Prise en charge ambulatoire et à temps partiel

Forme d'activité	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre d'actes	Nombre de patients	Nb patients n'ayant que ce mode de prise en charge
Hospitalisation à temps plein	1 529	57 844	.	860	396
Séjour thérapeutique	23	76	.	21	.
Hospitalisation à temps partiel de jour	326	3 294,50	.	219	26
Hospitalisation à temps partiel de nuit	35	227	.	19	.
Prise en charge en atelier thérapeutique	254	1 296,50	.	180	30
Accueil et soins au CMP	1	99	66 648	4 783	3 838
Activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que les CMP et le CATT	.	.	2 630	228	74
Accueils et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	.	.	6 964	312	6
TOTAL	2 004	62 837	76 242	5 349	.

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Mode légal hospitalisation temps complet

Mode légal de soins	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de patients	Age moyen
1 Soins psychiatriques libres	1 301	47 125	761	46,46
3 Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état	103	4 967	53	45,74
6 Soins psychiatriques aux détenus	1	3	1	17
7 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	129	5 749	106	43,46
SOUS-TOTAL: Soins psychiatriques sans consentement	233	10 719	159	44,35
TOTAL	1 529	57 844	860	46,16

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

▪ Mode légal en hospitalisation à Temps partiel

Mode légal de soins	Hôpital de jour Nombre de venues ou séances	Hôpital de jour Nombre de patients	Hôpital de nuit Nombre de venues ou séances	Hôpital de nuit Nombre de patients	CATTP, atelier thérapeutique Nombre de venues ou séances	CATTP, atelier thérapeutique Nombre de patients
1 Soins psychiatriques libres	3 286,50	217	227	19	1 296,50	180
3 Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état	8	2
7 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	0	1
SOUS-TOTAL: Soins psychiatriques sans consentement	8	3	.	0	.	0

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

▪ Mode légal en prise en charge en ambulatoire

Mode légal de soins	CMP Nombre d'actes	CMP Nombre de patients	Autres que CMP Nombre d'actes	Autres que CMP Nombre de patients
1 Soins psychiatriques libres	65 881	4 740	9 562	491
3 Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état	401	66	9	5
4 Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables	2	2	.	.
5 Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement	1	1	.	.
6 Soins psychiatriques aux détenus	1	1	.	.
7 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	58	15	17	2
8 Soins psychiatriques pour péril imminent	8	7	5	1
SOUS-TOTAL: Soins psychiatriques sans consentement	471	85	31	7
TOTAL	66 352	4 746	9 593	492

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Hospitalisation au long cours (séjours de plus de 292 jours)

Nombre de séjours	Nombre de journées dans la période	Nombre de patients	% de patients présents depuis plus d'un an	Age moyen	% hommes
269	27 440,0	251	76,21	37,4	57,99

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Activités ambulatoires

	Nature de l'acte					Total
	A Accompagnement	D Démarche	E Entretien	G Groupe	R Réunion	
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	
Lieu de l'acte						
Non renseigné		22	45		40	107
Centre Médico Psychologique	63	12 954	43 044	687	6 520	63 268
Lieu de soins psychiatriques de l'établissement	6	3	259	243		511
Etablissement social ou médico-social sans hébergement	4	421	188		123	736
Etablissement scolaire ou centre de formation	5	5	33	1	144	188
Etablissement pénitentiaire			1			1
Domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut de domicile	45	830	1 838	13	114	2 840
L08 Etablissement social ou médico-social avec hébergement	7	265	964		118	1 354
Unité d'hospitalisation (MCO, SSR, USLD)		16	257		15	288
Unité d'accueil d'un service d'urgence			1			1
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	118	640	2 020	3 819	351	6 948
Total	248	15 156	48 650	4 763	7 425	76 242

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Prise en charge en hospitalisation complète de patients détenus

Nombre de séjours	Nombre de patients	Nombre de journées d'hospitalisation complète
22	17	506

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

- Activité ambulatoire par structure d'accueil

Prise en charge ambulatoire en psychiatrie infanto juvénile

	Nombre de patients
CMP L'ACULA MARINA (SARTENE PROPRIANO)	129
THERAPIE FAMILIALE	18
CMP L'ORIZONTI (PORTO-VECCHIO)	444
CMP U LARICCIU	388
CMP I TESORI	136
CMP A RUNDINELLA	169
UNITE NEURO DEVELOPPEMENTALE	114
CMP INTRA CHD	67
Total	1 465

Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

Prise en charge ambulatoire en psychiatrie adulte

	Nombre de patients
CMP PORTO-VECCHIO	919
CMP SARTENE	204
CMP ROUTE VITTULO	1 132
CMP BD F SCAMARONI	672
CMP PROPRIANO	335
CMP SAGONE	204
EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité)	92
THERAPIE FAMILIALE ADULTES	60
CMP A LECCIA	35
CMP L'AMANDULI	36
CMP INTRA CHD 601	47
CMP INTRA CHD 602	197
total	3 933

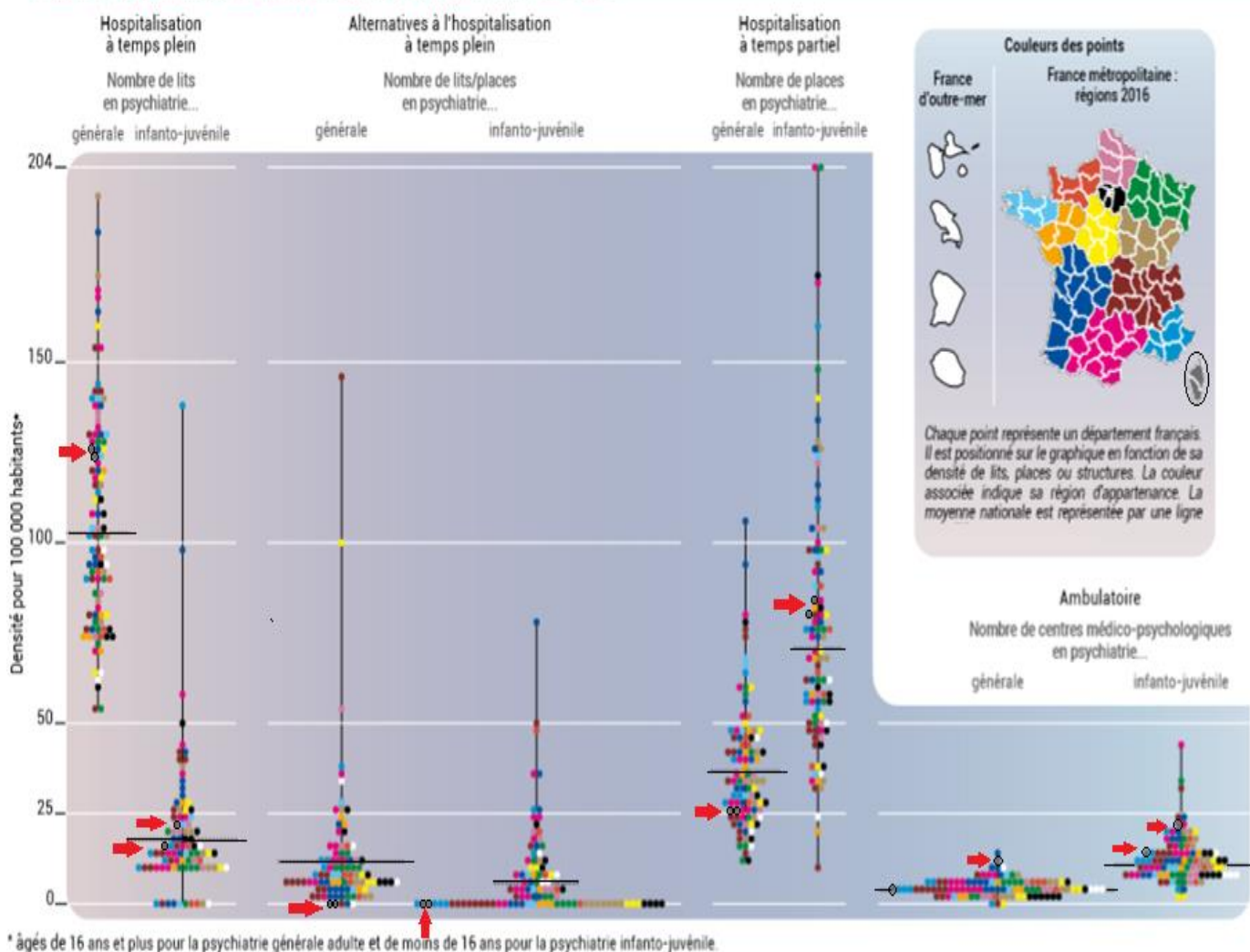
Données d'activités hospitalières (PMSI 2019)

2.2.3. Comparaison de l'équipement régional en psychiatrie avec les données nationales

Selon les données extraites de l'atlas de la santé mentale en France (Coldefy M., Gandré C., Irdes, mai 2020), des écarts sont constatés pour les hospitalisations à temps partiel pour les adultes et les alternatives à l'hospitalisation temps plein pour les adultes et les enfants et adolescents.

La flèche rouge → indique la position de l'offre insulaire pour chacune des modalités de prise en charge.

Densité d'équipements (lits, places, structures) en psychiatrie en 2015-2016

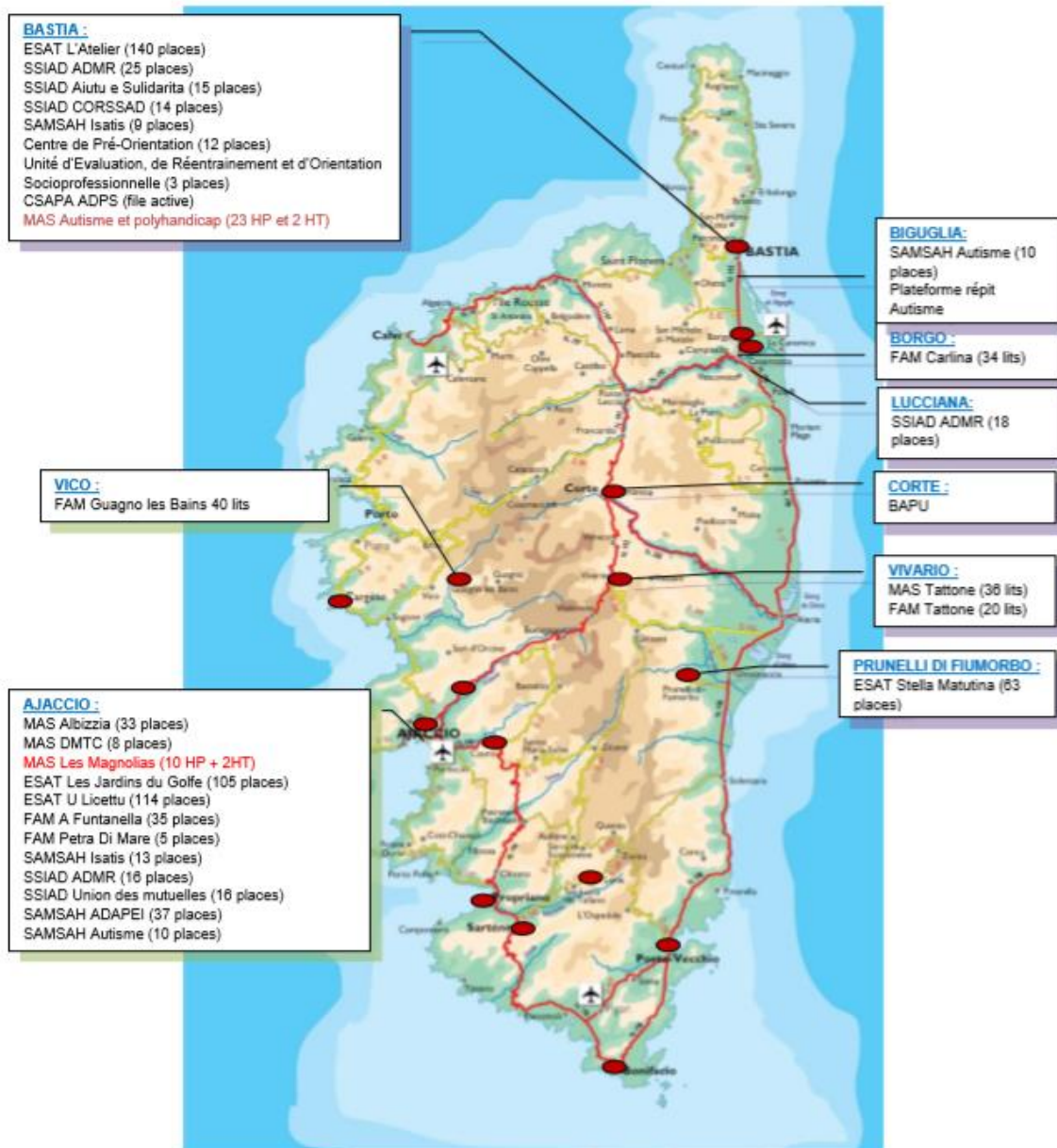


Sources. Psychiatrie générale : SAE 2016. Psychiatrie infanto-juvénile : SAE 2015, Insee. Infographie : Irdes 2020.

3. L'offre médico-sociale

3.1. Les structures et services pour les adultes en situation de handicap

E.S.M.S. PERSONNES HANDICAPEES DE CORSE – Secteur Adultes au 01/01/2020
(places installées + projets autorisés)



ESMS projet autorisé

ESMS places installées

868 lits et places autorisés
 831 lits et places installés

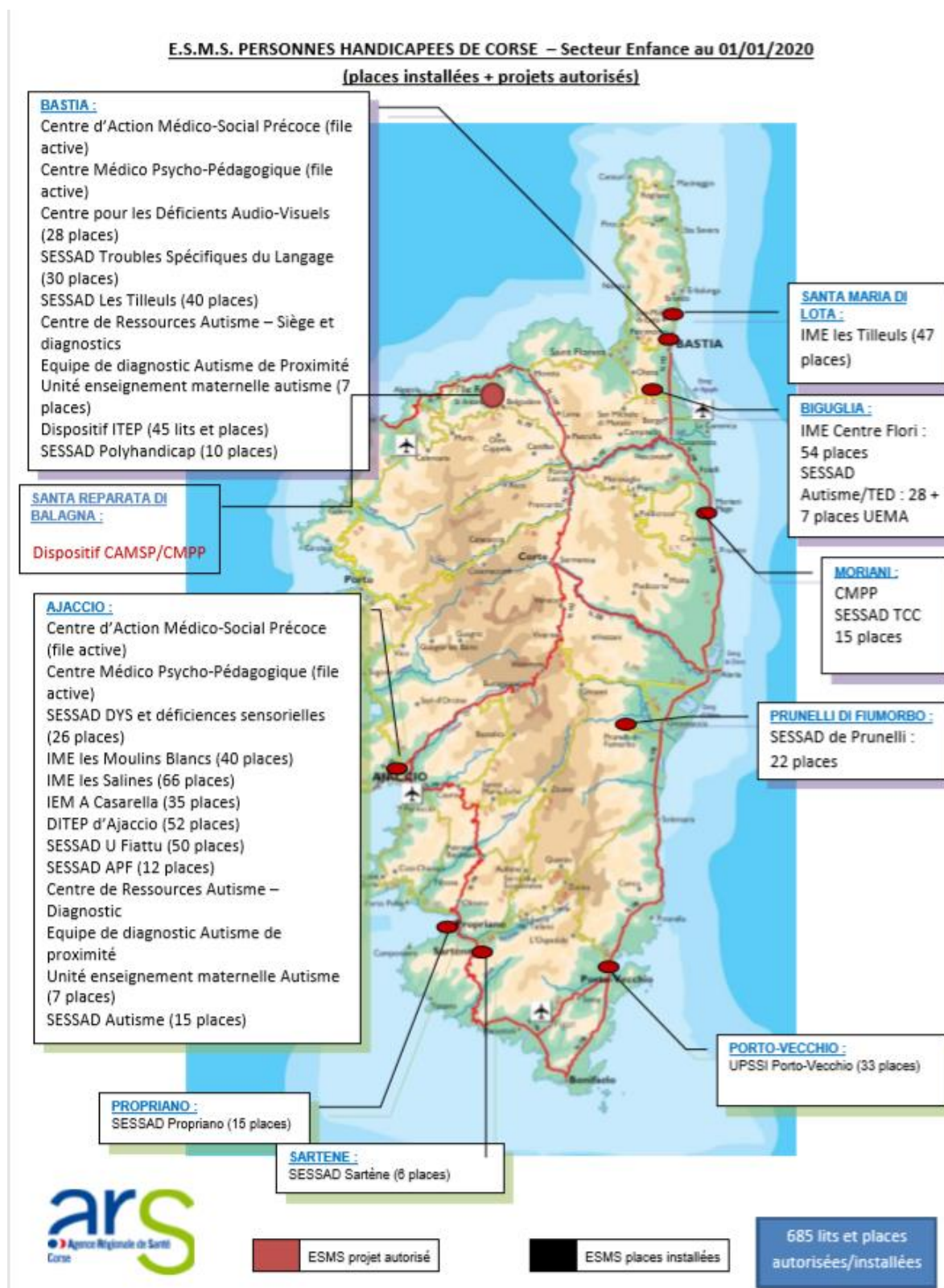
Concernant les Troubles du Spectre Autistique :

Une structuration du parcours bien avancée avec un maillage d'une offre allant du repérage et diagnostic précoces (CRA-EDAP et PCO) jusqu'à la prise en charge des adultes présentant des troubles sévères du comportement non stabilisés (MAS).

Une programmation 2021-2023 visant la plupart des dispositifs et des territoires

Diagnostic/repérage	Offre existante
EDAP Equipe Diagnostic Autisme de Proximité	1 Pays AJACIEN (AJA) 1 pays BASTIAIS (BAS)
CRA Centre de ressource autisme	2 pôles (BAS et AJA) 1 équipe mobile dédiée adultes
Coordination parcours précoce	Offre existante
PCO Plateforme de coordination et d'orientation	1 PCO régionale (0-6 ans)
PCPE pôles de compétences et de prestations externalisées	1 régional
Interventions précoces/milieu ordinaire	Offre existante
UEMA Unité d'enseignement en maternelle autisme	1 BAS 1 AJA
SESSAD	43 (28 en 2B et 15 en 2A)
Equipes médico-sociales soutien à scolarisation (destination enseignants)	1 en 2A
UEEA Unité d'enseignement en élémentaire autisme	-
SAMSAH	20 places (région)
Aide aux aidants/répît	Offre existante
Plateforme de répît	1 AJA (compétence régionale mais à revoir)
Accueil temporaire IME	2 places en 2B
Maison répît médicalisée (tout handicap)	-
Accueil médicalisé	Offre existante
IME	2 IME (BAS et AJA) avec section autisme 2 autres IME toutes déficiences
FAM	5 FAM généralistes
MAS	2 MAS avec autorisation spécialisée (1 BAS et 1 AJA) soit 30 places 2 autres MAS toutes déficiences 1 MAS troubles du comportement sévères (8 places)

3.2. Les structures et services pour les enfants en situation de handicap



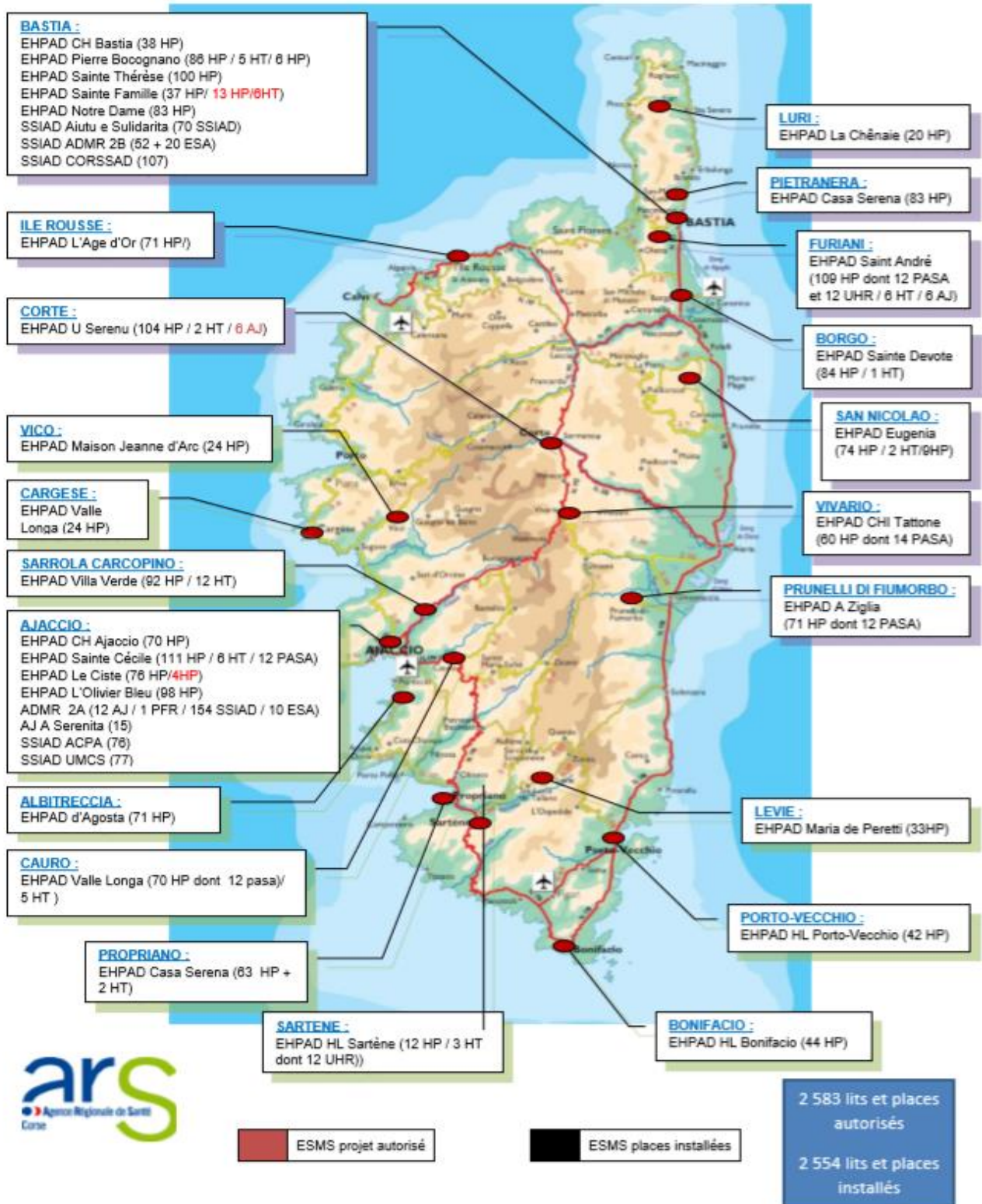
Concernant le handicap psychique :

Une offre généraliste à l'intention des personnes en situation de handicap psychique dont la diversification est envisagée dès 2021.

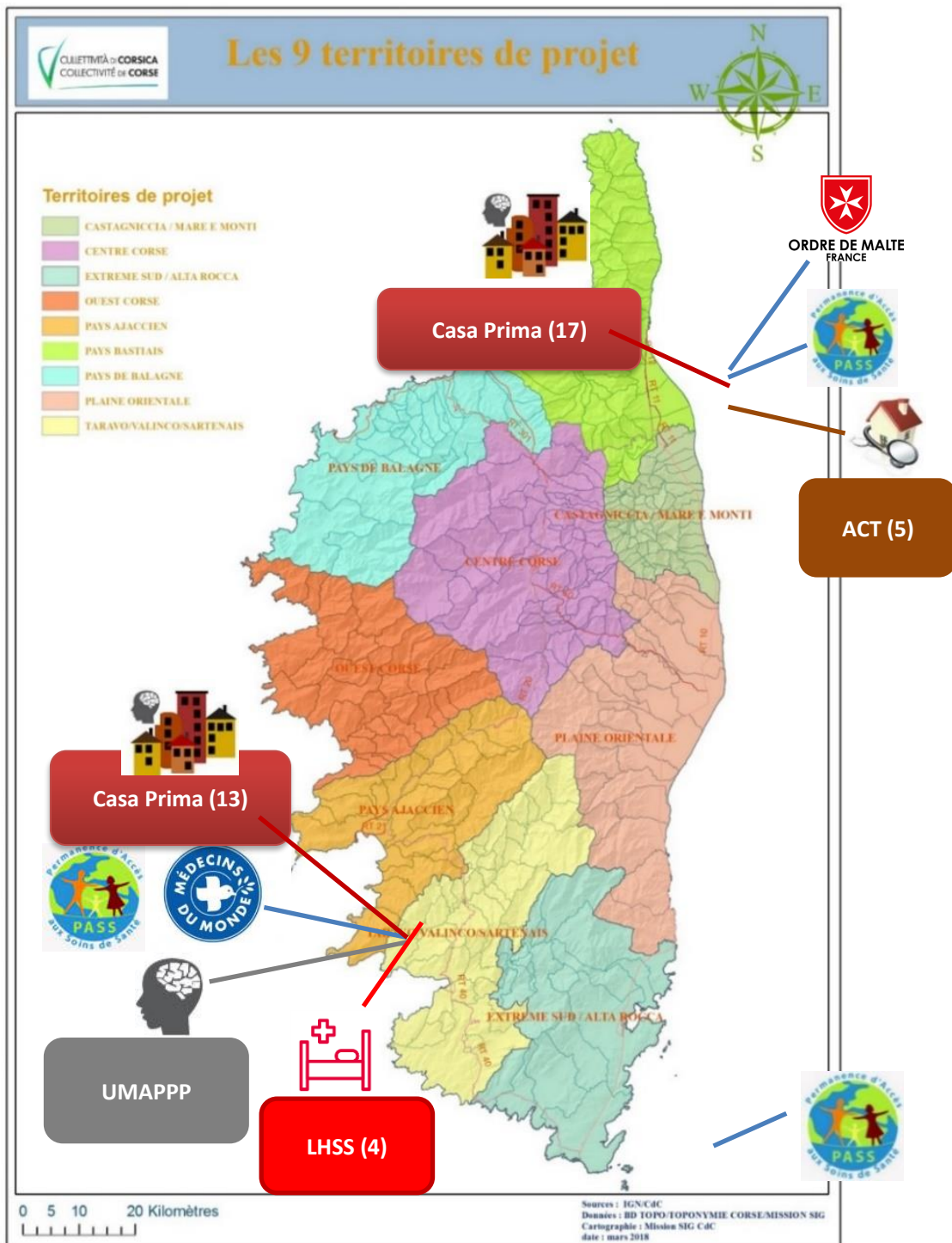
Diagnostic	Offre existante
CAMSP/CMPP	1 BASTIA (BAS) (avec antenne <u>Moriani</u>)
	1 AJACCIO (AJA)
Centre ressource : Troubles du comportement et de la conduite + 2 équipes mobiles soutien	
Coordination parcours précoce	Offre existante
PCPE toutes déficiences hors TSA	-
Interventions précoces/milieu ordinaire	Offre existante
SESSAD/DITEP	112 places (52 en 2A et 60 en 2B) + offre SESSAD généraliste
SAMSAH handicap psychique	22 places (région)
Aide aux aidants/répit	Offre existante
Maison répit médicalisée (tout handicap)	-
Accueil médicalisé	Offre existante
DITEP	112 places (52 en 2A et 60 en 2B) dont 14 places d'internat
FAM	1 FAM spécialisé (40 places) 4 FAM généralistes
MAS	2 MAS toutes déficiences 1 MAS troubles du comportement sévères (8 places)

3.3. L'offre médicosociale pour les personnes âgées

E.S.M.S. PERSONNES ÂGÉES DE CORSE (places installées + projets autorisés) au 01/01/2020



3.4. L'offre médicosociale pour les personnes en situation de précarité sociale



3.5. Des coopérations en développement

Dans le secteur médicosocial, les priorités visent à :

- Dépister et intervenir précocement
- Maintenir dans le milieu ordinaire reposant sur une dynamique de réhabilitation psycho-sociale
- Soutenir les aidants et développer une offre de répit
- Réduire les situations de rupture des parcours de vie

Concernant le polyhandicap, le renforcement de l'offre a majoritairement concerné l'offre institutionnelle en direction des adultes les plus lourdement handicapés (FAM, MAS). Sur le secteur des enfants, un SESSAD spécifique a également été autorisé sur la Haute Corse.

Enfin, l'ARS a également organisé les modalités de prise en charge des personnes en situation de handicap rare. Dans ce contexte, l'équipe relai handicap rare PACA/Corse disposera d'un référent au sein de chaque département permettant ainsi le repérage des situations individuelles et la détermination des modalités d'accompagnement et de prise en charge. Cette intervention se faisant dans le cadre d'une coopération avec l'ARS PACA, une réflexion sera organisée pour permettre l'accès des personnes en situation de handicap rare aux plateaux techniques du continent.

Une plateforme d'Orientation et de Coordination spécialisée dans les troubles du Neuro-Développement, les équipes diagnostic autisme de proximité et les pôles de compétences et de prestations externalisées se déploient et concourent au maintien en milieu ordinaire.

Une coopération des psychiatres au CRA et à l'EDAP, le projet d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie sur Bastia, le projet d'une équipe mobile d'intervention adossé à une unité de crise porté par CH de Castelluccio illustrent en partie les coopérations entre les deux secteurs.

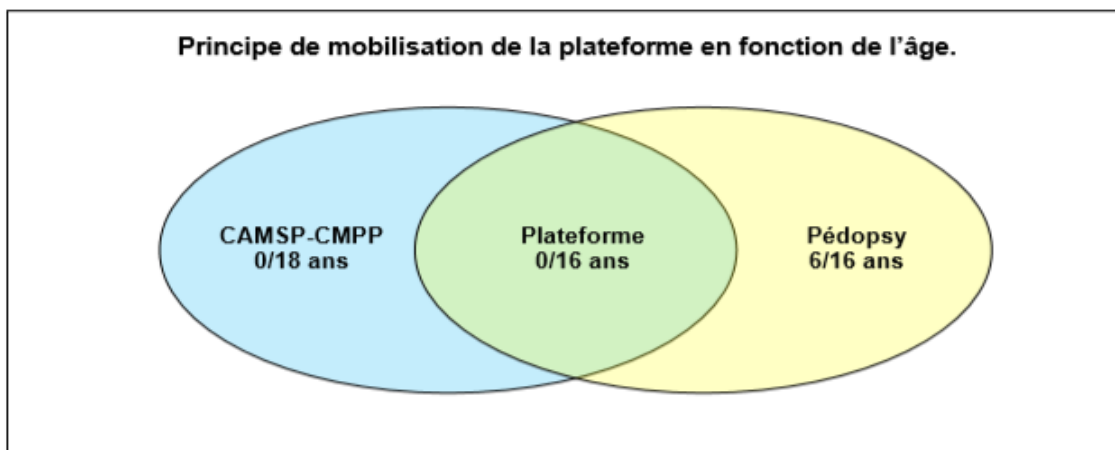
Cette dynamique s'inscrit dans un environnement où l'offre s'enrichit de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA). Ce sont des structures internes aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes destinées à proposer pendant la journée aux résidents (12 à 14 personnes) ayant des troubles modérés du comportement des activités sociales et thérapeutiques non médicamenteuses adaptées par du personnel qualifié, formé, soutenu et volontaire.

Les Unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des structures destinées aux résidents malades Alzheimer ou apparentés ayant des troubles sévères du comportement qui sont à la fois un lieu d'hébergement et un lieu d'activités et de soins.

Enfin les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) dans les deux départements ont pour objectif la mise en place d'une prise en charge adaptée à domicile afin de permettre à la personne malade de continuer à vivre à domicile si elle le désire.

La Corse se distingue par un très fort taux de scolarisation des enfants souffrant de handicap, en général, et d'enfants souffrant de TSA, en particulier. Cette politique majeure dans un objectif d'intégration des enfants TSA dans le milieu scolaire ordinaire sera poursuivie.

La coopération sanitaire et médico-sociale permet d'envisager un projet de plateforme 0/16 ans commune en Haute-Corse portée par la ADPEP2B. Elle est appréhendée comme un espace interinstitutionnel de prise en charge pluridisciplinaire et non la juxtaposition de deux services.



La prévention de la crise suicidaire et les actions sur l'environnement social pourront s'appuyer sur un maillage de ressources médicosociales du secteur handicap SSIAD, SESSAD, SAMSAH...

En ambulatoire l'évolution de la logique de dispositif est priorisée : DITEP, IME-SESSAD facilitant ainsi le parcours de personnes en situation de fragilité.

La dynamique de réhabilitation est également engagée : la répartition des SAMSAH permet aux deux départements de bénéficier des interventions d'un SAMSAH handicap psychique, de job coaching et d'ESAT.

3.6. Une offre auprès des étudiants : Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)

Selon l'enquête sur les conditions de vie des étudiants (janvier 2019, Université de Corse) qui a été conduite auprès de 3667 étudiants. 954 y ont répondu :

- 75 % des étudiants déclarent consommer de l'alcool occasionnellement et 16 % plusieurs fois par semaine.
- 18% déclarent fumer quotidiennement et 33% des étudiantes déclarent fumer occasionnellement ou régulièrement.
- 16 % des étudiants sont consommateurs de médicaments pour faire face au stress ou à la fatigue
- Un étudiant sur deux connaît des troubles du sommeil
- 73% des étudiants ne connaissent pas le BAPU en particulier chez les primo inscrits et les étudiants étrangers
- 13 % sont en très forte précarité.
- 11 % sont en importante précarité et 36% d'entre eux ont dû renoncer à des achats de première nécessité

2% des étudiants ont déjà consultés au BAPU. Pour 2019, 91 suivis y ont été réalisés.

La consommation de substances psychoactives appréciée par l'enquête ESCAPAD 2017 : la consommation des drogues à 17 ans : analyse régionale montre que la consommation est plus importante pour cette tranche d'âge en comparaison avec les données de la France métropolitaine :

21 % sont dans un usage d'alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée (au moins 3 fois dans le mois) contre 16,4 % France métropolitaine.

L'usage intensif de tabac de plus de 10 cig./jour concerne 11% de l'effectif contre 5,2% France métropolitaine

3.7. Une offre de soins psychiatriques auprès des établissements pénitentiaires

La maison d'arrêt d'Ajaccio dispose de 53 places - Un quartier de détention hommes majeurs - Un quartier de semi-liberté- Un quartier d'accueil des arrivants.

Les soins psychiatriques sont assurés par une équipe du centre hospitalier Castelluccio d'un psychologue et d'un temps de psychiatre, mis à disposition de l'USMP d'Ajaccio (unité sanitaire en milieu pénitentiaire qui coordonne les soins somatiques et psychiatriques). Les patients nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation sont admis à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) du CH.

Le centre de détention de Borgo dispose de 157 places en quartier maison d'arrêt pour hommes, 17 places pour le quartier maison d'arrêt pour femme, 5 places pour le quartier semi-liberté pour hommes, 4 places pour les mineurs hommes et 48 places pour le centre de détention pour hommes

Le centre de détention de Casabianda à Aleria dispose de 194 places. La responsabilité de la prise en charge psychiatrique est assurée par un médecin psychiatre du CH de Bastia. Les psychologues, au nombre de deux ETP, assurent la réalité du suivi, sous le contrôle du psychiatre.

Les soins psychiatriques dans ces deux centres de détention de Haute-Corse sont assurés par l'USMP (unité sanitaire en milieu pénitentiaire) du CH de Bastia.

Les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont organisés exclusivement en mode ambulatoire, sous forme de consultations et d'entretiens. La téléconsultation n'y est pas mise en place, les activités de groupe restent très réduites voire inexistantes. L'ARS a sollicité sur ces deux axes de développement les établissements hospitaliers qui devraient permettre la réduction des extractions et l'accroissement du soutien en personnel soignant.

Il n'existe pas de service médico-psychologique régional (SMPR) en Corse, l'éloignement est un motif fréquemment avancé pour refuser une hospitalisation sur le continent. Il semble être aussi l'une des causes du nombre élevé d'hospitalisations au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

4. L'offre de prise en charge des conduites addictives

4.1. L'offre

Le triptyque habituel : prévention-repérage précoce, prise en charge médico-psycho-socio-éducative et réhabilitation structure l'organisation de l'offre de santé. Le maillage territorial régional actuel :

- La prévention et l'accompagnement assurés par les trois Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Centre d'Aide d'Accompagnement et de Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARRUD).
 - o CSAPA ANPAA : régional
 - o CSAPA Loretto - hospitalier : Corse du Sud
 - o CSAPA ADPS : Haute Corse
 - o CAARRUD ANPAA régional.

Les CSAPA et le CAARRUD interviennent également au sein des trois centres pénitentiaires de Corse.

2018	FA	entourage	origine	sexe	âge	produit	Dépistage	Actions collectives de prévention	Milieu carcéral pers. vues
CSAPA ANPAA	877	89	54 % patient 27 % justice	66% H 34% F	3% -20 ans 71% 30-59 ans 12% +60 ans	Alcool 45.5% Tabac 18% Cannabis 17%	Hép B 18 Hép C 16 VIH 17	45	113
CSAPA Loretto-CHD	498	92	75 % patient 9.7 % justice	75 % H 25% F	1.2% -20 ans 72% 25-49 ans 6% +60 ans	Opiacé 37% Cannabis 32% Alcool 11.5%	Hép B 11 Hép C 15 VIH 11	4	
CSAPA ADPS*	439	4	35% patient 33% justice	72% H 28% F	6% -20 ans 62.4% 30-59 ans 6% +60 ans	Cannabis 37% Alcool 25% Opiacé 11.5%	Hép B 28 Hép C 29 VIH 0	38	33
CAARRUD ANPAA	79	NC	% patient % justice	71% H 29% F		Alcool Cannabis Cocaïne	10		68

*Consultation Jeunes Consommateurs File Active : 60

- Les soins ambulatoires : le maillage territorial de la Corse repose sur l'intervention des trois CSAPA, de la Collectivité de Corse : consultations Tabac et consultations en addictologie pour les femmes enceintes.
- La filière hospitalière
 - le centre hospitalier de Castelluccio à Ajaccio assure une prise en charge de niveau II avec des patients ayant de fortes comorbidités psychiatriques, la prise en charge en soins de suite et réadaptation est réalisée au SSR Finosello à Ajaccio.
 - le centre hospitalier d'Ajaccio assure des consultations d'addictologie pour des patients externes, des patients hospitalisés à la demande des services de gastroentérologie, de médecine interne et neuro vasculaire et des personnels de l'établissement. Des patients sont également pris en charge dans les trois établissements privés de San Ornello, Villa et Cap.

4.2. Les problématiques

Dans le contexte local, des facteurs de vulnérabilité sont identifiés notamment:

- une offre hospitalière et ambulatoire peu lisible pour l'utilisateur et les professionnels.
- Un parcours insuffisamment structuré sur le territoire
- une coopération peu développée avec l'offre de soins libérale
- la faible mobilisation des professionnels de santé au travail des établissements de santé (très faible participation des hospitaliers aux formations organisées sur site par le RESPPAD sur le tabac : RPIB et prescription de substituts nicotiniques)
- des interventions du CAARRUD insuffisamment dans le « aller vers » et avec une organisation adaptée aux besoins de publics spécifiques (personnes en grande précarité, actions de réduction des risques en milieu carcéral)

La nécessité de développer au sein de chaque structure un programme de formation continue en addictologie pour tous les personnels est constatée ainsi que leur attente vis-à-vis de l'appropriation des compétences psycho-sociales dans les démarches de soins et de prévention.

5. L'offre associative

Elle s'appuie sur les interventions de soutiens psychologiques auprès de publics en situation de précarité intervention en CHRS et en soutien des jeunes en lien avec LA FALEP ainsi qu'en mission locale.

Afin de favoriser la réhabilitation sociale des groupes d'entraide mutuelle sont constitués à Bastia, Porto-Vecchio et Ajaccio.

5.1. L'UNAFAM

L'UNAFAM réalise l'accompagnement des patients et des familles dans la défense des droits de leurs proches dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, précisée par le décret du 2 mars 2005 et la loi du sur la modernisation du système de santé du 26/1/2016.

Elle agit au titre d'un agrément national

- Accueil, information, soutien et orientation des aidants :

Accueil téléphonique en appelant un N° régional (0679302659), disponible toute l'année et accueil physique sur rendez-vous à Ajaccio, Bastia, Porto-Vecchio, Calvi par des pairs-aidants bénévoles. Après analyse de la situation, des pistes de rétablissement pour la personne malade et pour son entourage sont recherchées, des informations sur le parcours de soins, les différents dispositifs de prise en charge, les structures et services adaptés sont donnés.

Un accueil permanent et d'orientation des aidants ou usagers serait nécessaire sur le site d'Ajaccio

- Soutien psychologique des aidants :
Groupes de parole
- Les séances d'accompagnement spécialisé (SDAS) sont organisées à la suite du groupe de parole pour des familles signalant des difficultés complexes dans le parcours de vie du proche sur Ajaccio, Bastia Porto-Vecchio et Calvi.
Elles visent à :
Apporter information, soutien et analyse psychosociale pour engager des démarches administratives (assistante sociale)

De manière plus ponctuelle des interventions ont été réalisées en matière de soutien à la parentalité, de développement des compétences psychosociales, d'informations dans le cadre de la semaine d'information de la santé mentale, et de la thérapie familiale.

- Développement de la pair-aidance
Il est envisagé de proposer un plan d'actions de formation et de sensibilisation sur les 3 années à venir en s'appuyant sur deux leviers d'actions.
- Le programme PROSPECT Le programme « Prospect famille » avec un début prévu au premier trimestre 2020
- Des interventions coordonnées en communication, sensibilisation, voire formation auprès des professionnels de santé hospitaliers et du premier recours sur l'apport des interventions d'aide aux aidants.

5.2. L'association régionale des missions locales

Cette association vise auprès des jeunes de 16 à 25 ans à :

- Faciliter la construction, la sécurisation des parcours vers et dans l'emploi et leur mise en œuvre
- Faire le lien pour le jeune entre les secteurs de psychiatrie, les autres partenaires et la mission locale
- Accompagner dans sa réinsertion le jeune intégrant le parcours professionnel ;
- Proposer un aménagement du parcours si besoin.
- Mobiliser les familles lorsque cela s'avèrera nécessaire

L'accessibilité à un soutien psychologique est facilitée

5.3. Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

4 GEM sont identifiés en 2019

Le GEM de Porto-Vecchio casa di l'isula, le GEM se construire ensemble Bastia, le Gem U Passagiu à Ajaccio et le GEM trauma crânien corsica U SCONTRU à Ajaccio et à Bastia.

Respectivement 29, 83, 36 et 57 personnes ont fréquenté les GEM au moins une fois dans l'année.

Ils développent chacun une diversité d'actions Ateliers théâtre chant, cuisine, ... mais aussi des visites et réunion inter gem.

Ils participent aux travaux des CLS et CLSM à Bastia et aux Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM.)

Ils se mobilisent pour faire connaître l'association comme le GEM U SCONTRU en présentation par les adhérents à l'occasion de tables rondes avec des lycéens, avec des futurs travailleurs sociaux en formation, également sur un stand dans une galerie marchande avec des passants, d'autres professionnels...

Des besoins d'information et de formation sur le rôle des représentants des usagers émergent.

Les GEM offrent un cadre rassurant pour favoriser les échanges, élaborer des projets. Des attentes sont exprimées pour mieux identifier les ressources du territoire, établir des coopérations avec les partenaires et structures locales pour conduire leurs projets.

5.4. Le contrat locale santé et le conseil local de santé mentale

- Les contrats locaux de santé

Mis en place par la loi HPST, le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il répond à une approche globale de la santé entendue comme gestion du capital santé individu - groupe - environnement physique. Elle vise la gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie et recherche une participation active de la personne ou du groupe ciblé.

Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations et proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. Il est signé par la collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture de département et éventuellement par d'autres partenaires.

Il est mis en œuvre sur un territoire de proximité identifié comme prioritaire à partir d'un diagnostic de santé partagé soit communale soit regroupant plusieurs communes.

Il permet de mobiliser des leviers du champ sanitaire (prévention, soins, médico-social) mais également d'autres politiques publiques (déterminants socio-environnementaux) et s'appuie sur des démarches participatives (démocratie en santé et locale).

Il met en œuvre un projet à l'initiative des élus et de la communauté des professionnels et des usagers sur un territoire communal ou supra (Etablissement Public de Coopération Intercommunale).

- Le conseil local de santé mentale

Le Conseil Local de Santé Mentale est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers, les aidants et tous les acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police...)

Il a pour mission de favoriser le décloisonnement de la santé mentale et des politiques publiques menées au niveau local.

Il mène son action sur un territoire de proximité, infra-communal, communal, ou intercommunal qui doit être pertinent pour les acteurs locaux.

Il vise à :

- Organiser un diagnostic local de la situation en santé mentale.
- Développer l'éducation et la promotion en santé mentale.
- Permettre l'égal accès à la prévention et aux soins ainsi que la continuité de ceux-ci.
- Favoriser l'inclusion sociale, l'accès à la citoyenneté et l'autonomie des usagers.
- Contribuer à la dé-stigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques.

Le CLSM est une instance locale, présidée par le maire ou l'élu représentant un regroupement de communes

Les instances de gouvernance reposent sur :

Une assemblée plénière et un comité de pilotage

- L'assemblée plénière rassemble tous les membres et partenaires du CLSM : élus, professionnels de santé, travailleurs sociaux, établissements, institutions, associations, usagers, habitants, et tout professionnel concourant à l'action du CLSM. Elle est force de propositions, et est un lieu d'échanges et de concertation.

- Le comité de pilotage rassemble le maire ou l'élu représentant un regroupement de communes, les représentants des professionnels de la santé et du secteur socioéducatif, des intuitions et des représentants des usagers et des aidants

Il arrête les objectifs prioritaires du CLSM, son programme de travail, les modalités du partenariat à mettre en œuvre, et le choix et la composition des différents groupes de travail.

Si 9 CLS ont pu être signés dans le cadre du PRS 2012 – 2018, une nouvelle génération de CLS est en cours d'élaboration pour prolonger les initiatives de proximité. Porteurs d'actions favorisant la prévention et la prise en charge en santé mentale, certains CLS arrivent à maturité pour constituer des CLSM.

Depuis 4 ans le CLS à Bastia développe une démarche de coproduction des intervenants de ce territoire. La dimension santé mentale est particulièrement bien développée.

Ces 4 années ont mobilisé la participation d'environ 37 structures représentées sur les champs du social, du médico-social et du sanitaire, soit une soixantaine de participants différents toutes catégories professionnelles représentées.

5 groupes de travail :

- 1) Aide à la résolution de situations psychosociales complexes
- 2) Amélioration de l'accès à la prévention et aux soins (repérage précoce, accompagnement des aidants, ...)
- 3) Amélioration de la lisibilité en santé mentale
- 4) Lutte contre la stigmatisation
- 5) L'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion

Entre 5 et 25 participations différentes par groupes de travail et mobilisation de la société civile (jeunes, parents de jeunes enfants, personnes âgées, personnes en difficulté et personnes actives).

Il participe au collectif SISM2B qui est régulièrement engagé dans les actions qui concourent à déstigmatiser la santé mentale.

6. Constats du diagnostic partagé

Les éléments qui figurent ci-après correspondent aux propositions et avis recueillis à l'occasion des ateliers et réunions d'échanges. Certaines ont été recueillies sous la forme d'animation de groupe type KJ et d'entretiens bilatéraux.

Des éléments quantitatifs recourent certains des constats produits par les participants. Ils sont reproduits pour le territoire de Corse du Sud et pour celui de Haute Corse.

6.1 En psychiatrie infanto-juvénile (PIJ)

Les constats formulés par les professionnels apportent un éclairage qualitatif aux informations diagnostiques issues des données d'activités en particulier.

Le repérage précoce des troubles psychiques et l'accès au diagnostic et aux soins

- Difficultés d'accès au repérage précoce
 - du risque suicidaire
 - des troubles DYS de l'enfant
 - des troubles psychiques de l'adolescent dans un contexte de déscolarisation

- Les professionnels de l'aide sociale en particulier soulignent la difficulté d'accès à un appui auprès des professionnels ou familles d'accueil d'enfants ou d'adolescents présentant un trouble du caractère et du comportement.
- D'une manière générale, l'ensemble des professionnels s'accorde pour souligner qu'aux difficultés psychiques identifiées s'ajoutent celles d'accéder au service d'interprétariat et de recourir à la langue des signes pour accompagner dans la proximité les démarches de soins notamment.
- Une importante mobilisation des professionnels et représentants d'usagers est illustrée par les succès successifs des journées sur les troubles DYS à Bastia à partir du CLS, mais il est attendu d'accroître les possibilités de repérage précoce de publics spécifiques (l'accompagnement des familles d'enfants prématurés, d'enfants intellectuellement précoces et ceux ayant des troubles déficitaires de l'attention) ;
En lien avec les services de la PMI de la Collectivité de Corse dans le cadre de la convention prévention et protection de l'enfance (établie pour la Stratégie Adrien Taquet) l'identification de facteurs de vulnérabilité et l'accompagnement à la parentalité font l'objet d'actions spécifiques.
- Le parcours complexe d'enfants et d'adolescents présentant des troubles des conduites et du comportement, souvent déscolarisés, nécessite de manière régulière un appui et une action coordonnée des services sanitaires et socio-éducatifs. Les étapes relatives à l'insertion dans les séquences de formation, de qualification sont intriquées à un accompagnement en soins dans les séquences de la vie quotidienne.
- Une offre de service dans un cadre communautaire en dehors des établissements scolaires pourrait s'insérer dans le maillage de l'offre sanitaire et médicosociale. Elle pourrait répondre dans d'une première estimation selon le CHD aux besoins d'une douzaine d'adolescents au niveau régional.
Cette observation rejoint quant à elle les difficultés d'accompagnement du parcours de professionnalisation de jeunes suivis en ITEP après 16 ans.
- Les professionnels de la PIJ et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) soulignent les difficultés croissantes pour accéder à une offre en famille d'accueil et pour maintenir les prises en charge thérapeutique. La réduction du nombre de famille d'accueil disponible et la difficulté croissante à en identifier sont constatées. L'évolution de la psychopathologie et l'accroissement de passages à l'acte violent en lien avec des troubles du comportement en milieu familial complexifient l'accompagnement pour ces familles d'accueil notamment et contribuent aux difficultés de recrutement.

L'accès à un premier recours pour les 12 – 20 ans (maison des adolescents) est perçu de manière insatisfaisante notamment dans le Valinco.

Pour autant ce dispositif en lien avec l'ensemble des partenaires vise à se déployer en Haute-Corse et en Corse du Sud à partir des sites de Bastia, d'Ajaccio et de Porto-Vecchio.

- La période de vacances estivales, est, pour les enfants présentant certaines situations de handicap, perçue comme une rupture dans le parcours de prise en charge par les professionnels et les aidants familiaux.
- La prévention et la prise en charge des situations de crise ou d'urgence ont fait l'objet d'échanges importants entre les professionnels.
- Il a été identifié dans le parcours du jeune un besoin d'appui des professionnels de l'ASE et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) pour des situations de crise à domicile (famille d'accueil, foyer). Par ailleurs la mobilisation de la ressource de la PIJ en amont dans l'aide au repérage précoce et en aval a été également soulignée. Une coopération est également attendue avec les dispositifs ITEP.

- L'articulation entre l'offre sectorielle et l'offre hospitalière de San Ornello ne permet pas de répondre de manière satisfaisante à la complexité de la gestion des urgences et des situations de crise en l'absence de structure d'accueil et de crise permettant une prise en charge pendant les 72 premières heures. Des prises en charge sont ainsi réalisées pour des jeunes adultes au sein du CH par les équipes de psychiatrie adulte (17 en 2019)
- Pour faciliter le parcours des enfants et des jeunes en mobilisant des offres de services adaptées aux contraintes sociales et aux besoins de soins médico-sociaux éducatifs, une évolution de l'offre de prise en charge à temps partiel type HDJ/CATTP pourrait être priorisée.

➤ **La prévention et la réduction de la gravité du handicap psychique**

- La question du délai d'attente pour une première consultation en CMP, CMPP notamment a été soulevée par les professionnels de santé et les représentants des usagers.
- Si elle est reliée à la présence de l'offre et à son amplitude d'ouverture, la question des délais d'accès ne peut se réduire à ces derniers critères et doit également intégrer la question des organisations et coopération en place sur les territoires.
- Le « cloisonnement » perçu entre les CAMSP-CMPP avec les CMP, les procédures d'orientation par la MDPH pour certains dispositifs notamment les DITEP, l'accroissement des besoins des enfants et des jeunes et des attentes des familles et des professionnels socioéducatifs, contribuent en partie à accroître les délais d'attente. Des actions sont déjà engagées pour les réduire. L'ouverture en projet de CAMSP et de CMPP ainsi que le renforcement de la filière adolescent de la PIJ devrait permettre au territoire de Balagne une réduction de ces délais d'attente.
- L'organisation de l'offre CMP, CAMSP et CMPP nécessite selon les professionnels une évolution dans le cortenais

➤ **L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux**

- L'accueil des mineurs non accompagnés et réfugiés a mis en évidence le besoin de coordination pour la prise en charge sanitaire.
- La question de la mobilité de l'offre de soins vers un adolescent ou un adulte « sans toit » prise en compte dans le PRAPS devrait se traduire par l'organisation d'une offre d'équipe mobile de psychiatrie précarité en Corse du Sud et en Haute Corse autour du CH de Bastia et du CHD à Ajaccio. La mobilité ne peut pas être réduite à ces deux communes. Elle doit intégrer les populations isolées au seuil des minimas sociaux, réparties dans l'ensemble du territoire où les conditions d'accès sociaux géographiques imposent de densifier les coopérations entre les intervenants sanitaires et médico-sociaux.

L'appui sur l'identification des fragilités des personnes âgées, des enfants, des publics en situation de précarité sociale doit être intégrée dans les activités ambulatoires des secteurs de psychiatrie.

- La part du reste à charge pour l'accès aux orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, et neuropsychologues demeure un obstacle au maintien dans la durée des prises en charge. Pour certains parcours, des expérimentations nationales permettront un recours simplifié au psychologue clinicien. Des propositions innovantes pourraient être conduites localement dans le cadre d'expérimentation conformément à l'article 51 LFSS 2018 relatifs aux innovations organisationnelles pour la transformation

du système de santé. Mais il est constaté que cette possibilité n'est pas encore suffisamment exploitée.

- L'ensemble des partenaires a souligné qu'une communication plus présente permettrait une meilleure valorisation de l'offre existante et contribuerait à réduire la stigmatisation relative aux personnes présentant des troubles psychiques comme le réalisent les SISM depuis plusieurs années. Une difficulté d'accès aux données locales en psychiatrie et en santé mentale est par ailleurs évoquée par les professionnels et les représentants des usagers.

6.2. En psychiatrie adulte

➤ **Le repérage précoce des troubles psychiques et l'accès au diagnostic et aux soins**

- Les difficultés relatives à la disponibilité des personnels de soins génèrent des contraintes d'accompagnement pour accéder à des soins somatiques pour des patients hospitalisés en particulier en soins sans consentement.
- Fortement portée par les représentants des usagers et des aidants, la demande d'amélioration de l'annonce de la maladie répond à la fréquence des situations pour lesquelles ces derniers se sentent démunis. Les conditions de retour à domicile sont également des temps de fragilité pour les aidants qui sollicitent davantage de soutien de la part des soignants.

Pour rendre davantage de fluidité au parcours de santé, les professionnels et les représentants des usagers ont mis en évidence le besoin de mieux identifier les dispositifs, prestations, aides, ainsi que les ressources médicales en réponse aux besoins spécifiques liés aux troubles psychiques.

- Le repérage précoce s'appuie sur la vigilance des professionnels de santé de proximité et des aidants vis-à-vis des risques iatrogéniques à domicile mais aussi en établissement sanitaire et médicosocial. Le risque suicidaire appelle de manière collective à des actions coordonnées en termes d'information, et de formation. L'insuffisance du repérage et de prise en charge de la crise suicidaire chez la personne âgée a été signalée à l'occasion des travaux du diagnostic partagé.
- Point de rupture fréquemment évoqué, les conditions de l'accès aux soins psychiatriques de la personne âgée soulignent la nécessité d'identifier une filière géro-psycho-geriatrique permettant d'apporter une réponse in situ, d'être un appui aux professionnels de santé en ambulatoire et en établissement sanitaire et médicosocial.
- Face à l'évolution démographique, la place des maladies neurodégénératives d'une part et l'importance des pathologies psychiatriques de la personne âgée d'autre part ne peuvent que légitimer les modalités de coopération entre la gériatrie et la géro-psycho-geriatrie au sein des établissements de santé des 2 GHT.

➤ **La prévention et la prise en charge des situations de crise ou d'urgence**

- L'attention a été portée sur les conditions d'accueil qu'il convient d'améliorer au service des urgences des établissements de santé du CH d'Ajaccio et de Bastia. Les évolutions architecturales à venir sur ces deux établissements vont être l'opportunité d'apporter des solutions en apportant en particulier de meilleures conditions d'accueil et d'accompagnement satisfaisant pour les professionnels et les usagers dans les suites de l'admission au service d'accueil et d'urgences.

➤ **La prévention et la réduction de la gravité du handicap psychique**

L'UNAFAM attire l'attention sur la préparation du retour à domicile. S'il n'y a pas d'offre de services intégrée dans le projet de soins du patient dans les premières semaines de retour à domicile (en attendant l'expertise MDPH) un risque de rupture peut en effet survenir.

Bien que l'élaboration du projet d'accompagnement en post hospitalisation soit intégrée dans les pratiques des professionnels, il est pourtant constaté des difficultés de coordination entre des partenaires de champ d'actions différents tels l'équipe de soins de l'établissement psychiatrique ou médico-social, le médecin généraliste, médecin référent psychiatre, la MDPH et les intervenants dans le champ de l'insertion socio professionnelle (Cap emploi, l'Afpa, les Missions locales, ...). La dimension de l'accès au logement est un point de rupture également mentionné.

La fragilité du maintien dans le logement diffus, les insuffisances de disponibilités et les problématiques de tolérance dans le logement collectif conduisent à mettre en échec des tentatives d'insertion dans la cité de personnes en situation de vulnérabilité sociale présentant des troubles psychiques. Les conduites de consommation sont ici très représentées.

Toutes ces pratiques et points de rupture font en fait référence aux axes de réhabilitation psycho-social qu'il convient de développer sur l'ensemble du territoire.

➤ **Le pouvoir d'agir et la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques**

- Les témoignages des représentants des usagers évoquent les difficultés à la reconnaissance du handicap psychique.
- Des actions trop limitées à quelques territoires au sein du CLS de Bastia notamment contribuent à la dé-stigmatisation de la psychiatrie mais peinent à amplifier le changement de représentation au sein de la population.

➤ **L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux**

- Dans les motifs de renoncement aux soins, le poids des restes à charge pour l'accès aux orthophonistes, psychologues, et neuropsychologues et du coût des transports est régulièrement souligné par les professionnels de santé et les représentants d'usagers.

➤ **L'accès aux modalités de formation**

- La nécessité d'accompagner davantage les professionnels dans la démarche qualité liée aux évolutions des pratiques en tenant compte du contexte sociodémographique, de la morbidité et du cadre réglementaire est partagée par l'ensemble des partenaires de la santé mentale.
- L'augmentation croissante de situations complexes liée à la précarité, à l'isolement, aux co-morbidités et aux situations de crise accroissent les demandes d'appui. La complexité des situations de patients sous tutelle, curatelle, en soins sans consentements demandent de plus en plus d'expertises croisées pour répondre à des demandes de la vie quotidienne. L'aide à la personne doit se doubler de l'appui aux professionnels pour apporter les solutions les plus adaptées. Ainsi pour éviter des ruptures dans la prise en charge de situations complexes les associations d'usagers et les professionnels ont fait émerger à l'occasion des échanges la demande de leur garantir un soutien.

Des enjeux forts de coopération

La coopération des intervenants est identifiée comme enjeu dans le Projet Régional de Santé (PRS) précédent, devant ainsi faciliter le parcours de santé des jeunes et des adultes. Les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil médico-social précoce (CAMSP), les centres médico-psychopédagogiques (CMPP), les intervenants de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les maisons des adolescents voient leurs professionnels régulièrement en interaction. Pour les adultes, qu'ils soient ou non en situation de handicap psychique, les coopérations autour de la personne âgée, de l'accompagnement vers le logement, du suivi ambulatoire à domicile, mobilisent de nombreux intervenants et dispositifs médico-psychosociaux. Pour autant, la juxtaposition des dispositifs aux statuts différents est encore trop prégnante dans les territoires.

Le repérage de situations de complexité croissante dans un contexte marqué par une précarité sociale s'aggravant dans la cité, justifie en effet de porter un effort sur ces coordinations.

De même dans le prolongement du diagnostic du PRS2 l'articulation tant au domicile qu'en établissement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie n'a pu être pleinement investie.

Les difficultés à recueillir et échanger des données concernant le champ d'intervention en santé mentale n'ont pu être totalement levées. L'observatoire régional des maladies mentales et d'addicto-vigilances n'a pas été finalisé. Les innovations technologiques intégrant les systèmes d'information et plus particulièrement la télé-expertise, la téléconsultation, et les télé ateliers investis pendant l'épidémie de la COVID 19 sont à développer. Ainsi dans le prolongement des modalités organisationnelles portées par le CHD dans le territoire du sud de la Corse les innovations technologiques seraient susceptibles d'apporter une réponse adaptée.

Les outils de prise en charge en phase de crise doivent être révisés et partagés. Les situations de crise chez l'adolescent sur le secteur de la Haute Corse doivent trouver une solution de prise en charge stable dans des conditions sécurisées d'hospitalisation.

Les situations de crise à domicile par leur caractère parfois inaugural, souvent rapidement évolutif trouvent les parents et aidants démunis. Pour répondre aux besoins exprimés par les parents et ceux soulevés par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), et de la Protection judiciaire de la jeunesse PJJ (famille d'accueil, foyer) l'accessibilité à l'offre spécialisée de santé doit être améliorée.

La tendance à l'accroissement du recours à l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour les personnes âgées souligne les difficultés en amont de l'accompagnement des soignants et des aidants. Par ailleurs, les conditions d'accueil dans les pavillons de psychiatrie du CH de Bastia et du CHD ne permettent pas une évaluation et une préparation du retour à domicile dans de bonnes conditions. Ces constats soulignent la nécessité d'apporter un soutien en psycho gériatrie au plus près des lieux de vie.

La complexité des situations de personnes en situation d'exclusion sociale nécessite une mobilisation pluridisciplinaire dans des conditions d'urgence médicale voire sociale. L'organisation actuelle souvent mise en tension demande comme le soulignent les travaux du PRAPS une meilleure anticipation ainsi qu'un accompagnement durable.

Les actions se déclineront de 2020 à 2024. Le PTSM a vocation à être actualisé régulièrement. Il est à noter que certaines actions sont déjà engagées. Les actions relatives aux évolutions architecturales des établissements de santé sont suivies dans le cadre du PRS 2 et ne sont donc pas précisées dans ce document qui y fait cependant référence en tant que de besoin.

7. Plan d'actions

THEME 1 : PREVENTION DE LA CRISE SUICIDAIRE ET ACTIONS SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX			
OBJECTIF	REFERENT	ACTION	INDICATEUR
Prévenir la crise suicidaire	CH Castelluccio	Déployer le dispositif Vigilans Organiser la formation de formateurs au dispositif sentinelle Organiser la formation de formateur à l'évaluation du risque suicidaire Organiser la formation de formateur à la prise en charge de la crise suicidaire Etablir le cadre d'intervention du recontact et installer les équipements et les ressources humaines nécessaires	Nbr par catégories de professionnels et par territoire (2A et 2B) Inauguration du service
Améliorer le repérage précoce des troubles psychiques et la réduction des risques de iatrogénicité	CH Castelluccio	Organiser les formations des personnels des EHPAD, de médecine somatique et en cancérologie	Nbr de formations organisées
Renforcer le dispositif de repérage et de prévention du harcèlement auprès des enfants et des jeunes	EN	Formation Sensibilisation des personnels de l'EN Délégués en lien avec les CESC et les CLS	Nbr de personnes ressources par territoire
Prévenir les risques psychosociaux	ARACT	Diffuser les bonnes pratiques/RETEX entre ES et ESMS Organiser annuellement une journée QVT	Nbr de réunion Nbr de supports diffusés et communication dématérialisée Qualité et nbr de participants
Promouvoir l'action des CLSM	IREPS	Animer un CLSM à Bastia en Balagne Animer un CLSM à Ajaccio et dans le sud de la Corse	Production du plan d'actions par CLSM
Favoriser l'adaptation des pratiques des professionnels aux phénomènes émergents : augmentation du nombre de situations médico-légales (maltraitance, cyber harcèlement, radicalisation)	IREPS	Organiser un temps d'échange régional avec les partenaires de la santé mentale	Réalisation de l'événement

THEME 2 : REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

OBJECTIF	REFERENT	ACTION	INDICATEUR
Conforter un dispositif de premier recours pour les adolescents et les jeunes	CHB CHD	Déployer le dispositif MDA en Haute Corse Adapter le dispositif MDA au territoire de Corse du Sud	File active Validation de la convention pour la MDA d'Ajaccio Validation du nouveau projet de la MDA de Porto Vecchio
Améliorer le repérage des troubles des conduites alimentaires	MDA	Animer un collectif de professionnels avec EN, CHA, CHB, San Ornello, URPS médecins libéraux, SMU de Corte pour élaborer un plan d'actions	Mise en œuvre du plan d'actions
Contribuer à améliorer le repérage des TND	CRA	Sensibiliser et apporter les outils aux médecins traitants au repérage des TND: partenariat à venir avec l'Assurance Maladie et URPS ML.	Nbr de ML sensibiliser
Repérer les situations de fragilité des enfants de 0 à 3 ans en particulier les troubles de la parentalité	CH de Bastia (psychiatrie périnatale)	En lien avec les services de la PMI organiser des échanges de sensibilisation avec les professionnels de santé et du secteur social	Constitution d'un groupe de travail dédié nombre de réunions de concertation pluri professionnelle
Renforcer l'expertise en matière de diagnostic des troubles cognitifs et des apprentissages	CHD	Diffuser l'offre de service et ses modalités d'accès aux partenaires de la santé de l'enfant et de l'adolescent en Corse du Sud	File active
Faciliter l'accès au soutien des professionnels auprès des enfants et des jeunes	DITEP 2B	Conduire une étude de la faisabilité à l'échelle régionale d'un centre de ressource vis-à-vis des professionnels et des aidants pour les troubles des conduites et du comportement	Production de l'étude

THEME 3 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

OBJECTIF	REFERENT	ACTION	INDICATEUR
Réduire les situations de rupture au domicile	CHD, CHB, ASE	Organiser en lien avec les services de PIJ, un cadre d'intervention concertée et coordonnée (au domicile pour les enfants et adolescents en rupture scolaire et sociale en lien avec les services de l'aide sociale et de la protection judiciaire de la jeunesse).	Validation du cadre d'intervention Nombre de situations identifiées par an
Disposer d'une organisation d'accueil au CH de Bastia pour les situations de crise en PIJ	CH BASTIA	Mettre en place une organisation adaptée au sein du CH de Bastia	File active
Faciliter le recours aux soins des populations en situation de précarité sociale	CH BASTIA	Déployer une équipe mobile psychiatrie précarité pour le territoire de la communauté de commune de Bastia	Nombres et type d'intervention
Faciliter le recours aux soins des populations en situation de précarité sociale	CH AJACCIO	Déployer une équipe mobile psychiatrie précarité pour le territoire de la communauté de commune d'Ajaccio	Nombres et type d'intervention
Rendre plus fluide les interventions CAMSP, CMPP et CMP	DEPEP 2B	Expérimentation d'une plateforme de ressource pour le territoire de Haute Corse	Nombre de situations traitées
Soutenir les intervenants du premier recours	URPS IDE ADMR	Rendre lisible les organisations en appui des professionnels par diffusion numérique à leur intention	Réalisation de deux séquences de diffusion dans l'année
Favoriser les coopérations entre l'offre de service du BAPU et celle du service médical universitaire	SMU de Corte	Mise en place d'un protocole de coopération avec l'appui du CMP et des représentants des étudiants	Nombre d'interventions coordonnées
Faciliter la mise en œuvre de partenariats entre l'offre de soins et un établissement scolaire	Clinique du CAP CH de Bastia EN	Mettre à disposition des compétences dans le cadre d'une Convention entre un établissement de santé et un établissement scolaire	Nombre d'établissements scolaires engagés
Réduire les hospitalisations en situation de crise par un accompagnement adapté en détention	CH Bastia	Améliorer articulation USMP/hospitalisation complète, développement d'un CATTTP en prison diversifier les modalités d'intervention en milieu pénitentiaire.	File active temps partiel

THEME 4 : ACCES AUX SOINS			
OBJECTIF	REFERENT	ACTION	INDICATEUR
rendre accessible les consultations jeunes consommateurs	CSAPA	Faire connaître l'offre de service au sein des professionnels relais (EN, MDA, premier recours)	Nombre de consultations par CJC
Structurer la filière en addictologie en Haute Corse	CH Bastia, San Ornello, CSAPA	Organiser l'offre de prise en charge ambulatoire, en sevrage complexe et en soins de suite	diffusion d'une cartographie de l'offre partagée
Favoriser la coordination des soins précoces en périnatalité	CHB CHD PMI	Mise en place de réunions de concertation pluri professionnelle (Sage-femme libérale, PMI, CAMSP, service d'obstétrique et de psychiatrie)	Nombre de prise en charge partagée
Développer les filières de géronto-psychiatrie en Haute Corse	CHB San Ornello	Finaliser les projets de spécialisation de prise en charge en unité d'HC, conventionner avec les EHPAD pour inscrire les VAD	Nombre d'actes d'intervention ambulatoire
Développer les filières de géronto-psychiatrie en Corse du Sud	CHD	Finaliser les projets de spécialisation de prise en charge en unité d'HC, conventionner avec les EHPAD pour inscrire les VAD	Nombre d'actes d'intervention ambulatoire
Formaliser l'accès au médecin traitant pour les patients pris en charge en psychiatrie	CHD San Ornello CHB	Renforcer la liaison avec le médecin choisi par le patient en lien avec le CMP	Procédure de liaison
Soutenir une offre de proximité au sein des maisons de santé	URPS CHD CHB	mise en place de consultation pluridisciplinaire au sein de la MSP psychologue libéral, psychiatre et infirmier de l'équipe de secteur	File active
Faciliter la coordination des professionnels de santé et des intervenants éducatifs, sociaux et judiciaires autour de situation complexe	CHD CHB San Ornello	Mise en place de réunion de concertation pluri professionnelle	Nbr de réunion par territoire Haute Corse et Corse du Sud
Adapter l'offre de placement familial spécialisé en fonction de l'évolution des besoins des territoires	CHB CHD	Etude préalable des besoins Offre d'accompagnement aux familles recrutées	Rapport d'étude Nombre de séquence par an d'accompagnement par l'équipe du secteur
structurer un pôle sur les troubles de l'humeur à articuler avec: la sismothérapie	CHB, Clinique SAN ORNELLO	Projet de coopération	File active
Accompagner le développement du recours à l'offre de télémédecine	CHD	Mettre en œuvre les modalités de télémédecine (téléconsultation et télé expertise) sur le territoire du Valinco et sur le territoire du sud de la Corse	Installation des équipements Nombre d'actes
Accompagner le développement du recours à l'offre de télémédecine	CHD	Promouvoir l'usage des applications e-santé dans les protocoles de thérapie cognitivo-comportementale	File active
Accompagner le développement du recours à l'offre de télémédecine	CHB	Mettre en œuvre les modalités de télémédecine (téléconsultation et télé expertise) sur le territoire du Cortenais et de Balagne	Installation des équipements Nombre d'actes

Développer les coopérations pour assurer l'accès dans les territoires infra régionaux à l'accompagnement à la parentalité	PMI CPEF	Conforter l'appui des professionnels aux proches dans leur rôle d'aidants de proximité : identifier les situations de fragilité de la relation mère enfant dans le domaine périnatal et les coordinations à privilégier	Nombre de situation mobilisant une intervention coordonnée
---	----------	---	--

THEME 5 : L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL ET REHABILITATION PSYCHO SOCIALE

THEME 5 : L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL ET REHABILITATION PSYCHO SOCIALE			
Développer l'offre de réhabilitation psychosociale	CHD CHB San Ornello	Elaborer un projet partagé du centre de ressource	Installation du C2R
Faciliter le retour vers l'emploi	Centre de réhabilitation CHD	plan d'actions d'accès vers la qualification et l'emploi	File active
Favoriser l'accès à un hébergement	Centre de réhabilitation CHD	Evaluer la pertinence d'une offre en organisme d'accueil communautaire et d'activités solidaires incluant lieu de vie et activités d'insertion (type Emmaus), de maison d'accueil	Production de l'évaluation
Encourager le pouvoir d'agir	GEM	Finaliser 1 Club house	Production de l'AAP
Promouvoir la pair-aidance et le rôle des patients experts	IREPS	Mise en place d'une offre de formation Animation d'un groupe régional en lien avec les associations représentants les usagers	Calendrier de formation Plan d'actions
Promouvoir la pair-aidance et le rôle des patients experts	UNAFAM	Contribuer à la formation des aidants familiaux : Des ateliers d'entraide « Prospect » pour faire face dans le temps (programme européen Eufami)	Nbr d'atelier
Diffuser les bonnes pratiques en thérapie familiale/systemique	CHD	Organisation de séquence de formation	Nbr d'évènements ou nbr de professionnels formés
Diffuser les bonnes pratiques en thérapie cognitivo-comportementale	CHD	Organisation de séquence de formation	Nbr d'évènements ou nbr de professionnels formés

THEME 6 : RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR ET LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION DE CES TROUBLES			
Développer les séquences de sensibilisation dans la cité	IREPS	Coordonner les partenaires de la semaine d'information en santé mentale sur l'ensemble du territoire	Communication de la SISM
Développer les espaces d'échange et de co-production	IREPS	Développer l'animation des CLS et des CLSM sur l'ensemble du territoire	Nbr de CLSM Nbr d'actions santé mentale dans les CLS
Contribuer à la valorisation de l'offre de santé mentale	CLSM	Communication régulière au sein des instances de démocratie en santé : La Commission des Usagers (CDU) des établissements de soins publics ou privés, le conseil de vie social au sein des établissements médicosociaux, la CRSA, et les 2 CTS.	Diffusion documentaire et numérique
Faciliter l'émergence des pratiques innovantes	IREPS	Promouvoir l'organisation de rencontre pluridisciplinaire sur le modèle des « journées infirmières », « journées petite enfance », de « retour de pratiques », de « séminaire »	Nombres et type d'événements organisés

8. Gouvernance

Le PTSM couvre l'ensemble de la région. Il se décline toutefois dans le Cismonte et le Pumonte en respectant la spécificité de ces 2 territoires. Ce sont des territoires d'amélioration de l'accès à l'offre et à la coordination des acteurs au niveau institutionnel et en proximité.

L'élaboration et la mise en œuvre du PTSM s'inscrivent dans une temporalité. Arrêté pour une durée de 5 ans, le PTSM peut être révisé à tout moment après son adoption prenant ainsi en compte notamment des évolutions réglementaires ainsi que des travaux spécifiques menés aux niveaux national et régional.

Les acteurs impliqués dans la démarche de constructions du PTSM sont nombreux. De manière non exhaustive ils associent les acteurs institutionnels des champs santé et social, des professionnels et dispositifs de la psychiatrie, les professionnels et structures du champ social et médico-social ainsi que les représentants des usagers et des familles et, si possible, les représentants des élus. De plus de nombreux dispositifs sont également impliqués tel que la plateforme d'Orientation et de Coordination spécialisée dans les troubles du Neuro-Développement, les CLS et les CLSM, les dispositifs politique de la ville, ...

Pour garantir un caractère dynamique à l'animation, un comité de pilotage territorial du PTSM est constitué. Il rassemble les signataires de la communauté psychiatrique de territoire avec les représentants de la commission spécialisée en santé mentale des 2 CTS, l'IREPS pour les dynamiques de territoire (CLS CLSM), et l'UNAFAM.

Ce comité assure un suivi du plan d'actions et organise une session annuelle de restitution à l'ensemble des partenaires pour chacun des 2 territoires.

Abréviations et acronymes

ACT : appartement de coordination thérapeutique

ADAPEI : association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales

ADMR : aide à domicile en milieu rural

ADPEI : association départementale pour l'emploi intermédiaire

ADPEP : association départementale des pupilles de l'enseignement public

ADPS : association départementale de promotion de la santé

ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

APEI : association de parents d'enfants inadaptés

ARML : association régionale des missions locales

ARS: agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

BAPU : bureau d'aide psychologique universitaire

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue.

CAMSP : centre d'action médico-sociale

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CDC : Collectivité de Corse

CHRS: centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CLS : conseil local de santé

CLSM : conseil Local de Santé Mentale

CMP : centre médico-psychologique

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CRA : centre de ressource autisme

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DITEP : dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

EDAP : équipe diagnostic autisme de proximité

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EN : éducation nationale (rectorat)

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

ESAT : établissement et centre d'aide par le travail

FALEP : fédération des associations laïques et d'éducation populaire

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FAM : foyer d'accueil médicalisé

GEM : groupe d'entraide mutuelle
HAD : hospitalisation à domicile
IME : institut médico éducatif
IREPS : instance régionale d'éducation et promotion de la santé
ISATIS : handicap psychique
ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LHSS : lit halte soins santé
MAD : maison des adolescents
MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAS : maison d'accueil spécialisé
MAS : maison d'accueil spécialisée
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
ORS : observatoire régional de la santé
PCO : plateforme de coordination et d'orientation
PCPE : pôle de compétences et de prestations
PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
PMI : protection maternelle et infantile
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation du système d'information
QVT : qualité de vie au travail
RU : représentant des usagers
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SESSAD : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
UEEA : unité d'enseignement en élémentaire autisme
UEMA : unité d'enseignement en maternelle autisme
UMAPP : unité mobile d'actions psychiatriques pour personnes précarisées
UNAFAM : union nationale de famille et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques,
URPS : union régionale des professionnels de santé
USIP : unité de soins intensifs psychiatriques
USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire