

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DU DOUBS

(hors Pays de Montbéliard)

2026-2030

DIAGNOSTIC et PLAN D'ACTION



Diagnostic rédigé par **Mme GROSERRIN Laëtitia**
 coordinatrice PTSM25
 et **Mme PARENT Pernelle**
 Réferente départementale Santé mentale-Précarité
 Direction Territoriale du Doubs ARS BFC

ETABLISSEMENT PORTEUR DU PTSM 25 :
 CENTRE HOSPITALIER DE NOVILLARS 4 rue Docteur Charcot 25220 NOVILLARS

Préambule

Ce document a été réalisé et coordonné dans le cadre des travaux menés en 2024 et 2025, pour la définition d'un projet territorial de santé mentale 2026-2030.

Le diagnostic et le plan d'action ont été travaillés en assemblée plénière le 21 mars 2024 avec 147 personnes regroupant usagers, familles, associations d'usagers, associations du médico social et du social, établissements sanitaires, DDETSPP, Département, Préfecture, ARS, qui ont pu être représentés à la fois par leur direction, mais également par de nombreux professionnels de terrain.

Ces groupes de travail ont permis d'élaborer les besoins prioritaires et les actions possibles sur 7 thématiques :

- Groupe périnatalité et enfance
- Groupe adolescence
- Groupe addiction
- Groupe précarité
- Groupe adulte handicap
- Groupe personnes âgées
- Groupe territorialité

Actions que vous retrouverez tout au long du document.

Le diagnostic s'est enrichi en 2025 par le bilan du premier PTSM, avec un travail documentaire et exploratoire à travers le recueil et l'analyse des diagnostics listés en bibliographie, de données statistiques et cartographiques ARS et ORS, des éléments du PRS et de divers plans départementaux listés aussi en bibliographie.

Les travaux des contrats locaux de santé et du CLSM du Grand Besançon ont également été pris en compte ainsi que ceux des projets médicaux du GHT, CHU, CHN et du CHI HC.

Une articulation a été faite avec les différents diagnostics effectués sur le territoire, portant sur des thématiques spécifiques : diagnostic ESMS sur le public handicap et personne âgée, diagnostic sur le public précaire, diagnostic sur les quartiers prioritaires de la ville, diagnostic pour le pacte des solidarités, pour le programme AGIR, sur les enfants de la protection de l'enfance...

Enfin, il s'appuie également sur un travail de recueil d'informations fait en 2025 auprès des acteurs de la psychiatrie du Doubs, des porteurs des politiques (département, DDESTPP, CPAM, Education nationale, ARS), de la direction d'établissements médicosociaux et sociaux. Tous ont contribué à la rédaction et à l'enrichissement de ce support.

Ce diagnostic et son plan d'action ont été validés le 5 décembre 2025 par le CT25 et seront contractualisés en février 2026 lors d'une assemblée plénière .

SOMMAIRE CTSM 2026-20 Doubs

1	ÉLÉMENTS CONTEXTUELS DE TERRITOIRE	4
1.1	Contexte national et régional	4
1.2	Contexte spécifique du Doubs	6
1.3	Population et déterminants sociaux	7
1.4	L'offre de soins du territoire	10
1.5	Territorialisation de la santé	12
1.6	Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain	13
1.7	Synthèse du contexte territorial	13
2	ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC DE LA FILIÈRE ENFANT ET ADOLESCENT	15
2.1	L'offre en périnatalité	15
2.2	Évolution de l'offre sanitaire enfance et adolescence	17
2.3	Offre de coordination	23
2.4	Offre d'accompagnement enfance et adolescence à vulnérabilité	24
2.5	Offre d'accompagnement enfance et adolescence en situation de handicap	29
2.6	Besoin spécifique en lien avec la scolarité	31
2.7	Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain	33
2.8	Synthèse offre enfant et adolescent	34
3	ELEMENTS FILIÈRE ADULTE	35
3.1	Évolution globale de l'offre sanitaire adulte	35
3.2	L'activité de soins globale détaillée	38
3.3	Offre de recherche en psychiatrie	42
3.4	Offre de prévention	42
3.5	Offre de réhabilitation psychosociale	45
3.6	Offre de soins de psychotraumatisme	48
3.7	Offre de soins et d'accompagnement en addictologie	49
3.8	Offre de soins et d'accompagnement public précaire	51
3.9	Offre soins urgences psychiatriques	56
3.10	Offre de soins somatiques	56
3.11	Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain	57
3.12	Synthèse offre adulte	58
4	ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC DE LA FILIÈRE PERSONNE ÂGÉE	59
4.1	Population spécifique	59
4.2	Cartographie et données de l'offre de soins personne âgée	60
4.3	Offre d'accompagnement personne âgée	62
4.4	Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain	65
4.5	Synthèse offre personne âgée	65
5	INDICATEURS SOCLES NATIONAUX	66
6	PLAN ACTION GÉNÉRAL et FICHES ACTIONS	71
7	BIBLIOGRAPHIE - SOURCE	89
8	SIGLAIRE	90
9	ANNEXE 1 : Focus spécifique addictologie	91
10	ANNEXE 2 : signataire du CTSM	103

1 ÉLÉMENTS CONTEXTUELS DE TERRITOIRE

1.1 Contexte national et régional



Le PTSM 2025-2030 s'inscrit dans un contexte différent du dernier PTSM.

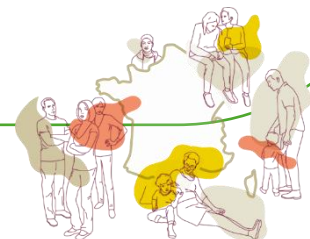
En effet, désormais la maladie mentale et les troubles psychiques touchent près de 1/5 de la population, soit 13 millions de Français (données OMS). Les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes du monde. Plus d'un quart des Français consomme des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères et autres médicaments psychotropes (données EPI-PHARE). La dépression est l'un des troubles les plus répandus, puisqu'elle concerne environ 15 à 20 % de la population générale, sur la vie entière (données INSERM). 3 millions de personnes souffrent de troubles psychiques sévères (données SPF). Le suicide est la première cause de mortalité entre 15 et 35 ans. Avec près de 8 300 décès enregistrés en France métropolitaine en 2017 et 200 000 tentatives, la France affiche l'un des taux les plus élevés des pays européens de développement comparable, même si on observe depuis 2000 sa baisse régulière. Au total, avec plus 23 mds € par an, les dépenses remboursées au titre de la souffrance psychique et des maladies psychiatriques sont le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie, devant les cancers et les maladies cardiovasculaires. Elles représentent un coût global de plus de 100 Mds € avec les pertes de revenus et de bien-être induites.

Selon le baromètre santé 2021 de Santé publique France, « la prévalence des épisodes dépressifs a augmenté en France, avec une accélération sans précédent entre 2017 et 2021, avec un gain de 3,5 points, passant de 9,8 % à 13,3 %. Elle est particulièrement marquée chez les jeunes adultes, passant de 11,7 % à 20,8 % ..., mais aussi chez les femmes, les personnes vivant seules et les familles monoparentales, tout comme chez celles qui ne se déclaraient pas à l'aise financièrement, au chômage ou indiquant un impact négatif du Covid-19 sur leur moral et présentait un risque d'épisode dépressif caractérisé plus élevé. Au mois de décembre 2022 (vague 36 de l'enquête COVIPREV de Santé publique France du 5 au 9 décembre 2022), un tiers des personnes interrogées présentaient un état anxieux ou dépressif et une personne sur dix déclarait avoir eu des pensées suicidaires dans l'année. La santé mentale des Français, fortement dégradée depuis le début de la crise sanitaire, peine à récupérer. Si une partie des effets est sans doute attribuable aux impacts à long terme de la crise sanitaire, le contexte actuel (tensions internationales, inflation, changement climatique...) contribue sans doute également aux difficultés observées. »

Face à ces défis, « l'élaboration d'une deuxième génération des PTSM devra mieux couvrir les éventuels angles morts observés, réussir la mobilisation intersectorielle et interministérielle et répondre ainsi aux besoins sur les 3 volets indissociables du parcours en santé mentale : la promotion de la santé mentale et de la prévention ; l'accès à l'offre de soins ; la réussite de l'inclusion citoyenne et l'accès aux droits des personnes concernées....

Les angles morts repérés, parmi lesquels :

- les actions sur les déterminants sociaux de la santé mentale (précarité, isolement, violences subies, migrations, appartenance à une minorité), qui sont quasiment absentes des PTSM.
- La prévention en santé mentale et l'inclusion sociale et citoyenne des personnes concernées par un trouble psychiatrique, qui sont encore trop souvent à l'arrière-plan du volet soins.
- Les besoins de soins et d'accompagnements spécifiques des populations vulnérables (précaires, détenus, migrants), mais aussi des enfants et adolescents et des personnes souffrant d'addiction, qui sont insuffisamment investis.
- Sous le double impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des jeunes et de ce constat, il paraît notamment nécessaire d'inciter à la construction systématique d'un volet "parcours en santé mentale des enfants et adolescents" au sein de chaque PTSM. » (Rapport du tour de France des PTSM 2024).



La santé mentale est un axe transversal du PRS BFC révisé pour la période 2023-2028. Celui-ci a vocation à favoriser l'insertion sociale et professionnelle (maintien dans le logement, accès à l'emploi, soutien des aidants...), à encourager la recherche, à accentuer la prévention de la crise suicidaire et plus largement à sensibiliser le grand public aux réalités de la maladie psychiatrique. Les actions s'articulent sur les différents parcours en plus du **parcours Santé Mentale et psychiatrie** :

- **Parcours Précarité-vulnérabilité**

Accès à la prévention et aux soins (PRAPS) :

Préserver et développer le capital santé de ces publics avec un axe médiation en santé

Prendre en compte, tout au long de la chaîne des soins, les facteurs psychosociaux. En repérer et prévenir les points de rupture.

Rechercher et faciliter l'insertion et/ou la réinsertion de ces publics dans l'offre de droit commun.

- **Parcours Nutrition et santé**

Améliorer l'activité physique et l'amélioration de l'état nutritionnel de la population, mais abordera également l'ensemble des troubles nutritionnels.

- **Parcours Addictions**

Harmonisation du réseau des structures de l'addictologie

Meilleure coordination et travail avec les partenaires en charge de l'éducation.

- **Parcours Maternité et parentalité**

Organiser une prise en charge sécurisée des femmes et des nouveau-nés.

Parcours développement de l'enfant

Acquisition de l'autonomie de l'enfant, du 1er mois de la vie jusqu'à 8-10 ans. La démarche met plus particulièrement l'accent sur les prises en charge des troubles spécifiques de l'apprentissage (5-10 ans) qui touchent 5 à 8% des enfants d'âge scolaire.

- **Parcours Grand âge**

Améliorer la prévention du risque suicidaire et l'épuisement des aidants, proposer une réponse adaptée pour tous

- **Parcours Handicap**

Améliorer le soutien au domicile, l'accès à l'emploi et répondre aux situations sans solutions.

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, conduite depuis 2018 s'est articulée autour de deux grandes priorités : celle donnée à la prévention et à l'investissement social (notamment à destination des enfants et des jeunes) et celle donnée à la sortie de la pauvreté par le travail.

Avec le Pacte des solidarités, cette politique de lutte contre la pauvreté sera poursuivie et amplifiée autour de quatre orientations stratégiques :

4 axes d'action :

- Éviter le renouvellement de la pauvreté auprès d'enfants et de jeunes (mission locale, décrochage scolaire...)
- Retour à l'emploi avec lien France travail sur les politiques 2024 du plein emploi (SIAE, formation ...) avec un pacte local axé sur
 - Parcours d'emploi
 - Gouvernance simplifiée avec un comité local : service public département et local
- Accès aux droits des personnes vulnérables (droits sociaux et santé : lien PRAPS)
- Transition écologique solidaire (mobilité, alimentation durable, précarité énergétique)



1.2 Contexte spécifique du Doubs

Le PTSM25 couvre une toute petite partie du territoire du Pays de Montbéliard Agglomération (PMA). (cf cartographie ci-dessous).

La grande majorité du secteur de PMA est intégrée au Projet Territorial de Santé Mentale du Nord Franche-Comté.

Le CTSM du Doubs a su se structurer autour des acteurs de politique publique.

Le comité stratégique composé, entre autres du Conseil Département, de la DDETSPP, de l'ARS et du CCAS de Besançon permet une cohésion dans le déploiement des actions et un pilotage cohérent des politiques publiques sur le territoire.

PTSM du Doubs
Territoire en lien avec la sectorisation de psychiatrie :

- Secteur 25G03
- Secteur 25G1
- Secteur 25G04
- Secteur 25G05 (Haut Doubs)

PTSM de l'aire urbaine comprenant la partie nord du département :

- Secteur 25G07

Pour une population adulte du PTSM de 548 662 (INSEE 2022) – 61367 (population aire urbaine) = 487 295 dont 104 436 mineurs.



La prise en charge de la souffrance psychique constitue l'un des volets majeurs du **Plan Départemental d'Insertion vers l'Emploi** (PDIE) avec un défi : « *le public en souffrance psychique. Une problématique incontournable dans le contexte de précarité économique, mais aussi relationnelle, amplifiant les fragilités personnelles et sociales, ainsi que l'ensemble des acteurs concernés s'accorde à indiquer que le phénomène va progresser inévitablement. Cette réalité interroge tant les services sociaux dans leur capacité à la prendre en compte, que les dispositifs de soins en santé mentale, confrontés à la question des moyens dédiés et à des difficultés dépassant les cadres habituels de la psychiatrie. Si des dispositifs existent pour des publics clairement identifiés dans le champ du handicap, la question de cette souffrance psychique diffuse et de ses manifestations dans le cadre commun, révèle souvent une impuissance partagée à y faire face. Ces situations peuvent être source de tensions, pour l'accès aux droits, pour l'accès et le maintien dans le logement, pour l'insertion sociale et professionnelle, mais également auprès des services sociaux. La prégnance de cette problématique rend indispensable l'articulation du soin avec l'intervention sociale dans ce domaine de la santé mentale. S'agissant d'un enjeu partagé par tous, le Département, en lien notamment avec l'Agence Régionale de Santé, les plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale, et la Direction départementale de cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), travaillent donc activement à la structuration d'une offre de service aujourd'hui lacunaire, sur l'ensemble du territoire.* »

Le second axe fort repose sur le plan de mise en œuvre accélérée du « **Logement d'abord** », pour lequel le Département du Doubs a été retenu en 2018, et du **Plan Départemental d'Actions pour l'Hébergement et le Logement des Personnes défavorisées**. Le PDALHPD 2024-2028 est construit autour de 3 orientations stratégiques :

1 – AGIR PAR L'OFFRE

Axe 1 - Observer – objectiver – mobiliser
Axe 2 - Optimiser et fluidifier
Axe 3 - Repérer et agir.
Orientation stratégique

2 – AGIR PAR L'ACCOMPAGNEMENT

Axe 1 - Soutenir les acteurs pour améliorer la réponse aux usagers
Axe 2 - Informer les acteurs pour améliorer la réponse aux usagers
Orientation stratégique

3 – AGIR PAR LA GOUVERNANCE ET LA COOPÉRATION

Axe 1 – Organiser et articuler
Axe 2 – Associer les territoires
Les publics avec des troubles psychiques et d'addiction et les jeunes adulte sortant de la protection de l'enfance ont été définis comme public

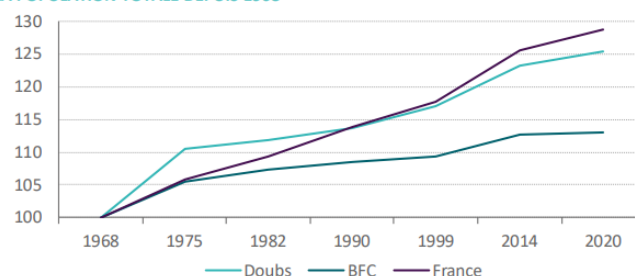
L'axe 4 de la nouvelle circulaire du 24 juillet 2025 relative à l'accélération de l'accès au logement des personnes sans domicile et à l'amplification de leur **accompagnement à la santé** et à l'emploi induira une coordination avec le PTSM.

1.3 Population et déterminants sociaux

Le Doubs compte, 562 072 habitants en 2022 pour une densité de population supérieure à la moyenne régionale (104.9 habitants / km² vs 59 habitants / km²). En comparaison des autres départements de Bourgogne Franche-Comté, la population du Doubs est plus jeune et la part des + 75 ans y est moins importante avec un taux d'évolution constant depuis 1968. +0,3% depuis le dernier recensement.

La population couverte par le PTSM du Doubs est de 483 842 habitants en 2022.

ÉVOLUTION DE LA POPULATION TOTALE DEPUIS 1968



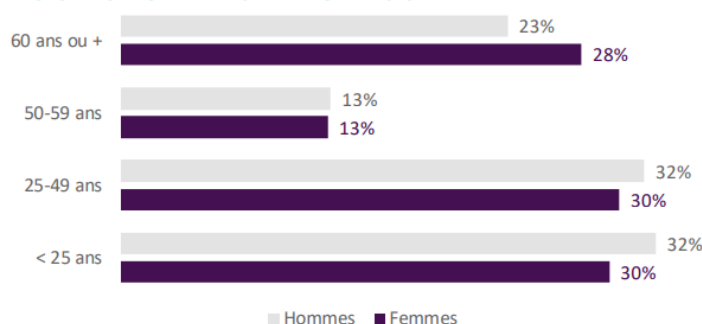
Guide de lecture : Base 100 en 1968
Source : Insee, Recensement de la population. Calculs : Pôle emploi

Une population plus jeune qu'en région

Par rapport à la région, la population du département est plus jeune : 31% de moins de 25 ans (contre 28%) et 26% de 60 ans ou plus (contre 30%). Entre 2014 et 2020, la population vieillit. En effet, la proportion des 60 ans ou plus augmente de 2 points.

Graphique 1

RÉPARTITION DE LA POPULATION TOTALE PAR SEXE ET ÂGE EN 2020



Source : Insee, Recensement de la population. Calculs : Pôle emploi

En 2050, selon l'INSEE, le Doubs pourrait dépasser la barre des 612700 habitants si les tendances démographiques observées récemment se poursuivaient. La population du département pourrait donc augmenter de 79 400 habitants par rapport à 2013. Le Doubs deviendrait le premier département le plus peuplé de la région.

L'importance de renforcer l'offre de soins du territoire est donc nécessaire pour au moins les 30 ans à venir.

Mortalité par suicide dans les départements de la Bourgogne-Franche-Comté

Taux de mortalité prématurée pour 100 000 habitants

	2015-2017		2017-2019		2019-2021	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Doubs	21,81	7,25	24,51	7,40	24,12	5,85
Bourgogne-Franche-Comté	20,88	6,03	21,14	5,78	20,28	5,50
France Entière	17,42	5,06	16,99	5,21	17,04	5,28

Inserm, CEPIIDC (2015 – 2021), RP 2018

Comportement addictif selon les âges

	0-17 ans	
	Effectifs	Taux standardisé /100 personnes
Côte d'or	19	0,02
Doubs	57	0,05
Jura	28	0,05
Nièvre	13	0,03
Haute-Saône	38	0,07
Saône-et-Loire	33	0,03
Yonne	38	0,05
Territoire de Belfort	18	0,06
Bourgogne-Franche-Comté	244	0,04
France Entière	4710	0,03

Source: SNDS-DCIR PMSI - 2021

Le Doubs affiche des espérances de vie à la naissance et à 60 ans proches du niveau national sur les données 2021.

En région, l'accidentologie routière peine à baisser, notamment en lien avec les consommations excessives d'alcool. **On note également une augmentation constante de l'utilisation de substances addictives chez les mineurs, avec désormais un taux plus important que la moyenne nationale pour les moins de 17 ans (taux standardisé de PEC pour troubles addictifs de 0.05 pour 0.03 en national)**

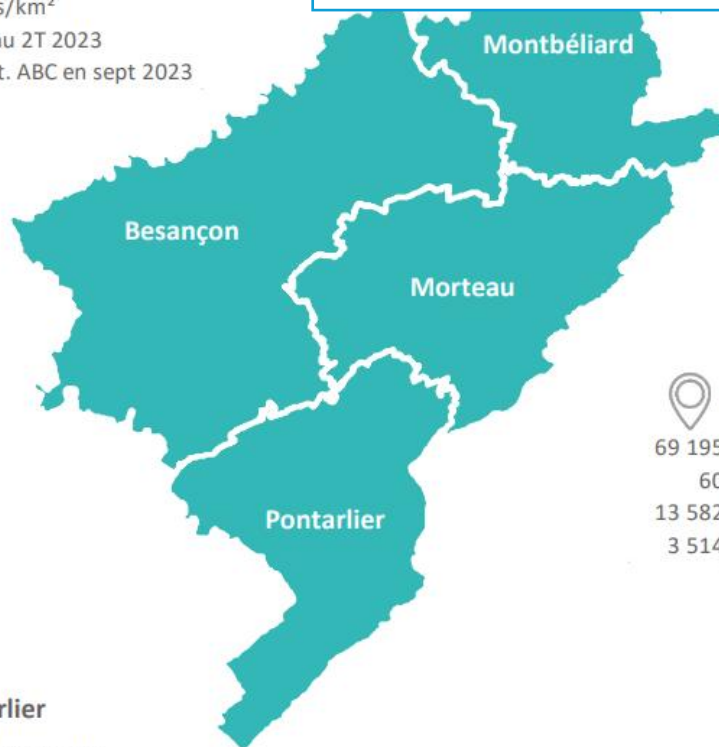
Dans le Doubs, les taux de suicide sont largement supérieurs à la moyenne nationale tous âges confondus.

Le Doubs est marqué par des particularités géographiques selon les territoires, les inégalités socio-économiques sont importantes sur le département.



Besançon

257 857 habitants en 2020
121 habitants/km²
74 328 salariés au 2T 2023
18 006 DEFM cat. ABC en sept 2023



22 % de la surface du département du Doubs est en moyenne montagne et 40% de son territoire est forestier.

Le Doubs compte près de 170 km de frontières communes avec la Suisse



Morteau

69 195 habitants en 2020
60 habitants/km²
13 582 salariés au 2T 2023
3 514 DEFM cat. ABC en sept 2023



Pontarlier

63 546 habitants en 2020
56 habitants/km²
12 823 salariés au 2T 2023
4 310 DEFM cat. ABC en sept 2023

Le secteur, frontalier de la Suisse, est essentiellement rural, mais avec une importante population de salariés transfrontaliers au fort pouvoir d'achat. De fait, les conditions de vie (en lien avec les prix des logements) y sont plus difficiles pour certains de nos concitoyens, dont ceux qui sont les plus fragilisés par la maladie psychique, que dans le reste du département. Les frontaliers sont des personnes qui consomment beaucoup de soins. Malgré un niveau de vie élevé, il existe un impact et une souffrance socio familiale liée au rythme de travail (amplitude horaire élevée, trajet). On retrouve deux tranches d'âge très présentes, les 0-14 ans et les 25-40 ans, en lien avec l'attrait du bassin suisse essentiellement.

Sur ce secteur on relève une faible densité de population, mais une vaste étendue géographique dans un relief accidenté qui impose des conditions de transports parfois difficiles (transports en commun quasi inexistants), en particulier l'hiver. Il y a une double spécificité sur ce territoire avec un prisme économique tourné vers la Suisse et une activité tournée vers le primaire (élevage, agriculture) et le secondaire (artisanat, industrie), professions particulièrement impactées par la crise économique et climatique.

OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES DONNÉS 2020

La population est concentrée sur les aires urbaines de Besançon, Montbéliard et Pontarlier.

La frontière Suisse bénéficie d'une population active jeune résidente dans le Doubs, et travaillant en Suisse.

Le taux d'emploi est globalement similaire à la France (70%), mais avec un taux extrêmement fort sur le Haut Doubs : 80.4%.

Le taux de pauvreté est inférieur au niveau national avec 12.2% pour 14.5% en 2020. Toutefois, il est plus élevé à Besançon que dans tout le département (13.7%), ce qui s'est traduit par la reconnaissance de nouveaux quartiers prioritaires.

Cette ville a également le nombre de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active le plus important du Doubs avec 36/1000 habitants bénéficiaires contre 34 en France.

Besançon est un pôle administratif et universitaire. Globalement, la situation socio-économique du territoire de Besançon est plus favorable qu'en moyenne régionale. Ce constat se vérifie du point de vue de la population, de l'emploi et de son évolution, du niveau de formation et de qualification de la population. Toutefois, des points de fragilité sont observés en lien avec l'attractivité limitée du territoire (résidentielle, économique et touristique) et la structure de l'emploi local qui induit la question de la diversification économique (dépendance à l'emploi public).

Le territoire compte un pôle d'emplois principal : Besançon et sa large couronne. Il comprend également trois pôles d'emplois secondaires (Baume-les-Dames, Valdahon et Ornans).

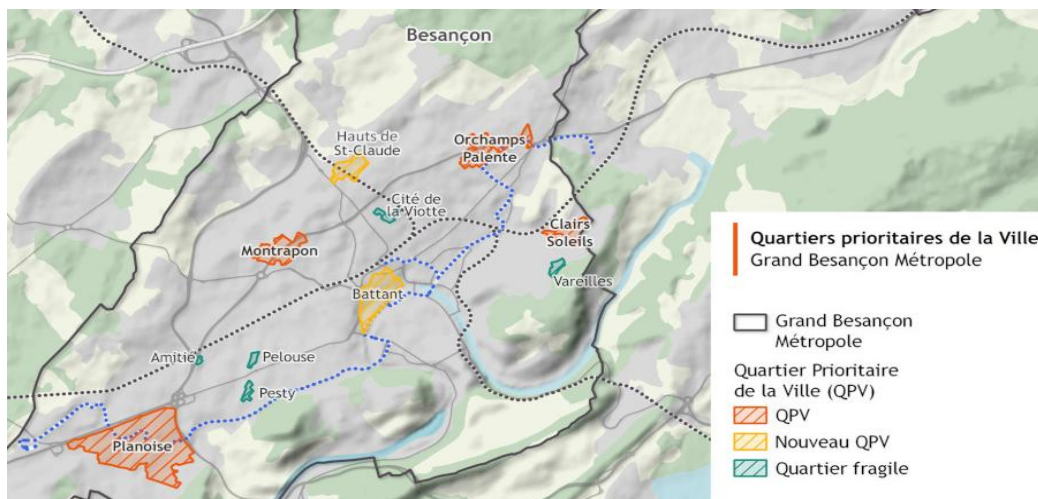
Le Grand Besançon a vu sa population augmenter avec une densité d'habitation presque 3 fois plus importante dans ces secteurs. La tranche d'âge 15/25 ans est importante (attractivité scolaire et universitaire importante). Les questions de précarité sont prégnantes dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (4 quartiers, dont Planoise). Depuis le dernier PTSM, deux quartiers bisontins ont été ajoutés et des secteurs se fragilisent avec :

- Des taux de pauvreté largement supérieurs à la moyenne des quartiers alentour (taux de chômage très élevé).
- Une sur-représentation des familles monoparentales.
- Des résultats scolaires et des niveaux de qualification moins bons qu'ailleurs.
- Des problématiques de tranquillité publique.

Ces quartiers abritent une population avec un taux de consommateurs pris en charge pour maladies psychiatriques en 2019 supérieur (39,8%) au taux national (France : 38,6), idem pour les antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur.

Du fait des demandes de soins croissantes de l'ensemble des CMP, CGI et CMPP, l'ensemble des dispositifs sont aujourd'hui en difficulté pour assurer de nouveaux suivis avec des délais d'attente allant de plusieurs mois, à parfois plus d'une année.

OBSERVATOIRE DES TERRITOIRES DONNÉS 2020



Spécificité du quartier de Planoise : Ce quartier compte 21 000 habitants, ce qui est extrêmement important ; pour élément comparatif, la population de la ville de Montbéliard est de 25 700 habitants. C'est une des entités urbaines les plus importantes en Franche-Comté. Cette population, sociologiquement très diverse, recense cependant quelques généralités, notamment sa jeunesse, une correspondance massive à la classe populaire et moyenne avec un taux de chômage élevé et l'appartenance à plus de cinquante groupes ethniques différents.

Ce quartier est souvent considéré comme le plus « défavorisé » de Besançon : de nombreuses tours et « blocs » sont délabrés ; les taux de chômage et de criminalité sont les plus élevés de toute la ville. Le principal type d'habitation est constitué de « barres » HLM.

Le quartier entier de Planoise a été qualifié de zone urbaine sensible définie par la municipalité bisontine, suite à des rixes liées aux trafics de stupéfiants ayant entraîné le décès d'un enfant. De plus, la saisie d'armements conséquents a déclenché l'expérimentation de la Force d'Action Républicaine (FAR) à partir du mardi 27 février 2024.

L'unique structure de psychiatrie implantée dans le quartier est le CMP de Planoise, seul accès possible à des soins gratuits psychiques, qui est aujourd'hui embolisé et se trouve à saturation, ne pouvant suivre uniquement les patients sortants d'hospitalisation.

Le public en soins présente des spécificités, comme les soins pénalement ordonnés, les personnes en rupture de traitement et les personnes vulnérables (précarité, violence intrafamiliale, addiction...). Le CMP, pour renforcer son offre, a porté un projet d'équipe mobile de psychiatrie sur ce quartier spécifique. Ce dernier se mettra en place en 2025. Toutefois, le CMP reste en difficulté pour répondre aux demandes de soins.

Un projet de création d'une maison de santé est en cours pour répondre aux besoins avec une volonté d'y associer des psychologues.

1.4 L'offre de soins du territoire

Dans le Doubs, en dehors de l'aire urbaine, l'offre de psychiatrie adulte est structurée autour de trois hôpitaux, le Centre Hospitalier de Novillars (CHN), le Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté à Pontarlier (CHIHC) et le Centre Hospitalier Universitaire de Besançon (CHU).

Ces trois établissements, depuis le 1^{er} janvier 2020, s'inscrivent au sein d'un même Groupement Hospitalier de Territoire ; le GHT Centre Franche-Comté, comprenant 10 établissements membres, dont le CHU est l'établissement support. Ce GHT possède la particularité d'associer, en plus des établissements du Doubs, le centre hospitalier spécialisé du Jura (CHS) dans une direction commune avec le CHN. A Besançon, la clinique la Velotte accueille des patients jeunes en réhabilitation psychosociale venant de toute la France.

Le Doubs compte 30 maisons de santé pluri professionnels hors PMA, en fonctionnement et 10 % des praticiens libéraux exercent en structures de soins coordonnés, versus moins de 5 % en moyenne nationale. Sur ces maisons de santé, l'ARS et le PTSM 1 ont travaillé pour la mise en place de psychologues dans 5 maisons de santé. Une expérimentation qui a démontré son efficacité et qui continue de se déployer (projet de maison de santé à Planoise, dans le Haut Doubs...)

Sur la prise en charge des enfants et des adolescents, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens sont des corps de métier manquant sur le territoire avec un recours aux CMPP et CGI faute d'offre. Ces professionnels pourraient être développés via les maisons de santé pour être plus attractifs. Il est à noter que le recrutement d'orthophonistes est extrêmement difficile aussi bien dans le médico-social que dans le sanitaire.

Un nouveau projet médical partagé GHT est en cours d'écriture. Le volet psychiatrie étant travaillé dans le cadre d'un groupe de travail spécifique sur les thématiques :

1. Consolider la filière des urgences pré et post hospitalière entre le CHU et le CHN
2. Structurer la filière d'addictologie.
3. Améliorer la prise en charge des détenus ayant besoin de soins psychiatriques.
4. Développer les stratégies thérapeutiques de neurostimulation et biologiques.
5. Améliorer l'articulation entre le centre support personne âgée et les autres dispositifs de soins de la filière.
6. Améliorer l'articulation entre le centre support réhabilitation et les autres dispositifs de soins de la filière.
7. Développer l'offre de psychiatrie périnatale.
8. Améliorer la continuité des parcours de prise en soins pédopsychiatrie



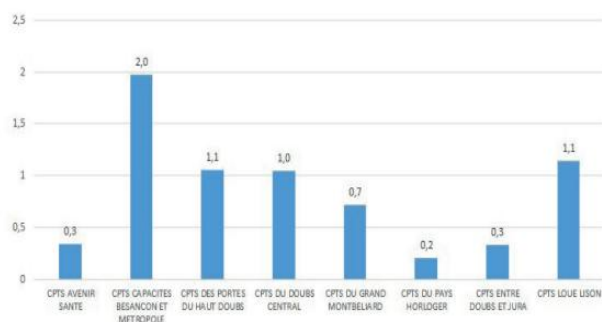
Le département compte 144 psychiatres en activité (dont 7.5 ETP au CHU et 13.9 ETP au CHN de pédopsychiatre). 99 exercent en mode salarié, 45 exercent en libéral. Avec une densité globale de 28,3 psychiatres pour 100 000 habitants, le Doubs se positionne au second rang départemental en BFC, derrière la Côte d'Or.

Cette position favorable s'explique notamment par la présence du centre hospitalier universitaire. Toutefois, 47 % des spécialistes ont plus de 60 ans. L'évolution démographique depuis 2020 présente un solde positif avec 12 installations pour 9 cessations d'activité. Toutefois, en grande majorité pour des psychiatres en exercice libérale exerçait précédemment en secteur hospitalier, fragilisant cette offre.

On constate aussi une répartition inégale des prestations sur le territoire avec des zones rurales sans aucun psychiatre. **Le nombre de psychiatres et de pédopsychiatres libéraux reste insuffisant et vieillissant avec un point d'attention sur l'attractivité Suisse.**



Nombre de psychologues conventionnés pour 10 000 hab



Source : Fichier National des Professionnels de Santé

	Psychiatres libéraux	psychologues conventionnés
CPTS du Grand Montbéliard	5	6
CPTS Capacité du Grand Besançon	36	40
CPTS du pays horloger	1	1
CPTS entre Doubs et Jura	1	3
CPTS Loue Lison	2	3
CPTS Porte du Haut Doubs	0	3
CPTS Avenir Santé	0	2
CPTS du Doubs Central	0	4
TOTAL	45	62

Le département compte 62 psychologues conventionnés, avec une répartition territoriale hétérogène :

- CPTS Capacité Besançon et Métropole : 2,0 psychologues pour 10 000 habitants
- Autres CPTS : environ 1 psychologue pour 10 000 habitants

Les psychologues enregistrent une augmentation spectaculaire de leur patientèle (+157,7%), phénomène largement attribuable au conventionnement de 26 nouveaux praticiens

Un potentiel de développement significatif existe, considérant que seuls 30% des 210 psychologues recensés par la DREES en 2024 seraient actuellement conventionnés.

L'analyse des données de consommation de soins en santé mentale pour l'année 2024 révèle qu'un total de 8 480 assurés du régime général ont bénéficié d'actes dispensés par des psychiatres ou des psychologues.

	Psychologues	Psychiatres	Psychologues + psychiatres
Nombre assuré ayant reçu un soin	2 471	6 192	8 480
Montant moyen remboursé par assuré	119,70€	458,54€	369,70€
Montant total remboursé	295 778,70€	2 839 279,68€	3 135 056€

Source : Assurés RG - CPAM 251

L'analyse démographique de la consommation de soins révèle des évolutions différenciées selon l'âge et le genre des patients. Les jeunes populations constituent le segment le plus dynamique, particulièrement pour les consultations psychologiques où les moins de 20 ans enregistrent une progression spectaculaire de 202%. Du côté des psychiatres, la tranche des 20-29 ans connaît la plus forte augmentation avec une hausse de 20%, suivie par les 30-39 ans qui affichent une progression plus modérée de 5,1%.

La répartition par genre témoigne d'une dynamique de féminisation accrue de la patientèle. Les femmes présentent un taux de croissance significativement supérieur à celui des hommes, avec respectivement +31,9% contre +21,5%.

L'analyse des prescriptions établies par les psychiatres met en évidence des tendances contrastées. Les indemnités journalières connaissent une progression de 15%, tandis que les prescriptions médicamenteuses accusent un recul de 15%.

Dans le domaine des transports sanitaires, on observe une reconfiguration significative des modes de prise en charge. Les dépenses en taxi enregistrent une diminution de 16%, alors que les transports en ambulance connaissent une forte augmentation de 51%. Cette évolution ne traduit pas un simple transfert vers les ambulances mais plutôt une réorientation vers les Véhicules Sanitaires Légers (VSL), suggérant une optimisation des modalités de transport en fonction des besoins spécifiques des patients.

1.5 Territorialisation de la santé

Les contrats locaux de santé sont en place sur l'ensemble du territoire. Chacun des CLS a bien un volet santé mentale clairement identifié et le CLS du Grand Besançon porte un CLSM. La majorité des territoires des CPTS sont ceux des CLS permettant une cohérence de territoire particulièrement efficiente.

Sur les 5 CLS :

Des actions pour favoriser la promotion et la déstigmatisation de la santé mentale :

- Favoriser et mieux coordonner la prise en charge du parcours de prévention et de soins en santé mentale des habitants, y compris la prise en charge de situations complexes.
- Contribuer à la déstigmatisation de la santé mentale et des personnes concernées par les troubles psychiques (exemple : action lors des SISM)
- Informer les habitants sur les troubles psychiques et sur l'ensemble des ressources existantes sur le territoire (exemple déploiement de PSSM)

+ Pour le CLS du Grand Besançon une fiche d'action sur la réalisation d'un diagnostic et le soutien aux soins des enfants présentant des signes de souffrance psychique.

+ pour les CLS du Pays Horloger et Pays du Haut Doubs une action en cours pour structurer une réponse de proximité aux situations complexes urgentes ou non avec troubles psychiques, avec un **questionnement sur la création d'un**



1 CLSM du Grand Besançon qui collabore dans le cadre du PTSM en tant que porteur d'action, de création d'outils de déstigmatisation, d'information grand public et réseau, un appui sur les CSC, un travail de psychiatrie citoyenne, et de portage du développement de la pair aide.

Présentation action de destigmatisation :

| SALUT, COMMENT VAS-TU ? | Salut, comment vas-tu ? C'est une action menée par le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) du Grand Besançon, ses... | By CCAS de Besançon | Facebook

Rendez vous Pluriel - Débat mouvant et escape game sur la santé mentale

Présentation escape game psy :

<https://www.youtube.com/watch?v=vafItSvKlIfA>

Outil de communication sur les SISM

<https://www.facebook.com/collectifsism25/>

Le PTSM permet de porter les actions du CLSM sur l'ensemble du territoire du Doubs via la diffusion des outils, des formations, de la structuration des SISM **en coordination avec les CLS.**

En 2025 ; l'ensemble du territoire est couvert par :

- **Une CPTS**
- **Une cellule de situation complexe** (plus de 100 situations traitées en 2024 sur la CSC Grand Besançon (public de + de 17 ans) et 40 pour les autres territoires) dont la moitié de Pontarlier.
- Le **dispositif d'appui à la coordination DAC** qui vient en appui aux professionnels de santé libéraux, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients complexes en lien avec des problématiques somatiques.
- La **Communauté 360** qui concentre son action vers la recherche de solutions concrètes au plus près des lieux de vie des personnes handicapées pour éviter les ruptures de parcours.

Ces dispositifs se coordonnent et sont de plus en plus saisis par l'ensemble du réseau ville/hôpital. Un travail de communication sera à poursuivre.

1.6 Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain

Besoins et actions prioritaires lors de la plénière du PTSM de Mars 2024.

BESOIN TERRITORIALITÉ	ACTION TERRITORIALITÉ
Transport mobilité - sanitaire - mobilité pour accès aux soins et en particulier en zone rurale	Financement des transports sanitaires et autres en tendant vers une gratuité maximum
	Développer l'offre de transport avec plus d'horaires, particulièrement dans les zones rurales, développer les trains
	Réintégrer la fonction de transports sanitaires au sein des établissements de santé, optimiser les transports en covoiturage ou les transports de plusieurs patients
Accès aux soins -milieu urbain et rural - manque de consultation psychologue et psychiatre - manque de lit d'hospitalisation - manque de CMP et délais	Développer l'offre IPA en santé mentale, création de CMP en milieu rural pour un meilleur maillage de l'offre et soins sur tout le territoire, formations des professionnels
	Renforcer l'attractivité des métiers de la santé mentale (horaires, conditions de travail, salaires)
	Développer la formation PSSM, information/formation/ déstigmatisation de la psychiatrie
Hébergement et lieu de vie : - prise en charge patient isolé - manque de places d'aval après hospitalisation - manque d'EHPAD pour PA avec problématique psychique - manque d'hébergement pour les malades psychiques	Création de places spécifiques handicap psychique, EHPAD psy et UPPA, FAM psy
	Créer des lieux d'habitat alternatif : mixité des résidences sociales avec accompagnement des équipes mobiles (EMPP, PA, EMILHA...)
	Renforcer l'intervention à domicile par les professionnels de la santé mentale, création de binômes pair aidant et professionnel de type case manager

1.7 Synthèse du contexte territorial

• Spécificités territoriales

Besançon : ville universitaire, attractivité scolaire et pôle d'emploi industriel, mais précarité élevée dans plusieurs quartiers prioritaires comme Planoise.

Haut-Doubs : population jeune et salariée transfrontalière, mais impact des conditions de vie (logements coûteux, isolement rural, difficulté de mobilité), tensions sur le logement.

Secteur rural : l'activité agricole et forestière représente plus de 80% de la superficie du Doubs et constitue une identité forte du département. Elle contribue au cadre de vie, à l'entretien, au maillage, au dynamisme et à l'attractivité du territoire départemental (emplois non délocalisables, produits et productions de qualité, rayonnement des savoir-faire...), mais repose sur une économie fragile et une population à risques élevés en termes de risques psychosociaux. Population rurale vieillissante avec un maillage de la mobilité très faible accentuant l'isolement.

• Enjeux populationnels

Augmentation de la population (+29 400 habitants projetés d'ici 2050).

Une population jeune qui présente un fort taux de recours aux soins en addictologie.

Une proportion de morts par suicide plus importante qu'en France.

Une population de + de 75 ans isolés à domicile, deux fois plus importante que sur le territoire national et qui va augmenter considérablement dans les 10 ans.

• Enjeux démographiques et socio-économiques

Besoin de logements abordables pour pallier les tensions, surtout à proximité de la frontière Suisse.

Importance de l'articulation entre santé mentale, insertion sociale et emploi pour réduire la précarité.

Des territoires de santé qui se sont bien structurés et développés au travers de la dynamique des CLS, CPTS, MSP.

Le maillage ville hôpital doit désormais se renforcer.

• Enjeux sur l'offre libérale

L'analyse approfondie de la situation de la santé mentale dans le département du Doubs révèle des problématiques structurelles significatives et des perspectives d'évolution qui nécessitent une approche stratégique multidimensionnelle.

L'étude met en évidence trois axes majeurs de préoccupation :

- La disparité territoriale constitue un premier enjeu fondamental, caractérisé par une concentration excessive des professionnels dans l'agglomération bisontine, générant des inégalités territoriales marquées dans l'accès aux soins. Cette situation appelle un rééquilibrage territorial de l'offre de soins.
- La démographie professionnelle représente un second défi critique, avec un vieillissement prononcé du corps psychiatrique, 49% des praticiens ayant 60 ans ou plus. Cette situation soulève la question cruciale du renouvellement générationnel et de l'attractivité de la profession dans le territoire.
- L'évolution de la demande constitue le troisième axe de préoccupation, marqué par une augmentation significative des besoins en santé mentale, illustrée notamment par la croissance spectaculaire du recours aux psychologues (+157,7%) mais qui se heurte à une évolution insuffisamment dynamique.

Dans le cadre des orientations nationales faisant de la santé mentale une grande cause nationale 2025, trois axes d'intervention prioritaires se dégagent :

- Le renforcement de l'accessibilité aux soins constitue le premier axe, articulé autour de la poursuite du conventionnement des psychologues libéraux dans le dispositif MonSoutienPsy, de la lutte contre le renoncement aux soins, et du développement des ressources en santé mentale.
- Le second axe concerne la prévention et la sensibilisation, avec le déploiement du programme "Premiers Secours en Santé Mentale" (PSSM), l'intégration de la santé mentale dans les actions préventives destinées aux jeunes, et un travail de déstigmatisation des troubles mentaux.
- Le troisième axe vise l'optimisation de la coordination des acteurs, notamment à travers l'accompagnement des professionnels de santé dans la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs, la rationalisation des prescriptions médicamenteuses, et le renforcement des partenariats territoriaux

- **Priorités de santé mentale dans le Doubs (CPAM, GHT...) :**

1. **Axes stratégiques :**

- Inclusion sociale et professionnelle (logement, emploi, soutien aux aidants).
- Prévention des crises suicidaires.
- Sensibilisation à la santé mentale.
- Amélioration des articulations médicales et médico-sociales, ville/hôpital.
- Améliorer la mobilité pour l'accès aux soins

2. **Offre de soins et d'accompagnement :**

- Permettre un accès rapide et non programmé aux soins en santé mentale.
- Réouvertures des places en psychiatrie adultes et infanto-juvénile gelées en lien avec des problématiques RH.
- Renforcement de la coordination entre soins primaires, médico-sociaux et psychiatriques.
- Renforcement des places d'hébergement pour limiter les hospitalisations inadéquates (ESMS, social, PA et PH).
- Ajuster l'offre ambulatoire à l'augmentation de la population.
- Dimensionner l'offre PA en lien avec l'évolution de la file active.

2 ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC DE LA FILIÈRE ENFANT ET ADOLESCENT

2.1 L'offre en périnatalité

La périnatalité n'avait pas, lors du premier diagnostic du PTSM, été investiguée. Toutefois, en lien avec le déploiement de la politique des 1000 jours, le PTSM a mobilisé les acteurs et a pu améliorer l'offre sur le territoire via divers projets. Le Doubs bénéficie d'un maillage important grâce à une collaboration active et ancienne entre le CHU et le Centre Hospitalier de Novillars avec le soutien du réseau de périnatalité de Franche-Comté.



SERVICE	File active 2024	EVOLUTION FILE ACTIVE depuis 2018	Total ACTE 2024	EVOLUTION ACTIVITE depuis 2018	Renfort entre 2020 et 2024
HDJ UPMB	24 bébés 23 mères	Identique	642 demi-venues	- 3,5%	
UPMB	Entretien Parents bébés 172 bébés 187 mères 59 pères	+40% (2020)	1737	+60% (2020)	Renfort 0.5 med 0.5 psycho 0.8 ide 0.2 sage-femme
	Entretien périnatalité 14 bébés 116 mères 16 pères		631		
HC MB	2 mères et bébé	Une offre peu structurée dans une unité adolescent qui rend difficile l'acceptation de l'hospitalisation par les mères.			
Equipe périnatalité	52	Création 0.4 med, 1 ide, 0.5 psycho, 0.5 psychomot			
CAMSP et PCO (donnée Doubs dont Aire Urbaine)	1120	+35%	11952	85%	Création puis renfort PCO : 660 k€ Création PCPE Transition CAMSP/SESSAD : 120 k€ Rebasage CAMSP : 532 k€ Renfort CAMSP pour intervention PCO : 122 k€ Passage de 25.6 à 44.8 ETP Dans le cadre du PRIAC 2025-2029 un renforcement des CAMSP est prévu
PMI Activité total (psychologues, puéricultrice, médecin, sagefemme)	4557 usagers	+111% (2019)	9420	+150% (2019)	Pour 2024, 1669 entretiens psychologues pour 1.8 ETP.
Centre maternel : Résidence sociale, appartement diffus et accueil de jour	44	Entre 2019 et 2024 : +26%	7416 journées	-22% (passe de 9595 à 7416)	Renfort 2024 CDEF : +0.4 ETP de médecin praticien ; +0.2 ETP pédopsychiatre ; (avril 2025)

Natalité : les dernières données remontent à 2020 avec

2715 accouchements maternité du CHU de Besançon, 1106 accouchements à la Polyclinique de Besançon et 1161 à la maternité du CHI HC de Pontarlier.

Le nombre d'accouchements de ces 3 établissements représente 45% du nombre d'accouchements total de la Franche-Comté, soit le nombre le plus important.

Entre 2020 et 2024 le taux de natalité du Doubs a diminué de 1%, mais reste le taux le plus important de l'hémi région.

Les besoins en soins de périnatalité, lit mère berceaux, restent extrêmement importants avec des problématiques nouvelles pour les tout petits en lien avec les impacts du COVID sur l'aspect relationnelle et l'exposition précoce aux écrans.

Le CDEF prend en charge de nombreux enfants protégés (description p 28) : En 2024, le nombre de journées et le taux d'occupation sont inférieurs aux années précédentes. Toutefois, le nombre de personnes accueillies et/ou accompagnées augmente sensiblement depuis 2 ans.

Cette évolution s'explique en partie par le travail mené dans la prise en compte du co-parent, avec davantage d'étayage opéré par les équipes.

La diversité des dispositifs proposés, notamment par le biais de l'accueil de jour (4 familles en 2024), permet de répondre aux besoins multiples des différentes familles.

Le nombre de mouvements entre 2022 et 2024 a doublé ce qui montre une forme de turn-over plus important, alors que dans le même temps le nombre de journées réalisées et le taux d'occupation tendent à diminuer.

Une réflexion sur la mise en place de nouveaux indicateurs concernant l'activité cible et l'activité réalisée est à mener. Les besoins sont très hétérogènes selon les situations accueillies.

Le centre maternel s'est doté d'un 6e appartement en diffus. L'activité se recentre sur la modalité hébergement plutôt que l'accueil de jour et la guidance parentale. La rédaction d'un nouveau projet de soin en avril 2025 permet de travailler en étroite collaboration avec les services de la PMI et l'équipe médicale du CDEF.

La PMI est un service public de Santé primaire, universel et gratuit. Il s'adresse principalement aux futures mères et aux enfants de moins de six ans.

Avec 31 centres médico sociaux répartis sur l'ensemble du département, le Doubs bénéficie d'un maillage territorial dense et efficace. Ce réseau assure une présence de proximité, y compris dans les zones rurales éloignées des maternités, comme la vallée de la Loue et le Doubs central. L'accompagnement des familles par les équipes de PMI commence dès la période prénatale, avec la possibilité de visite de suivi et d'accompagnement des sage-femme PMI, le plus souvent en renfort des professionnels de santé de ville et hospitaliers. En sortie de maternité, une continuité de l'accompagnement est assurée, par le relais entre la sage-femme et la puéricultrice du secteur.

Cet accompagnement à domicile va être complété par les consultations infantiles en CMS, réalisées par le binôme médecin / puéricultrice. En plus des vaccinations et examens obligatoire, ce fonctionnement permet aux parents de trouver un lieu riche en conseils, aides et soutiens. Enfin, tous les professionnels de santé de PMI peuvent orienter les familles sur une rencontre avec l'un des 6 psychologues PMI du service, renforçant ainsi l'étayage proposé.

L'activité périnatale du service PMI du Département du Doubs n'a cessé de croître sur la période 2020/2024, et ce en dépit d'une légère baisse de la natalité. La file active n'a jamais été aussi importante, et la part des actes PMI contribue de plus en plus à l'offre de soins primaire.

Le CAMSP s'adresse à toute famille ayant des inquiétudes sur le développement ou le comportement de leur enfant âgé de 0 à 6 ans. Les professionnels du CAMSP et le réseau de professionnels partenaires assurent des missions de prévention, d'évaluation globale à visée de diagnostic et proposition de soins ainsi que quelques suivis thérapeutiques.

Organisée en guichet unique, l'association de gestion du CAMSP du Doubs et de l'Aire Urbaine s'est beaucoup développée ces dernières années avec le portage d'une Equipe Diagnostic Autisme de Proximité (EDAP), un Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) pour des transitions CAMSP/SESSAD-PMO, et une Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) pour les enfants de 0 à 6 ans présentant des risques de Troubles du Neuro-Développement.

Ces dispositifs fonctionnent sans liste d'attente mais les durées de parcours diagnostic augmentent du fait d'une demande expansive et de ressources externes limitées notamment sur le Haut-Doubs et l'Aire Urbaine. La principale problématique rencontrée est cependant la rupture de parcours de soins post-diagnostic compte tenu des délais d'attente dans les autres structures (SESSAD/PMO, CMPP...).

Dans les points de vigilance, on note :

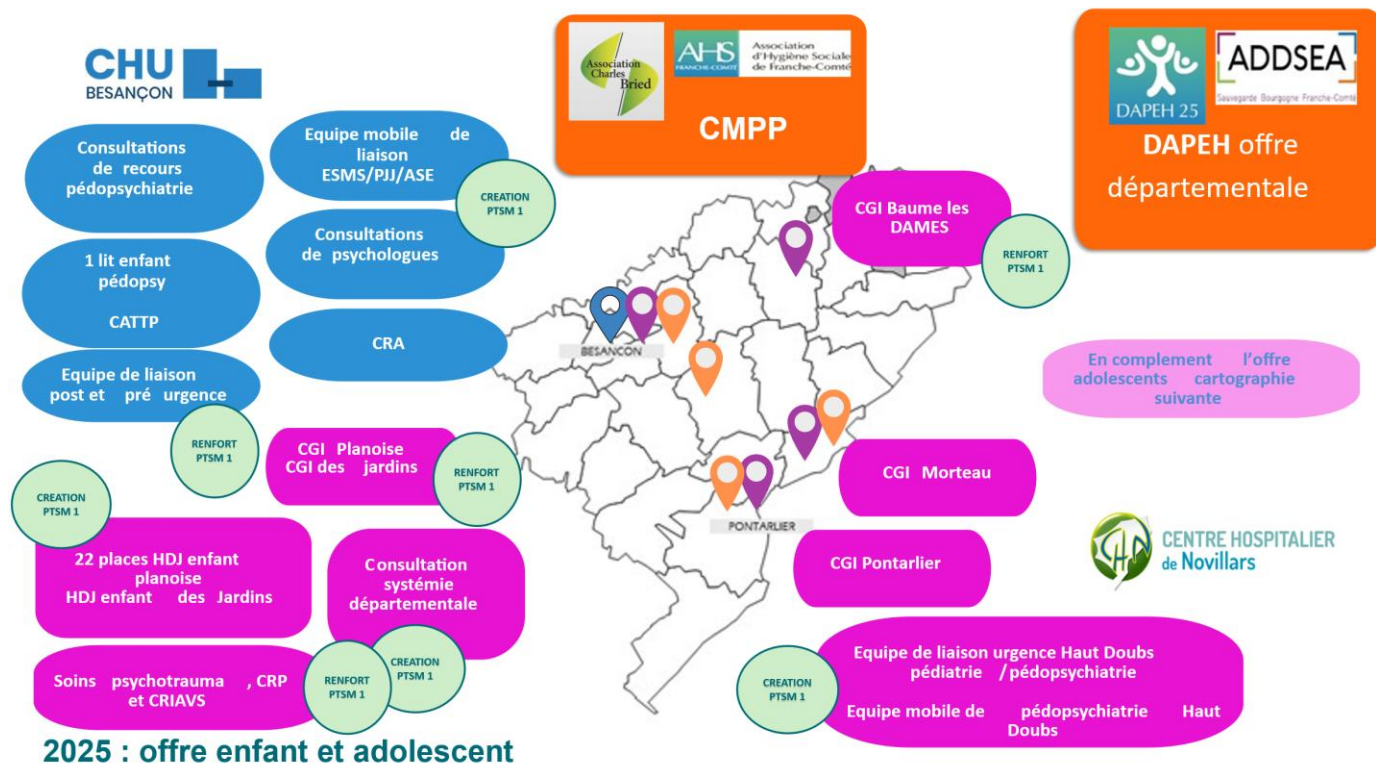
- Un territoire non couvert en termes de PMI sur la Vallée de la Loue.
- Une maternité éloignée sur le territoire de Pontarlier sans offre de proximité de soins de consultation UPMB.
- Une offre de soins d'hospitalisation complète PMB régionale à déployer et renforcer.

2.2 Évolution de l'offre sanitaire enfance et adolescence

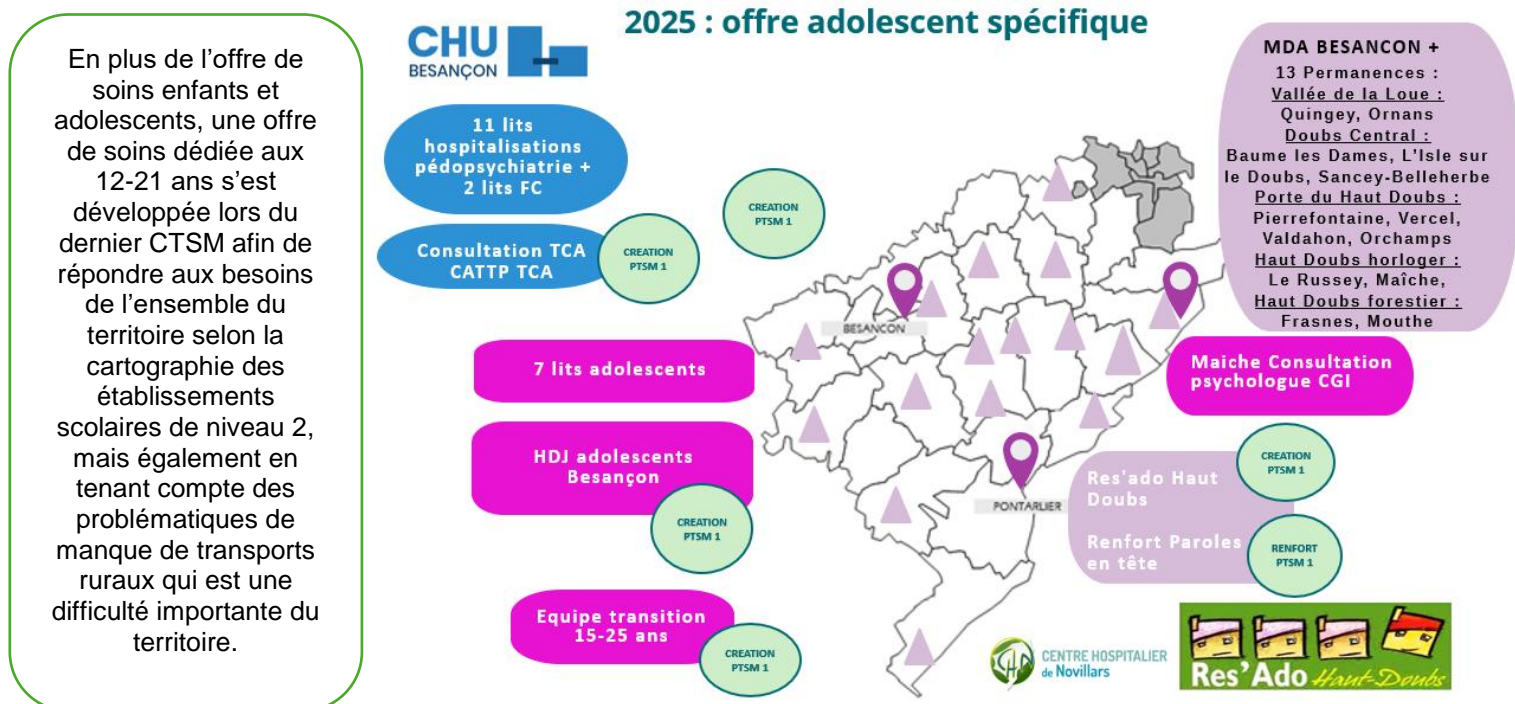
L'offre sanitaire est organisée autour du CHU de Besançon et du CH de Novillars. Le secteur du Haut Doubs est couvert via le CH de Novillars. Il n'y a pas de lit d'hospitalisation complète sur le secteur de Pontarlier. **On constate encore une zone blanche sur le territoire de la vallée de la Loue qui n'a, à ce jour, aucune offre de soins en proximité et peu de prise en soins sur Maïche** en dehors des adolescents. En mai 2025, 2 ETP de pédopsychiatrie au CHN et 1.5 ETP au CHU sont en attente de recrutement dans le sanitaire. Les postes de psychiatre, mais aussi de médecin généraliste en DITEP et DAME sont quasiment devenus inexistantes.

2.2.1 Cartographie de l'offre de l'enfant et l'adolescent et de l'offre spécifique adolescent

Cette cartographie présente l'offre de soins et d'accompagnement des 3-18 ans.



Voici une **carte des dispositifs 12-18 ans** complétant la carte précédente



2.2.2 Activité de l'offre ambulatoire de l'enfant et de l'adolescent

En 2021, environ 18,1 % de la population du Doubs avait moins de 14 ans. Comparativement, la moyenne régionale pour les moins de 14 ans était de 16,5 %. Or, en plus d'une population de mineurs qui augmente sur le territoire bisontin et frontalier, la souffrance des jeunes a considérablement augmenté depuis la pandémie de COVID-19.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la prévalence mondiale de l'anxiété et de la dépression a augmenté de 25 % au cours de la première année de la pandémie chez les moins de 25 ans.

En France, cette tendance se reflète également par une augmentation significative des demandes d'accès aux soins de santé mentale pour les mineurs. L'UNICEF a également souligné que les effets néfastes de la pandémie sur la santé mentale des enfants et des jeunes pourraient se faire sentir pendant de nombreuses années. Les confinements, l'isolement social et les perturbations scolaires ont contribué à cette détresse accrue.

	File active 2024	Evolution file active depuis 2018	Total acte 2024	Evolution d'activité depuis 2018	Délais attente psychiatre 2024	Evolution délais attente psychiatre depuis 2018	Délais attente psychologue 2024	Evolution délais attente psychologue depuis 2018	Délais en jour Premier entretien	Renfort entre 2020 et 2024
C. G. I. BAUME LES DAMES	145	+ 65%	2300	+ 77%	261	+ 47%	302	+ 46%	55	0,3 Pédopsy, 1 ide, 1 ES, 0,5 psy, 0,2 psychomot,
C. G. I. MAISON DES JARDINS (avec CATTP)	279	-29%	4159	-11%	Non renseigné	Non renseigné	612	+ 371%	113	Aucun
C. G. I. PLANOISE (avec CATTP)	381	+ 41%	5168	+ 29%	183	+ 17%	160	- 23%	132	1 IDE, 0,3 pédopsy 0,5 psychologue
C. G. I. PONTARLIER (sans CATTP)	729		5670		111		103		194	Création 1 ide 1 psycho 0.5 secrétaire
CGI MORTEAU et intervention MAICHE (sans CATTP)	249	+ 4%	2869	+ 8%	249	+ 8%	179	+ 8%	97	
Consultation Systémie	102		197		Création après 2018				6 mois	Création 0.7 med 0.60 ide, 1 psycho 0.5 secr en 2023
Consultation urgence Haut Doubs pédopsychiatrie	177		1385		Création après 2018				1 semaine	Création 0.5 med 1 ide, 0.4 diet 0.4 psychomot 0.5 psycho
Consultation et CATTP TCA					Ouverture en 2025					
EMIL	71		1331		Création après 2018				15	0.5 pédopsy, 1.5 ide 0.5 psycho, 2 es 0.5 neuropsychy
3P urgences	335	+ 45% (2021)	921	+ 54% (2021)	Prise en charge immédiate					Renfort 0.4 med 2 ide
MDA Besancon	668	+ 19.5%	2527	+ 0.5%	Accueil immédiat non programmé possible					Déploiement actions rurales
MDA antenne Doubs Central	36		74		Création après 2018				Ne peut être renseigné Car pas détaillé dans le DPI	Renfort MDA 1.25 ES
MDA antenne Haut Doubs					Ouverture en 2025					
MDA 1er plateau	47		76		Création après 2018					
MDA Valle de la Loue	16		44		Création après 2018					
Equipe mobile Haut Doubs pédopsychiatrie					Ouverture en 2025					Création 0.4 med 0.4 cadre, 1 ide 0.5 es, 0.35 psycho 0.2 secret
CATTP CHU enfant	25	-7.40	1051	-26%	47		76			
CATTP CHU adolescent	25	+215%	514	+ 778%	16		44			

On constate que les CGI qui ont été renforcés ont pu accueillir à la fois plus d'enfants et augmenter leurs activités depuis le dernier diagnostic PTSM. Toutefois, aucun n'a pu diminuer ces délais d'admission, qui ont même augmenté, avec désormais des délais d'accès aux soins allant de 3 mois à 2 ans.

Sur les CGI, la baisse de la file active s'explique en partie par la complexité accrue des situations adressées au CGI, nécessitant pour la plupart différents espaces de soins. De nombreuses situations sont multi partenariales et impliquent de nombreux temps de concertation mal reflétés dans les actes. Par ailleurs, de nombreux turn-over dans l'équipe avec des congés maternités ont impacté l'activité en 2024.

Enfin, une tension supplémentaire existe depuis janvier 2025 suite à la fermeture d'une offre de soins de proximité qu'était la maison verte et qui assurait du soin psychiatrique et psychologique pour de nombreux enfants du secteur de Besançon.

Un point important sur l'accès aux soins programmés et non programmés sera un axe crucial du prochain PTSM., renforcer les moyens pour accompagner les situations complexes et multi partenariales. Ainsi que la couverture des besoins spécifique de la vallée de la Loue et du premier plateau qui ne sont pas couverts par une offre de proximité de CGI.

En effet en 2024, les jeunes de ces deux secteurs représentent une file active de 329 patients qui consultent pour :

6% au CGI maison des jardins soit 20 patients	28% au CGI Planoise soit 92 patients
50% au CGI Pontarlier soit 166 patients	13% CGI Morteau 44 patients
4% au CGI Baume les dames soit 14 patients	

30 patients ont été suivis dans 2 CGI différents au cours de l'année 2024

	File active 2024	Évolution file active depuis 2018	Total acte 2024	Évolution activité depuis 2018	Délais attente psychiatre 2024	Évolution délais attente psychologue depuis 2018	Premier entretien	Remarques
CMPP AHSFC (Besançon, Pontarlier, Morteau)	487	+7%	9184	-26.8%			6 mois en moyenne	
CMPP chifflet Besançon, Valdahon	574 dont 144 Valdahon (2023)	identique	9155 dont 1507 Valdahon (2023)	+9.5%			1 à 3 mois	Dans le cadre du PRIAC 2025-2029 un renforcement des CMPP est prévu
DAPEH	22	15 jours	15j	Création nouvelle				¾ des situations sont en lien avec des troubles du comportement.
CRA	84	-18%	331*	+69%	Délais attente premier RDV en 2024 : 499 jours Délais attente bilan et restitution en 2024 : 567 jours	Délais attente premier RDV : 246 jours Délais attente bilan et restitution : 355 jours		*Chiffres différents du nombre du nombre d'actes PMSI générés pour faire un diagnostic.
EMA	12	identique	33	identique			15 j à 1 mois	

Remarque CMPP AHSFC,

Le taux d'absentéisme à hauteur de 19% est stable depuis plusieurs années.

L'amélioration de l'accessibilité au soin portée collectivement par l'établissement et l'association via le CPOM depuis 2018 avec un renfort des ressources humaines atteint un effet seuil. Il y a de moins en moins d'entrée et sortie d'enfant dans la même année du fait de situation complexité des situations accompagnées.

Depuis 5 ans, on note une hausse forte de demandes de certificats médicaux à destination de la MDPH.

Remarque RES ADO, parole en tête.

Depuis 2018 ces dispositifs ce sont structurés pour diffuser des ressources et des programmes de prévention auprès de tous les élèves de 4 -ème du département.

Le renfort de poste sur le Haut Doubs ont permis le développement de l'ensemble des ressources sur ce territoire

Fermeture de La Maison Verte qui était un dispositif associatif de soins de premier niveau avec psychologue et psychiatre qui permettait un accès gratuit pour des soins de courte durée aux enfants avec leurs parents du Grand Besançon.

Cette association avait une file active d'environ une centaine d'enfants et d'adolescents par an. Les jeunes ont été redirigés vers le dispositif « mon soutien psy » ou dans les CGI et CMPP, venant en 2025 augmenter les demandes de soins.

2.2.3 Places et lits de pédopsychiatrie départementale et régionale

L'augmentation de la population et les difficultés sociétales ont un impact significatif sur la tension de l'offre de soins sur le territoire, qui, malgré des renforcements de moyens, peine encore à répondre aux besoins de soins dans un délai raisonnable.

De plus au regard de l'augmentation de la population, le territoire reste sous doté en termes d'équipement ambulatoire.

Pour le Doubs en 2021 selon l'INSEE, voici la répartition des jeunes de moins de 18 ans :

- **Moins de 5 ans** : 30 039
- **5 à 9 ans** : 34 082
- **10 à 14 ans** : 34 927
- **15 à 17 ans** : 20 059

Cela donne un total de 119 107 jeunes de moins de 18 ans.

La population mineure concernant spécifique le territoire du PTSM 25 est de 119107 – 14671 : 104 436 mineurs.

Hôpital Jour	Nombre places 2018	Nombre places 2025
HÔPITAL DE JOUR ENFANT LES CEDRES	11	11
HÔPITAL DE JOUR ENFANT CATIJ	11	11
HÔPITAL DE JOUR ENFANT PONTARLIER	6	6
HÔPITAL DE JOUR ADOLESCENT	création PTSM 1	14
HÔPITAL DE JOUR Espace Accueil Adolescent	2	2
MISSIONS RÉGIONALES et DEPARTEMENTALE HÔPITAL DE JOUR Parents-Bébé (dyade)	8	8
TOTAL PLACES JOUR PEDO	38	52

Ratio moyen national en PEDO PSY : 1 place pour 1458 mineurs

Au regard de la population de 2014 et du ratio national, 60 places étaient nécessaires lors du PTSM1

En 2025, nous devrions avoir 71 places d'HDJ enfants et adolescents pour la population mineure du PTSM 25
L'offre de soins en HDJ restent sous dimensionnée.

Ratio moyen national en PEDO PSY : 1 lits pour 6580 mineurs

Hospitalisation complète	Nombre de lits	Nombre de lits
Espace Accueil Adolescents	7	7
Une unité Pasteur adolescents non sectorisée	7	10
MISSIONS RÉGIONALES CHU <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des pathologies complexes et intriquées en lien avec les services de pédiatrie et plateau technique - Troubles des conduites alimentaires, phobies scolaires, troubles thymiques et schizophréniques à début précoce, pathologies du lien - Accueil enfant 	7	2
Hospitalisation conjointe mère-bébé (1 lit + 2 berceaux)	2	2
TOTAL LITS PÉDOPSYCHIATRIE SECTEUR	17	17 à destination des patients du secteur, et 4 à vocation régionale (places qui ont été réduites depuis le premier PTSM aux vues des demandes de soins du Doubs.

Au regard de la population de 2014 et du ratio national, 14 places étaient nécessaires lors du PTSM1

En 2025, nous devrions avoir 16 lits d'HC enfants et adolescents pour la population mineure du PTSM 25

	Taux occupation 2024	File active 2024	ÉVOLUTION FILE ACTIVE depuis 2020	Activité 2024	ÉVOLUTION ACTIVITÉ depuis 2020	REMARQUE
HC PASTEUR	nc	56	-14% (2018)	250 séjours	+4% (2018)	Peu d'évolution, car activité en lien avec la capacité de l'offre, mais une augmentation de la demande et des situations de plus en plus complexes
HC Espace accueil Ado	66.7%	76	+ 6%	1696	-2%	Peu d'évolution, car activité en lien avec la capacité de l'offre. Par contre, un taux d'occupation avec de la marge d'amélioration possible, un délai d'accès aux soins en augmentation
HDJ Adolescent CHU	2.5%	2	-71%	12	-82%	Effet de bascule sur l'HDJ NOVADO avec des HDJ en HC uniquement en lien avec les sorties d'hospitalisation
HDJ Adolescent NOV'ADO	-50 %	24	+ 71%	1196	+ 210%	Pas d'évolution, car activité en lien avec la capacité de l'offre. Par contre, un taux d'occupation avec de la marge d'amélioration possible
HDJ Enfant les cèdres	71.6 %	29	-17%	1310	23%	Pas d'évolution, car activité en lien avec la capacité de l'offre. Un taux d'occupation bien supérieur que le niveau national. Une file active qui a diminué du fait de situation plus complexe impactant la fluidité des sorties
HDJ Enfant CATIJ	52.4 %	36	0%	1077	-1%	Pas d'évolution, car activité en lien avec la capacité de l'offre. Par contre, un taux d'occupation avec de la marge d'amélioration possible. Des problématiques RH
HDJ Passer'ailes	72.5 %	25	14%	861	48%	Pas d'évolution, car activité en lien avec la capacité de l'offre. Un taux d'occupation bien supérieur que le niveau national

Au niveau national, les hôpitaux de jour en pédopsychiatrie ont proposé en 2021 environ 9 400 places, pour 35 681 patients, mais avec un taux de remplissage des places faible, de 50 % avec 1 099 360 journées selon les données de Scan santé. (Rapport de la Cour des comptes de Mars 2023).

Les structures du Doubs ont donc des taux d'activités plus élevés que le niveau national, même si une recherche d'amélioration doit être faite pour pouvoir ouvrir les soins aux plus grands nombres via un taux d'occupation plus important.

L'adaptation de l'offre à l'augmentation de la population sera un enjeu fort du prochain CTSM.

2.2.5 La recherche en pédopsychiatrie :

La recherche portée par le CHU en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent porte sur la régulation émotionnelle psychoneurobiologique et les interactions parent-enfant de la périnatalité à l'adolescence, liée à l'attachement, la mentalisation, et le soutien des compétences parentales.

Elle fait l'objet de collaborations locale, nationale et internationale (Harvard, Edinburgh, Montréal et CHU Lausanne).

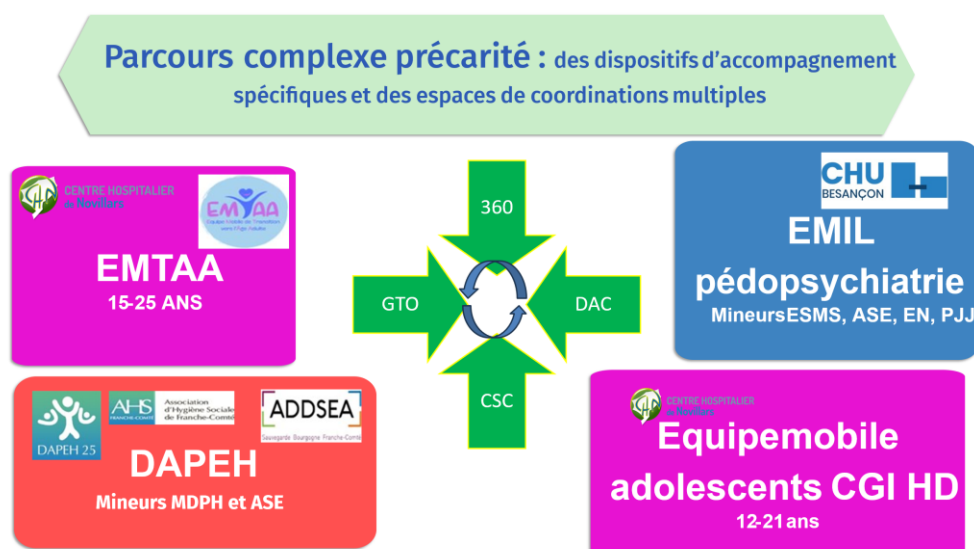
Il s'agit de recherches cliniques, qui ont des bénéfices directs sur les parcours de soin, les formations des équipes, et sur l'efficacité des traitements.

- Périnatalité : repérage et impact du traumatisme de l'accouchement sur l'interaction mère-bébé, le PTSD (troubles de stress post-traumatique) maternelle et le développement de l'enfant
- Petite enfance : efficacité des psychothérapies parent-enfant et effets du stress sur les parents et l'enfant
- Adolescence :
 - Régulation émotionnelle de l'adolescence en lien avec ses capacités de mentalisation et la qualité du lien avec son parent
 - Santé mentale des adolescents en DITEP
- **4 études en cours d'inclusion dont** : CARMEN, ECRIN, PSYPREDI
- 9 études terminées : OTACLA, ESPPRI, EVAGIT, MEDIACONNEXE, GUIDANCE, TOPASE, MONRADO 1&2, ELOREA, TRAUMA
- 13 Publications (réf PubMed) Total 1413 inclusions 2013-2025

2 études à venir :

- MENTALIS-TCA : effet des soins groupaux basés sur la mentalisation pour les adolescents souffrant d'anorexie mentale
- TOPASE +: Impact d'un accouchement vécu comme traumatique 18 mois plus tard sur la santé mentale des parents et l'interaction parent enfant.

2.3 Offre de coordination



Entre 2018 et 2025, de nombreux dispositifs de soins et d'accompagnement ont été créés avec des missions et des périmètres d'interventions spécifiques. Dans le même temps, des dispositifs de coordination se sont structurés. À ce jour, si les dispositifs de soins et d'accompagnement sont de plus en plus connus et saisis, la multiplicité des lieux de coordination doit se restructurer. Dès 2025, la Cellule de situation complexe a relayé les situations à la communauté 360 et assure un soutien clinique aux professionnels. Une demande de reprise des Groupes Techniques d'Orientation (GTO) qui se sont arrêtés depuis 2021, instances s'occupant des situations complexes de la protection de l'enfance a été formulée par les acteurs de terrain (soins, les ESMS et la protection de l'enfance) avec une demande de redéfinition des missions et orientations de cette instance afin qu'elle puisse être dans l'opérationnalité des parcours.

Un dispositif d'accompagnement pour des jeunes en situation d'entrée dans des pathologies psychiatriques importantes a été mis en place sur le territoire du Doubs (EMTAA). Il a pu démontrer son efficacité tant en termes d'impact de parcours que de ré-hospitalisations. Toutefois, cette offre limitée à une file active simultanée de 40 patients est à saturation et mériterait d'essaimer sur le département.

La coordination avec l'éducation nationale et la PJJ s'est construite par dispositif avec des temps de rencontre pluriannuels.

2.4 Offre d'accompagnement enfance et adolescence à vulnérabilité

Remarque : une tension en hausse constante pour les demandes de soins des mineurs de Besançon.

Au regard de la thématique éducative, la situation des enfants et des jeunes des quartiers prioritaires présente des signes de fragilité avérée.

À titre d'exemple, si le taux de retard en CM2 est de 11,4 % au niveau de la CAGB (Communauté d'Agglomération du Grand Besançon), il est de 30,5 % à Planoise (19 000 habitants), 24 % aux Clairs Soleils (2922 habitants) et de 23 % à la cité Brulard (1925 habitants).

La précarisation des familles à Besançon impacte l'ensemble de l'offre de soins avec des situations de plus en plus complexes prises en charge dans les CMP et CMPP. La durée d'attente pour accéder aux soins est particulièrement préjudiciable avec à l'entrée dans les soins des enfants nécessitant de multiples prises en charge de rééducation et de soins psychiques sur des durées de soins plus importantes.

La nécessité d'intervenir plus précocement avec des articulations au sein même des structures éducatives et scolaires dès la maternelle et la primaire est une attente forte pour le prochain PTSM, la structuration des maisons de l'enfant et de la réussite éducative (MERE) pourra être un levier.

Remarque des services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse :

La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de Franche-Comté (DT PJJ) compte deux services territoriaux éducatifs de milieu ouvert (STEMO Sud Franche-Comté et STEMOI Nord Franche-Comté) et un établissement de placement éducatif et d'insertion (EPEI de Besançon) qui se répartissent en 9 unités.

Tableau de l'activité de la PJJ (nombre de jeunes pris en charge) de l'année 2024 pour les services de milieu ouvert du Doubs :

	Jeunes pris en charge
STEMO BESANCON	523
EPEI/UEHC	36
UEAJ BESANCON	19
STEMO MONTBELIARD	393
DOUBS TOTAL	971 (moins 32.45% de 2018)

À noter que les jeunes majeurs suivis dans un cadre pénal représentent 20 % de l'effectif, chiffre stable depuis 2018.

La présence de la PJJ sur le secteur du PTSM :

4 unités de la PJJ sur les 9 sont concernées par le PTSM, étant donné leur lieu géographique d'intervention :

- le Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert BESANCON, composé de deux Unités Educatives de Milieu Ouvert (UEMO) Besançon 1 (Secteur de Besançon et autres secteurs du Doubs), et l'UEMO Besançon 2 (Secteur du Haut-Doubs et quartier de Planoise).

3 éducateurs de l'UEMO Besançon 1 interviennent quotidiennement auprès des jeunes incarcérés. Le quartier « mineurs » de la maison d'arrêt de Besançon peut accueillir 20 mineurs (40 jeunes incarcérés sur l'année 2024 dont 22 mineurs originaires du Doubs, tous dépendant du secteur du PTSM, chiffre stable depuis 2018).

La baisse significative des mesures judiciaires concernant les jeunes pris en charge à la PJJ est liée à plusieurs facteurs, dont :

Une baisse nationale, depuis plusieurs années, notamment post-covid, de la délinquance juvénile. Néanmoins, les faits sont souvent plus graves ;

Un nombre variable de dossiers traités par les magistrats en fonction de la situation RH des tribunaux judiciaires (le manque de magistrats entraîne un délai de traitement des infractions plus long selon les périodes ce qui a été le cas sur le Doubs).

Un changement de logiciel récent a modifié les paramètres de comptabilisation encore en évolution, donc ces chiffres peuvent être pris avec quelques réserves.

- L'Unité Educative d'Hébergement collectif (UEHC) de Besançon.

Dans un cadre pénal, la PJJ met en œuvre des mesures de placement permettant au jeune de vivre momentanément hors de son environnement familial et social. Parallèlement, les mineurs placés dans un collectif de vie ou dans une famille d'accueil peuvent poursuivre leur scolarité ou leur formation. L'EPEI de Besançon accueille des adolescents âgés de 13 à 18 ans (âge moyen en 2024 =16,13 ans, dont 36% moins de 16 ans).

- Sur les 41 prises en charge pour 36 jeunes réalisées en 2024, 8 se sont exercées en hébergement diversifié sur des modalités identiques à celle de 2018.
- La durée moyenne des placements en 2024 était de 7,76 mois, dont 19 % ont duré plus de 12 mois et 50 % moins de 3 mois, (pour certains en accueil-relais, moins d'un mois).

Si l'EPEI/UEHC de Besançon accueille majoritairement des mineurs (36 mineurs, dont 6 filles en 2024) placés dans un cadre pénal au sein de sa structure collective, des placements en familles d'accueil ou en hébergement individualisé (FJT...) sont possibles.

Concernant l'hébergement diversifié, l'EPEI a disposé durant l'année 2024 de trois familles relais, deux dans le Doubs et une dans le Jura pour un total de 2 accueils (un jeune a été pris en charge de manière alternée dans deux familles différentes) au titre du placement familial.

Le recrutement des familles relais a été de nouveau initié au cours de l'année 2024, suite à une campagne de la PJJ au niveau national de recrutements de famille d'accueil. L'EPEI entretient également des liens de partenariat par le biais d'une convention avec les deux foyers de jeunes travailleurs de Besançon.

La prise en charge de la santé des mineurs est une forte préoccupation des professionnels de l'EPEI.

À l'UEHC, un **médecin pédopsychiatre intervient deux fois par mois** pour rencontrer les jeunes placés. Tous les jeunes bénéficient d'un entretien lors de leur accueil, puis d'entretiens complémentaires si un besoin est repéré dans ce sens.

Les obligations de soins portant sur des infractions à caractère sexuel peuvent se faire à partir de l'unité du psychotraumatisme, soit à l'interne au sein du groupe éducatif mineurs auteurs de violences sexuelles.

Les obligations de soins qui concernent les addictions se font dans l'espace d'une Consultation Jeune Consommateur : CSAPA Soléa bis et Association Addictions France.

Les obligations de soins portant sur une problématique liée à la violence peuvent être dirigées pour des consultations à l'Espace Accueil Adolescents du CHRU BESANCON.

La psychologue de l'UEHC est particulièrement vigilante à garantir la continuité des soins lors de la fin du placement.

- L'Unité Educative d'Activité de Jour (UEAJ) de Besançon.

L'UEAJ de Besançon a accueilli 22 jeunes en 2024, dont 19 dans les effectifs au 31/12/2024.

Les UEAJ organisent les activités scolaires, professionnelles, de prévention santé, culturelles et sportives adaptées, prioritairement, aux mineurs qui font l'objet d'une décision de justice.

Les UEAJ ont également la possibilité d'accueillir des adolescents hors mandat judiciaire (2 à 3 jeunes en moyenne).

La PJJ et le partenariat en santé

Il existe un partenariat entre la PJJ et les structures de soins :

- La PJJ propose, à l'interne, un programme éducatif pour les mineurs auteurs de violences sexuelles dans le cadre d'un groupe de parole (5 à 6 jeunes) animé par une éducatrice et une psychologue PJJ. Le Groupe Éducatif à destination des Mineurs Auteurs de Violences Sexuelles (GEMAVS) se réunit par sessions de 6 mois, à raison d'une séance mensuelle de 3 heures. Le CRIAVS est partenaire de cette action.
- Dans le registre des conduites sexuelles problématiques, le dispositif AIDO est également une ressource précieuse pour les enfants de moins de 12 ans dans le cadre des MJIE
- **La DT PJJ FC travaille à l'implantation d'un centre éducatif fermé PJJ (CEF) à l'horizon 2026**, initialement prévu dans le Doubs, mais qui verra le jour pour la Haute-Saône à Lure. Le CEF accueillera de 8 à 12 jeunes (mixte) issus de l'ensemble du territoire Franche-Comté, mais également d'autres départements, sur ordonnance judiciaire en alternative à l'incarcération.
Sur la durée du placement (6 mois renouvelables 1 fois), la prise en charge de la santé et de la santé mentale des mineurs sera organisée auprès des partenaires locaux, notamment la psychiatrie de secteur de Haute-Saône et la Maison de l'Adolescent 70. Le partenariat est à construire en amont de l'ouverture prévue approximativement au deuxième semestre 2026, et après le recrutement d'une équipe éducative et d'un temps infirmier pour la structure.
- La présence d'une pédopsychiatre en vacation sur l'UEHC, permet de prévenir, autant que possible, la crise et l'hospitalisation en urgence, facilite le lien avec les secteurs de pédo-psychiatrie, et accompagne les équipes dans les prises en charge.

- Le missionnement d'un éducateur de la PJJ (UEMO 2) à la MDA de Besançon doit faciliter les RDV de consultations des mineurs ou jeunes majeurs suivis par le milieu ouvert de Besançon, et auprès des mineurs incarcérés avec une action « récits de vie » menée conjointement par un binôme PJJ/MDA en 2023 et 2024.
- Le service de médecine légale et de victimologie du CHU de Besançon accueille sur RDV les mineurs dans le cadre notamment de consultations de psychotraumatisme et nous aurions souhaité créer un partenariat dans le cadre du projet KAIROS avec le CHU ;
- Le partenariat avec la MDPH sur le Doubs est bien ancré depuis 2024.
- **Des rencontres avec l'Equipe Mobile de pédopsychiatrie de Besançon** ont eu lieu avec l'UEMO 1 et 2 afin de clarifier les modalités de saisine. Par ailleurs, la création de l'équipe mobile sur le Haut-Doubs sera également un atout pour les jeunes pris en charge sur ce secteur.
- Le **dispositif « un chez soi d'abord jeunes »** est également un partenaire potentiel, même si les jeunes pris en charge ne répondent pas systématiquement aux critères d'admission.
- La participation au conseil local de santé mentale Grand Besançon, aux commissions ateliers santé ville, rencontre du réseau de partenaires et implication dans l'action multi-partenaire « salut, comment vas-tu ? »
- Depuis 2023, **un programme inter-régional, interne à la PJJ, de formation au développement des compétences psychosociales appelé « prendre soin de soi, prendre soin des autres »** : accompagner les professionnels pour développer les compétences psycho-sociales des jeunes ». Cette action, sur des fonds MILDECA triennaux 2023-2025, a permis de faire monter en compétence les professionnels et d'intégrer le développement des CPS dans leur pratique auprès des jeunes.

Points de rupture

Temps judiciaire différent du temps psychique du jeune nécessaire à l'adhésion aux soins

Parcours des jeunes très souvent faits de réorientations vers d'autres structures, obligeant à reprendre le soin sur d'autres lieux

Délais de RDV de consultations trop longs, notamment en CMP

Soins en parcours de détention :

Si le jeune est placé dès sa sortie de détention, il pourra plus facilement bénéficier d'une reprise des soins sur la structure d'hébergement.

Si le jeune reste en milieu ouvert, reprendre un suivi psychologique ou psychiatrique s'avère plus complexe.



Problématique du risque prostitutionnel chez les jeunes mineurs(es)

Partenariat avec le CIDFF et le Mouvement du Nid sur des ateliers à destination des mineurs pris en charge à l'EPEI de Besançon ;
Manque de dispositifs d'accueil spécifique à cette problématique travail avec l'association KOUTCHA au national. Pas de structure sur le département du Doubs.

Prévention du suicide chez les jeunes

Deux groupes de travail sont actifs actuellement concernant la prévention du suicide chez les jeunes pris en charge par la PJJ :

En détention : Travail interinstitutionnel piloté par l'ARS BFC, avec la DISP, les CHU (Unités sanitaires) et la DIRPJJ Grand Centre à la création d'un protocole commun pour la mise en œuvre de la note PJJ du 2/04/2021 relative aux référents suicide en détention. En effet, il est indispensable de travailler des outils de communication efficaces entre les acteurs pour repérer les situations à risque de passage à l'acte suicidaire ;

Hors détention (toutes unités de la PJJ : hébergement, milieu ouvert, et unité d'insertion)

Groupe de travail en cours : création de fiches protocole à destination des équipes éducatives et spécifique à chaque type d'unité : prévention du suicide, repérage de la crise suicidaire, accompagnement du jeune, de son entourage en cas de passage à l'acte, et conduite à tenir après la tentative de suicide ou le suicide abouti dans l'immédiat, à court, moyen et long terme.

Remarque des services de la protection de l'enfance :

Dans le Doubs, les mesures de placement ont augmenté de 106 % depuis le dernier diagnostic PTSM passant de 1 787 accompagné en 2017 à 3 681 mineurs et jeunes majeurs pris en charge par l'ASE en 2024. Toutefois l'augmentation a été significative entre 2017 et 2020 mais est stable depuis 2020.

L'augmentation est exponentielle, avec une évolution du profil des enfants accompagnés, dont les problématiques psychologiques et médicales sont de plus en plus complexes. Pour faire face à cette augmentation en mars 2024, le plan d'action 2024-2027 a permis : des recrutements de travailleurs sociaux dans les Pôles Enfants Confiés, lancement des travaux pour 100 places de fratries dans deux villages d'enfants, dix places supplémentaires en MECS (Maison d'enfant à caractère social), création d'une pouponnière de douze places ; 50 mandats supplémentaires en PEAD (Placement éducatif à domicile) et ouverture d'une structure pour adolescents en situation complexe.

L'évolution des problématiques des enfants confiés se retrouve aussi dans les lieux de soins, avec des problématiques nécessitant de plus en plus d'étayage dans des parcours de soins coordonnés entre sanitaire, social et médico-social. Le virage inclusif avec la diminution des lieux d'hébergement 365 jours, la tension sur les places DITEP et DAME, rends difficile la sécurisation d'un parcours de vie des enfants à double vulnérabilité, impliquant l'accueil d'enfants handicapés au sein des MECS avec des tensions importantes dans les collectifs ASE. Pour les enfants à double vulnérabilité, le dispositif d'appui handicap et protection de l'enfance a été mis en place en appui aux équipes et aux parcours pour éviter des ruptures de prise en charge et aider à coordonner et prendre en charge les situations les plus complexes.

Le département a mené une politique de recrutement d'assistants familiaux permettant en 2024 de recruter pour la première fois plus de nouveaux professionnels que de départ en retraite. Toutefois au vu de l'augmentation des besoins, les recrutements sont encore insuffisants.

Le **RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION PROTECTION DE L'ENFANCE demandé en 2024** par le Département du Doubs propose un plan d'action dans lequel le PTSM sera acteur, dont :

N° 13 : Analyser les conditions dans lesquelles le Département pourrait médicaliser les structures collectives de protection de l'enfance (Maison d'Enfants à Caractère Social et Centres Educatifs) avec des équipes mobiles par le financement de postes d'infirmier/e.s en pratique avancée.

N° 14 : Pour les enfants en situation complexe et/ou nécessitant un suivi en pédopsychiatrie, saisir l'équipe mobile de liaison EMIL. Analyser les conditions dans lesquelles cette équipe de liaison pourrait être sollicitée par les assistants familiaux.

N° 15 : Permettre aux référents éducatifs du Doubs d'accéder aux formations dispensées par les pédopsychiatres afin d'offrir une prise en charge plus adaptée.

N° 16 : Instaurer des sessions de formations régulières, à destination des agents de protection de l'enfance, afin de permettre une utilisation optimale des dispositifs portés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

N° 17 : Assurer la communication et le portage du Dispositif d'Appui Protection de l'Enfance Handicap (DAPEH) auprès des Pôles Enfants Confiés (PEC) et des opérateurs associatifs de protection de l'enfance. Renforcer son utilisation et accompagner l'Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté (AHSFC) dans la réorganisation de ce dispositif.

N° 18 : Suivre le plan 50 000 solutions de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Alerter l'ARS pour qu'une partie des crédits soit affectée à l'accompagnement des enfants à double vulnérabilité.

La reprise des groupes GTO semblent aussi importante pour recréer des lieux de concertation et d'échange inter institutions.

En lien avec la politique du logement d'abord PDALHPD, les jeunes sortant de la protection de l'enfance sont devenus prioritaires. Des solutions comme les logements partagés pour les jeunes actifs sur le Haut Doubs sont des dispositifs à développer. Le SIAO et le département travaille de concert pour éviter les sorties sèches et la rue pour ce public. La mise en place de place « un chez soi d'abord jeunes » est aussi un dispositif particulièrement pertinent pour les jeunes sortant de la protection de l'enfance et présentant des troubles psychiques important. Une expérimentation d'une coordination IDE au sein du SIAE est en cours en 2025. Son évaluation sera importante avec un focus sur les jeunes sortants de la protection de l'enfance.

L'offre sociale s'organise autour¹ des services du Conseil Départemental du Doubs (ASE, PMP), ayant une offre d'accueil portant différents établissements :

SERVICES	MODE D'ACCUEIL	Capacité 2018	Capacité 2025
ADDSEA			
Centre Éducatif l'Accueil	Unité de vie Accueil (internat/PEAD)	24	18
	Unité médico-éducative pour adolescents (UMEA unité de Vie/PEAD séquentiel)	12	10
	Service d'accompagnement éducatif et social	15	15
Service AEMO	Milieu ouvert	594	594
	AEMORH		30
MECS "SAJ 25"	Hébergement complet, internat- nuit éclaté	18	18
MECS Velesmes Court			12
MECS Deluz			12
MECS Crignard			10
MECS Cassotte			5
Relais parental Besançon	Hébergement complet, internat/accueil de jour	18	10
Relais parental Audincourt	Hébergement complet, internat/accueil de jour	10	10
Relais parental Haut-Doubs	Placement famille d'accueil	10	10
DAMNA	Accompagnement global	51	131
	Accompagnement à l'autonomie	51	
AHSFC			
MECS André Marguet	Hébergement complet/internat	21	21
	Accueil temporaire en urgence	3	3
	AEMORH	9	50
	Hébergement nuit éclatée (studio)	3	3
DAMNA	Accompagnement global	40	112
	accompagnement à l'autonomie	8	
CDEF			
Centre maternel et parental	Hébergement complet/internat adulte/enfants	32	32
Familles d'accueil d'urgence	Familles d'accueil	35	20
La maison du Point du Jour	Hébergement complet/internat	10	10
MECS "La Chaille"	Hébergement complet/internat	15 dont 6 PEAD)	15
SAHIA	Mise à l'abri/Hébergements	21	9
Maison des bosquets	Hébergement complet/internat	8	8
Maison Victor Hugo et Maison la colline	Hébergement complet/internat	14	14
TISF ELIAD	Accompagnement à domicile	13300 H	9000
TISF SOLI-CITES	Idem	9700 H	11650
TISF ADMR	Idem	8700 H	8000
Association "Servir" MECS "la Villa des Roses"	Hébergement complet/internat	14	14
Service placement familial spécialisé la Croix Rouge	Placement familles d'accueil ²	75	90
CAMNA Boutique Jeanne Antide	Hébergement complet internat	30	30
"La Vie au grand Air" Accueils éducatifs du Doubs	Placement familles d'accueil	45	49
Lieu de vie Niellans	Hébergement complet/internat	6	7
	Accueil de jour	2	2

2.5 Offre d'accompagnement enfance et adolescence en situation de handicap



Diagnostic Territorial Partagé sur l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap

Mai 2023

En 2021 sur tout le Doubs avec le Pays de Montbéliard : 2419 enfants ont bénéficié d'une orientation MDPH ce qui représente 30% de la file active de la MDPH.

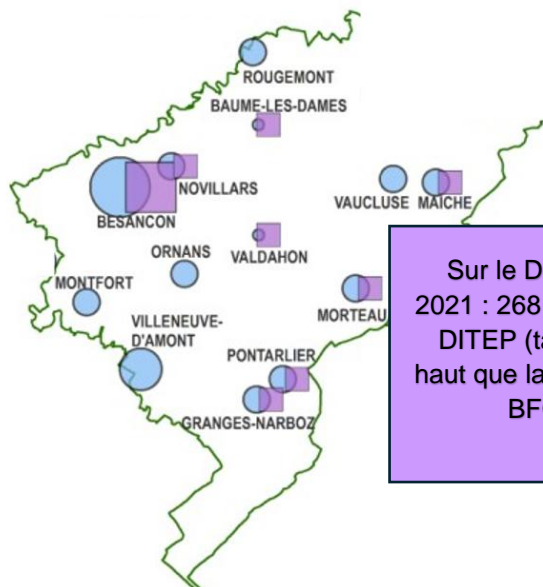
Passage des structures IME, ITEP, SESSAD en dispositif permettant une plus grande fluidité dans la construction des parcours d'accompagnement.

Des délais d'admission dans ces structures de plus de 10 mois en moyenne avec 242 enfants en liste d'attente (10%) et plus de 80 jeunes en aménagement Creton.

Des dispositifs d'appui mobile : EMA autisme, DAPEH enfant double vulnérabilité, PAS et EMAS pour la scolarité et un pôle ressources handicap

850 enfants et jeunes suivis en CAMSP et CMPP

762 places PCO et 5 PCPE, un dispositif d'appui aux aidants.



Sur le Doubs en 2021 : 268 places en DITEP (taux plus haut que la moyenne BFC)

Sur le Doubs en 2021 : 738 places en DAME (taux plus bas que la moyenne BFC) avec un taux d'occupation de plus de 100 %

PLACES DANS LES STRUCTURES POUR ENFANCE ET JEUNESSE HANDICAPEES EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE



Premières priorités d'évolution de l'offre dans le Doubs

Priorité 1 : les jeunes maintenus dans le secteur Enfance, par l'aménagement Creton (AC)

➤ ¼ des jeunes maintenus en AC de la région BFC sont dans le Doubs

Créer des nouvelles solutions sur le secteur adultes (MAS/FAM) :

- Extension de places à la MAS de Franois
- Transformation de l'EEAP des Salins de Bregille en MAS + extension de places
- Réflexion en cours avec le Département sur l'extension/création de places de FAM
- Développement de solutions Hors les murs en secteur Adulte

Priorité 2 : scolarisation des enfants en situation de handicap

- Création d'une UEEA sur le Pays de Montbéliard pour la rentrée scolaire 2024
- Réflexion avec l'EN pour la création d'un DAR collège pour la rentrée 2025
- Création de places de PMO/SESSAD en lien avec les travaux de la commission d'harmonisation rentrée scolaire
- Consolidation du fonctionnement en DAME pour tous les ESMS du champ Enfance

Autres priorités : diagnostic/repérage TND, enfants de l'ASE, lien MS/psychiatrie, PHV

- Création d'une PCO 7-12 ans en 2024
- Création d'une nouvelle EMILAH sur le Haut Doubs + réflexion pour renforcer la 1^{ère} EMILAH
- Réflexion pour la création/labellisation d'unités PHV en secteur PH et/ou PA
- Création d'une maison du répit pour les enfants et adolescents relevant notamment de l'ASE
- Création d'une 3^{ème} URTSA régionale (en ex Bourgogne)



Depuis le dernier diagnostic de PTSM, la structuration de l'offre médico-sociale a évolué, passant de l'organisation en service en dispositif. Cette évolution des IME/SESSAD en DAME et d'ITEP en DITEP avait pour objectif de fluidifier les parcours, diminuer les démarches administratives pour passer d'un accompagnement à un autre et augmenter le panel de réponses possibles en lien avec les évolutions des enfants et adolescents. Désormais les établissements offrent, seuls ou en coopération, une diversité d'interventions modulables intra et extra muros, adaptables aux besoins du jeune.

Les données de la MDPH ne permettent pas de caractériser les taux d'évolution précis des différentes déficiences parmi les enfants et les jeunes titulaires d'une reconnaissance de handicap. Toutefois, le travail de coordination conduit par la communauté 360, ainsi que la consolidation progressive de différentes listes d'attentes départementales confirment :

- La **part prépondérante des enfants et jeunes parmi les situations dites complexes** ou sans solutions qui donnent lieu à une sollicitation de la C360 (53% des situations en rupture ou en risque de rupture ont moins de 20 ans, alors que les demandes MDPH pour les moins de 20 ans ne représentent que 15% des décisions de la CDAPH).
- Des **besoins non couverts pour les TND et spécifiquement les TSA**, en milieu spécialisé et en milieu ordinaire (environ 60 enfants TSA en attente de place en accueil de jour au 1^{er} juillet 2025).
- Une **part importante des troubles psychiques (associés ou non à d'autres déficiences) parmi les situations les plus complexes** d'enfants de moins de 20 ans pour lesquelles la C360 est positionnée. Ces situations illustrent les difficultés pour structurer une prise en charge conjointe sanitaire et médicosociale pour ces enfants. Les enfants à double vulnérabilité sont particulièrement concernés par ces difficultés.
- **Des délais d'attente en ESMS encore important** en particulier sur les DAME : Environ 190 enfants en attente d'une admission en DAME accueil de jour ou hébergement au 1^{er} juillet 2025

Remarque sur les évolutions d'organisation des ESMS enfant et adolescent :

Après 18 mois d'expérimentation, le passage en DITEP- DAME des ITEP et IME a permis d'offrir souplesse et agilité dans les modalités de fonctionnement des établissements. Les DITEP- DAME proposent un accompagnement global à destination des enfants et adolescents porteurs de déficience intellectuelle ou d'autisme. Cet accompagnement vise pour chacun, son épanouissement, le développement des potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, pour une meilleure inclusion sociale et professionnelle. Ce fonctionnement offre de nombreux avantages sur le plan éducatif et de fonctionnement des établissements :

- Les parcours éducatifs sont plus graduels et les allers-retours entre les anciennes modalités ITEP-IME/SESSAD sont simplifiées et fluidifiées, en résumé plus agiles. Il s'agit désormais de réfléchir dans une logique de plateforme de service (à quel jeune cette activité est-elle profitable ? indépendamment de la modalité d'accueil). L'essence du dispositif est de réfléchir des parcours, ces derniers se devant d'être fluidifiés. Il permet également le renforcement du droit à l'autodétermination pour les usagers et leurs représentants
- Ce fonctionnement permet également de pouvoir aller et venir plus aisément vers le milieu ordinaire, en travaillant une inclusion sur mesure et raisonnée pour chaque enfant en fonction de son projet.
- Les moyens sont également mutualisés, qu'ils soient financiers, bâtimentaires ou RH. La gestion est simplifiée : une seule autorisation, un seul budget
- Ce fonctionnement offre aussi un « soulagement » pour les jeunes et leurs familles et marque des allègements administratifs permettant d'améliorer les fluidités dans les parcours d'accompagnement.
- Pour les professionnels le DITEP- DAME agit comme un catalyseur / mutualisation des compétences et d'harmonisation des pratiques. Il se doit également de favoriser le développement des partenariats, de travailler avec l'ensemble des acteurs au service du parcours du jeune, il inscrit le fait de rendre l'environnement de l'utilisateur davantage capacitant afin que son parcours s'inscrive le plus possible dans « le droit commun ».

Des limites subsistent encore :

- Sur la dimension RH, la culture du DITEP- DAME peut être encore jeune sur certains périmètres pour lesquels les professionnels s'identifient encore en ITEP-IME/SESSAD, la dimension transverse est encore à travailler
- Les contraintes géographiques : le tissu social/médical/médicosocial ne sont pas équitables sur le territoire, pouvant avoir des impacts sur les projets d'inclusion ou de juste réponse au besoin
- Tout l'écosystème propose encore une lecture binaire opposant les modalités d'accueil AJ/PMO induisant de reproduire certains mécanismes ex-ITEP-IME/SESSAD :

L'ensemble de ces éléments ne permet pas toujours d'embrasser toutes les dimensions que revêt l'intention des DITEP-DAME et des mécanismes apparentés aux anciens établissements peuvent perdurer.

Pour autant, le passage en DITEP- DAME a permis d'accélérer considérablement les projets d'inclusion, de renforcer les travaux avec les partenaires et notamment l'Education Nationale (avec laquelle des expérimentations sont menées pour dépasser les contraintes administratives) et ce, au bénéfice de tous les enfants accompagnés. Des marches de progressions existent certes, mais il serait nulle question de revenir en arrière tant les avantages du passage en dispositifs sont avérés et offrent une approche transverse et globale de l'accompagnement.

Les établissements ESMS sont en vigilance par rapport à l'impact de la restructuration des modes de financements avec la mise en place de SERAPHIN. Un travail d'information sera fait sur le COSTRAT pour que l'ensemble des acteurs cernent au mieux les enjeux.

2.6 Besoin spécifique en lien avec la scolarité

Depuis le dernier diagnostic, de nombreux dispositifs d'appui à la scolarité se sont mis en place. De plus de nombreuses classes d'IME et D'ITEP se sont externalisées au sein de groupes scolaires :

Création de dispositifs d'appui à la scolarité dans le cadre de la politique nationale d'inclusivité :

Les Equipes Mobiles d'Appui à la scolarisation du Doubs (EMAS25) ont été créées en septembre 2021. Elles sont issues d'un partenariat conventionné entre l'AHS-FC, la Fondation Pluriel, l'ADDSEA et l'APF.

Ce dispositif s'adresse à la communauté éducative des établissements d'enseignement publics ou privés, scolarisant, en 1er ou 2nd degré, des élèves en situation de handicap, suspecté ou avéré, quel qu'il soit. Il intervient en collaboration avec les dispositifs internes à l'Education Nationale. Les interventions des équipes pluridisciplinaires se déroulent sur site scolaire. Les principales missions des EMAS sont les suivantes :

- ✓ Conseil et sensibilisation des professionnels des établissements scolaires accueillant un élève en situation de handicap.
- ✓ Appui et conseil à un établissement scolaire en cas de difficulté avec un élève en situation de handicap avéré ou suspecté

Structure	File active 2024				remarque	Délais attente
EMAS AHSFC	42				Création après 2018	15 jours à 1 mois

Les Dispositifs « Educateur spécialisé dans les écoles » (ESE) de Besançon et Montbéliard sont rattachées administrativement au DAME Grand Besançon et au DAME Aire Urbaine Doubs Central, service PMO. Ils sont pilotés par les cheffes de projet des EMAS. Les dispositifs PAS ont été renommés ESE à partir de janvier 2024 pour les distinguer de l'expérimentation des PAS mis en œuvre par l'EN depuis septembre 2025 sur 4 territoires pilotes. L'ESE est un dispositif expérimental - à l'échelle de la région Bourgogne Franche Comté - au bénéfice de l'inclusion scolaire des élèves ayant une notification MDPH (ou en cours de demande) dans l'attente d'un accompagnement médico-social pluridisciplinaire.

Son objectif est d'apporter un premier niveau de réponse éducative pour favoriser le maintien de la scolarisation d'un élève en situation de handicap dans le milieu ordinaire. L'accompagnement du dispositif se définit par l'intervention d'une éducatrice spécialisée auprès d'un élève sur son lieu de scolarisation et d'un appui auprès des équipes pédagogiques dans les établissements ciblés par le SDEI : prestations directes et indirectes.

Plan de réussite éducative (PRE) : est un dispositif historique de la politique de la ville de Besançon et Pontarlier. Lancé en 2007 par la loi Borloo, le PRE s'adresse aux enfants et aux jeunes de 2 à 16 ans rencontrant des difficultés multiples, issus majoritairement des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Le PRE est un dispositif de prévention et de libre adhésion qui a plusieurs objectifs principaux : Ouverture sur l'extérieur Accompagnement vers le soin, Orienter vers les dispositifs d'aide à la scolarité, Soutien à la parentalité.

Dans le cadre de ses missions, le PRE est un outil pertinent de lutte contre l'absentéisme et le décrochage scolaire. Le PRE de Besançon s'articule avec deux temps de psychologue en CGI pour assurer les soins des enfants si besoin. Ce dispositif va évoluer dans le cadre de la création des maisons de l'enfant et de la réussite éducative (MERE).

Des liens existent et se sont formalisés avec l'éducation nationale et les soins. Les infirmières et psychologues scolaires participent activement à RES'ADO, ont des rencontres régulières avec les équipes mobiles du CHU, la MDA.

Sur l'appui à la scolarité, des équipes ESMS ont été mise en place dans le cadre des politiques de l'inclusion. Toutefois certaines situations restent très problématiques en partie dans les premiers cycles sur les situations d'enfant qui ne sont pas encore suivi.

La formation PSSM jeunes se déploie auprès des professionnels sur les différents niveaux de scolarité.

Il est repéré une **difficulté particulière autour des problématiques du premier cycle** (maternelle et primaire) : décrochages scolaires, troubles de l'apprentissage et du comportement de plus en plus important qui arrivent difficilement à se solutionner. Les écoles plus petites et plus nombreuses ne disposent pas de professionnel paramédical sur place, comme aux collèges et lycées et sont très vite démunies. Dans le cadre du déploiement du repérage précoce et des compétences psycho sociales, un travail d'amélioration du maillage et de la prise en charge de ses situations sera à penser.

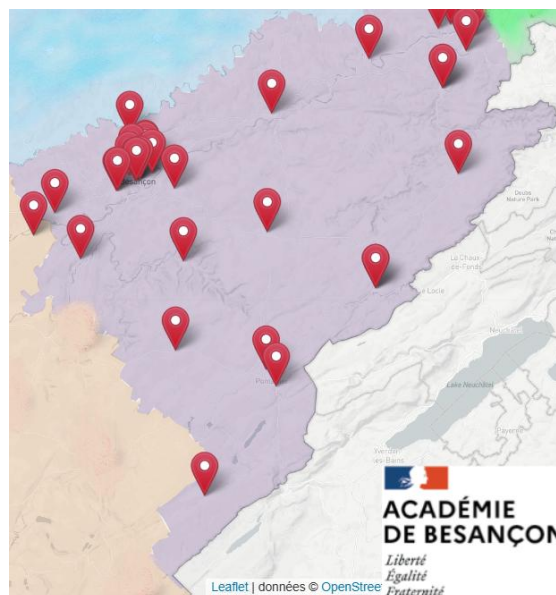
En 2024 pour le Doubs :

26566 élèves en maternelle 28062 élèves de primaire 27139 élèves en collège 20176 élèves en lycée

De nombreux dispositifs inclusifs de scolarisation ont ouvert sur l'ensemble du territoire depuis 2017 :

- **183 unités localisées d'inclusion scolaire (ULIS)** | +19 depuis 2017
- **6 unités d'enseignement en maternelle autisme (UEMA)** | Besançon, Belfort, Lons, Vesoul, Pontarlier, Audincourt
- **3 unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA)** | Besançon, Dole et Belfort
- **1 dispositif d'autorégulation (DAR)** | Héricourt à la rentrée 2022
- **79 pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL)** couvrent 100 % du territoire depuis la rentrée 2021.

Pour le lien avec les ESMS, en effet il me paraît intéressant qu'un lien (un « co-accompagnement ») soit fait entre la médecine scolaire et l'ESMS pour les jeunes étant en **classe externalisée**



Dispositif spécifique :

Classe d'enseignement spécifique dans les HDJ et HC en pédopsychiatrie adulte et enfant.

micro-lycée pour une reprise d'étude entre 16 et 25 ans en vue de l'obtention d'un baccalauréat (Lycée Pergaud), école de la seconde chance, un dispositif d'école de la seconde chance pour les 16-30 ans « E2C »

Dans le cadre du PRIAC 2025-2029, des projets de création de développement de pôle d'accompagnement scolaire seront travaillé

Remarque sur le harcèlement scolaire

Un médecin d'une maison de santé s'est formé sur la prise en charge spécifique du harcèlement scolaire. De niveau 3 ce professionnel peut désormais être formateur. Un projet de créer un réseau de psychologues libéraux sur cette thématique serait intéressant à accompagner pour répondre aux besoins croissants de soins sur cette thématique.

Remarque sur la prévention : Promotion Santé BFC antenne du Doubs met à disposition des partenaires plus de 258 supports pédagogiques sur les CPS ([Résultat de la recherche dans la base des outils pédagogiques - Bib-Bop](#)). À la demande de l'ARS, Promotion Santé organise des formations graduées (niveau 1, niveau 2), allant de l'intégration d'actions dans la pratique professionnelle jusqu'à l'accompagnement à la construction d'un projet dans sa structure. Une formation en elearning a également été construite.

6 formations CPS "Les bases pour animer" niveau 1
3 à Besançon, 1 à Baume-les-Dames, 1 à Maîche et 1 à Pontarlier

1 formation CPS niveau 2

Comité technique départemental "Déploiement des compétences psycho-sociales" dans le Doubs 28/03/24
Webinaire de sensibilisation aux Compétences psychosociales auprès des acteurs de la Drajes
une journée départementale dans le cadre du Rrapps sur les CPS des enfants d'âge primaire



Catégories	CPS générales	CPS spécifiques
Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne, etc.) Savoir penser de façon critique (biais, influences, etc.) Capacité d'auto-évaluation positive Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions Capacité à atteindre ses buts (définition, planification, etc.)
	Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables Capacité à résoudre des problèmes de façon créative
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse, etc.)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
Compétences sociales	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique Communication efficace (valorisation, formulations claires, etc.)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés, etc.) Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide, etc.)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide Capacité d'assertivité et de refus Résoudre des conflits de façon constructive

Le renforcement des CPS peut se faire à travers des programmes éducatifs ou autres interventions. En France, la **stratégie nationale de déploiement des CPS 2022** a été lancée à la suite des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021. Selon Santé publique France, certains programmes ont démontré d'importants bénéfices sur la santé et sur la réussite éducative et sociale, en termes de bien-être et santé mentale ; conduite à risque et réussite scolaire et professionnelle.

CARE ISLAND : SANTÉ MENTALE DES 14-18 ANS



Care Island est un jeu mobile conçu pour aider les adolescents de 14 à 18 ans à renforcer leur bien-être psychologique à travers une approche ludique et immersive. Développé par Promotion Santé BFC et PinPin Team, il constitue un outil innovant de prévention et de promotion de la santé mentale, s'appuyant sur des stratégies validées scientifiquement.

Figure 3 : Classification actualisée des CPS.
Source : Santé publique France [5].

2.7 Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain

Besoins et actions priorisées lors de la plénière du PTSM de Mars 2024.

BESOIN PERINATALITE et ENFANCE	ACTION PERINATALITE et ENFANCE
Renforcer l'offre de soins existante	Renforcer les équipes existantes et leur pluridisciplinarité
	Renforcer les liens entre psychiatrie de l'adulte et périnatalité (intervention précoce)
	Développer de nouveaux métiers au cœur des équipes (IPA)
Fluidifier les parcours et éviter les ruptures en favorisant l'interconnaissance	Regrouper des professionnels de différentes structures atout de situations cliniques afin de favoriser l'interconnaissances
	Former et sensibiliser les professionnels hors du soin (famille accueil) qui accompagne les enfants et les familles
	Pour les professionnels, faire un support détaillé par tranche d'âge regroupant tous les dispositifs existants et accessibles pour tous (attention acronymes)
Offrir un meilleur maillage territorial	Étendre l'offre de périnatalité au niveau départemental
	Densifier l'offre de soin dans les zones rurales
	Favoriser l'accès aux soins par les transports pour tous, la mobilité en zone rurale

BESOINS ADOLESCENT	ACTION ADOLESCENT
Besoin d'hébergement spécifique pour adolescent	Prévention : engagement transversal et pluripartenarial avec souplesse d'accueil en prévention, lieu de répis et respiration construite dans un portage médico-social et sanitaire, en famille ou autre
	Faire un état des lieux de l'existant avec des places d'urgence à créer et des studios jeunes en capacité d'autonomie avec veille
	Un chez soi d'abord jeune plus conséquent avec passage et veille régulière
Améliorer la prise en charge en urgence, temporalité réactive pour public spécifique PJJ, Handicap)	Plage d'amortissement de la post urgence et gestion de l'attente aux soins au sein des structures, dispositif mobile à questionner
	Augmentation des demandes difficiles à prendre en charge, renforcer les structures en places
	Soutenir la prévention, la parentalité, le 1er niveau d'accueil (médecins libéraux)
Soins aux professionnels, question du répit	Temps d'analyse professionnelle à étendre AAP
	Formation aux équipes spécifiques, soutien émotionnel, question de l'attachement
	Ateliers médiation, lieux ressources pour les personnels, interprofessionnels

2.8 Synthèse offre enfant et adolescent

Sur le territoire :

Une population mineure en perpétuelle augmentation avec deux pôles principaux situés aux deux extrémités du département.

Un public ASE en évolution importante avec une offre d'accompagnement éducative en cours de renforcement.

De nombreux enfants en attente de prise en charge en ESMS.

Des difficultés de maintien à la scolarité dès le niveau 1, une offre de prévention inexistante sur le niveau 1.

Sur l'hospitalisation :

Malgré un renfort de moyen, l'augmentation de la population mineure du Doubs ne permet plus d'avoir un taux d'équipement répondant aux ratios nationaux en termes de place HDJ.

Sur l'offre ambulatoire :

Une offre de ville limitée en dehors de Besançon et donc une offre de soins qui s'organise essentiellement sur l'offre hospitalière très en tension, avec des délais d'attente qui ne cessent de croître malgré des renforcements.

Une offre en soins non programmés non existante.

Un travail de maillage avec les maisons de santé, l'éducation nationale et l'ASE est à envisager pour renforcer l'offre ambulatoire de premier recours au sein même de ces institutions.

Des zones blanches en soins de proximité avec une tension (Vallée de la Loue, Maîche) qui se déportent en partie sur les CGI de Besançon. Des zones blanches également en périnatalité sur la partie Haut Doubs.

Des dispositifs dédiés sur des problématiques diverses (CRIA VS, offre autour de la périnatalité, trouble de la communication, CRA...) avec un angle mort sur la filière TND.

Pas de dispositif de soins mobile pour les enfants et adolescents qui ne peuvent aller aux soins en dehors du Haut Doubs...

Pas de mise en œuvre des IDE en pratiques avancées sur la filière pédopsychiatrie malgré une forte tension médicale et des besoins exprimés de plus de lien entre partenaires.

Un besoin de montée en compétences des acteurs sur un public avec des troubles psychiques qui émerge sur l'ensemble du réseau (EN, ASE, PJJ, DAME, DITEP...)

Une problématique d'accès aux soins en termes de mobilité (VSL, mobilité rurale...)

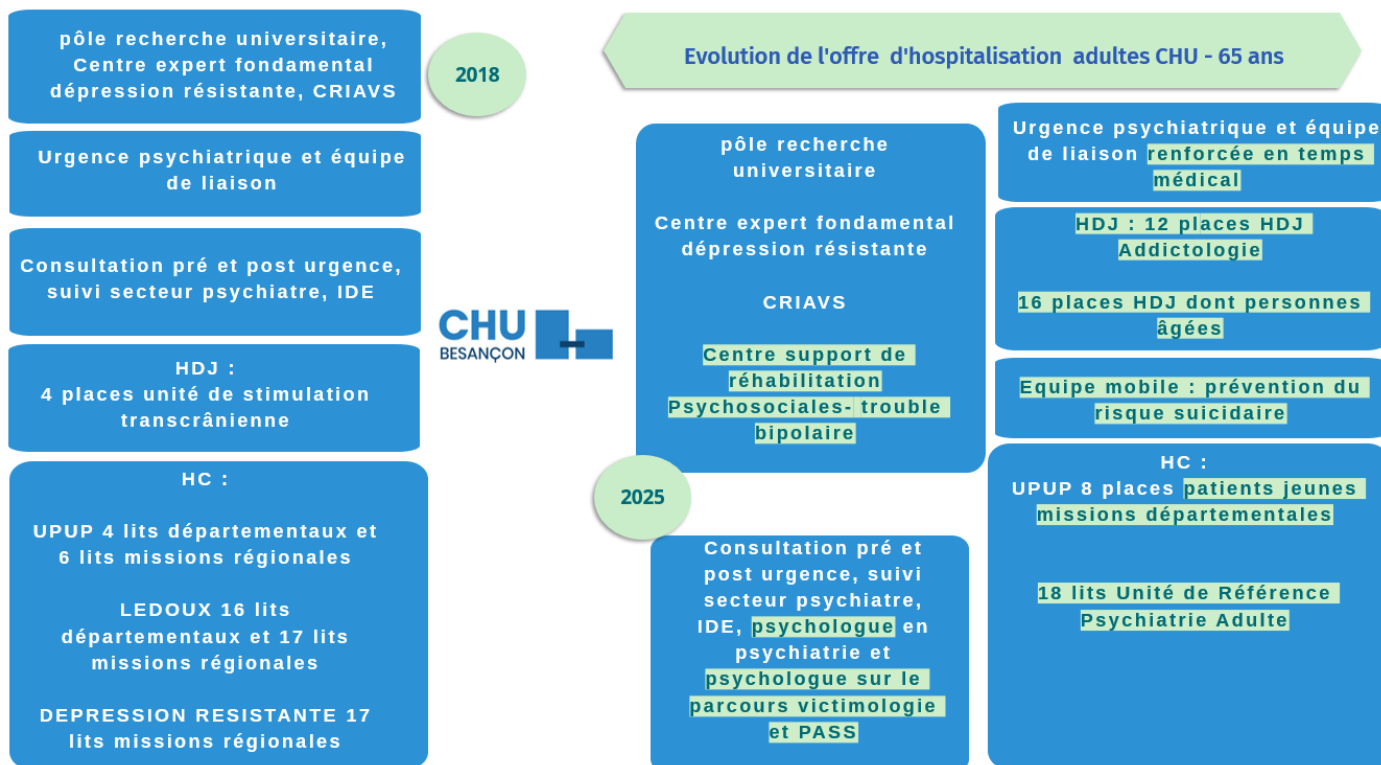
Un besoin de consultation jeune consommateur sur le secteur du Haut Doubs et une offre de soins sur des conduites addictives mineurs à penser.

3 ELEMENTS FILIÈRE ADULTE

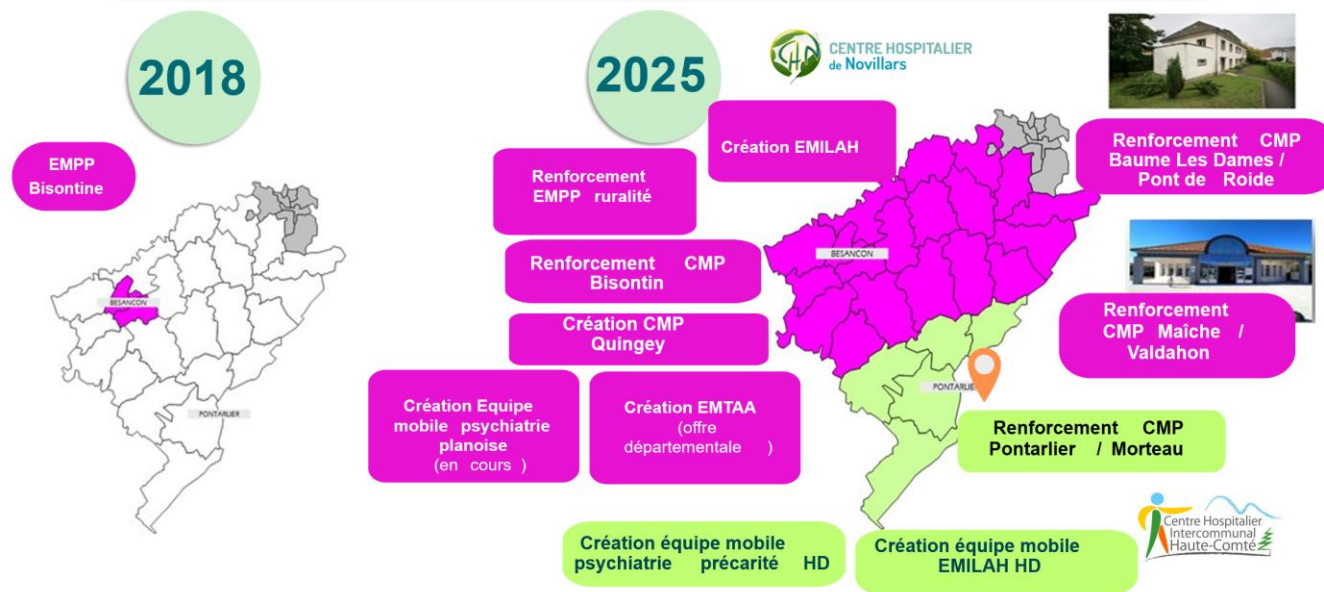
3.1 Évolution globale de l'offre sanitaire adulte

Dans le Doubs, l'offre de psychiatrie adulte est toujours structurée autour de trois hôpitaux, le Centre Hospitalier Spécialisé de Novillars (CHS), le Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté à Pontarlier (CHIHC) et le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon (CHU). Le secteur comprend également un hôpital de jour « la Velotte » à Besançon qui accueille de jeunes patients du territoire national.

Toutefois, l'offre sanitaire entre 2018 et 2025, s'est étoffée et transformée, en particulier avec une accélération de déploiement d'équipes mobiles, de création d'HDJ et une diminution du capacitaire d'hospitalisation complète.



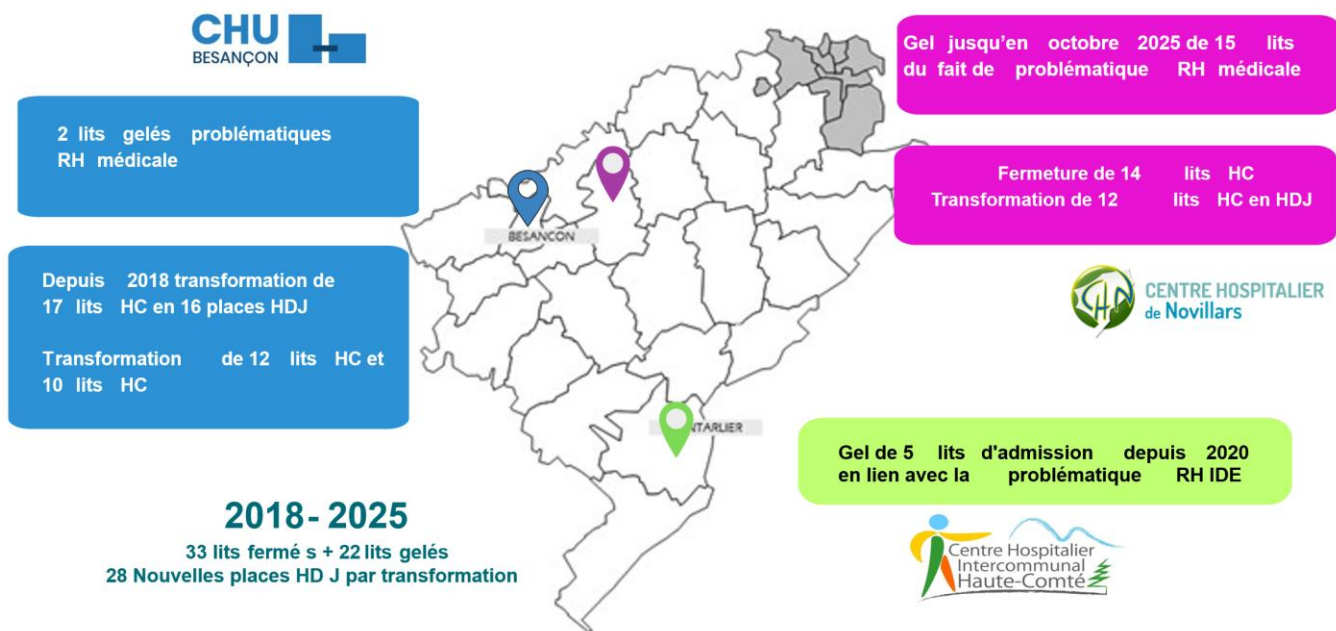
Le renforcement des soins ambulatoires – 65 ans CHN et CHI-HC



Si le Doubs, par son augmentation de sa filière ambulatoire a pu augmenter sa file active et la réponse aux besoins de soins, l'offre reste extrêmement sous tension avec :

- Des lits d'hospitalisation complète gelés du fait de pénurie médicale et paramédicale,
- Des lits fermés ou transformés en places d'hôpital de jour,
- De délais d'admission en structure de soins longs,
- D'un défaut d'offre en soin non programmé créant une tension importante au niveau des urgences,
- Une demande de soins en constante évolution avec des problématiques factorielles plurielles (trouble psychique et addiction, manquent de structure d'aval, problématique sociale, problématique somatique associée, soins sous-main de justice...), rendant les prises en soins de plus en plus complexes et longues.

Tension sur l'offre d'hospitalisation complète adultes



Le Doubs note aussi que les départements français limitrophes ont vu une dégradation de leurs offres de soins en psychiatrie du fait de pénurie médicale, entre autres très importante, tant adultes que enfants. Les demandes de soins ou d'appel aux recours dans le cadre du CHU sont de plus en plus fréquentes. La réorientation de public précaire avec troubles psychiques sur le secteur en particulier de Besançon est régulière.

EVOLUTION de la file active par modalité d'hospitalisation

	2020	2021	2022	2023	2024
SPSC sur décision du Représentant de l'Etat CHN	58	59	62	65	43
SPSC sur décision du Représentant de l'Etat CHI-HC	10	10	14	16	17

	2020	2021	2022	2023	2024
SPSC sur décision du Directeur CHN	303	282	337	292	314
SPSC HDT CHI-HC	63	52	65	59	59

	2020	2021	2022	2023	2024
Hospitalisation libre CHN	1298	1370	1369	1377	1501
Hospitalisation libre CHI-HC	312	294	372	331	365

On note une évolution des modalités d'hospitalisation avec une progression constante des hospitalisations libres et une diminution des soins sans consentement (ASPCRE et HDT). Le travail de renforcement des équipes mobiles, du travail de réseau de proximité permettant un meilleur repérage des situations, le travail en cours sur les directives anticipées est aussi une explication.

EVOLUTION DES ISO CONTENTION 2020 et 2024

Le CHI-HC et le CHN, établissements habilités à assurer des soins sans consentement ont travaillé pour réduire les pratiques d'isolement et de contention. Les professionnels de ces deux établissements ont pu bénéficier de formations spécifiques aux alternatives, de matériel et des salles de désescalades ont été mises en place. Un renfort de moyen a été en parti obtenu et cette politique est désormais ancrée dans les projets d'établissement et les plans de formation, toutefois, on constate une d'évolution lente dans les chiffres.

1 mesure peut contenir plusieurs séquences.

1 séquence correspond à une prescription médicale (initiale ou de prolongation).

Établissement	Année	2020	2024	Evolution
CHN	Nombre mesures isolement	327	356	+9%
	Nombre mesures contention	130	155	+20%
CHI-HC	Nombre mesures isolement			
	Nombre mesures contention			

1 mesure peut contenir plusieurs séquences.

1 séquence correspond à une prescription médicale (initiale ou de prolongation).

Établissement	Année	2020	2024	Evolution
CHN	Nombre séquences isolement	3371	2954	-12.4%
	Nombre séquences contention	359	354	-1.5%
CHI-HC	Nombre séquences isolement		367	
	Nombre séquences contention			

Établissement	Année	2020	2024	Evolution
CHN	Nombre de patients isolement	200	167	-17%
	Nombre de patients contention	69	68	-0.2%
CHI-HC	Nombre de patients isolement		21	
	Nombre de patients contention			

EVOLUTION ENTRE 2020 et 2024 HC DETENU

	2020	2021	2022	2023	2024
HC détenu CHN	24	24	20	21	4

Le travail mis en place d'information sur la situation d'hospitalisation des détenus au sein du CH de Novillars a été un travail constant pendant le premier PTSM. La diminution importante en 2024 s'explique en grande partie par une réorganisation des soins en milieu pénitencier.

3.2 L'activité de soins globale détaillée

	Hôpital jour adulte	nombres places 2018	nombres places 2025	commentaires
CHS DE NOVILLARS	Cyprès	2	1	
	Epidaure	1	1	
	Colombier	4	12	
	Eole	2	1	
	Calypso	1	1	
	Cyclades	2	2	
	Magnolia	2	0	
	Etapes	1	0	Fermeture
	4 Vents	2	2	
	Bleuet (filiale personnes Agées)	10	14	
	Catalpa	15	15	
	CAP'UP	5	5	
CHI	Hôpital de jour – Pontarlier	10	10	
	Hôpital de jour - Morteau	10	10	
CHU	Mission régionale CHU : 4 places d'HDJ en psychiatrie de l'adulte au CHU pour l'unité de stimulation.	4	16 HDJ adultes (34% patients hors 25, 80% hors secteurs) 12 addicto (8% patient hors Doubs)	12 HDJ addicto création et 16 HDJ adulte par transformation de 17 lits mais sur une offre régionale
La Velotte	Offre nationale : 12 places HDJ 18/30 ans	12	12	
	TOTAL PLACES ADULTE	83 dont 16 à missions régionales	114 dont 30 places pour des missions régionales	Création de 31 places

	Hospitalisation complète adulte	nombre lits		
CHI	Psychiatrie 1 Grand Vallier (CHHC)	15	15	
	Psychiatrie 2 Grand Vallier (CHHC)	22	22	
CH DE NOVILLARS	Tilleuls (filiale Personnes Agées)	29	25	Transformation en HDJ
	Lilas (filiale personnes Agées)	20	20	
	Eole	21	21	
	Magnolia	21	21	
	Cyprès	21	21	
	Cyclades	21	13	Transformation
	Néréé		8	Création par transformation
	Calypso	15	15	
	Calypso lit rupture	5	5	
	Rosier	18	18	
	Etapes	14	0	Fermeture
	Aubier	12	12	
	Epidaure	20	20	
	Appartement thérapeutique	7	4	Fermeture
	Hospitalisation réhabilitation 4 vents	9	9	
Hospitalisation réhabilitation Colombier	7	0	Transformation HDJ	
CHU	UPUP	4	8	51% hors secteurs, 4% hors Doubs
	Ledoux A devenu URPA	16	18	60% hors secteur et 16% hors Doubs
	MISSIONS RÉGIONALES Unité pasteur 2 dépression résistante UPUP (60%) Ledoux A (60%=	17 6 17		Transformation ou réorganisation
	TOTAL LITS ADULTE	330 dont 40 régionales	275 dont 7 missions régionales	Une diminution d'offre de 55 places

Le ratio d'équipement en France en 2022 était de 1.3, le Doubs avait un équipement global de 1 (INSEE)
 Le ratio d'équipement lit hospitalisation complète en France en 2022, était de 0.9, le Doubs avait un équipement global de 0.8 (INSEE)

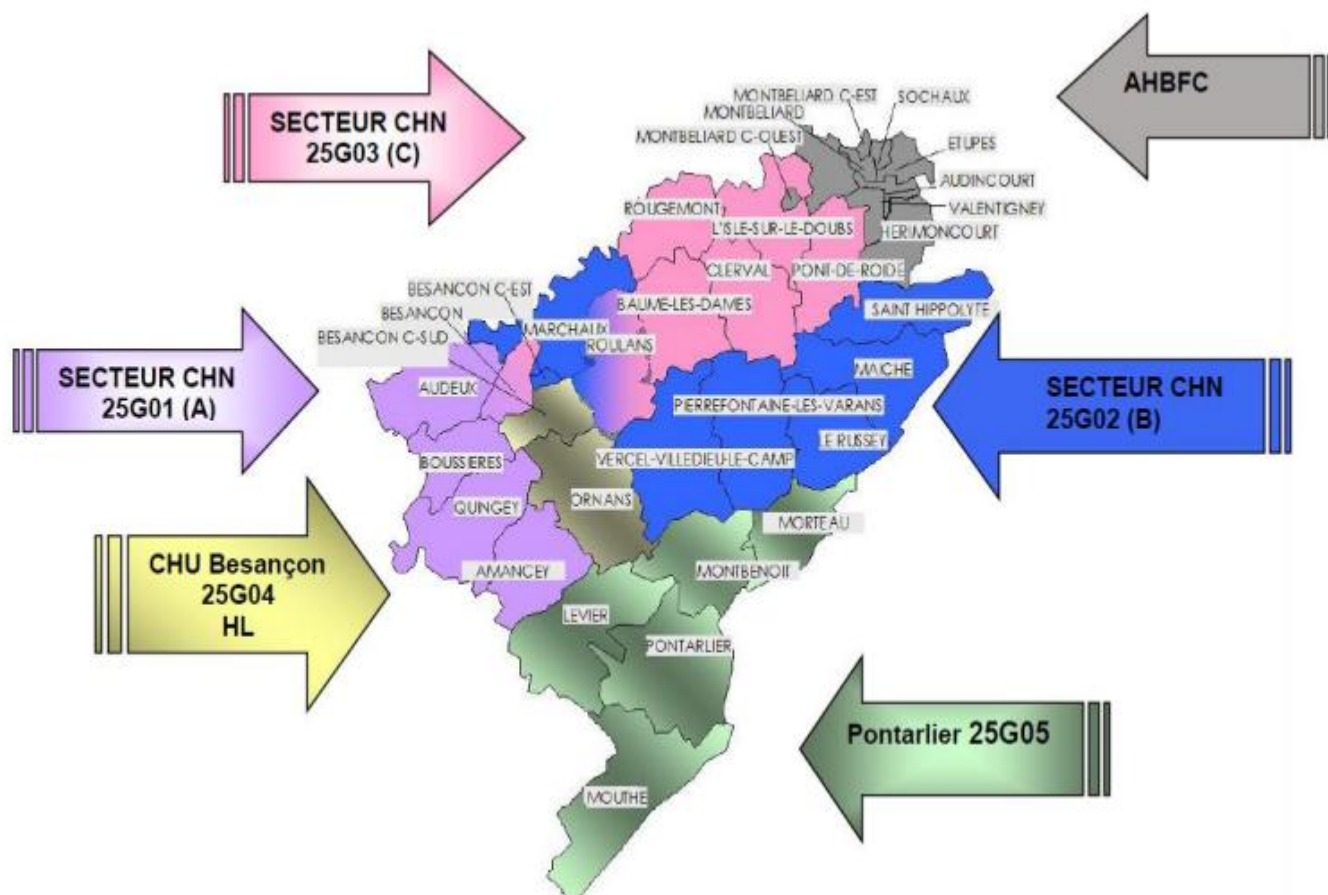
Sur la population adulte du PTSM 25 de 382 859 habitants, nous devrions avoir 345 lits d'hospitalisation complète et notre offre globale est sous dimensionnée.

Remarque sur l'évolution populationnelle des secteurs :

Créés depuis la fin des années 60, les secteurs de psychiatrie ont été pensés pour desservir des populations entre 60 000 et 70 000 habitants. Le département n'a cessé de voir sa population croître pour arriver aujourd'hui à des secteurs desservant 100 000 habitants, très étendus géographiquement et mixant zone urbaine à forte densité de population et zone rurale. Les moyens alloués aux différents secteurs sont imparfaitement proportionnés à la population desservie, engendrant une offre de soins insuffisante.

Le secteur couvert par le CHU (Vallée de la Loue et la boucle de Besançon) manque d'une offre structurée de CMP. Une expérimentation avait été mise en place dans le cadre du PTSM 1 via du soin projeté au sein de l'hôpital de proximité d'ORNANS avec un psychiatre du CHU et un IDE de l'EMPPA du CHN. Cette expérimentation qui avait permis d'assurer une offre minimum sur ce territoire n'a pu se pérenniser du fait de la raréfaction médicale.

Actuellement le CHU n'assure pas les soins sans consentement, y compris dans le cadre des soins ambulatoires, et n'a pas d'activité de CMP. Ces soins sont donc assurés par les secteurs du CHN. En 2024, Cette file active représente 300 patients qui viennent augmenter la patientèle des CMP des autres secteurs qui sont déjà sous dimensionner.



Soins ambulatoire	File active 2024	Evolution FILE ACTIVE depuis 2018	Total ACTE 2024	Evolution ACTIVITEE depuis 2018	Remarques	Renforts entre 2020 et 2024
C. M. P. PLANOISE	1023	-7%	7764	-10%		1,6 psychologue, 0,35 AS, 0,5 AMA
CMP LOUE LISON	205	81%	1037	149%	Une offre en augmentation mais déjà emboisées	0,5 médecin (en attente recrutement) 2 Ide, 2 psychologues
C. M. P. Jules Vernes	1 021	-7%	10491	-3%		0,5 psychologue, 0,7 IDE
C. M. P. MAICHE	292	47%	1918	27%	Une offre en augmentation mais déjà emboisées	0,5 psychologue
C. M. P. VALDAHON	431	24%	3105	25%	Une offre en augmentation mais déjà emboisées	1 IDE et 1 psychologue
C. M. P POINT DU JOUR	1 269	26%	9692	12%	Une offre en augmentation mais déjà emboisées	0,5 psychologue, 0,6 IDE
CMP BAUME LES DAMES	383	123%	2705	153%	Une offre en augmentation avec des délais d'attente qui ont diminué mais restent important	0,5 psychiatre (en attente recrutement), 2 IDE, 1,6 psychologue, 0,2 AMA
CMP PONT DE ROIDE	243	106%	1571	103%	Une offre en augmentation avec des délais d'attente qui ont diminué mais restent important	
Consultation CHU psychologue			510		Une activité nouvelle	2 psychologues
Consultation CHU psychiatre			2555		A cela s'ajoute les 93 consultations en centre expert et 85 consultations dans le cadre de la psychiatrie de liaison	
CMP Pontarlier	1138	7%	2383	9%	Un renfort entre 2019 et 2024 de 3.41 ETP à Pontarlier, essentiellement psychologue. Sur le CMP de Morteau une perte de 0.50 ETP essentiellement cadre et IDE.	
CMP Morteau	272	28%	622	0%	Beaucoup de difficulté de recrutement IDE, création de poste d'aide-soignant Des postes encore vacants IDE sur les HC qui obligent régulièrement des renforts entre équipe ambulatoire et HC. Une priorisation de nouvelles entrées en CMP en lien avec des fin d'hospitalisation, des temps entre consultation qui ont augmenté en particulier sur Pontarlier. Ensemble des postes médicaux pourvus.	

Soins ambulatoire	Délais attente psychiatre 2024	EVOLUTION délais attente psychiatre	Délais attente psychologue 2024	EVOLUTION délais attente psychologue	Délais Premier entretien	Renforts entre 2020 et 2024
C. M. P. PLANOISE	180	+125%	540	113%	60	1,6 psychologue, 0,35 AS, 0,5 AMA
CMP LOUE LISON	nc	nc	94	-79%		0,5 médecin (en attente recrutement) 2 Ide, 2 psychologues
C. M. P. Jules Vernes	127	95%	194	19%	32	0,5 psychologue, 0,7 IDE
C. M. P. MAICHE	139	104%	281	155%	28	0,5 psychologue
C. M. P. VALDAHON	116	27%	159	118%	23	1 IDE et 1 psychologue
C. M. P POINT DU JOUR	127	127%	280	26%		0,5 psychologue, 0,6 IDE
CMP BAUME LES DAMES	94	-3%	169	-39%		0,5 psychiatre (en attente recrutement), 2 IDE, 1,6 psychologue, 0,2 AMA
CMP PONT DE ROIDE	85	1%	110	-38%		

Dispositif spécifique	File active 2024	ÉVOLUTION FILE ACTIVE depuis 2018	Total ACTE 2024	ÉVOLUTION ACTIVITÉ depuis 2018	Délais Premier entretien
EMA adulte	40	+ 100%	136	+ 85%	15 jours à 1 mois
BAPU	152 (2023)	+1.5%	10438 (2023)	-16.8%	1 à 3 mois
SSE	194 étudiants vu en premier entretiens (IDE ou psychologue) 162 étudiants suivis par psychologue au SSE 26 suivis par le psychiatre		715 consultations de psychologues		

La saturation des CMP est complète et particulièrement en secteur urbain.

Comme les données le soulignent, l'accès à des soins de psychologue est particulièrement long. La demande ne cesse d'augmenter et malgré les moyens nouveaux déployés, le dispositif actuel ne permet pas de répondre aux demandes de soins.

Afin de répondre aux besoins urgents, les psychologues ont espacé leurs rendez-vous avec les patients, ce qui ne répond pas aux besoins de soins.

Là aussi, pour répondre aux besoins de consultation en urgence, les psychiatres modifient leur agenda de rendez-vous. Désormais, en moyenne, un patient a un rendez-vous avec son psychiatre durant 20 minutes tous les deux mois, ne laissant que peu d'espace thérapeutique là aussi avec un impact majeur sur la qualité des soins, la possibilité d'établir une relation thérapeutique suffisamment investie et impactant donc les possibilités d'amélioration et de rétablissement.

Ce fonctionnement a été mis en place dans l'ensemble des CMP pour répondre à la demande et afin de ne pas laisser des patients sur liste d'attente, avec un pronostic vital parfois rapidement engagé.

Face à la pénurie médicale, les médecins ont pallié le manque de temps médical en allongeant les ½ journées de consultations. Ces conditions de travail sont contre-productives, car elles épuisent les professionnels en place, découragent les professionnels en formation, faussent la mise en lumière des besoins réels. Par suite d'un acte de violence sur le territoire du Doubs, il a été acté également l'interdiction à tout professionnel d'avoir un exercice en travailleur isolé, occasionnant aussi une diminution de temps de consultation, en particulier dans les secteurs ruraux.

Ainsi, sur le CMP de Planoise, depuis octobre 2024, il n'y a plus de prise de rendez-vous pour de nouveaux patients en dehors des patients en sortie d'hospitalisation, adressés par le médecin généraliste, ou en relai pédopsy/psy adulte, du fait de délais d'attente de quasiment 18 mois pour les psychologues, 4 à 6 mois pour un **psychiatre** et 2 mois pour en infirmier.

Le taux populationnel du quartier de Planoise explique une tension particulièrement visible sur le CMP du pôle A le desservant et qui n'a pas de moyen complémentaire à l'évolution de cette population pour répondre à cette spécificité.

Un travail sur le renforcement des CMP, la mise en place d'IPA, la question des soins non programmés doit être pensée pour améliorer les parcours de soins, particulièrement sur les secteurs urbains.



On constate une augmentation constante des **demandes de soins pénalement ordonnés** depuis plusieurs années et qui se sont accentuées du fait de la remise en liberté d'une partie de la population carcérale dans le cadre des mesures de précautions sanitaires en détention ; mais également par une augmentation de la violence sociétale exacerbée depuis la crise COVID. Ce public en situation souvent précaire en termes de logement, de statut administratif, de situation familiale, de situation scolaire ou professionnelle, cumule souvent plusieurs indications de soins : psychothérapie, psychotraumatisme, addiction. Ce public correspond à une clinique spécifique pour laquelle la pluridisciplinarité des équipes de soins est un gage de qualité. Il est aujourd'hui impossible de faire concorder les demandes de soins de ce public dans un délai cohérent avec leurs attendus judiciaires et d'apporter une offre de soins spécifique avec des professionnels formés à ces soins problématiques.

Enfin, le délai de prise en charge est particulièrement préjudiciable, dans le parcours de soins de ces patients, rendant le travail thérapeutique sur la raison du passage à l'acte, trop éloigné ou en décalage avec un parcours de vie qui, entre temps, se précarise.



Le BAPU est un établissement d'accueil et de soins psychothérapeutiques pour des étudiants présentant des difficultés psychologiques de nature et d'intensité variées. Ils peuvent être adressés par les services de médecine universitaire ou les services sociaux, ou par un médecin, ou encore consulter à leur propre initiative. Ils peuvent bénéficier d'une psychothérapie, avec une prise en charge à 100% par la CPAM, à la condition d'être titulaires d'une carte d'étudiant, de bénéficier d'une couverture d'assurance maladie et d'avoir moins de 27 ans. Ce service est complémentaire au SSE, en particulier pour les établissements non conventionnés.

Le SSE en lien avec la crise COVID et face aux mal-être des étudiants a été renforcé pendant la crise COVID mais avec des moyens non pérennes. L'ARS a remis en place ce renfort mais un travail de pérennisation est à poursuivre. Un temps de psychiatre a également pu être mis en place au SSE en partenariat avec le CHN. Mon soutien psy et les chèques psy étudiants restent fortement mobilisés mais la demande reste très

3.3 Offre de recherche en psychiatrie

Le Doubs bénéficie d'équipes hospitalo-universitaires avec des recherches cliniques associées qui depuis 2018 qui se sont structuré sur différents niveaux :

- l'UMR INSERM dont l'activité recherche est en grande partie centrée sur la psychiatrie et la santé mentale, unité labellisée en 2024, dotée de plusieurs millions d'euros de financement et qui participe au développement de nouvelles stratégies thérapeutiques et à la psychiatrie de précision
- Le Centre d'Investigation Clinique CIC-1431 INSERM "domaine santé mentale et neurosciences" qui porte des actions spécifiques de recherche en psychiatrie, notamment 2 projets dont PEPR PROPSY France 2030, projet dont la dotation globale au national atteint 80 millions d'euros

Depuis 2024, la région a travaillé à la création d'une coopération de recherche en santé mentale et psychiatrie. Dans le cadre de ce travail, le PTSM 25 a participé à la structuration d'un comité de recherche régional en psychiatrie et santé mentale, associant l'ensemble des acteurs sanitaires du Doubs, mais également en concertation avec les acteurs du parcours de vie.

Cette structuration qui a pris le nom de « Recherche psychiatrie santé mentale » (RPSM), la première contribution à une recherche a débuté en 2025 sur la thématique : Expérimentation d'une consultation de réévaluation des traitements psychotropes auprès des personnes âgées de plus de 65 ans et plus consommant des benzodiazépines. Différents projets de recherche, thématique ont été identifié. Un site internet est en construction. Un premier colloque régional aura lieu le 18/09/2025 à Dijon.

3.4 Offre de prévention

La **prévention en santé mentale** désigne l'ensemble des actions mises en place pour **éviter l'apparition, l'aggravation ou les conséquences** des troubles psychiques. Pour le public adulte, elle s'effectue sur différents niveaux :

Prévention primaire

Objectif : **éviter l'apparition** des troubles mentaux

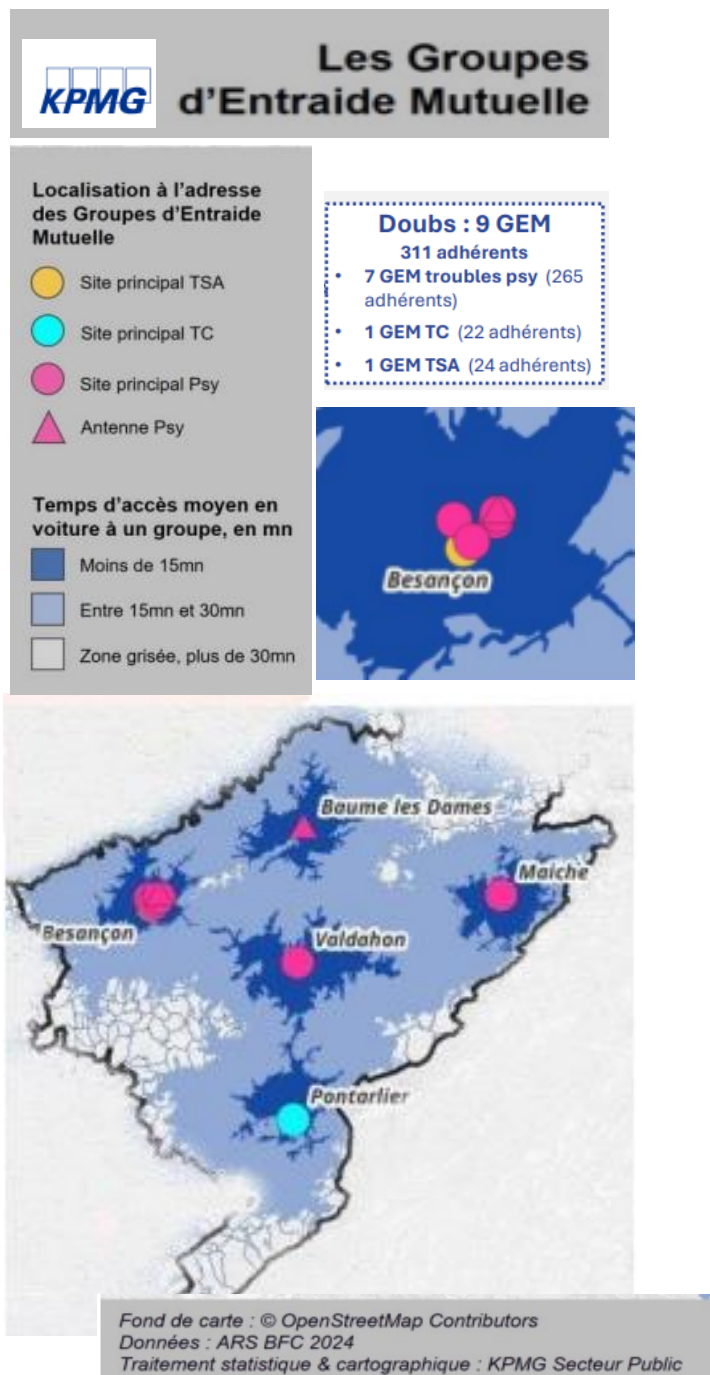
- Un travail d'information a été mené dans le cadre du PTSM, des CLS et du CLSM sur l'ensemble du département, en particulier pendant les SIM sur le déploiement de différents outils :
 - ETUCARE à destination des étudiants, donnant des principes du prendre soins et s'appliquant à l'ensemble de la population,
 - La présentation de l'outil développé par AST25 de repérage des signaux d'alerte sur le burnout et de la souffrance des entrepreneurs a été menée
- **Sensibiliser à la santé mentale** : de multiples outils ont été créés par le CLSM du Grand Besançon, puis déployer dans les CLS,



- **Des actions spécifiques pour certains publics ou sur certaines thématiques ont été mené :**
 - Pour le monde agricole des actions ont été mené en lien avec la Mutuelle Sociale Agricole (MSA),
 - Pour les entrepreneurs avec l'association casque bleu et AST 25
 - Pour le personnel du soin ; des ateliers bien-être et l'information de dispositif d'écoute dédié ont été proposé
 - Des informations sur les bénéfices du sport ont eu lieu
 - La promotion du 3114
 - La promotion de PSSM

La création d'un CLSM sur la partie du Haut Doubs permettrait de structurer ce niveau 1 pour ce territoire où les besoins sont importants et spécifiques.

- **Lutte contre les discriminations et l'isolement social**, un travail de renforcement de l'offre de GEM a été travaillé durant le premier PTSM en particulier sur l'offre rurale. Ces dispositifs participent à la prévention primaire et tertiaire extrêmement pertinente. Actuellement il reste deux territoires encore non couverts la vallée de la Loue et Pontarlier qui n'ont pas d'accueil GEM pour des personnes avec des troubles psychiques. Le redéploiement de l'offre de GEM TSA mobile sera à accompagner pour qu'elle devienne effective.



Prévention secondaire

Objectif : **détecter précocement** les troubles pour intervenir rapidement.

Les politiques nationales ont concouru sur le premier PTSM à renforcer l'offre secondaire par la création du 3114, la création des chèques psy étudiant, puis des consultations remboursées de psychologues par la CPAM, la mise en place de psychologue au sein de maison de santé... De plus en plus de psychologues s'inscrivent dans ce dispositif avec toutefois des zones blanches en particulier en zone rurale. Le soutien à ces professionnels et les liens à construire avec les CMP et la médecine de ville et l'hôpital restent à structurer ou renforcer.



Les acteurs du PTSM ont concouru à permettre le déploiement de formation PSSM pour le grand public, mais également pour des publics ciblés (enseignant, professionnel de la nuit et de la fête, assistant familiaux, agriculteur, élus, travailleur sociaux...) ainsi que le déploiement de la formation PRISME pour les acteurs de la précarité et des formations sentinelles pour les professionnels de l'accompagnement ESMS et social. Ce travail devra être poursuivi tant pour étendre les formateurs internes que développer la formation PSSM jeunes puis adolescent et enfant dans les futures années aux plus grands nombres. Les formations déployer dans le cadre du PTSM, des CLS et CLSM sont financé par l'ARS ainsi que des formations de formateurs. Les IAF, la CPAM, l'IRTS et la faculté développe également cette formation.

Le déploiement des toutes les équipes mobiles dans une volonté de développer l'aller vers, la création de l'EMTAA pour une prise en charge précoce des troubles psychiques sur un modèle de case management permettant de soutenir l'ensemble du parcours (professionnels, scolaires, soins, social, proche...) sont autant de dispositifs nouveaux à soutenir, en particulier sur la zone du Haut Doubs.

Une attention particulière aux étudiants et aux femmes victimes a été portée ces dernières années avec le renforcement de moyen dédié au service de santé des étudiants (psychologue et AIG d'un psychiatre), ainsi que le renforcement en soins psychologue de France victime, solidarité femme et le parcours de médecine légale.

Prévention tertiaire

Objectif : **éviter les rechutes ou complications** chez les personnes déjà atteintes.

Le dispositif Vigilant's a été déployé dans le Doubs tant pour le public adulte qu'enfant. Les taux de recours sont encore faibles par rapport à d'autres régions et un travail d'information et de soutien à ce dispositif doit être poursuivi en particulier sur le public adulte. La création d'équipe dédiée à la lutte contre le suicide en sortie des urgences est un dispositif à dupliquer sur l'ensemble des services d'urgence.



Le CLSM et le PTSM ont travaillé pour des dispositifs d'aide aux parcours d'emploi avec des informations régulières sur de dispositif innovant tel que l'HACTIVATEUR, BIVOUAC et BOUSSOLE pour des accompagnements au public très éloignés de l'emploi.

Un fort engagement dans le développement de la pair aidance. Le Doubs a créé 9 postes de pair aidant depuis 2025 et continue à porter des projets de nouveaux postes. Toutefois, l'accès à la formation concentrée uniquement en Bourgogne est une vraie inégalité de territoire et un frein important pour des parcours de reconversion ou de professionnalisation déjà fragile.

L'expérimentation également de proposer un accès aux soins psychologiques intégré aux dispositifs d'accompagnement dans les SIAE à démontrer son efficacité tant en termes de parcours d'emploi que de parcours de soins. La pérennisation de ce dispositif et son extension sur l'ensemble du département sont une attente forte.

L'ensemble des établissements de santé ont déployé BREF, sans une réelle structuration et moyens dédiés. Les équipes ont été formées, mais la structuration de l'offre de soutien aux aidants en santé mentale est encore très limitée. Des groupes de personnes endeuillées par le suicide ont été mis en place pour la Franche-Comté, là encore le déploiement et la communication doit être accompagnés pour permettre à ces dispositifs d'arriver à leurs publics cible. Malgré de multiples projets, le programme PROFAMILLE n'a pu être déployé sur le Doubs. La seule offre disponible est Bourguignonne et sur des places limitées.

Sur l'offre de prévention en addictologie voir le diagnostic complémentaire en annexe.

3.5 Offre de réhabilitation psychosociale

L'offre de réhabilitation psychosociale s'est renforcée dans les dernières années, tant sur la partie médico-sociale que sanitaire.

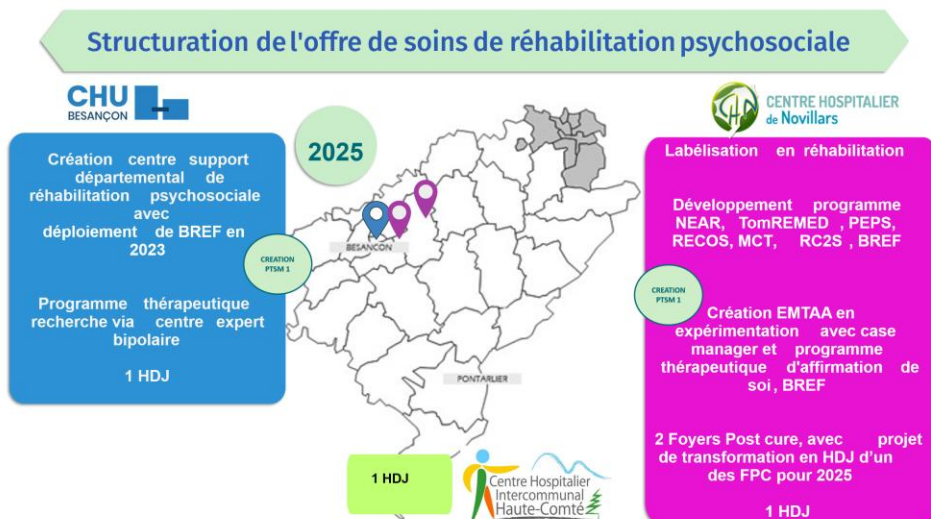
Ainsi, par transformation de lits, une offre d'hôpital de jour a été créée proposant de multiple prise en charge avec des programmes d'éducation thérapeutique. Cette offre va se renforcer dans les années à venir via la transformation d'un foyer postcure en HDJ. On note une augmentation de l'offre de thérapies nouvelles pour des prises en charge de réhabilitation psychosociale, mais une file active de patients très différents selon les lieux et une offre qui répond aussi aux besoins régionaux.

Le déploiement des programmes d'éducation thérapeutiques ou d'atelier de remédiation cognitive, de BREF, est en lien avec les moyens des services et n'a pas de professionnel dédié. Cette organisation induit une difficulté à maintenir l'offre en période de tension RH.

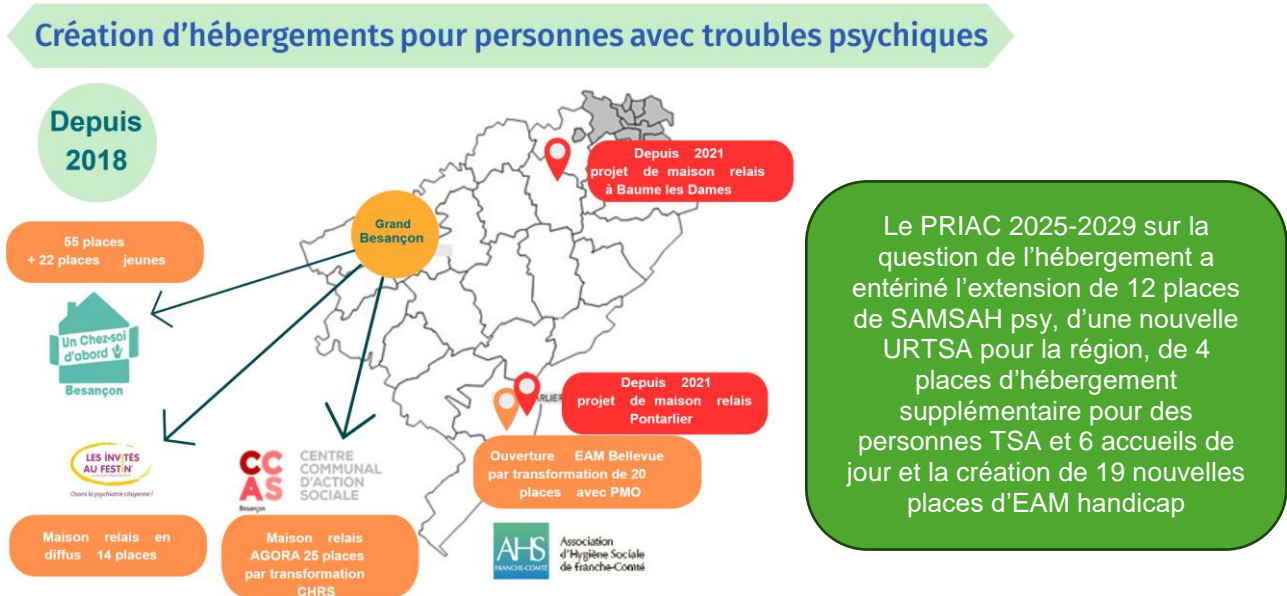
En effet, l'offre n'est pas encore suffisamment structurée et de plus est très dépendante de la sectorisation des patients. Il n'y a pas de stratégie de territoire. Un certain nombre de programmes ne sont pas labélisés, ne permettant pas de les déployer via des moyens dédiés, ce qui ne permet pas une régularité de l'offre. Le projet de création d'une UTEP régionale dédiée à la psychiatrie-santé mentale pour structurer l'offre et venir en appui aux établissements n'a pas abouti faute de financement.

Plusieurs établissements de psychiatrie du GHT sont précurseurs de programme de réhabilitation, mais il n'y a pas de diffusion des compétences.

Les attentes des patients et familles sont fortes sur ces soins et l'accompagnement en réhabilitation. L'ensemble des établissements de soins ce sont formés à BREF, toutefois sans moyen dédié l'offre est extrêmement limitée et peu déployée. La montée en compétence des professionnels et la structuration d'une offre intersectorielle et accessible au plus grand nombre seront un réel enjeu du prochain PTSM.



Un travail important a été fait dans le cadre du premier PTSM pour augmenter l'offre sociale et ESMS du public avec des troubles psychiques permettant la reprise d'un parcours de vie. L'offre GEM a été développée en amont, et voici le travail fait autour de la question de l'hébergement : Les projets de maison relais n'ont pu aboutir et continuent à être un axe important du PTSM. La DDETSPP continue à porter une politique volontariste autour du logement d'abord permettant de maintenir la dynamique de ces projets.



Sur le public en situation de handicap, un travail de fluidification de parcours des patients avec notification MDPH en hospitalisation inadéquate a été fait tout au long du premier PTSM en articulation avec l'ARS et la communauté 360. Un audit sur l'offre ESMS a été fait permettant de mettre en lumière les besoins. L'ARS travaille avec les établissements depuis pour proposer de nouvelles offres qui verront le jour sur le PTSM 2, un guide d'appui a également été créé. Pour maintenir, les parcours de réhabilitation de ce public spécifique, une offre de soins mobile s'est structurée sur l'ensemble du territoire cela permet de suivre les situations via des interventions d'IDE et de psychiatre. Un projet d'IPA sur ce type de dispositif serait un plus.



Diagnostic Territorial
Partagé sur l'offre
d'accompagnement
des personnes en
situation de handicap

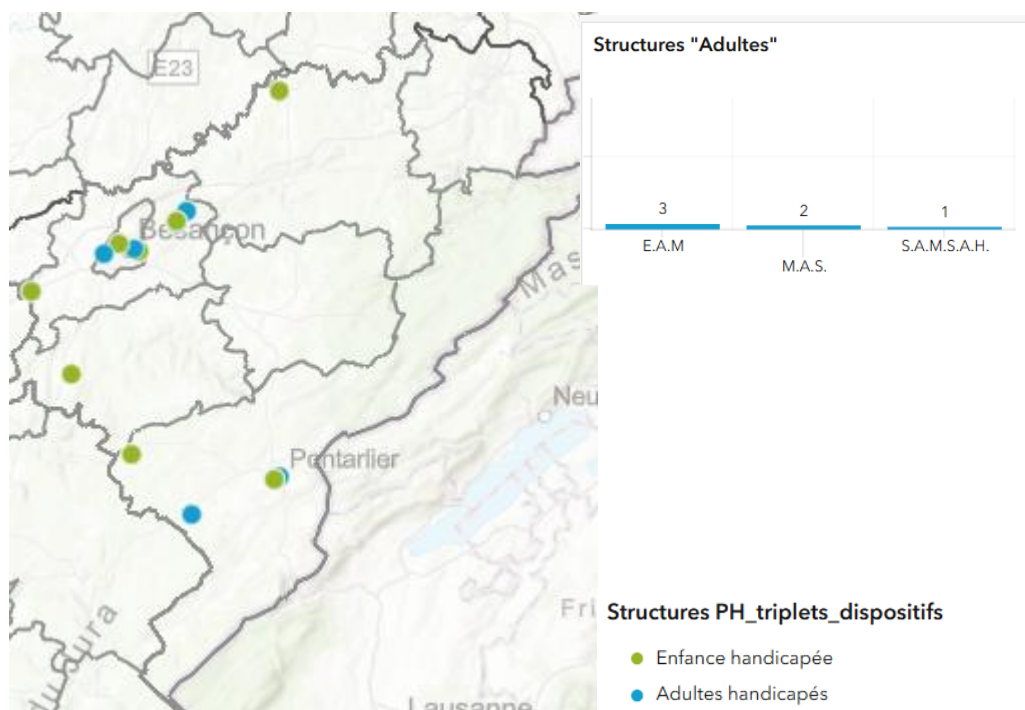
Mai 2023

En 2021 sur tout le Doubs avec l'aire urbaine, 3860 adultes avec orientations MDPH dont 44% ont + de 50 ans.

- *Un taux d'équipement inférieur pour les FAM/MAS/SSIAD*
- *Un taux d'équipement supérieur sur les SAMSAH et structure professionnelle (CPO, UEROS, ESAT)*
- *8% de l'offre en milieu ouvert (plus important que la moyenne BFC)*
 - *104 places PHV dans les ESMS*
 - *2 URTSA en cours de déploiement*
 - *1 DEA pour l'accompagnement à l'emploi*

8% des usagers sont en liste d'attente (300 usagers dont 98 en attente MAS, 68 FAM, 62 SAMSAH)

Depuis 2018, transformation de place de mas et Foyer de vie DI en 5 places FAM et 13 places MAS, 1 place accueil temporaire et 10 places milieu ouvert pour un public handicap psychique (Bellevue) et création de 5 places accueils de jours MAS handicap psychique (MAS CHN)



Les orientations du Département du Doubs

Priorité 1 : renforcer le maintien à domicile et l'inclusion

- Nouvelle génération de CPOM 2023/2027 avec les SAAD
- Renforcer l'accueil familial dans le Doubs : campagne de recrutement, dispositif de soutien aux accueillants familiaux
- Développer l'habitat inclusif dédié majoritairement aux personnes en situation de handicap

Priorité 2 : approfondir le diagnostic pour mieux adapter l'offre aux besoins

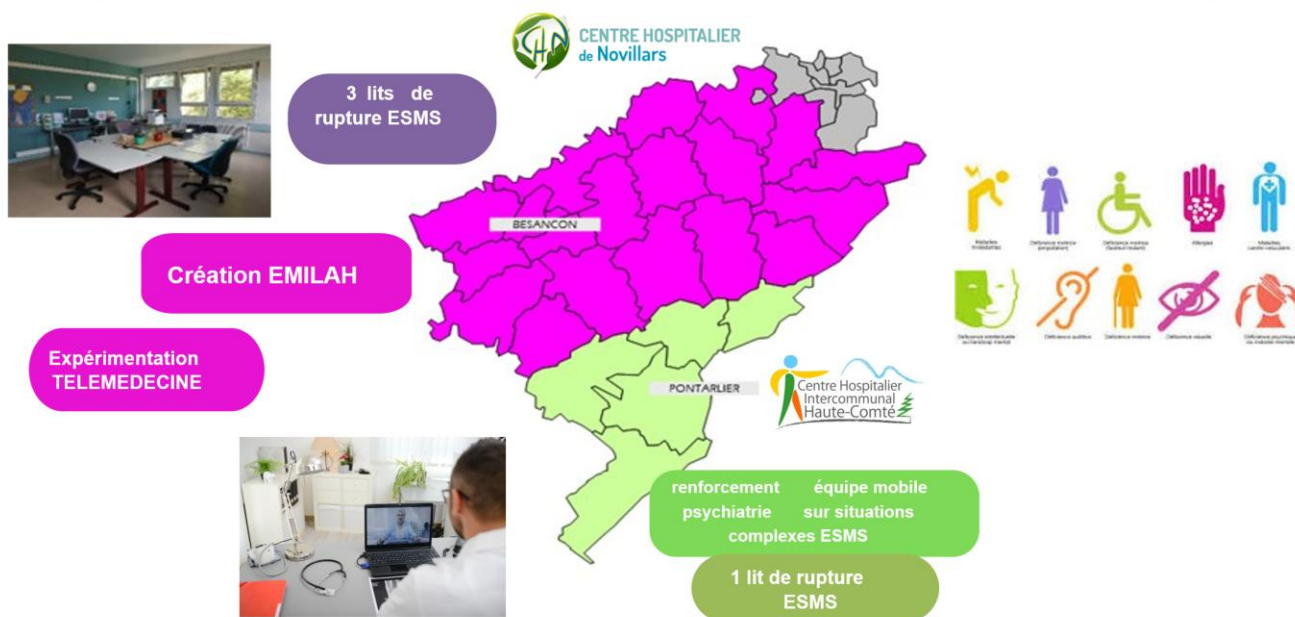
- Engager une réflexion infra-territoriale sur les besoins en matière d'hébergement et de logement pour les travailleurs en ESAT (Foyer d'hébergement, habitat inclusif, colocation, etc)
- Affiner les besoins en matière de Foyer de vie : pour quels publics, sur quels territoires ?
- Nouvelle enveloppe de subvention à l'investissement pour accompagner l'évolution de l'offre du secteur PH et le développement de l'habitat inclusif

Autres priorités partagées avec l'ARS :

- Mieux prendre en compte les besoins en matière de prise en charge des TSA (FAM, habitats partagés, etc.)
- Développer et diversifier les modalités d'accompagnement des PHV actuellement en établissement ou à domicile
- Mieux accompagner les enfants à double vulnérabilité protection de l'enfance/handicap

La création du SERVICE PUBLIC DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE (SPDA) et de la CONFERENCE TERRITORIALE de L'AUTONOMIE (CTA) vient renforcer la coordination des acteurs institutionnels et opérationnels aux services des personnes handicapées et sénior. Le PTSM 2026-2030 sera un acteur pour venir soutenir ce déploiement

Création d'offre de soins de l'aller vers HANDICAP



Remarque sur l'évolution du public hospitalisé au long cours :

Dans le cadre du premier PTSM, un travail s'est articulé autour des patients au long cours en hospitalisation inadéquate. En 2018, plus de 80 situations ont pu être dénombrées (50 en attente d'ESMS handicap et 30 en ephad). En juillet 2025 on dénombre 37 situations, ce qui démontre la plus-value du travail engagé avec l'ARS, La MDPH et le PTSM pour améliorer la fluidité des parcours. A ce jour ce public est constitué de trois typologies principales :

- Des adultes en attente de structures d'hébergement de type FAM et MAS psy, foyer d'hébergement.
Un travail avec la MDPH puis la communauté 360 a permis de mettre en place une liste d'admission prioritaire dans les structures MAS. Deux URTSA ont été créés dans la région et auront leurs pleins accueils dans les années futures, toutefois, cela a pu répondre à certaines situations du territoire. La création du FAM psy de Bellevue a été accompagnée pour pouvoir s'adapter aux nouveaux publics. L'ARS et la MDPH ont travaillé à la mise en place de temps d'accueil temporaire, de stage, de plan d'accompagnement global pour permettre une reprise de parcours hors hospitalisation. Ce travail porte ces fruits pour une grande majorité des situations qui, en articulation avec du soutien de soins via les EMILAH a permis de sortir les patients d'hospitalisation. Toutefois, depuis 2020, on constate désormais une recrudescence de situation de jeunes en aménagement

Creton, souvent en situation de protection de l'enfance, qui décompensent dans les structures enfants et pour lesquels à nouveau il y a de grand temps de stabilisation et d'orientation. La mise en place de double prise en charge sanitaire et ESMS montrent de bons résultats, mais la limitation de l'offre est une réalité persistante.

- Des adultes en précarité sociale importante, avec des problématiques d'addiction souvent associées ou la réouverture des droits sociaux, la recherche d'un lieu d'hébergement suffisamment structuré pour éviter la rechute prend du temps. Les services sociaux des hôpitaux sont sous doté par rapport à une population de plus en plus précarisée. La création d'un chez soi d'abord, l'augmentation des places de maison relais en appartement diffus a été une ouverture importante pour orienter des patients hospitalisés avec des modalités d'accompagnement nouvelles. Le besoin de SAMSAH et SAVS reste important. L'expérimentation d'une offre de FAM en milieu ouvert à Pontarlier est une démarche à suivre et qui semble pertinente. Toutefois il semble important de pouvoir la relier à une offre d'hébergement pour permettre de mettre à l'abri des patients encore fragiles et qui ne peuvent accéder à un logement autonome dans la cité.
- Des personnes vieillissantes avec des troubles psychiques plus ou moins stabilisés entrent 50 et 65 ans, pour qui l'offre restent très limitée. Si des dérogations régulières sont faites pour orienter des patients en EHPAD l'inadaptation de l'offre reste une raison régulière de retour en hospitalisation. Les délais d'admission en structure handicap ne permettent pas une orientation. La création d'UPHV ou d'unité de personne vieillissante avec des pathologies psychiatriques chroniques reste un besoin sur le territoire. Le soutien aux résidences autonomie pour les troubles psychiques et le soutien aux maisons relais sur les troubles somatiques sera une nécessité pour maintenir ce public dans des logements.

On note que depuis 2018, le parcours de patients de plus de 65 ans en attente d'EHPAD et résidences autonomie se sont fluidifiés dans l'ensemble malgré des délais encore longs faute de place. La création des EMPPA a permis de sécuriser les admissions même pour les patients de moins de 65 ans. La création de deux nouvelles UPPA a permis de fluidifier la filière personne âgée ayant des troubles psychiques importants, mais va rapidement être aussi saturée.

L'expérience des équipes mobiles qui interviennent au sein des structures d'hébergement a fait ses preuves : L'EMPP en CHRS, abris nuit, L'EMPPA en résidence autonomie, EHPAD, l'EMILAH en ESMS a permis un travail de liaison en appui du parcours de soins de ville, en appui aux équipes éducatives, sur un travail d'évaluation et de prise en charge continues permettant de limiter l'hospitalisation, ou de la construire dans le cadre d'une hospitalisation séquentielle ou d'HDJ. **Les équipes du Haut Doubs sont encore à renforcer aux vues de la taille du secteur et du dimensionnement actuel.**

Toutefois, l'ensemble de ces structures sont en **demande de formation** pour mieux comprendre les troubles, savoir les repérer et y répondre. Un travail de supervision clinique pour les situations les plus complexes avec de l'apport théorique et de la pratique est souvent demandé également. Pour être efficace, ce travail doit s'inscrire dans la régularité avec les équipes. À ce jour, les équipes mobiles n'ont pas le temps de le mettre en place. Le PTSM a répondu sur ces demandes via des offres de formation spécifique, mais ne peut répondre à tous et a priorisé les structures avec les situations les plus complexes. La structuration d'une offre de formation est à penser.

3.6 Offre de soins de psychotraumatisme

La structuration d'un parcours gradué de la prise en charge du psychotrauma avec la création d'un centre ressource régional à Dijon nécessite d'engager aujourd'hui un travail de structuration au niveau départemental. Les personnes formées existent mais l'organisation de soins spécifiques est à mettre en œuvre et à rendre visible aux citoyens.

Sur le Doubs, seul le CHU a des dispositifs de soins dédiés :

- La CUMP qui propose une offre de soins sur des traumatismes simple et récent
- Le service de médecine légale qui propose une offre qui reposait initialement sur l'accompagnement des personnes dans le parcours de victimologie. Grâce à un renfort de moyen, cette offre s'est ouverte pour répondre aux besoins de soins récents sur des traumatismes multiples et complexes. Cette offre est encore méconnue.

Beaucoup de professionnels des CMP sont formés à différentes thérapies (thérapies brèves, EMDR, ICV, à l'hypnose, ...), mais n'ont pas de temps dédiés pour proposer ce type de soins spécifiques. La structuration d'une filière de soins adulte est encore à construire sur le Doubs.

Une offre naissante libérale existe sur Besançon et Pontarlier avec des professionnels qui n'ont pas adhéré aux dispositifs mon parcours psy avec des coûts de consultation importants.

La maison de santé de Pontarlier a mis en place un dispositif d'accompagnement pour les femmes victimes et les violences intrafamiliales qui mériterait d'être dupliqué sur le territoire.

3.7 Offre de soins et d'accompagnement en addictologie

La filière hospitalière d'addictologie s'est structurée durant le premier PTSM. Elle a désormais une offre de soins de ville, d'HDJ et d'HC. Toutefois l'offre d'HC est encore très faible et ne pourra être complète qu'en 2029 en lien avec une opération immobilière d'envergure.

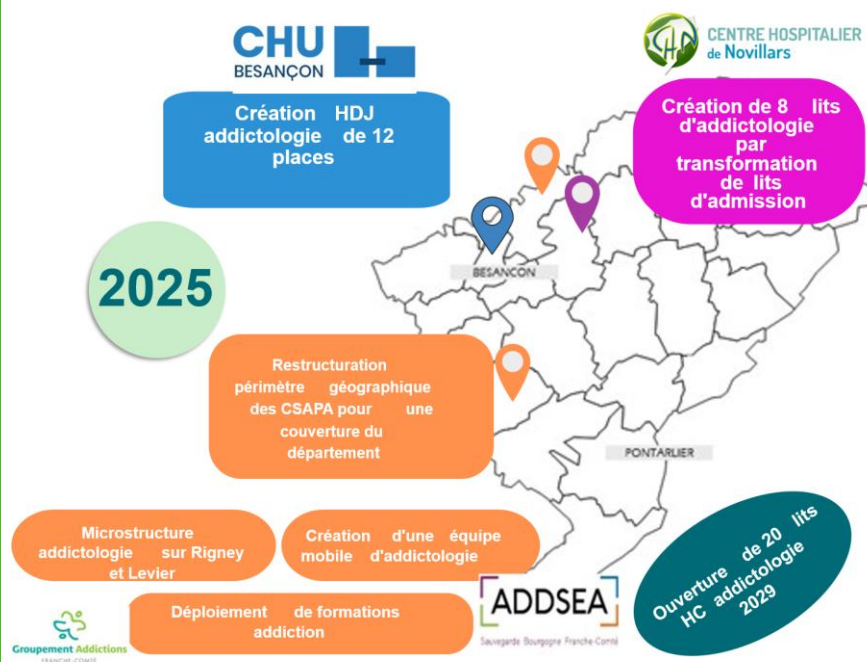
Dans cette attente, l'appui de l'offre ambulatoire est une priorité

En 2023, la file active départementale des CSAPA (incluant celui de l'AHSFC sur pays de Montbéliard) s'élevait à 3 914 personnes, dont 1 510 nouveaux patients, pour un total de 37 968 consultations et 339 jeunes suivis en CJC. Les taux de patients vus une seule fois restent élevés (15 à 27 % selon les structures), posant question sur l'engagement durable dans les parcours de soins.

CHU, HDJ addico 2024 ; 2260 séjours +686 consultations pour une file active de 99 patients. + 695 consultations de l'ELSA

538 consultations au CHI-HC de Pontarlier (2023),

140 patients en HC en 2024 au CH sur unité addictologie Nérée



Le Doubs est le seul territoire de plus de 300 000 habitants sans SMR spécialisé en addictologie. Son offre hospitalière est inférieure à celle de départements moins peuplés. Cette situation constitue un frein à l'accès équitable aux soins et entraîne les ruptures de parcours

L'activité TSO est très inégalement répartie, en 2023 :

Le CSAPA de Montbéliard (AHSFC) est le principal prescripteur (plus de 230 patients sous TSO) ;

Soléa suit environ 145 patients sous TSO ;

Le CH de Pontarlier se distingue malgré des moyens limités, avec une activité TSO significative.

Le CSAPA d'Addiction France affiche une activité encore marginale.

L'analyse quantitative régionale confirme la pression importante qui pèse sur les CSAPA du Doubs, comparativement aux dynamiques observées dans les autres territoires

Indicateurs 2023	Doubs (avec PMA)	Franche-Comté	Bourgogne-Franche-Comté
File active CSAPA	3 914	7 212	18248
Consultations CSAPA	37 968	74 757	140 803
% de la file régionale BFC	22%	44 %	100%

Le CSAPA Soléa dispose d'un dispositif d'appartements thérapeutiques (DATA), qui constitue une réponse essentielle pour accompagner les personnes en situation de précarité dans leurs premières démarches de soin. En 2023, près de 15 000 nuitées ont été assurées, confirmant une utilisation intensive et une fonction structurante dans les parcours, en particulier pour les usagers vivant loin de Besançon ou sans domicile fixe. Ce dispositif permet d'accueillir temporairement des personnes engagées dans un sevrage, une induction de traitement ou une phase de stabilisation post-cure, lorsque l'accès direct à un hébergement pérenne ou autonome est impossible.

Il a pour mission de coordonner les parcours de soins en addictologie, en appui aux professionnels, favoriser la concertations entre les différents intervenants libéraux, associatifs, hospitaliers, dans le domaine de la prévention, de la réduction des risques et des dommages et de la prise en charge de soins, organiser des temps d'échanges de pratiques entre professionnels de santé, travailleurs sociaux et association, organiser des formation à destination des professionnels, travailler à l'amélioration de la qualité des services et des soins offerts aux personnes, et enfin diffuser de l'information aux professionnels.

Dans le Doubs, le GAFC rencontre en moyenne 230 professionnels, de santé et du social, par an, sur des temps de formation/sensibilisation, sans compter les participants aux visio. En moyenne une vingtaine de formation/sensibilisation sont organisées chaque année. En ce qui concerne la coordination de parcours de soins, la montée se fait progressivement, passant de 4 sollicitations en 2022 à 12 en 2024. Elles proviennent essentiellement de médecins libéraux, infirmière Asalée, et coordinatrices du DAC

Dans le Doubs, en plus des missions d'aller-vers du CAARUD et des consultations avancées des CSAPA, plusieurs initiatives témoignent d'une volonté de construire une réponse au plus près des usagers, en lien avec les acteurs de la précarité et de la psychiatrie :

L'équipe mobile EMA (Équipe Mobile Addictologie)
L'équipe mobile addictions Grand Besançon composée d'un psychologue, d'une infirmière, d'un psychologue, et d'un travailleur social est renforcée avec un éducateur spécialisé, un coordinateur ainsi que du temps d'infirmier et de psychologue supplémentaires à compter de septembre 2024 et pour une durée de trois ans. L'équipe mobile se déplace essentiellement dans les quartiers prioritaires de la ville, y compris à domicile, pour faire de la prévention, mais aussi pour ramener vers le soin les personnes les plus éloignées. Elle intervient plus particulièrement dans les quartiers de Planoise, Battant et Clairs Soleils et peut adapter ses interventions aux besoins remontés du terrain.

L'équipe mobile FemA – Femmes & Addictions
Également portée par le CSAPA Soléa, cette équipe cible spécifiquement les femmes consommatrices en situation de précarité, notamment les femmes enceintes ou en parcours périnatal. Cette équipe est constituée d'un binôme sage-femme et travailleur social. Elle intervient à Besançon et dans le Grand Besançon, via des maraudes, des visites à domicile et un travail de coordination territoriale avec les services sociaux, la PMI, les ELSA ou les PASS. Ce dispositif permet de sécuriser l'entrée dans le soin, sans condition préalable de stabilisation, dans une logique de réduction des risques et de respect du rythme des personnes.

Forces	Faiblesses
Réseau médico-social actif (CSAPA, CJC, TAPAJ, DATA, équipes mobiles).	Offre hospitalière sous-dimensionnée (peu de lits, pas de SSR, inégalités territoriales).
Microstructures rurales pérennisées (Lavier, Rigney), consultations avancées déployées.	Saturation des CSAPA, contraintes d'assurer des prises en charge hospitalières.
Engagement ponctuel d'équipes pluriprofessionnelles (CPTS, MSP).	Fragilité des ressources humaines (vacances de postes, turnover, manque de formation).
Coopérations territoriales animées par le GAFC (formations, conventions, appui).	Freins d'accès liés à la mobilité (perte de permis, isolement rural, transports limités).
Implication anticipée dans le PTSM, en cohérence avec les recommandations nationales.	Suivi somatique lacunaire, peu de médecins traitants pour les publics en CSAPA.
Opportunités	Menaces
Structuration d'une gouvernance territoriale via le PTSM.	Aggravation des tensions RH, notamment en zone frontalière.
Déploiement d'équipes mobiles addictologie dans les zones mal couvertes.	Risques accrus de ruptures de parcours et de non-recours aux soins.
Extension possible des microstructures et consultations avancées avec CPTS/MSP.	Confusion sur les prescriptions TSO freinant l'engagement des professionnels de ville.
Développement de la formation spécialisée (FST, capacité, accueil d'internes).	Cloisonnement persistant entre soins somatiques, psychiatriques et addictologiques.
Renforcement des dynamiques de coordination (CPTS, DAC, CLS).	Absence de cadre stratégique = réponse morcelée, peu lisible hors PTSM.

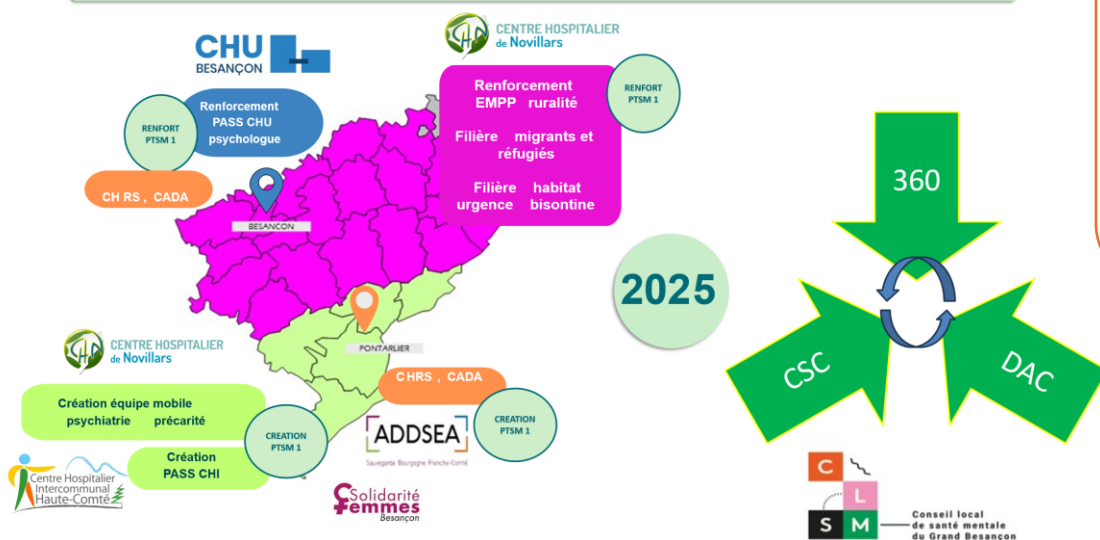
Les 10 enjeux prioritaires du territoire (2025–2030) en matière d'addictologie

Un diagnostic détaillé est proposé en annexe du diagnostic. Dix enjeux structurants ont été identifiés pour les cinq prochaines années afin de garantir une réponse cohérente, équitable et adaptée aux besoins spécifiques du département du Doubs.

1. **Renforcer l'offre hospitalière spécialisée**, en particulier en créant ou consolidant des capacités d'hospitalisation de niveau 2, et en posant les bases d'une future offre SSR addictologie.
2. **Assurer une couverture territoriale équitable**, en réduisant les disparités nord-sud et en proposant des relais adaptés dans les zones rurales ou périurbaines mal desservies.
3. **Stabiliser et renforcer les ressources humaines**, en agissant sur le recrutement, la fidélisation et la formation des professionnels engagés dans la prise en charge des addictions.
4. **Structurer une gouvernance territoriale lisible**, intégrée au pilotage du PTSM, permettant de coordonner les acteurs du soin, du médico-social, de la ville et du social.
5. **Améliorer l'articulation avec le premier recours**, en soutenant l'implication des médecins généralistes, en clarifiant les pratiques autorisées (TSO), et en s'appuyant sur les dynamiques CPTS/MSP.
6. **Garantir l'accès aux soins somatiques pour les publics suivis**, en facilitant l'accès à un médecin traitant, au dépistage et aux soins de droit commun dans une logique de parcours global.
7. **Déployer des réponses mobiles et de proximité**, à travers le développement d'équipes mobiles addictologie, de microstructures et de consultations avancées dans les bassins de vie fragiles.
8. **Soutenir les dispositifs spécifiques pour les publics les plus précaires**, notamment les DATA, les équipes mobiles, les actions en milieu carcéral et les projets type TAPAJ.
9. **Renforcer la continuité des parcours complexes**, en consolidant les articulations entre ambulatoire, hospitalier, social et psychiatrie, pour sécuriser les prises en charge des usagers présentant des comorbidités lourdes, des ruptures multiples et des pathologies duelles.
10. **Objectiver, suivre et piloter les besoins addictologiques**, via des indicateurs territorialisés permettant d'évaluer l'évolution des besoins, des file actives, des zones blanches et du non-recours.

3.8 Offre de soins et d'accompagnement public précaire

Le renforcement des offres prévention précarité



La création du **Dispositif d'appui à la coordination (DAC)** : facilite la coordination entre professionnels qui interviennent auprès des personnes en perte d'autonomie ou ayant un parcours de soins complexe. **Création d'un SPDA en 2025**

La mesure 9 a permis de proposer des temps de psychologue dans les structures CHRS, abris nuit, foyer d'urgence... dispositif particulièrement pertinent qui est à poursuivre

L'ensemble du territoire est désormais couvert par une offre EMPP. L'EMPP de Novillars est identifié et reconnue dans les territoires ruraux. Il est à noter que la mise en place de l'EMPP Haut Doubs était attendue sur ce territoire mais qu'elle doit être renforcée pour avoir une action de prévention plus efficiente. En effet, des attentes fortes des partenaires perdurent pour la prise en charge des publics précaires en phase aiguë nécessitant des soins d'urgence.

EMPP CHN : FILE ACTIVE 2024 : 734, +54% 2017
Actes 2024 : 7012, +63% 2017
EMPP CHI-HC : FILE ACTIVE 2024 : 77
Actes 2024: 198

La structuration de l'accompagnement des situations complexes s'est mise en place : la cellule de situation complexes du Grand Besançon a été renforcée d'un 0.5 psychologue pour faire face à l'augmentation des saisines (+65% depuis 2017), la création d'une cellule de situation complexe pour les zones rurales qui traite environ 50 situations par an pour 70% sur le secteur du Haut Doubs, la création des DAC, de la 360. Pour le PTSM 2, il a été acté la ré-orientation sur le DAC ou la C360 des situations rurales, du fait de la fermeture de la CSC rurale et de la nécessité de créer un dispositif propre au Haut Doubs

Remarque sur la précarité et le logement

L'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité constitue un enjeu majeur dans le Doubs. Ces publics, souvent sans domicile ou en habitat indigne, présentent des pathologies lourdes, chroniques ou psychiatriques, fréquemment associées à des conduites addictives. Les dispositifs existants – Lits Halte Soins Santé (LHSS), Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), dispositifs « aller vers » et ACT spécifiques comme Un chez soi d'abord – jouent un rôle déterminant pour éviter les ruptures de parcours. L'analyse des rapports d'activité de 2024 met en évidence une offre diversifiée mais saturée, concentrée à Besançon et Pontarlier, avec de fortes inégalités territoriales et des besoins non couverts.

Dans le cadre de la politique départementale du logement d'abord 2024-2028 (PDALHPD), le public présentant des troubles psychiques et des addictions a été priorisé.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) identifie et intervient sur ces deux problématiques. Le plan de lutte contre les inégalités sociales de santé intervient par ailleurs sur les ruptures de soins. Pour rétablir la santé, il faut un logement et inversement. Beaucoup de dispositifs de soin nécessitent d'avoir un logement, pour pouvoir en bénéficier.

Depuis 2018, il a été développé différentes actions tels que le dispositif « Un chez soi d'abord », les 5 Tiny-house implantées sur le Haut-Doubs, l'augmentation des places de maison relais, la création d'un poste d'infirmier au sein du SIAO, les réponses aux sollicitations du dispositif de lutte contre l'habitat indigne pour mobiliser les acteurs de la santé

Le constat est donc sans appel. Le Doubs fait face à un manque de place criant, que ce soit sur l'hébergement d'urgence ou d'insertion. Il manque des places d'urgences pour les femmes vulnérables, il manque des places de CHRS. Si la forte coopération des acteurs permet d'amortir les difficultés, elle a ses limites au regard de la progression des besoins. Le SIAO du Doubs ne veut pas aller jusqu'à refuser des prises en charge de ménages en difficultés.

En janvier 2024, le SIAO a lancé un état des lieux de l'hébergement et du logement d'insertion, qui montre notamment que le Doubs est très nettement moins bien doté en places d'hébergement d'urgence. Pour y pallier et dans l'urgence des réponses à apporter un projet est en cours de réflexion sur la création d'une résidence Hôtelière à Vocation Sociale (RHVS) par bassin, avec une logique d'accompagnement mobilisant un collectif d'acteurs.

Dans le Doubs, aucun **LAM** n'existe actuellement. Cette absence est une limite majeure : les refus d'admission en LHSS concernent souvent des situations trop lourdes qui devraient relever de ce type de structure. Le besoin d'implantation d'un LAM est identifié comme prioritaire.

LHSS Pontarlier (ADDSEA) offrent 6 lits, dont 4 accessibles PMR.

L'activité est plus variable, avec un taux d'occupation moyen de 76 %. Sur 19 demandes, 8 admissions ont été possibles. Le public est plus jeune (26-39 ans majoritairement), souvent sans hébergement, présentant des pathologies variées (traumatologie, cancers, troubles cognitifs). Les addictions (alcool, tabac) sont fréquentes. L'équipe de 3,8 ETP fonctionne actuellement sans médecin et avec un cabinet libéral infirmier.

LHSS Agora (Besançon) disposent de 11 lits, tous accessibles PMR. En 2024, 41 demandes ont été enregistrées pour 25 admissions et 16 sorties. Le taux d'occupation a atteint 94 % malgré une baisse ponctuelle liée à des travaux. La durée moyenne de séjour est très élevée (200 jours), avec un vieillissement marqué du public (36 % ont plus de 60 ans). Les pathologies rencontrées relèvent des troubles psychiatriques, de la traumatologie ou de suites post-chirurgicales, dans un contexte d'addictions généralisées. L'équipe compte 6,31 ETP mais ne dispose pas de psychologue interne.

Les éléments montrent que les LHSS prennent en soins des personnes avec des troubles psychiatriques, mais ne disposent pas des ressources suffisantes pour y répondre. L'absence de LAM aggrave cette situation : les profils trop complexes sont refusés, et ceux accueillis restent longtemps faute de solutions adaptées en aval.

Les données confirment que les LHSS mobiles constituent une porte d'entrée majeure vers le soin pour les publics les plus précarisés, mais qu'ils sont limités par l'absence de ressources psychologiques internes et par le manque de relais post-sortie.

LHSS mobile

À Besançon, le CCAS a accompagné 154 personnes en 2024. Les pathologies sont dominées par les addictions (32 personnes) et les troubles psychiatriques (8 personnes), avec quelques cas de troubles neurocognitifs. L'équipe repose sur 0,8 ETP infirmier, sans psychologue. L'activité a été intense : 44 premiers soins, 45 bilans de santé, 394 entretiens d'écoute et 125 distributions de matériel de réduction des risques.

À Pontarlier, l'ADDSEA a suivi 13 personnes, dont 4 présentant des troubles psychiatriques et 3 des conduites addictives. Les pathologies neuro sont également représentées (2 cas d'épilepsie). L'équipe (1,12 ETP) comprend notamment 0,71 ETP aide médico-psychologique. L'activité a reposé sur 89 entretiens d'écoute et 29 accompagnements à des rendez-vous médicaux.

ACT avec HEBERGEMENT Eliad adultes : En 2024, 27 candidatures ont été reçues, dont plusieurs concernaient des personnes avec des affections psychiatriques de longue durée. Seules 2 admissions ont pu être réalisées, malgré un taux d'occupation de 96 %. Les séjours sont longs (642 jours en moyenne). Les pathologies dominantes sont les cancers, insuffisances cardiaques/rénales et paraplégies, mais une proportion notable des candidats et accompagnés présentent aussi des troubles psychiatriques. Les équipes ont mené 10 entretiens de préadmission, montrant le volume important d'activité non visible.

ACT Eliad pédiatriques : 6 places, taux d'occupation de 89 %, durée moyenne de séjour très longue (1130 jours). Huit enfants atteints pathologies lourdes toutes en situation de grande précarité. Les besoins en accompagnement parental (santé, accès aux droits) sont importants.

ACT ADDSEA : 8 places (9 en 2025). En 2024, 85 candidatures ont été déposées, dont plusieurs concernaient des personnes présentant des troubles psychiatriques. Seulement 4 admissions ont été réalisées, traduisant une saturation et une inadéquation de l'offre. Au total, 22 personnes ont été accompagnées, avec un taux d'occupation de 76 % et une durée moyenne de séjour de 241 jours. Les pathologies dominantes sont les cancers, insuffisances respiratoires et AVC invalidants. Les addictions sont massives (alcool, tabac, substances psychoactives).

ACT hors les murs ADDSEA : 23 places en région, 15 personnes accompagnées en 2024. Les admissions sont nombreuses (13 sur 16 demandes). Les pathologies sont principalement des cancers, insuffisances respiratoires, diabète, souvent avec addictions et handicaps associés. L'équipe (5,9 ETP) assure un suivi intensif et souple, notamment en CHRS, pensions de famille ou à la rue.

ACT hors les murs Eliad : 12 places sur le Doubs, 13 personnes accompagnées, dont 6 mineurs. Public très vulnérable : familles, personnes allophones, polyhandicaps. Les pathologies sont variées (cancers, VIH, affections psychiatriques, polyhandicaps). L'équipe (1,16 ETP) assure un accompagnement socio-éducatif important.

De nombreuses candidatures concernent des affections psychiatriques de longue durée, mais elles aboutissent rarement à une admission.

Les équipes mènent un volume significatif de préadmissions (5 à 10/an selon les structures), traduisant l'ampleur de la demande.

Les interventions psy et psychiatres restent très faibles au regard des besoins, confirmant une fragilité structurelle, lien à renforcer avec les EMPP.

Le suivi post-sortie est inexistant dans toutes les structures.

Les activités collectives (repas thérapeutiques, ateliers, loisirs) participent au soutien psychosocial, mais ne remplacent pas un accompagnement psychiatrique structuré.

Un Chez Soi d'Abord (UCSD) : dispositif proposant un logement dans le parc privé avec accompagnement médico-social intensif. En 2024, 21 dossiers ont été déposés et 15 admissions réalisées. Le public est jeune, souvent sans revenu, présentant des troubles psychiatriques sévères et des comorbidités addictives. La difficulté majeure réside dans la captation de logements privés.

UCSD Jeunes : expérimentation lancée en 2023, montée en charge en 2024. Elle cible les 18-22 ans, sans exigence de diagnostic psychiatrique formel, avec un accompagnement intensif (au moins deux visites hebdomadaires). La généralisation à 30 places a eu lieu en 2025.

Cette analyse montre une offre dense mais sous tension :

- Saturation des ACT : de nombreuses demandes refusées, en particulier pour les personnes avec troubles psy ou addictions.
- Absence de LAM : véritable « angle mort » pour les personnes en grande perte d'autonomie.
- Vieillesse du public : augmentation des besoins de relais en EHPAD ou résidences autonomie.
- Addictions et troubles psychiatriques : problématiques omniprésentes, mais peu prises en charge par les ACT
- Durée excessive des séjours : LHSS et ACT deviennent des solutions de long terme, faute de relais adaptés.
- Inégalités territoriales : concentration de l'offre sur Besançon et Pontarlier.
- Orientation souvent réalisée selon la disponibilité des places plus que selon le profil, traduisant une logique de gestion de flux plutôt qu'une logique de parcours.

Perspectives prioritaires

- Création de places de LAM.
- Expérimentation d'une maison relais spécialisée pour les troubles neuropsychiatriques liés aux addictions.
- Offre adaptée pour les publics vieillissants précaires, en lien avec les EHPAD.
- Meilleure articulation ACT-LHSS dans une logique de parcours, via un guichet unique d'admission.
- Création d'un dispositif ACTpsy dans le Haut-Doubs, afin de répondre localement aux besoins des personnes avec troubles psychiques sévères et addictions, qui ne trouvent pas de solution adaptée dans les dispositifs actuels.
- Création d'une ESSIP pour les soins somatiques.

Remarque sur la population issue de la migration

« Le Doubs par son histoire et sa localisation, a toujours été un département d'accueil de publics en précarité extrême, dans un accueil transitoire ou permanent. Aujourd'hui, le contexte mondial et les routes de migration font encore du Doubs un lieu d'accueil ou de transition important pour les populations migrantes ou en exode.

On note plusieurs dispositifs de coopération, plus ou moins formels et qui attestent d'une forte culture locale de la coopération en faveur de l'accueil et de l'insertion des réfugiés :

- Le Contrat Territorial d'Accueil et d'Intégration lancé par la ville de Besançon en 2021
- Les MASI (mesures d'accompagnement social d'intégration), destinées aux publics les plus fragiles pour leur offrir un accompagnement personnalisé et de proximité, pilotées avec le Département du Doubs depuis 2017 en partenariat avec d'autres acteurs de l'écosystème ;
- Une instance de régulation qui réunit les services de l'Etat, OFII, opérateurs de l'asile, CCAS de Besançon, CD 25, l'accueil de jour, se tenant chaque vendredi depuis 2012 ;
- Le groupement de coopération sociale du Doubs (GCS 25) a été créé en 2015 pour gérer le SIAO 115 ; il comporte 19 associations ;
- La signature de l'accord-cadre départemental État-OFII-SPE en 2021 visant à renforcer la connaissance réciproque des offres de chaque acteur, partager leurs expertises, trouver des réponses communes aux problématiques locales, et ainsi offrir un parcours d'intégration de qualité aux publics ;
- Le BOP 104 (Budget opérationnel de programme 104), appel à projets visant à soutenir des actions d'intégration au bénéfice des étrangers primo-arrivants du département, initié par la DDETSPP et la DREETS, pour un budget de 250 098.73€ en 2023 ;
- Le CIDDF (centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles), visant à orienter les femmes et les familles et leur proposer un accompagnement adapté à leurs problématiques spécifiques, et la mise en place prochaine d'une Maison des femmes à échelle départementale, tous deux très connectés à l'écosystème d'acteurs local ;
- Une instance regroupant des acteurs de l'intégration (Croix Rouge, missions Locales, associations militantes...) lancée il y a un an sur le secteur de Pontarlier sous l'impulsion de la Croix-Rouge, visant à faire réseau, mieux se connaître et rendre les offres plus lisibles sur le territoire. Au-delà des modes de coopération formels, on note une grande interconnaissance sur le territoire et une facilité à conduire des échanges et partenariats grâce à la qualité des relations interpersonnelles entre les acteurs.

La santé psychique des BPI est un sujet majeur. On note des psycho-traumatismes fréquents chez les publics BPI, augmentés du fait de la migration. Aussi, le besoin d'offre en santé mentale est plus fort, et le sujet, aux côtés de l'addictologie, est de plus en plus prégnant notamment pour les jeunes.

L'ARS impulse des démarches en matière de coordination des parcours et des acteurs : renforcement des PASS dont une création à Pontarlier, le renforcement des PASS et EMPP, de mise en place de consultations de psychologue dédié, la formation des professionnels.... Toutefois la création d'un centre ressource en ethnopsychiatrie est un besoin du territoire, avec le déploiement de consultation de médiation transculturelle en particulier sur le Haut Doubs. »
(Extrait du diagnostic AGIR via polygone consultant – juillet 2023).

En effet, en 2025, l'accompagnement aux soins de ce public se construit autour de partenaires spécifiques : L'EMPP de Besançon, qui assure des soins psychiques avec des consultations dédiées au public migrant (psychiatre, psychologue et IDE dans les locaux de l'EMPP ou dans les lieux d'hébergement (CADA, PRADA)), mais aussi des soins psychiques pour le public réfugié sur orientation de personne bénéficiant du programme CTAI.

De plus, le CHN porte une offre de soins intersectorielle de consultation d'ethnopsychiatrie. Depuis 2019, des projets pour étendre ses soins sur l'ensemble du département, mais également en tant que centre expert pour la Franche-Comté sont portés. À ce jour sans réussite. Pourtant, les besoins sont importants tant pour soutenir les professionnels confrontés à des personnes présentant des traumatismes complexes que pour des patients pour qui la psychiatrie européenne trouve ces limites. L'association antigone assure des formations sur le département et des activités de soutien groupale.

Activité	File active 2024	Taux d'évolution depuis 2020	Données d'activités 2024	Taux d'évolution depuis 2020	Remarque
EMPP CHN activité migrante	183	Crée en 2022	1513 en 2022	Crée en 2022	EMPP CHN activité migrante
Ethnopsy	92	+48.5%	752	+38.7%	Le niveau 1 et 2 ont été mis en place mais le niveau 3 n'a pas obtenu de moyen pour une déploiement

Remarque sur la population carcérale et sortant de détention :

L'ars anime deux groupes de travail dans le cadre du parcours PRS « personnes sous-main de justice ».

Le groupe sur les sortants de détention a pu mettre en lumière des besoins à prioriser :

Si l'accès aux soins psychiatriques est jugé satisfaisant au sein de la Maison d'Arrêt, la sortie de détention est une période à haut risque : l'accès au suivi psychiatrique est difficile pour les personnes sans antécédent, le changement d'équipe sans relais, ainsi que les délais d'attente favorisent les ruptures de parcours. De plus, de nombreux sortants développent des troubles spécifiques post-détention : repli, reproduction des codes carcéraux, ou anxiété face à la liberté retrouvée. La continuité en addictologie est mieux assurée grâce au CSAPA Soléa.

- **Priorité à la prévention en milieu carcéral** : La prévention des risques en santé mentale doit être renforcée directement dans les établissements pénitentiaires. Cette approche permet de mieux préparer les personnes à leur sortie en travaillant sur les facteurs de santé mentale et les comportements à risque avant qu'ils ne deviennent des problématiques critiques en milieu ouvert.
- **Renforcement du lien entre psychiatrie et structures d'hébergement** : Un besoin majeur réside dans l'amélioration de la coordination entre les équipes psychiatriques et les dispositifs d'hébergement. L'objectif est de permettre un accompagnement psychologique adapté pour les personnes vulnérables, souvent en situation de précarité, avec des problématiques psychiatriques complexes.

Sur les personnes en détention :

La Maison d'Arrêt de Besançon accueille environ 450 détenus. L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMA), rattachée au CHU de Besançon, assure l'ensemble des soins somatiques et psychiatriques pour les personnes détenues. Le suivi des addictions est assuré par le CSAPA Soléa, CSAPA référent.

- **Hospitalisation psychiatrique** : les difficultés d'hospitalisation à l'UHSA et la nécessité de recourir à des solutions dérogatoires (hospitalisation à Novillars en chambre d'isolement) génèrent des tensions organisationnelles et un stress important pour les équipes hospitalières.
- **Sortie de détention** : La préparation de la sortie et la continuité des soins psychiatriques demeurent des points de fragilité, en particulier pour les personnes sans suivi antérieur ou sans solution de domiciliation. Les ruptures de suivi, les délais d'attente en CMP et le changement d'équipe soignante sont autant de facteurs de risque de rechute.
- **Accompagnement social** : Les structures d'accueil et d'insertion, bien que mobilisées, manquent de ressources spécialisées pour accompagner les troubles psychiatriques lourds. Les pathologies psychiques constituent un frein majeur à la réinsertion, à l'accès au logement et à l'emploi.
- **Articulation justice-santé** : Les mesures judiciaires (obligation ou injonction de soins) sont parfois difficiles à mettre en œuvre, notamment en raison du manque de médecins coordonnateurs et des contradictions entre contraintes judiciaires et besoins de santé.

Enjeux pour le PTSM :

- Sécuriser et fluidifier le parcours d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenus
- Renforcer la préparation de la sortie et la continuité des soins, en particulier pour les publics les plus vulnérables.
- Structurer un parcours de transition type EMOT
- Soutenir les structures sociales et développer des relais spécialisés en santé mentale.
- Améliorer la coordination entre justice et santé pour éviter les ruptures de suivi et garantir l'effectivité des mesures de soins.

Proposition de feuille de route

Axe	Action	Description
Santé mentale	Création d'un poste IPA santé mentale	Création d'un poste IPA en santé mentale pour assurer la transition post carcérale
	Déploiement de l'EMPP sur la partie hébergement	Augmentation du temps de psychologue AHI pour permettre le partenariat avec les structures d'hébergement des publics sortants de prison
	Formation des professionnels	Développement de formations ciblées sur le psycho trauma, troubles de l'attachement et prévention suicide.

3.9 Offre soins urgences psychiatriques

L'offre sur les urgences psychiatriques a gardé la même configuration que lors du premier PTSM.

Le CHU et le CHN portent un service d'urgence psychiatrique de niveau III, associé à une UHCD de 4 lits permettant de répondre à un large bassin populationnel, le passage aux urgences reste très important et en augmentation permanente. (Voir indicateur dans le chapitre 5 indicateurs socles nationaux).

La création de lits d'UPUP avait permis pendant un temps de fluidifier les demandes de soins. Toutefois, la rapidité de réorientation dans les 7 jours a été difficile au vu de l'embolisation des lits et le modèle économique en T2A n'a pas permis de maintenir l'offre en état.

Le besoin de proposer des offres de soins non programmés pré et post urgences ; est une priorité sur le territoire, tant en alternative qu'en besoin de soins posturgence.

Le CHI HC n'a pas d'urgence psychiatrique dédiés, mais une équipe de liaison de psychiatrie intervient sur demande aux urgences générales du secteur. Un travail avec l'ensemble des services d'urgence a été fait, entre autres pendant la période COVID et postCOVID pour renforcer l'ensemble des équipes de liaison d'urgence tant adulte qu'enfant et adolescent.

Une partie de la population du Doubs est orientée vers l'hôpital de Trévenans, qui est hors de la zone du PTSM. Des problématiques restent importantes avec ce partenaire sur la question du transfert des patients entre hôpitaux. Le COSTRAT a souhaité que ce dossier soit travaillé en dehors du PTSM.

3.10 Offre de soins somatiques

L'articulation ville hôpital, l'accès aux soins somatiques pour le public avec des troubles psychiques a été travaillé dans le premier PTSM sur différents niveaux :

- en lien avec le CLS et la CPTS du Grand Besançon, pour la mise en place de médecin traitant pour ce public, création de postes de médiateur en santé qui ont été sensibilisés sur ce public qui a été probant dans la reprise de parcours de soins somatiques du public précaire.
- en lien avec les CMS, la création de poste d'infirmier qui ont été sensibilisés aux publics et un travail d'articulation avec la médecine de ville qui a été probant mais qui, faute de recrutement n'a pu se poursuivre. La création de poste de médiateur de santé sur toutes les CPTS permettrait de reprendre une partie des actions.
- en lien avec les CH avec la création d'un service de médecine générale et son renforcement (temps médical, 1 IPA psychologue, 0.5 diététicien et 0.5 orthophoniste, au CHN)
- en lien avec le CHI-HC la création d'un poste IPA somatique
- la structuration d'un centre de santé au CHN ouvert aux patients, mais également aux partenaires ESMS handicap. Son déploiement et son ouverture à l'ensemble des partenaires du PTSM seraient un axe de travail intéressant.
- en lien avec des programmes de prévention pour les + de 65 ans

Le CHU, CHI-HC, CHN se sont engagés dans le respect de la charte Romain Jacob.

De nombreux partenaires ESMS sont en difficulté pour recruter des médecins coordonnateurs ou référent, la création d'un poste de médecin généraliste au centre de santé serait un moyen pour répondre à des besoins criants existant désormais depuis plusieurs années.



3.11 Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain

Besoins et actions priorités lors de la plénière du PTSM de Mars 2024.

BESOIN GROUPE PRÉCARITÉ	ACTION GROUPE PRÉCARITÉ
Logement hébergement : - accès au logement - maintien au logement - absence de logement adapté	Développer l'habitat alternatif type tiny house/ container sur terrain isolé
	Création de lits répits/repos temporaire en cas de crise sans avoir à quitter son logement autonome
	Présence d'acteurs de la santé dans les instances hébergements SIAO, ASCAL, CCAPEX, habitat indigne
Accès aux droits - mobilité - administratif - emploi	Simplification de l'accès aux droits = avoir un interlocuteur unique référent pour l'ensemble des démarches CAF, MDPH...
	Gratuité des transports
	Gratuité et prise en charge psychothérapeutique spécifiques à ce public (psychologue)
Situation rupture et complexité des parcours - personne avec trouble psychique chronique, en refus soins et mal logé - relais sanitaire et social pour éviter les ruptures de parcours de soins et sociaux	Camion de consultations mobiles pour l'EMPP en présence de travailleurs sociaux de secteur
	HAD
	Case manager type coordination parcours santé et social (DAC précarité), SSIAD santé psy et social

BESOINS PH	ACTIONS PH
Manque de places en CMP, délais trop longs, accès aux soins somatiques	Augmenter le nombre IPA dans toutes les spécialités
	Formations des médecins généralistes, des usagers des ESMS aux traitements psychiatriques
	Formations et sensibilisation des professionnels en santé mentale
Attractivités des métiers	Revalorisation salariale
	QVCT (formations continues, semaine de 4 jours)
	Renforcer les moyens humains
Faciliter le lien ESMS/CHS, lever les freins avec le secteur psychiatrique	Créer un outil de communication commun
	Rencontres et synthèses en amont des situations de crise (favoriser la prévention)
	Formations communes CH, CHS, ESMS

BESOINS ADDICTO	ACTIONS ADDICTO
Connaissance/interconnaissance, informer/former, casser les représentations	Développer des moyens de communication et de coordination conférence annuelle entre professionnels réunion échange de pratiques inter structures
	Immersion professionnels psychiatrie/addiction (pro de la santé et sociaux)
	Amplifier et rendre visible l'accès à l'information (annuaire avec photos des lieux)
Sécuriser et renforcer l'offre manque de lieux d'hébergement publics spécifiques (PH, PA, migrants, jeunes), lieu d'accueil inconditionnel avec consommation	Redonner de l'attractivité aux métiers de la psychiatrie et de l'addiction (salaires)
	Création de temps de coordination dans les équipes mobiles et création d'équipe mobile pour public spécifique, consultation avancée
	Développer offre spécifique : HSA/ bus méthadone/ LHSS addictologie/CSAPA mobile/ GEM addictologie
Développer le parcours addictologie/ santé mentale, décroiser	Développer la téléexpertise et une hotline pour la médecine de ville et les ESMS (PH, PA, PJJ...)
	Déstigmatiser la pair aide dans la filière addictologie et les professionnaliser
	Créer un CMP psychiatrie et addiction, recherche pour la prise en charge pathologies duelles

3.12 Synthèse offre adulte

Sur le territoire :

Des inégalités d'accès sur le territoire qui ont diminué via un large déploiement de dispositifs mobiles et un renforcement de l'offre ambulatoire rural, une meilleure articulation sanitaire et médico-sociale via le PTSM 1. Une problématique d'accès aux soins en lien avec la mobilité est une priorité qui est ressorti dans de nombreux groupe de travail.

Sur l'hospitalisation :

La tension sur les lits d'hospitalisation ne cesse de croître depuis le COVID et la transformation de l'offre sur du soins ambulatoire (HDJ), ajouté à des gels de lits du fait de problématique RH a complètement saturé l'accès à hospitalisations complète.

Le déploiement de l'offre ambulatoire, des équipes mobiles ont permis de limiter les demandes mais sans pouvoir toutefois répondre aux besoins de patients en crise aiguë. L'accès aux hospitalisation programmé en soins libre est de plus en plus difficile en lien avec une tension engendrant de fait des ASPC de plus en plus fréquent.

Sur l'offre ambulatoire :

A ce jour la Vallée de la Loue n'a pas d'offre de CMP, les équipes mobiles du Haut Doubs devront être renforcées pour répondre à l'ensemble des sollicitations,

Du fait d'une déstigmatisation de la souffrance psychique, un contexte sociétal anxiogène, une politique de repérage précoce, une offre de ville limitée aux centres urbains pour les psychologues et quasi inexistantes pour les psychiatres, les demandes de prise en soins en CMP sont en constante augmentation. Les CMP urbains (Besançon et Pontarlier) présentent des délais d'attente extrêmement long (parfois plusieurs années pour voir un psychologue et plus de 8 mois pour un psychiatre).

La question de la structuration d'une offre de soins non programmé, du maillage avec d'autres dispositifs (SAMSAH, SAVS...) pour permettre de fluidifier les parcours de soins sera un des premiers enjeux du PTSM 2026-2030.

Les projets d'amélioration et de transformation sont nombreux tant sur des filières spécifiques (addiction, prévention du suicide, ethnopsychiatrie, réhabilitation, iso contention...) que sur l'offre d'accompagnement (renfort des SAMSAH, place FAM, maison relais, UCSA rural...) et sur le lien ville hôpital.

Le premier PTSM a permis de créer une réelle coopération, de travailler les parcours, de structurer des filières. Le prochain PTSM pourra s'inscrire dans la poursuite de l'ensemble de ces actions, avec des acteurs présents et impliqués.

4 ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC DE LA FILIÈRE PERSONNE ÂGÉE

4.1 Population spécifique

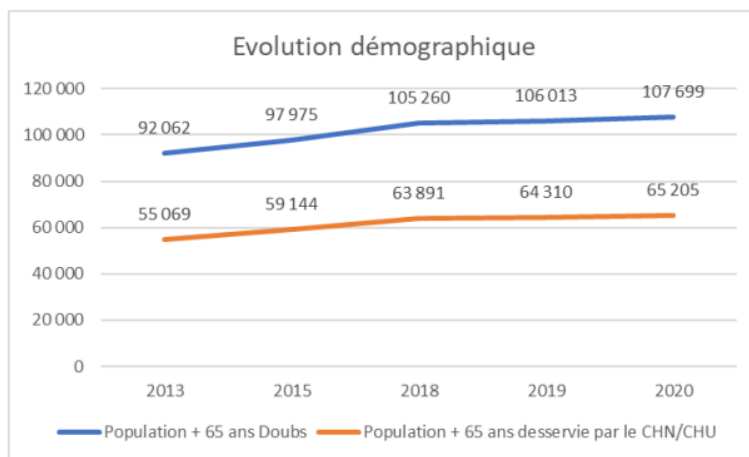
La population des plus de 65 ans est en évolution démographique constante avec un vieillissement de la population, entraînant une majoration des besoins de suivis des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. En 2021, dans le Doubs, sur 547 096 habitants, 141 878 ont plus de 65 ans selon les chiffres INSEE, ce qui représente environ 25.9 % de la population totale sur le département.

- 60 à 74 ans : 89 877 personnes (16,4 %)
- 75 ans et plus : 52 001 personnes (9,5 %)

Augmentation continue de la part des seniors, en lien avec le vieillissement général de la population.

- **Bénéficiaires de l'APA à domicile : environ 9 000 personnes âgées en 2023.**
- **Taux de maintien à domicile : environ 80 % des personnes âgées dépendantes vivent encore chez elles.**

En zone rurale, une population âgée moins importante qu'en France, mais une très forte concentration de personnes + 75 ans vivant seule à domicile. Une population particulièrement vulnérable et pour laquelle la dépression, les risques suicidaires sont particulièrement identifiés.



Personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (%)

Doubs	104,2
Bourgogne-Franche-Comté	58,6
France Entière	38,5

Source : DREES, Insee, recensement de la population 2020, ISD.



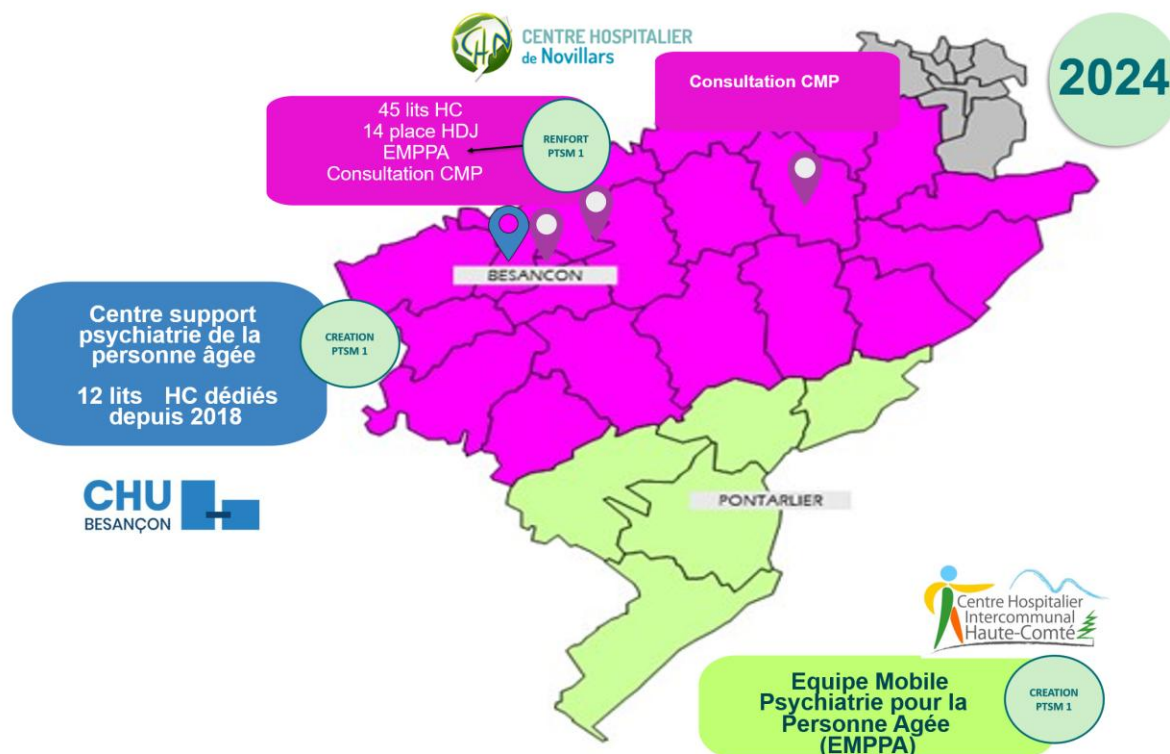
Déterminants sociaux :

- Les retraités modestes du Doubs vivant en dehors des centres urbains sont particulièrement vulnérables à l'isolement et à la précarité énergétique.
- Environ 1 logement sur 3 occupés par une personne seule de plus de 65 ans.
- Faible taux d'adaptation des logements au vieillissement (absence d'ascenseur, salle de bain non adaptée).
- 20 % des +75 ans déclarent avoir des difficultés à se déplacer seuls hors de leur domicile

Rapport de l'observatoire départemental de l'habitat du Doubs 2023.

En zone rurale, une population âgée moins importante qu'en France, mais une très forte concentration de personnes + 75 ans vivant seule à domicile. Une population particulièrement vulnérable et pour laquelle la dépression, les risques suicidaires sont particulièrement identifiés.

4.2 Cartographie et données de l'offre de soins personne âgée



Centre support de psychiatrie de la personne âgée :

Ouvert lors du premier PTSM, le CSPPA a une activité d'évaluation du risque suicidaire, particulièrement en EHPAD avec une activité pour la région France Comté en 2024 de 530 consultations pour 223 patients. L'articulation entre le centre support de la personne âgée et les EMPPA doit se structurer pour permettre un meilleur repérage des missions des dispositifs et une communication aux réseaux plus efficiente.

Des consultations mémoires qui se sont restructurées et qui sont désormais proposées au CHU de Besançon dans le cadre du CM2R rattaché au service de neurologie du CHU

Recherche : 2 principales recherches sont en cours :

- Projet de recherche dans le cadre du Réseau régional de santé mentale sur les facteurs de chute iatrogènes de la personne âgée hospitalisée en psychiatrie ou en ESMS
- Projet de recherche sur les techniques de modulation de la dépression de la personne âgée (Besançon/Lausanne)

Depuis 2018, l'ensemble des dispositifs de soins mobiles d'appui aux domiciles ont été renforcés. Aujourd'hui l'ensemble du territoire est couvert par des :

- **Équipes mobiles gériatriques**
- **Equipe mobile de psychiatrie de la personne âgée**

Ces deux typologies d'équipes interviennent à domicile ou en établissement pour évaluer les situations complexes et assurer du soin. Leurs coordinations sur certaines situations très complexes sont parfois nécessaires.

Un point de vigilance sur le secteur du Haut Doubs qui amorce depuis 2025 cette activité de psychiatrie et est encore en cours de recrutement.

Depuis 2018, un regroupement des différents dispositifs de coordination s'est mis en place via la **création du Dispositif d'appui à la coordination (DAC)** : facilite la coordination entre professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ou ayant un parcours de soins complexe. Ce dispositif a permis d'avoir un guichet unique facilitateur et avec lequel les différentes équipes de psychiatrie et du domicile coopèrent. **Création d'un SPDA en 2025.**

Activité	File active 2024	Taux d'évolution depuis 2020	Données d'activités 2024	Taux d'évolution depuis 2020	Taux occupations 2024	Remarque
EMPPA CHN	950	+50	6852	+2%	Non concerné	
IPA EMPPA	371	Création	1599	Création	Non concerné	
EMPPA Haut Doubs	19	Création	42	Création		Début d'activité en 2024
HDJ CHN	272	+16%	2113 journées	+38%	75 %, mais lié a une problématique médical temporaire Entre 2020 et 2023 un taux d'occupation dépassant les 90 %	+ 4 places en 2018,
HDJ CHU + 65 ans	426	Donnée en lien filière adulte, nouvelle activité				
HDJ addicto CHU + 65 ans	6	Donnée en lien filière adulte, nouvelle activité				
HC CHN (Tilleul et Lilas)	244	+5%	14163 journées	-9.5%	96.7%	Fermeture de 2 lits en 2018 + 5 Lits gelés en lien problématique RH sur 2020-2024 et 15 entre mai et octobre 2025
URPA HC CHU + 65 ans patient	48	Donnée en lien filière adulte, nouvelle activité				
UPUP HC CHU + 65 ans patient	3	Donnée en lien filière adulte				

Lieu de consultation		Nb patients + 65 ans suivi pole adulte en 2024	Evolution Nb patients + 65 ans suivi pole adulte 2017-2024	Nb patients + 65 ans suivi pole PPA 2024	Evolution Nb patients + 65 ans suivi pole PPA 2017-2024
Novillars CHS Adulte	C. M. P. PLANOISE	138	+236,6%	107	+28,9%
	C. M. P. Jules Verne	95	+66,7%	45	-8,2%
	C. M. P. MAICHE	15	+7,1%	0	Non mesurable
	C. M. P. VALDAHON	67	+168,0%	39	Non mesurable
	C. M. P POINT DU JOUR	137	+291,4%	94	+28,8%
	CMP BAUME LES DAMES	92	+1740,0%	80	+158,1%
	CMP PONT DE ROIDE	18	+80,0%	107	+28,9%
CHI HC	CMP LOUE LISON (ouverture 2020)	27	Création	21	Création
	CMP Morteau	49	+ 169%		
	CMP Pontarlier	165	+ 147%		

En parallèle à cette augmentation d'activité, les besoins et les attentes des personnes âgées évoluent et le soin se complexifie du fait de l'isolement social, la solitude, le repli, la dévalorisation, les polyopathologies, l'épuisement des aidants, ce qui peut aggraver la symptomatologie psychiatrique et la souffrance psychique. Du temps et un suivi continu sont nécessaires pour favoriser une adhésion aux soins, une alliance thérapeutique et ainsi participer à l'amélioration de leur état de santé et de leur bien-être.

Le taux d'activité HDJ et HC de psychiatrie de la personne âgée sont à saturation avec un taux d'activité de plus de 90 %.

Le renforcement des EMPPA a permis d'apporter une réponse au soutien à domicile, mais le renforcement à minima de l'offre HDJ sera nécessaire dans les prochaines années

4.3 Offre d'accompagnement personne âgée



Diagnostic Territorial
Partagé sur l'offre
d'accompagnement
des personnes en
situation de handicap

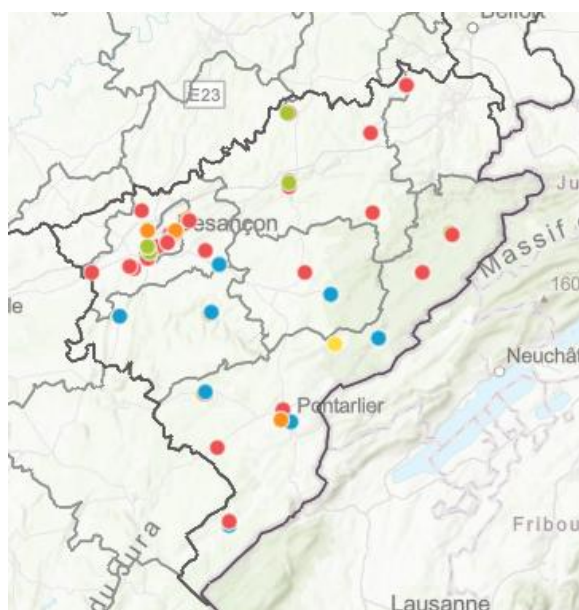
En 2021 sur tout le Doubs avec l'aire urbaine, 3860 adultes avec orientations MDPH dont 44% ont + de 50 ans.

45 personnes accueillies en MAS et EAM avec des fragilités gériatriques
706 personnes accueillies recensées comme PHV

11.5% de + 60 ans.

104 places fléchées PHV en structure EANM

Taux équipement Ehpad inférieur à celui en BFC



Catégories de structures

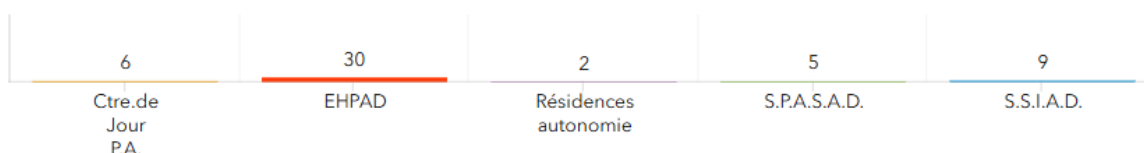
- EHPAD
- Centre de Jour PA
- SSIAD
- SPASAD
- Résidence autonomie



Données ARS 2025 statiss : [Structures médico-sociales_PA](#)

2022 : Taux d'occupation médian en ehpad 88.2 %, pour un niveau national à 88.9%³
2024 : Taux d'occupation médian en ehpad 96.02% , taux supérieur à la région et au national.

Catégories de structures



Les SSIAD dotés d'un financement psy dans le Doubs sont :

- SSIAD du CH de Morteau
- SPASAD du CCAS de Montbéliard
- SPASAD ELIAD Besançon

Création de 3 nouveaux EHPAD pour 140 places (Valdahon dont 11 places PHV, St Vit, Valentigney) en 2026, ainsi que 70 nouvelles places de résidences autonomie (PRIAC 2025-2029). Toutes ces nouvelles places sont habilitées à l'aide sociale. Structure qu'il faudra accompagner en termes de soins.

³ Données CNSA 2022

Création de deux « centre **ressource territorial** » pour personnes âgées à Bellevaux et Larmont
Projet de création à Mamirolle, Saint Vit et Saône. Une filière de gériatrie qui se structure et devra s'articuler avec la gérontopsychiatrie.

3 UPPA créés lors du premier PTSM dans des EHPAD
Bellevaux (18 places) , Mamirolle (14 places)
et Pontarlier (12 à 20 places)



Répit pour les aidants

Environ 1 aidant sur 2 accompagne un proche âgé à domicile.

Accueil de jour : une dizaine de structures dans le département, avec une création prévue sur Levier.

Hébergement temporaire : moins de 300 places disponibles.

Plateformes de répit : 2 plateformes sur le Doubs permettant de couvrir tout le territoire avec des actions de soutien psychologique et de formation

Diagnostic en cours via la Boussole des aidants à la demande du conseil départemental pour mieux connaître le profil et les besoins des aidants.

Dpt 25	EHPAD : nombre total de places	Logements foyers : nombre total de places	USLD : nombre total de lits	SSIAD-SPASAD : nombre total de places	Total des places d'accueil temporaire toutes structures	Total des places en accueil de jour toutes structures
2018 *	3 533	624	291	1 081	119	357
2025	3844	RA médicalisé : 421	291	1330 dont 88 PH, 1116 PA et 48 ESA (du temps de déploiement nécessaire au vue difficultés de recrutement)	111	157 dont 54 AJA non rattaché à un Epad

*Source : Statiss 2016, ARS BFC, exploitation ORS données PRS 2018

Il y a actuellement 2 unités PHV autorisées et financées par l'ARS BFC : Unité de vie de Gilley et EHPAD P Hauger de Montbéliard. Ouverture d'une unité PHV sur Valdahon en juin 2026

La **tension sur l'offre d'hébergement des personnes âgées est importante**, tant sur le maintien à domicile avec des métiers en tension rendant l'offre difficile à mettre en place en particulier dans les zones rurales, que sur l'offre d'hébergement complet historiquement sous doté dans le Doubs et qui explique la volonté du Département et de l'ARS d'ouvrir de nouvelles places. Cette tension entraîne **des temps d'hospitalisation long et inadéquat**. La création de deux nouvelles UPPA a permis de fluidifier pendant un temps les sorties de psychiatrie, toutefois l'offre reste encore sous-dimensionnée par rapport aux besoins. **De même la problématique des personnes handicapées psychiques** (avec ou sans déficience ou handicap moteur associé) reste aujourd'hui sans structure d'accompagnement existante. Les Invités au Festin avec le cabinet Generacio ont fait une enquête sur le parcours résidentiel des personnes vieillissantes en souffrance psychiques qui démontrent **la pertinence de penser de nouveaux accompagnements pour ce public**.

Le département du Doubs structure son offre d'information à partir de la **Maison des Séniors** qui a pour mission :

- Assurer un accueil et une écoute personnalisée grâce à une centralisation de l'information,
- Favoriser et coordonner les actions des personnes retraitées au service de la cité,
- Lutter contre l'isolement des personnes retraitées,
- Donner une information adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie,
- Accompagner dans la recherche de solutions.

En proximité tout un réseau, plus de **100 partenaires de l'action publique** relaie les informations et assurent un accompagnement de proximité :

	Accueil et orientation	110
	CCAS (Centre Communal Action Sociale)	39
	CIAS (Centre Intercommunal Action Sociale)	2
	CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)	4
	CMS (Centre Médico-Social)	32
	MFS (Maison France Services)	30
	Plateforme de répit	3
	Plateforme de répit - PFR Grand Besançon - Doubs central - BESANCON	
	Plateforme de répit - Plateforme d'accompagnement et de répit de l'Aire Urbaine - MONTBELIARD	
	Plateforme de répit - Plateforme d'accompagnement et de répit - Au fil de l'aidant - PONTARLIER	



Le renforcement de temps psychologue dans les dispositifs de répit et la structuration d'une offre départementale permet de répondre mieux aux besoins des aidants, mais restent à renforcer pour permettre le maintien à domicile, particulièrement dans le cadre de personne avec des troubles psychiques et neurologiques associés


RENFOR
T PTSM 1

Des programmes de prévention existent sur le territoire avec des programmes « bien vieillir », des ateliers « bonjour », et les programmes de prévention chute.

Les ateliers de prévention Pour Bien Vieillir




Vous voulez faire le plein d'idées et de conseils pour rester en forme ? Découvrez toutes les activités de prévention répertoriées sur le site Pour bien vieillir. Ces activités peuvent se tenir en présentiel ou à distance (téléphone, tablette ou ordinateur). Comment les trouver ? Comment s'inscrire ? C'est très simple : quelques clics suffisent !

 Prévention des chutes

 Activités physiques

 Sécurité chez soi


 Accès aux droits


 Nutrition

 Mémoire & bien-être

 Culture

 Lutte contre l'isolement

 Logement

 Mobilité & sécurité routière

 Aidants

 Nouvelles technologies

4.4 Priorisation des actions proposées par les acteurs de terrain

Besoins et actions priorités lors de la plénière du PTSM de Mars 2024.

BESOIN PA	ACTION PA
Comment améliorer l'offre et accès aux soins ?	Uniformiser les parcours entre adulte et PA (CMP et réhabilitation)
	Adapter guide des partenaires pour une version spécifique PA
	Dresser une cartographie de l'offre et taux équipement
Comment mieux informer et former les professionnels ?	Nommer un référent santé mentale dans les ESMS
	Généraliser les stages d'immersions croisées des professionnels
	Renforcer la thématique de santé mentale dans les formations initiales
Quelles réponses en matière de structuration, d'articulation de l'offre ?	Développer les UPPA
	Créer des places SSIAD PA psy
	Renforcer l'attractivité, la QVT des ESMS, + de moyens et personnels
	Désigner un coordonnateur qui fléchera la prise en charge de la PA

4.5 Synthèse offre personne âgée

Sur le territoire :

Une offre limitée en ephad qui va se renforcer entre 2025 et 2027 avec la nécessité créée de nouvelle coopération.

La question de l'offre UPHV va continuer à être travaillée avec l'ouverture de l'ephad de Valdahon, ainsi que des modalités d'hébergement et d'accompagnement nouveau à inventer collectivement autour du public avec des troubles psychiques vieillissants. Le travail de montée en compétence des acteurs de la filière PA sur les troubles psychiques, et le renforcement des SIAD et SEA sera la priorité.

Le travail de coordination avec les CLS sur les CPTS est efficient, le lien médecine de ville et hôpital s'est renforcé sur l'ensemble du territoire via le déploiement des EMPPA et le déploiement des IPA. Cette stratégie a montré son efficacité et sera à poursuivre en lien avec l'évolution populationnelle.

Sur l'hospitalisation :

L'offre actuelle en HC répond aux besoins sous condition de la réouverture des lits et de la fluidité des orientations post hospitalisation vers les services de soins à domicile, les hébergements spécifiques. La présence des équipes mobiles assure une sécurisation des parcours, le renforcement des compétences des acteurs du secteur ESMS est à structurer et à inscrire dans la régularité pour permettre cette fluidité.

Sur l'offre ambulatoire :

L'offre ambulatoire a connu un renforcement extrêmement important sur cette filière afin de favoriser le maintien à domicile et la coordination du parcours de soins avec le cercle de soins de premier recours.

Le renforcement des campagnes et des dispositifs de prévention de la crise suicidaire est en place, déployé, mais mériterait un appui pour les rendre encore plus visibles. La clarification des différents acteurs permettrait aussi pour les partenaires de mieux cibler les demandes.

La partie du Haut Doubs qui a bénéficié d'une création d'EMPPA sur la dernière partie du PTSM 1 est encore en cours de mise en œuvre, son renforcement sera à évaluer au regard de l'activité et des besoins.

La création du SERVICE PUBLIC DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE (SPDA) et de la CONFERENCE TERRITORIALE DE L'AUTONOMIE (CTA) vient renforcer la coordination des acteurs institutionnels et opérationnels aux services des personnes handicapés et sénior. Le PTSM 2026-2030 sera un acteur pour venir soutenir ce déploiement

5 INDICATEURS SOCLES NATIONAUX

Indicateur 1 = Taux de passages aux urgences pour tentative de suicide pour le Doubs

Année	Nb pass TS	Pop	Txp100000	Moyenne nationale
2021	829	541454	153 pr 100.000 hab	117 pr 100.000 hab
2022	842	543974	155 pr 100.000 hab	124 pr 100.000 hab
2023	839	545209	154 pr 100.000 hab	122 pr 100.000 hab
2024	959	547096	175 pr 100.000 hab	129 pr 100.000 hab

Indicateur 2 = Taux d'hospitalisations MCO suite à tentative de suicide pour le Doubs

Année	Nb séjour TS	Pop	Txp100000	Moyenne nationale
2021	1219	541454	225 pr 100.000 hab	163 pr 100.000 hab
2022	1173	543974	216 pr 100.000 hab	164 pr 100.000 hab
2023	1111	545209	204 pr 100.000 hab	169 pr 100.000 hab
2024	956	547096	175 pr 100.000 hab	176 pr 100.000 hab

Indicateur 3 = Taux d'hospitalisations longues (>292 jours ; >90 jours)

Nb séjours > 90 j.

dept	Département	2021		2022		2023		2024	
25	Doubs	233	13%	188	11%	210	14%	208	13%
part BFC sur France entière			4,68%		4,58%		4,49%		4,44%

Nb séjours > 292 j.

dept	Département	2021		2022		2023		2024	
25	Doubs	80	4%	72	4%	68	4%	63	4%
part BFC sur France entière			5,74%		5,78%		5,37%		5,54%

Synthèse régionale des séjours psychiatriques longs en BFC (2021–2024)

► Séjours > 90 jours :

- Baisse progressive de **1 684 à 1 520 séjours** entre 2021 et 2024, soit **-9,7 %**.
- La part régionale de la BFC sur le total national passe de **4,68 % à 4,44 %**.

► Séjours > 292 jours :

- Réduction plus marquée : de **680 à 515 séjours**, soit **-24,3 %**.
- La part BFC reste stable, autour de **5,5 %**, signalant une **baisse alignée sur la moyenne nationale**.

☞ Ces chiffres traduisent une dynamique de réduction des hospitalisations longues, avec cependant une **inertie plus forte sur les séjours très longs (>292 j)**.

Doubs séjours psychiatriques + 90 jours	Doubs séjours psychiatriques + 292 jours	Synthèse du Doubs								
<p>Départements avec variations plus complexes :</p> <p>Fluctuations : baisse en 2022, puis remontée en puis remontée en 2023 et 2024</p> <p>Reste à un taux élevé (13-14 %)</p> <p>Les taux élevés (≥ 14 %) montrent une problématique persistante</p>	<p>Départements avec baisse suivie de stabilisation</p> <p>80 → 63 → -21 %</p> <p>Taux stable à 4 %</p> <p>Le Doubs montre une stabilisation sur des taux moyens, témoignant d'efforts partiels ou d'obstacles persistants.</p> <p>Les séjours >292 jours restent critiques : ils traduisent des situations de rupture de parcours, d'impasses institutionnelles</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Département</th> <th>Tendances communes</th> <th>Particularités</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Doubs (25)</td> <td>Fluctuations, mais peu d'évolution sur >292j</td> <td>Taux stable à 13-14 % (>90j), efforts à pérenniser</td> </tr> </tbody> </table>	Département	Tendances communes	Particularités	Doubs (25)	Fluctuations, mais peu d'évolution sur >292j	Taux stable à 13-14 % (>90j), efforts à pérenniser		
Département	Tendances communes	Particularités								
Doubs (25)	Fluctuations, mais peu d'évolution sur >292j	Taux stable à 13-14 % (>90j), efforts à pérenniser								

	ou d'absence de solution d'accompagnement	
CONCLUSION RÉGIONALE :		
<p>La région BFC progresse lentement, mais de façon constante dans la réduction des séjours > 90 jours.</p> <p>Certains départements (Yonne, Territoire de Belfort) montrent des améliorations significatives.</p> <p>D'autres (Saône-et-Loire, Nièvre, Doubs) concentrent encore des volumes et des taux préoccupants, nécessitant un suivi renforcé</p>	<p>La dynamique est globalement favorable, mais les progrès ralentissent depuis 2023.</p> <p>Certains départements, comme la Haute-Saône, la Nièvre et le Doubs doivent faire l'objet d'une attention renforcée, notamment pour le développement de solutions alternatives à l'hospitalisation longue (familles d'accueil, appartements thérapeutiques, etc.).</p>	<p>Les données 2021–2024 confirment une tendance à la baisse des séjours psychiatriques de longue durée en Bourgogne-Franche-Comté, tant pour les hospitalisations supérieures à 90 jours que pour celles excédant 292 jours.</p> <p>Cette évolution traduit les efforts des établissements et des acteurs du territoire en faveur de la réduction des hospitalisations prolongées.</p> <p>Toutefois, des disparités subsistent entre départements, et certains territoires restent marqués par une forte proportion de séjours longs, témoignant d'un besoin accru en solutions de sortie et en coordination médico-sociale.</p>

Indicateur 4 = Part de la file active des établissements prise en charge à domicile dans le Doubs

Année	Nb pat dom	Nb pat tot	Txp pec dom	France
2021	407	19247	2 %	2 %
2022	438	20451	2 %	2 %
2023	653	18003	4 %	2 %
2024	767	18622	4 %	2 %

Indicateur 5 = Taux de personnes hospitalisées dans l'année en psychiatrie qui ont eu au moins une consultation de médecin généraliste dans l'année dans le Doubs

Année	Etablissement PSY	Hospitalisation en MCO	PSY OU MCO
2021	73%	77%	75%
2022	70%	74%	71%
2023	69%	78%	72%
2023 France	72%	76%	73%

Indicateur 6 = Taux de passages aux urgences pour motif psychiatrique dans le Doubs

Année	Nb rpu psy	Nb rpu	Txp rpu psy	France
2021	4314	126460	3 %	2 %
2022	4391	138875	3 %	2 %
2023	4276	133311	3 %	2 %
2024	4384	134154	3 %	2 %

Indicateur 7 = Durée de passage aux urgences pour motif psychiatrique dans le Doubs

Année	Tps moy pass urg	Tps p25 pass urg	Tps median pass urg	Tps p90 pass urg
2021	394	137	266	917
2022	400	148	286	874
2023	448	156	314	1002
2024	437	137	287	990
2024 TOTAL FRANCE	396	134	251	911

Indicateur 8 =Part des patients accédant à une consultation de psychiatre sous 15 jours après hospitalisation dans le Doubs

Année	Etablissement PSY	Hospitalisation en MCO	PSY OU MCO
2021	12%	8%	11%
2022	12%	6%	10%
2023	14%	10%	13%
2023 France	31%	7%	24%

Indicateur 9 = Nombre de mesures de soins sans consentement dans le Doubs

Année	Nb sej sscons
2021	793
2022	855
2023	781
2024	879

Indicateur 10 et 11 = Nombre de mesures d'isolement et de contention

1 mesure peut contenir plusieurs séquences.

1 séquence correspond à une prescription médicale (initiale ou de prolongation).

Année	Nombre mesures isolement	Nombre mesures contention
2020	327	130
2021	337	136
2022	297	120
2023	309	130
2024	356	155

Année	Nombre séquences isolement	Nombre séquences contention
2020	3371	359
2021	3562	401
2022	3743	355
2023	3126	421
2024	2954	354

File active :

Année	Nombre de patients isolement	Nombre de patients contention
2020	200	69
2021	199	66
2022	184	69
2023	182	58
2024	167	68

Indicateur 12 = Nombre de personnes fréquentant les GEM

En 2024, les GEM du Doubs comptabilisait 311 adhérents, sachant que l'adhésion n'est pas une obligation de participation

Indicateur 13 = Nombre de programme traitant de compétences psychosociales sur le territoire

	Nom du programme	File active en 2024	Nbre séances en 2024
CHN 2024	Humaddict addictions	72	125
	Humaddict équilibre alimentaire	7	7
	Humaddict médicament	58	102
	Psychaide	4	48
	ETP bipolaire	13	40
	Equilibre alimentaire	37	37
	PEPS	6	27
	Remédiation cognitive	14	152
CHU 2024 réhabilitation	Dépression unipolaire	5 à 7 cycles par programme	
	Maladie bipolaire		
	Troubles borderline		
	Programme alimentaire	3 cycles par programme	
	Activité physique		
	Sommeil		
	Pleine conscience (MBSR)	4 cycles	
	Affirmation de soi	1 cycle	
CHU 2024 addictologie	Aide au changement	1 groupe par semaine	
	Prévention de la rechute		
	Réduction des consommations		
	Habilité sociale	1 à 2 groupes par semaine	
	TCC		
	Sommeil		
	Pleine conscience (MBRP : mindfulness relapse prévention)	1 groupe	

LE CHI-HC en lien avec des problématiques RH IDE n'a pas pu mettre en place d'ETP en 2024. Les groupes reprendront en février 2026.

Indicateur 14 = Nombre de personnes avec une pathologie psy (cartographie des pathologies) dans le Doubs

Année	Nb troubles psychotiques	Nb troubles névrotiques humeur	Nb déficience mentale	Nb troubles addictifs	Nb troubles psy débutant enfance	Nb autres	Nb PATHO PSY TOT	POP TOT DENOM	TX POP
2021	3281	9834	1039	4968	983	2592	18733	544068	3,443135784
2022	3285	9971	1024	4998	1039	2482	18950	544441	3,480634265
2022 FRA NCE	485649	1411912	140127	690690	237116	396933	2799945	68729230	4,073878028

Indicateur 15 = Pourcentage de CPTS qui ont une action spécifique à la santé mentale dans leur ACI

En septembre 2025 1 CPTS : CPTS Doubs-Jura

Mais toutes les CPTS du Doubs ont des fiches actions sur la santé mentale dans leurs plans d'action.

6 PLAN ACTION GÉNÉRAL et FICHES ACTIONS

STANDARD INTERNATIONAUX OMS	N°	16 ACTIONS	1 ACTION SOCLE STRUCTURANTE SUR LES 6 PRIORITÉS :
Santé mentale dans la communauté	1	Améliorer l'accès aux soins en lien avec la problématique de la mobilité	<p>Améliorer l'information et la formation des acteurs</p> <p>Action de communication régulière aux réseaux, centralisation de l'information via un outil numérique (annuaire en ligne avec des informations ciblées)</p>
	2	Améliorer les actions de déstigmatisation et prévention (handicap, personne âgée, enfants, addiction et précarité ...)	
	3	Création d'un espace d'échanges, de coordination et d'actions sur le Haut Doubs entre les élus, les professionnels de la psychiatrie et les personnes concernées	
Organisations permettant de limiter le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement	4	Création d'une offre de soins non programmée dans l'ensemble des CMP et CGI	<p>Améliorer le soutien aux équipes sur les situations complexes via des espaces d'analyse clinique, supervision partagée, aide à l'orientation</p>
	5	Accompagnement des équipes aux mesures de moindres recours	
Rétablissement soutenu par une entrée par les droits	6	Renforcement de l'offre d'hébergement et d'accompagnement du public avec des troubles psychiques	<p>Améliorer les compétences des équipes sur les troubles psychiques (public handicap, public protection enfance, public personne âgée, public précaire, public migrant, médecin de ville, élus)</p>
	7	Renforcement ou création de SAD et SAMSAH psy, sur l'ensemble du territoire, amélioration d'accès aux soins de réhabilitation (HDJ, ETP, BREF...)	
Accès aux soins somatiques	8	Renforcement ville hôpital (ex : déploiement des IPA, psychologue en articulation avec les maisons de santé, IPA, déploiement d'une offre de pathologie duelle Psy / addicto)	<p>Diffuser les outils et bonnes pratiques en prévention via la formation et la création d'un réseau de partenaires</p> <p>Création d'une offre de formation pair aidant dans le Doubs</p>
	9	Développements de médiateur en santé, articulation avec les CPTS et le DAC	
Suivis au plus près du lieu de vie	10	Renforcement CMP et CGI Besançon et Pontarlier, couverture des zones blanches (Vallée de la Loue CGI et CMP)	<p>Proposer des formations/information croisées ciblées sur des thématiques ou dispositifs via des colloques, formation visio... (thématique : soins sans consentement, traitement, moindre recours...)</p>
	11	Amélioration et structuration, renforcement de la coordination d'accompagnement-soins dans le parcours "protection de l'enfance"	
	12	Développement GEM (addiction, Ornans, Pontarlier)	
	13	Renforcement sur les territoires : des équipes mobiles sur le secteur CHI-HC (EMPP, EMPPA et EMILHA), offre addictologie (équipe mobile secteur CHI-HC et CHN) et permettre une équité d'accès à l'ensemble des dispositifs sur tout le territoire ((UPMB, EMTAA, EMPS, CMP, CGI, CSAPA ...)	
	14	Renforcement des psychologues au sein de parcours de réhabilitation (CMS, SIAE, CHRS, SSE...)	
Soutien à l'innovation et l'évaluation.	15	Soutenir la dynamique « Innovation – Recherche » : Intégration des structures ESMS et sociale à la dynamique portée par le GIS « Recherche en Psychiatrie Santé Mentale », Déploiement de la e-santé (téléconsultation, téléexpertise, outils numériques...)	
	16	Appui au déploiement des pairs aidants, patient expert (formation des équipes, accompagnement des pairs-aidant, structuration d'une formation initiale des pairs aidant sur le territoire)	

FICHE ACTION SOCLE	PRIORITÉ OMS : Santé mentale dans la communauté			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une transformation de l'offre de soins avec la création de multiples offres de soins mobiles, de dispositifs spécialités, d'antennes qui sont venues répondre à des besoins, mais qui rendent difficile la lisibilité de l'offre. - La création et ou l'extension des dispositifs de coordination aux publics présentant des troubles psychiques. Ces dispositifs (360, DAC, CSC, ...) sont aujourd'hui difficilement lisibles pour les partenaires et pour certains manques de connaissances sur les troubles psychiques. - Les problématiques RH, sur les offres de soins sanitaires, ne cessent d'augmenter, nécessitant de recentrer les professionnels sur le soin auprès des patients et impactant les temps de formation ou de supervision qui existaient dans les coopérations. - La pénurie médicale a pour conséquence que les postes de psychiatre ne sont plus pourvus au sein des DAME, DITEP, FAM, MAS, UPPA... laissant des équipes en difficulté dans la compréhension et l'accompagnement des troubles psychiques. - Les problématiques RH sur les offres sociale et médico-sociale avec des turnovers importants, des professionnels moins qualifiés et expérimentés mettent à mal le maintien des savoir-faire nécessaires à l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques pour éviter les ruptures de parcours et l'orientation des patients inadéquats. 			
Action	AMÉLIORER L'INFORMATION ET LA FORMATION EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Professionnels	CHN	Chef de projet PTSM	CHN- CHS- AHBFC, PTSM FC ARS 90-70, 25, 39, ARS BFC	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>création d'un centre d'appui et de partage de compétences pour :</p> <p>1/ un appui clinique et informatif aux dispositifs de coordination de situations complexes en santé mentale (DAC, MDPH, 360), CSC et CLSM</p> <p>2/ Proposer et organiser des formations en santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À destination des professionnels des PTSM, CLS, CLSM, DAC, C360 - À destination des équipes d'accompagnements (FAM, MAS, UPPA, UPHV, MECS, DAME et DITEP, assistants familial, CADA/PRADA, CMS) - Formation aux pairs aidants et appui au développement de ces professionnels <p>3/ Diffuser les outils de déstigmatisation et former à leurs utilisations, proposer des kits d'actions SISM (CLS ; CLSM ; CPTS)</p> <p>4/ Diffusion d'informations aux professionnels (lisibilité de l'offre, recommandation des bonnes pratiques, AAP,)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les modalités des soins (usagers, élus, CPTS...) - Créer une communication dédiée aux soins de premier recours (médecins libéraux, pharmaciens, IDE, MSP, CPTS) 			
Indicateurs opérationnels	<p>Nombre de professionnels et d'établissements social et médico-social associés à la démarche</p> <p>Nombre de formations dispensées, colloques organisés</p> <p>Nombre et typologie de professionnels accompagnés en formation, accompagnés en appui de coordination, participants au colloque, aux groupes de réflexion</p> <p>Cartographie des formations</p> <p>Cartographie des thématiques</p> <p>Typologie d'action et topologie de lieu</p> <p>Nombre de professionnels du mailing d'information et nombre de communications</p> <p>Outil de communication mis en place</p>			
État d'avancement	Projet finalisé déposé en FIOP et MNPEA en septembre 2025 à l'ARS			
Coût	181 125 euros FIOP et 168 200 euros en MNPEA			

FICHE ACTION 1	PRIORITÉ OMS : Santé mentale dans la communauté			
Enjeux	Le diagnostic du PTSM 2026-2030 met en lumière : Une difficulté d'accès aux soins ambulatoires importants tant sur les territoires ruraux qu'intraville. La pénurie des transports sanitaires, la réforme de leurs financements, l'absence d'un réseau de villes en territoire rural sont des freins importants sur l'accès aux soins psychiatriques (HDJ, CMP/CGI), mais également aux offres de GEM, CSAPA.			
Action	AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS EN LIEN AVEC LA MOBILITÉ			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Patients et personnes accompagnées	ARS/CPAM	Chef projet PTSM et référent santé mentale DT ARS, référent transport sanitaire DT ARS	ARS/CPAM/ DREETS/ Région/intercommunalité/CD/ CPTS Entre Doubs et Jura/ CLS	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	Création d'un groupe de travail pour : - une analyse fine des besoins, des freins. - une revue des expérimentations mises en place (freins et forces) - la construction d'un plan d'action par territoire			
Indicateurs opérationnels	À mettre en place en fonction du plan d'action			
État d'avancement				
Coût				

FICHE ACTION 2	PRIORITÉ OMS : Santé mentale dans la communauté			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière : Les actions de prévention en santé mentale sur le public de personnes handicapées et du public de personnes âgées sont encore peu structurées et mises en place.</p>			
Action	CRÉATION D'OUTILS ET D'ACTION DE DÉSTIGMATISATION ET PRÉVENTION AUPRÈS D'UN PUBLIC SPÉCIFIQUE			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
PA et PH	CLSM et CLS	Animateur CLSM, référent santé mentale DT ARS,	Chargé mission CLS, médiateur de santé CPTS, acteur filière géronto psy CHN/CHI HC/ CHU, responsable charte romain Jacob (fondation pluriel) SPADA	2028
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Adaptation des outils CLSM, psycom, promotion santé France, existant pour le public : - handicap avec déficience intellectuelle - personnes âgées particulièrement en hébergements collectifs</p> <p>Actions à coordonner sur les territoires pour faire connaître les offres existantes, les ressources associatives, des dispositifs d'aide et d'appui</p> <p>formation à l'utilisation des outils</p>			
Indicateurs opérationnels	<p>Nombre d'actions, partenaires du réseau cartographie des actions Typologie d'action et topologie de lieux Nombre de professionnels du mailing d'informations et nombre de communications Nombre d'outils de communications mis en place</p>			
État d'avancement	Adaptation des outils aux personnes âgées en cours sur le CLSM			
Coût	Moyen constant			

FICHE ACTION 3	PRIORITE OMS : Santé mentale dans la communauté			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des caractéristiques socio-économiques spécifiques au Haut Doubs - une précarité spécifique au Haut Doubs - Un réseau d'acteurs du social et ESMS impliqués, un secteur de psychiatrie en train de construire son offre mobile, mais des collaborations encore peu structurées, avec un rayonnement faible - axe 2 du contrat local de santé Pays Horloger Pays du Haut Doubs avec la création d'un poste de chargée de mission pour porter cet axe à l'échelle du territoire du CLS. - la CPTS Entre Doubs et Jura est la seule CPTS du département à avoir un ACI sur la santé mentale ; La CPTS Pays Horloger se questionne pour intégrer ce parcours en 2027 - un dispositif de CSC qui s'arrête et qui était pourtant très mobilisé par des situations de ce territoire 			
Action	Création d'un espace d'échanges, de coordination et d'actions sur le Haut Doubs entre les élus, les professionnels de la psychiatrie et les personnes concernées			
Public cible	porteur	coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Professionnels et élus	CLS Pays Horloger Pays du Haut Doubs	Chargé de mission CLS PHDP PH-référent santé mentale	CMS, CHI HC, Bailleurs, travail et vie, croix-rouge, villes, CPTS, GEM, PNR Horloger, Syndicat mixte Pays du Haut Doubs, CPAM, MSA, Promotion Santé,	2028
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Structuration d'un groupe de travail situations complexes dans le cadre du CLS associant les acteurs de terrains, les élus et la psychiatrie</p> <p>Organisation à l'année et non uniquement pendant les SISM d'action de prévention et de déstigmatisation, information sur l'offre du territoire, animation de la thématique avec les élus et les CPTS...</p> <p>Mise en place de groupes de travail sur les besoins spécifiques du territoire et création d'actions innovantes sur le territoire " un chez soi rural, ACT psy..."</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifier les besoins et définir les priorités d'actions - définir et mettre en œuvre un programme d'actions tout au long de l'année, et pas uniquement au moment des SISM - favoriser le travail en réseau et le décroisement des acteurs du territoire - Valoriser et rendre visible les ressources locales 			
Indicateurs opérationnels	<p>Nombre de professionnels et d'établissements sociaux et médico-sociaux associés à la démarche</p> <p>Nombre d'actions mises en place, colloques organisés</p> <p>Nombre et typologie de professionnels associés</p> <p>Cartographie des ressources</p> <p>Nombre de professionnels du mailing d'information et nombre de communications</p> <p>Outils de communication mis en place</p>			
État d'avancement	En attente des élections municipales, mais à travailler avec les différents candidats			
Coût				

FICHE ACTION 4	PRIORITÉ OMS : Organisations permettant de limiter le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une tension importante sur l'ensemble des structures de soins ambulatoires avec des délais d'accès aux soins trop importants et délétères - une offre de soins en hospitalisation qui se raréfie - Une augmentation des soins sans consentements en hospitalisation 			
Action	CRÉATION D'UNE OFFRE DE SOINS NON PROGRAMMÉS			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Patient de CGI et CMP	CHN et CHI HC	DIRECTEUR DES SOINS CHN, président CME CHN et CHI-HC	Médecin des CMP et CGI, CPTS	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>sur le territoire du Grand Besançon avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la création d'un centre de consultations non programmées de psychiatrie pour adultes sur orientation médicale (médecin libéral, UP) pour de l'évaluation, la prise en charge de la phase aiguë, puis de la coordination du parcours de soins de suite si besoin. - la création d'une maison de soins de l'enfant pour des soins non programmés de premier recours : évaluation, orientation et soins groupaux et familiaux. <p>Par transformation de l'offre pour créer des créneaux de consultations non programmées dans l'ensemble des CMP et CGI du territoire avec une coordination et la création du SAS psy en cours.</p>			
Indicateurs opérationnels	<p>File active de l'activité en soins non programmés : sexe, âge, typologie handicap, adresseurs</p> <p>Indicateurs d'activité : nombre d'actes EDGAR</p> <p>Impact sur les délais d'attente dans les CGI/ CMP, sur la maison de soins de l'enfant et le centre consultations non programmées</p> <p>Amélioration qualitative de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques/amélioration de l'état clinique : réduction des situations complexes et des soins sans consentement</p> <p>Bilan des personnes suivies (entrées/sorties) du dispositif, analyse des suivis proposés aux personnes, ressenti des professionnels/ des partenaires</p> <p>Réduction des listes d'attente et délais d'attente dans les CGI /CMP</p>			
État d'avancement	<p>Centre de consultation adultes Projet finalisé déposé en FIOP en 2025</p> <p>projet maison de l'enfant finalisé déposé en MNPEA septembre 2026</p> <p>transformation de l'offre groupe de travail 2026/2027</p>			
coût	<p>Centre de consultations adultes 366 000 euros</p> <p>projet maison de l'enfant 534 000 euros</p> <p>CHI création offre soins non programmés intégrée renfort CMP fiche action 10</p>			

FICHE ACTION 5	PRIORITÉ OMS : Organisations permettant de limiter le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une offre de soins en hospitalisation qui se raréfie et un accès aux hospitalisations libres qui se complexifie - Une augmentation des soins sans consentement en hospitalisation - Une politique de moindre recours qui se met en place, mais qui est encore peu efficiente 			
Action	ACCOMPAGNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS SUR LE MOINDRE RECOURS			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Équipe et établissement	PTSM	DIRECTEUR DES SOINS CHN, président CME CHN et CHI-HC	Médecin des unités faisant du soin sans consentement	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Par la création d'une synergie inter établissements pour de l'offre de formation spécifique</p> <p>Par le développement des plans de crise</p> <p>Par la création d'équipes de crise</p>			
Indicateurs opérationnels	<p>Indicateur d'ASPCRE et HDT par établissements, file active, nombre de séquences, nombre de mesures</p> <p>nombre de formations</p> <p>protocole et outils mis en place</p> <p>nombre de plans de crise</p>			
État d'avancement	<p>Projet déposé de renfort CHN : La formation Soclecare : Cette formation concourt à un prendre soin individuel et collectif qui participe à la mise en œuvre d'un climat relationnel, ouvre à des espaces où se déploient les dimensions contenant des soins, l'empathie et le « care ».</p> <p>La formation Omega vise à pacifier les états de crise et d'agitation, protéger les professionnels et les usagers dans un contexte de responsabilisation. Soignante.</p> <p>l'unité école s'engage dans une expérimentation du "zéro contention" à moyen constant avec de déploiement de la formation PLAID CARE</p> <p>Le projet du Centre Hospitalier de Novillars vise à intégrer au sein des unités d'admission des professionnels de santé (Infirmiers diplômés d'État) visant à proposer une offre importante de médiations et d'outils de réhabilitation à destination des patients au sein de 3 unités d'admission via le renforcement d'un ETP IDE de journée</p> <p>CH-HC : à ce jour, pas de remontée de besoin</p> <p>CHU : offre de soins en projet dans le nouveau bâtiment. Des échanges en cours sur le financement avec l'ARS</p>			
Coût	<p>CHN : La formation Soclecare : Coût 4100 euros</p> <p>La formation Omega : Coût 8680 euros</p> <p>La formation PLAID CARE : 4700 euros</p> <p>équipe renfort : coût 226 913 euros</p>			

FICHE ACTION 6	PRIORITÉ OMS : Rétablissement soutenu par une entrée et par les droits			
Enjeux	Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière : <ul style="list-style-type: none"> - Des patients en hospitalisation inadéquate du fait du manque de places en aval de l'hospitalisation, en particulier dans les structures sociales, ESMS (MAS/FAM/EHPAD) - une quasi-inexistence de places de FAM psy sur le département - Des usagers (adultes dont amendement Creton) en situation complexe en structures ESMS qui attendent une admission ou une réorientation en MAS, FAM ou UPPA. - un manque de structures d'hébergement accueillant du public avec des addictions, en particulier s'il y a besoin de soins somatiques (korsacof, cancer...) - un manque de structure en secteur rural pour de l'hébergement de public précaire avec des problématiques psychiques (secteur Haut Doubs particulièrement) 			
Action	RENFORCEMENT DE L'OFFRE D'HÉBERGEMENT ET D'ACCOMPAGNEMENT DU PUBLIC AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Public précaire, âgé, handicap	ARS DESTPP	Chargé de projet PTSM	Directeur UCAS, directeur GMPS, référent santé mental, autonomie, précarité DT ARS	2025
Moyens et modalités de mise en œuvre	Par création de nouveaux dispositifs sur le secteur du Haut-Doubs de type Un chez soi rural Création d'ACT psy / addicto Finalisation de la structuration du parcours CHN/ UPPA Mamirolle Groupes de travail avec les UPPA et EHPAD sur la structuration d'un parcours d'accueil de personnes korsakoff Renforcement de l'offre de maisons relais/ résidence accueil sur le département Renforcement de l'offre d'habitats alternatifs ou innovants			
Indicateurs opérationnels	Création de places liste d'attente de patients en ESMS liste de patients inadéquats protocole d'accueil d'usager Korsakoff			
Etat d'avancement	Groupe de travail enclenché pour les ACT et le "Un chez soi rural" projet UCSA rural déposé en 2025, à redéposé en 2026 discussion ARS/département places de FAM/MAS enclenchée et prévue dans le PRIAC 2025-2029			
Coût	ACT psy sur Besançon obtenu			

FICHE ACTION 7	PRIORITÉ OMS : Rétablissement soutenu par une entrée par les droits			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un accès aux soins de réhabilitation très hétérogène en fonction de son lieu d'habitation malgré des structures de soins intersectoriels - Une lisibilité difficile des programmes de réhabilitation existants sur le territoire - Une offre peu structurée, avec des moyens en partie non fléchés et qui est mise en place en fonction des tensions RH - une offre majoritairement proposée sur Besançon et Pontarlier - des centres experts sur le CHU a vocation régionale - une offre de soins en addictologie qui s'est structurée 			
Action	RENFORCEMENT DE LA FILIÈRE RÉHABILITATION			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Patient	CHN, CHU, CHI-HC, CSAPA	Responsable projet PTSM	Médecin et cadre des CHU, CHN, CHI-HC, AHSFC, addiction France, la clinique la Vellote assurant des soins de réhabilitation aux seins de leurs unités,	2025
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Création d'une cartographie des programmes existants et des modalités d'accès</p> <p>Labélisation des programmes d'ETP existant</p> <p>Augmentation de l'offre de soins via transformation d'un foyer postcure en HDJ de réhabilitation</p> <p>Création d'une offre de programme d'éducation thérapeutique aux proches à renforcer et structurer</p> <p>Structuration d'UTEP psy et UTEP régionales</p> <p>Création de places d'accompagnement au domicile (SAMSAH psy, SAD, SAVS...)</p>			
Indicateurs opérationnels	<p>Indicateurs d'activité : nombre d'actes EDGAR</p> <p>Nombre de programmes et File active de l'activité : sexe, âge, typologie, adresseurs, sectorisation</p>			
État d'avancement	<p>Ouverture HDJ le Colombier en sept 2025.</p> <p>création de places de SAD et SAMSAH psy en articulation avec les établissements sanitaires groupe de travail sur le CHN</p>			
Coût	HDJ colombier moyen constant par transformation			

FICHE ACTION 8	PRIORITÉ OMS : Accès aux soins somatiques			
Enjeux	Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière : la dynamique des CLS et CPTS permet de mailler de mieux en mieux les territoires, toutefois, la coordination soins hospitaliers et soins de ville nécessite d'être poursuivie pour permettre de prendre en charge les parcours complexes de patients avec de pluripathologies souffrant de troubles psychiques.			
Action	RENFORCEMENT VILLE HÔPITAL			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Médecin libéral	ARS - FEMASCO	Référent santé mentale et addiction DT ARS	Médecin d'unité de soins en addictologie CHU et CHN, chargé mission des CLS, président des CPTS	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>La création de postes IPA partagées ville/hôpital en addiction, sur des pathologies duelles, sur la filière gérontologie permettrait aussi d'améliorer l'accès aux soins des publics précaires et éloignés du soin, en particulier dans les territoires ruraux.</p> <p>L'appui aux maisons de santé pour étendre les offres de psychologues en exercice partagé, et l'appui à l'ouverture de nouvelles maisons de santé (dont Planoise).</p> <p>S'appuyer sur le DAC et les CPTS pour améliorer le lien ville – établissement autorisé en psychiatrie. Exemple : Fiche Navette CPTS/CMP/Grand Vallier à dupliquer</p> <p>Fiche d'action s'articule avec la fiche d'action n°4 sur les soins non programmés.</p>			
Indicateurs opérationnels	À mettre en place en fonction du plan d'action			
État d'avancement				
Coût				

FICHE ACTION 9	PRIORITÉ OMS : Accès aux soins somatiques			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les CMS, CMP constatent encore beaucoup de patients non-inscrits dans un parcours de soins de ville, la tension sur l'offre libérale en zone rurale, la difficulté de mobilité créent beaucoup de renoncements aux soins ou de ruptures de parcours de soins pour les patients présentant des troubles psychiques. - L'expérimentation de médiateurs de santé au sein de la CPTS CAPACITÉ du Grand Besançon sur l'accès aux soins est probant 			
Action	MÉDIATEUR DE SANTÉ			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Patient	ARS	Réfèrent santé mentale DT ARS/ réfèrent précarité	Chargé de mission CLS et référente précarité DT ARS	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>La création de médiateurs en santé pairs sur l'expérimentation de ceux mis en place sur la CPTS Capacité du Grand Besançon dans toutes les CPTS permettrait de mettre en œuvre l'accompagnement aux soins des patients complexes ayant besoin d'être accompagnés physiquement au RDV, d'être soutenus dans les RDV sociaux permettant la réouverture de leurs droits, d'être aidés dans les prises de RDV et suivi de la coordination de leurs parcours (lien IDE libéral, aide à domicile...)</p> <p><u>Travail avec chaque CPTS pour mettre en place des médiateurs de santé avec des missions en lien avec les spécificités du territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aide à la recherche d'un médecin traitant - appui à l'ouverture des droits - information et accompagnement sur les PASS - accompagnement opérationnel à la structuration de soins avec les acteurs locaux, les spécialistes (mobilité et accompagnement aux RDV) - lien avec le DAC 			
Indicateurs opérationnels	Nombre de postes créés, file active des patients, suivi des modalités d'accompagnement			
État d'avancement				
Coût				

FICHE ACTION 10	PRIORITÉ OMS : Suivi au plus près du lieu de vie			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un territoire du Doubs qui n'est couvert par aucune offre de soins de proximité pour les enfants (entièreté de la vallée de la Loue et pour les adultes dans le secteur Ornans) - une tension particulièrement forte sur l'offre de soins de proximité sur le secteur du Grand Besançon et de Pontarlier (zone urbaine du Doubs avec une population en augmentation permanente) tant dans les CGI/CMPP que pour les CMP - Fermeture de la Maison Verte qui assurait de nombreuses consultations psychologues et psychiatres. - un accès à des psychologues dans le dispositif mon parcours psy très inégal sur le territoire - une offre de soins de ville de psychiatre limitée au Grand Besançon et déjà saturée. 			
Action	RENFORCEMENT DE L'OFFRE AMBULATOIRE DE SECTEUR			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Patients de CGI/CMPP et CMP	CHN, CHI HC, CHU et AHSFC	DIRECTEUR DES SOINS CHN, président CME CHN et CHI-HC	Chef de pôle et médecin CMPP	2025
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Sur le secteur de la Vallée de la Loue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place d'un groupe de travail CHU et ARS pour la couverture de cette offre de secteur - création d'une antenne de CGI sur la vallée, ce qui permettrait également de libérer des suivis sur le CGI de Planoise - groupe de travail pour une antenne CMPP <p>Sur le secteur Pontarlier et Besançon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcement des CMP/CGI/CMPP - adaptation de l'offre en lien avec la fiche action sur les soins non programmés 			
Indicateurs opérationnels	<p>Création d'offres :</p> <p>File active de l'activité en soins non programmés : sexe, âge, typologie handicap, adresseurs</p> <p>Indicateurs d'activité : nombre d'actes EDGAR</p> <p>Impact sur les délais d'attente dans les CGI/ CMP et sur la maison de soins de l'enfant et centre de consultations non programmées.</p> <p>Amélioration qualitative de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques/amélioration de l'état clinique : réduction des situations complexes et des soins sans consentement</p> <p>Bilan des personnes suivies (entrées/sorties) du dispositif, analyse des suivis proposés aux personnes, ressenti des professionnels des partenaires</p> <p>Réduction des listes d'attente et délais d'attente dans les CGI /CMP</p>			
État d'avancement	<p>Remontée des besoins faits en juin 2025 :</p> <p>CHI HC CMP Pontarlier et Morteau (1 ETP psychologue, 1 ETP IDE 0,30 ETP psychiatre, 0,3 ETP secrétaire, 0,10 ETP CDS)</p> <p>3 CMP GB PHASE 1- 2025 :</p> <p>1.5 ETP psychiatre, 3 ETP psychologue, 1.5 ETP IPA</p> <p>PHASE 2- 2026-2027 :</p> <p>1.5 ETP psychiatre, 1.5 ETP IPA, 2 ETP assistante sociale, 3 ETP secrétaire</p>			
Coût	<p>CHI HC : 209 080 euros</p> <p>CHN Phase 1 : 607 952 €</p> <p>CGI et CHU VL non travaillés encore</p>			

FICHE ACTION 11	PRIORITÉ OMS : Suivi au plus près du lieu de vie			
Enjeux	<p>Les rapports nationaux et le diagnostic du PTSM 2025-2029 mettent en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une population de la protection de l'enfance en grande détresse psychique - des espaces de travail en réseau à restructurer - des problématiques d'accès aux soins malgré des repérages bien mis en place - des équipes ayant besoin de monter en compétences pour les prises en charges d'enfants et d'adolescents complexes - des parcours à coordonner pour les enfants à doubles vulnérabilités 			
Action	AMELIORATION, STRUCTURATION ET RENFORCEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT - SOINS DANS LE PARCOURS "PROTECTION ENFANCE"			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Enfance protégée	Département ARS	Référente santé mentale et autonomie DT ARS, représentante départementale des services de protection enfance	Chef de pole ou de service enfant et adolescent CHU et CHN, médecin CMPP AHBFC	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Cette fiche action se coordonne avec la fiche n° 4 d'accès aux soins non programmés et la fiche action socle sur les formations et l'appui clinique aux situations complexes.</p> <p>Groupe de travail sur la pertinence de la remise en place de temps de coordination des situations complexes de la protection de l'enfance, création de gestionnaires de parcours situation complexe protection de l'enfance (IPA ?)</p> <p>Groupe de travail MDPH, DAPEH et EMIL pour harmoniser les suivis, identifier les freins aux parcours.</p>			
Indicateurs opérationnels	En fonction du plan d'action émanant des groupes de travail			
État d'avancement				
Coût				

FICHE ACTION 12	PRIORITÉ OMS : Suivi au plus près du lieu de vie			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une offre du territoire qui présente une zone blanche sur le territoire de la Vallée de la Loue - une dynamique de déploiement des GEM pertinents qui trouve son public en zone rurale, mais qui a du mal à rayonner du fait de problématiques de transport, en particulier pour la population importante du Haut Doubs. - la structuration de la filière de soins d'addiction avec une augmentation du public orienté en GEM en cours de soins, en partie pour un public non sevré et qui induise une déstabilisation du public habituel. 			
Action	DÉVELOPPEMENT DES GEM			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Equipe projet et contributeurs	Date de début
Patient	PTSM	Chef de projet PTSM	CCAS, IAF, Floréal, ADDSEA et Add France	2025 - 2027
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Par la création d'antennes de GEM sur la vallée de la Loue et de Pontarlier :</p> <p>Par la création d'un groupe de travail sur l'accueil du public avec addiction en GEM</p>			
Indicateurs opérationnels	<p>Cartographie des GEM, du public et lieu de résidence</p> <p>Plan d'action des groupes de travail</p>			
État d'avancement	Création GEM Pontarlier et vallée de la Loue déposé en juillet 2025			
Coût	48 000 euros de nouveau financement			

FICHE ACTION 13	PRIORITÉ OMS : Suivi au plus près du lieu de vie			
Enjeux	<p><u>Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - des inégalités d'offre de soins et d'accompagnement sur le département, en particulier concernant les équipes mobiles sur le Haut Doubs - des délais d'accès aux soins trop importants sur l'offre ambulatoire et des zones blanches (vallée de la Loue) - des dispositifs d'aller vers qui ne couvre pas encore l'entièreté du département ou qui sont encore faiblement déployés 			
Action	RENFORCEMENT DE L'OFFRE SUR LES TERRITOIRES			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Patient de CGI et CMP	CHI HC	Chef de projet PTSM	Référente santé mentale, précarité et addition DT ARS, chef de pole et direction CHI-HC	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Renforcement des équipes mobiles du Haut Doubs encore sous dimensionnées pour assurer un travail régulier et continu avec les partenaires (EMPP, EMPPA, EMILAH, CSAPA).</p> <p>Des dispositifs de soins mobiles qui ne couvrent pas l'ensemble du territoire (EMTAA, EMPS, consultations éthno psychiatrie)</p> <p>La nécessité de créer une offre de proximité sur la vallée de la Loue (CMP, CGI) mais aussi d'accompagnement (GEM) en lien avec la fiche action 10 et 12</p>			
Indicateurs opérationnels	<p>File active de l'activité en soins non programmés : sexe, âge, typologie handicap, adresseurs</p> <p>Indicateurs d'activité : nombre d'actes EDGAR</p> <p>Impact sur les Délais d'attente dans les CGI/ CMP et sur la maison de soins de l'enfant et centre consultation non programmée</p> <p>Amélioration qualitative de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques/amélioration de l'état clinique : réduction des situations complexes et des soins sans consentement</p> <p>Bilan des personnes suivies (entrées/sorties) du dispositif, analyse des suivis proposés aux personnes, ressenti des professionnels des partenaires</p> <p>Réduction des listes d'attente et délais d'attente dans les CGI /CMP</p>			
État d'avancement	<p>Remontée de besoin effectué sur la partie Haut Doubs :</p> <p>EMPP HD: 1 ETP psychologue : 69 840.91 € brut chargé (R)</p> <p>1 ETP IDE : 64 065.28 € brut chargé (R)</p> <p>0,3 ETP Psychiatre : 50 000 € brut chargé (R)</p> <p>0,3 ETP secrétaire : 17 450 € brut chargé (R)</p> <p>0,10 ETP CDS : 7 725 € brut chargé ®</p> <p>EMPPA HD : 0,5 ETP psychologue : 34 920.45 € brut chargé (R)</p> <p>0,10 ETP CDS : 7 725 € brut chargé (R)</p> <p>1 ETP IDE : 64 065.28 € brut chargé (R)</p>			
Coût				

FICHE ACTION 14	PRIORITÉ OMS : Suivi au plus près du lieu de vie			
Enjeux	<p>Le diagnostic du PTSM 2026-2030 met en lumière : le déploiement des psychologues au sein mêmes des parcours de vie des personnes ont particulièrement démontré leurs efficacités quand ces psychologues ont à la fois une mission de repérage précoce en lien avec les équipes d'accompagnement, d'évaluation de l'état psychique, de soins brefs ou moyens, d'orientation en cas de besoin aigu ou long. Ces psychologues en CMS, SIAE, CHRS, CADA, structures hébergement urgence, SSE, associations aide aux victimes... donnent toute satisfaction et permettent des accès aux soins à des personnes en refus de soins ou très éloignées des parcours de soins. La continuité de déploiement de ce type de poste est une nécessité pour permettre une gradation du soin adapté et structurer une offre pour des publics en situation de vulnérabilité.</p> <p>Circulaire du 24 juillet 2025 relative à l'accélération de l'accès au logement des personnes sans domicile et à l'amplification de leur accompagnement à la santé et à l'emploi</p>			
Action	Renforcement des psychologues au sein de parcours de réhabilitation			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Public précoce	PTSM	Chef de projet PTSM et référente santé mentale DT ARS	ADDSEA, AHSFC, SSE, SIAE, Département, DDETSPP, DASLI, France Travail, SIAO,	2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>Création d'un groupe de travail permettant de mettre en place un plan de déploiement de psychologues en lien avec les porteurs de politiques publiques sur le champ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'emploi (déploiement de consultations de psychologue dans l'ensemble des SIAE et des EA) - du logement (déploiement de psychologues au sein des ASLL sur le territoire)// en lien avec le PDAHLPD - du social (déploiement de psychologues dans le parcours RSA) - déploiement d'une offre de psychologue libérale sur les problématiques harcèlement scolaire et psycho trauma via la création d'articles 51. 			
Indicateurs opérationnels	en lien avec le plan d'action qui sera défini			
État d'avancement				
Coût				

FICHE ACTION 15	PRIORITÉ OMS : Soutien à l'innovation et l'évaluation			
Enjeux	Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière : le premier PTSM du Doubs a permis de créer de nombreux nouveaux dispositifs, de faire preuve d'organisation de soins innovants et qui ont été reconnus dans le cadre des AAP FIOP. - Cette dynamique est à poursuivre dans le cadre du prochain PTSM avec des attentes fortes des professionnels de terrain de pouvoir s'associer à des recherches en santé mentale dans le cadre du groupement de recherche. Le déploiement des outils de téléconsultations et de téléexpertise est aussi un levier qu'il semble important à déployer en particulier pour permettre un accès plus facile aux soins en zone rurale, où les problèmes de mobilité et d'offre sont importants, et également pour le public jeune, particulièrement à l'aise avec les nouvelles technologies et demandeurs de ce type de soins.			
Action	SOUTENIR L'INNOVATION et LA RECHERCHE			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
Professionnel	PTSM	Chef de projet PTSM	Chef de pôle, MDA, groupe recherche	
Moyens et modalités de mise en œuvre	Groupe de travail à mettre en place pour structurer des projets e-santé auprès : - public MDA, SSE, BAPPU - personnes âgées et précaires en lien avec les maisons de santé (en lien déploiement IPA et médiateur de santé fiche action 13) Accompagnement du groupe recherche dans la dynamique d'inclusion des partenaires ESMS et social dans le nouveau groupement recherche en psychiatrie BFC.			
Indicateurs opérationnels	À mettre en place en lien avec le plan d'action qui sera défini par les groupes de travail			
État d'avancement				
Coût				

FICHE ACTION 16	PRIORITÉ OMS : Soutien à l'innovation et l'évaluation			
Enjeux	Le diagnostic du PTSM 2025-2029 met en lumière : Si le déploiement des nouveaux métiers de pair aidants est une réalité pour les patients et les structures ESMS du Doubs, on constate une difficulté pour ouvrir les postes de pair aidants dans un certain nombre de services sanitaires. L'accompagnement des équipes temps médicales que soignantes est nécessaire pour permettre le plein exercice de ces nouveaux professionnels. De plus les pair aidants en poste sont en attente d'accompagnement à leur prise de poste, à une formation continue pour leur permettre d'asseoir leurs postures et continuer à monter en compétence. Une offre de formation en proximité (FC) est aussi une forte attente des patients et usagers des GEM.			
Action	APPUI AU DÉPLOIEMENT DES PAIRS AIDANTS ET PATIENTS EXPERTS			
Public cible	Porteur	Coordonnateurs	Équipe projet et contributeurs	Date de début
USAGERS	GPMS	Chef de projet PTSM et référente santé mentale DT ARS	GEM, FAS, IRTESS, CCOMS, CLSM, CREAM	Mi 2026
Moyens et modalités de mise en œuvre	<p>La partie formation continue et appuie aux équipes de pair aidants s'articule avec la fiche action socle.</p> <p>La création d'un groupe ou d'un collectif pair aidant seraient intéressants en lien avec le projet FIOPE PÉPITE RE'pair porté par le secteur d'ARRAS.</p> <p>Un travail avec les porteurs de formation de la région (IRTESS, FAS, CREAM) en lien avec l'ARS serait intéressant à être pensé en alternance entre la Bourgogne et la Franche-Comté.</p> <p>L'accompagnement à la création de nouveaux postes pourrait se penser en lien avec les formations du CCOMS en continu de la formation proposée aux structures en septembre 2025 par le CLSM du Grand Besançon</p>			
Indicateurs opérationnels	Nombre de professionnels en poste, ETP créés et maintenus nombre de formations, nombre de stagiaires, lieux de formation et organisme porteur de déploiements de pair aidants dans les programmes de réhabilitation			
État d'avancement				
Coût				

7 BIBLIOGRAPHIE - SOURCE

BASE DOCUMENTAIRE SOCLE DES PTSM :

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

[INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale - Légifrance](#)

FEUILLE DE ROUTE SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

[Chapitre 3 : Les divers degrés de coloration salariale des plateformes numériques d'intermédiation](#)

RAPPORT TOUR DE FRANCE DES PTSM

[Rapport du tour de France des projets territoriaux de santé mentale \(PTSM\)](#)

PLAN PSYCHIATRIE : REPERER, SOIGNER ; RECONSTRUIRE

[Plan psychiatrie : repérer, soigner, reconstruire - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

DOCUMENTATION REGIONALE :

PROJET REGIONAL DE SANTE Bourgogne Franche-Comté, PRAPS (2024-2028) et PRIAC (2025-2029)

[Projet régional de santé \(PRS\) 2018-2028 révisé en Bourgogne-Franche-Comté | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté](#)

SOURCE DES DONNEES DE SANTE, POPULATIONNELLE, DETERMINANTS SOCIAUX :

ATLAS 2022-2023

ORS 2023-2024

STATISS 2022

CNSA 2024 Analyse portrait de territoires Bourgogne-Franche-Comté - 2024

ENQUETE OU DIAGNOSTIC DU DOUBS :

RAPPORT DE LA MISSION D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION PROTECTION DE L'ENFANCE DÉPARTEMENT DU DOUBS 2024

Rapport Observatoire départemental de la protection de l'enfance Les chiffres clés de la protection de l'enfance dans le Doubs en 2023

[RAPPORT_ODPE_web.pdf](#)

Diagnostic pré-opérationnel pour le déploiement d'AGIR dans le Doubs (Polygones consultants et open CO) 2023

Diagnostic Territorial Partagé L'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap (cabinet Stratélylys) 2023- 2024

Document Cadre sur les orientations de la politique intercommunale d'attribution des logements sociaux 2024-2029

Nouveau Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) 2024-2028

DIAGNOSTIC TERRITORIAL du Doubs préparatoire aux travaux du PRST 2022

Statistiques, études et évaluations pôle emploi département du Doubs 2023

Schéma Territorial de la Vie Étudiante Bourgogne-Franche-Comté 2024-2029

Enquête sur le parcours résidentiels des personnes en souffrance psychique 2025 (étude porté par les Invités au Festin via le cabinet Generacio)

Rapport d'activités : CCAS de Besançon (2023), Promotion Santé FBC (2024), AHS- FC (2018-2024)

Diagnostics des 5 contrats locaux de Santé

Bilan du PTSM 2020-2025 du Doubs

Etude santé mentale de la CPAM du Doubs

8 SIGLAIRE

ADDSEA	Association Départementale du Doubs de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte
AHFC	Association Hospitalière de Franche-Comté
AHSFC	Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté
ARS	Agence Régionale de Santé ASE Aide Sociale à l'Enfance
ASPI	Admission en soins psychiatriques en péril imminent
ASPRE	Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centres Communaux d'Action Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CGI	Centre de Guidance Infantile
CH	Centre Hospitalier
CHI- HC	Centre Hospitalier Intercommunal de Haute Comté
CHN	Centre Hospitalier de Novillars
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CLS	Conseil Locaux de Santé
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centres Médico-Psycho-Pédagogique
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRIAVS	Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs mineurs de Violences Sexuelles
CSAPA	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
EMIL	Equipe Mobile de Liaison
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMPPA	Equipe Mobile Psychiatrie Personnes Agées
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissement et Service Médico-Social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GTO	Groupe Technique d'Oriantation
HDJ	Hôpital De Jour
IME/DAME	Institut Médico-Éducatif/ Dispositif d'accompagnement médico éducatif
ITEP/ DITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique/ Dispositif Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDA	Maison Des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
PCPE	Pôle de compétence et de prestation externalisé
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PDAHLPD	Plan Départemental de l'Accès à l'Hébergement et au Logement des Personnes Défavorisées
PH	Personne Handicapé
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI	Protection Maternelle Infantile
PRE	Programme de Réussite Educatif
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'Autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PTSM	Projet de territoire en psychiatrie et santé mentale
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDF	Sans Domicile Fixe
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
SHMO	Service d'Hébergement en Milieu Ouvert
SIAO	Services Intégrés d'Accueil et d'Oriantation
SPDT	admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SPRE	Soins psychiatriques à la demande du Préfet
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques

9 ANNEXE 1 : Focus spécifique addictologie

Ce document constitue un focus spécifique sur l'addictologie, thématique peu abordée dans le précédent PTSM. L'intrication des parcours entre troubles psychiques et conduites addictives, les enjeux de coordination, et les recommandations nationales issues du Tour de France des PTSM justifient pleinement son intégration dans le PTSM 2.

Ce focus vise à objectiver les dynamiques locales, les besoins et les tensions, et à outiller la réflexion collective.

Addictions et santé mentale : des problématiques intriquées, une réponse à articuler

Les troubles addictifs et les troubles psychiques partagent de nombreux déterminants, mécanismes, conséquences et enjeux d'accompagnement. Longtemps traités comme des domaines séparés, ils sont aujourd'hui reconnus comme **étroitement liés**, tant dans les parcours de vie des personnes concernées que dans l'organisation des soins et de l'accompagnement.

► **Les comorbidités entre troubles psychiques et conduites addictives** sont fréquentes et complexes : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité ou encore psychoses peuvent coexister avec des consommations problématiques de substances (alcool, cannabis, opiacés, médicaments psychotropes...). Dans certains cas, les consommations visent à soulager une souffrance psychique ; dans d'autres, elles contribuent à l'aggraver.

► Les parcours des usagers sont souvent marqués par **des ruptures, des va-et-vient entre structures**, des injonctions contradictoires ou une errance entre dispositifs qui ne communiquent pas suffisamment. Ces ruptures sont d'autant plus critiques lorsque les personnes cumulent isolement social, précarité administrative ou absence de médecin traitant.

► **Le cloisonnement entre le champ de l'addictologie et celui de la psychiatrie ou de la santé mentale** représente un frein à la continuité des soins, au décloisonnement des pratiques et à la lisibilité de l'offre. Les CSAPA et les services de psychiatrie peinent encore trop souvent à travailler de manière fluide et coordonnée, malgré l'interdépendance évidente des problématiques traitées.

Dans ce contexte, **intégrer pleinement l'addictologie dans le périmètre du PTSM** apparaît comme une évolution à la fois cohérente, nécessaire et stratégique :

- **Cohérente**, car elle reflète la réalité clinique et les besoins croisés des usagers ;
- **Nécessaire**, pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, de parcours sans rupture et de coordination territoriale ;
- **Stratégique**, car elle permet de mobiliser l'ensemble des partenaires (sanitaire, médico-social, social, libéral, associatif) autour d'objectifs communs, à une échelle lisible et pilotable.

Cette approche est par ailleurs **pleinement conforme aux recommandations issues du "Tour de France des PTSM"**, qui appellent à mieux intégrer les « angles morts » des politiques territoriales de santé mentale – notamment les addictions – afin de construire des dispositifs plus inclusifs, décloisonnés et ancrés dans la réalité des parcours.

Le présent diagnostic vise à **objectiver les besoins, ressources et tensions propres à l'addictologie dans le Doubs**, tout en les articulant aux dynamiques engagées dans le cadre du PTSM. Il s'inscrit dans une volonté partagée de dépasser les cloisonnements historiques et de promouvoir **une approche intégrée de la santé mentale**, où les problématiques addictives sont pleinement prises en compte dans l'élaboration de réponses territorialisées, lisibles et adaptées.

PARTIE 1 : PREVENIR, REPERER ET REDUIRE LES RISQUES

1.1 – Prévention et réduction des risques : cadre de référence et enjeux stratégiques

La prévention et la réduction des risques (RDR) constituent des leviers incontournables de la politique de santé publique en addictologie. Elles s'inscrivent dans une logique de parcours, depuis le repérage précoce jusqu'à la stabilisation, et visent à limiter les dommages liés à l'usage, qu'il s'agisse d'éviter une entrée dans les consommations problématiques ou d'accompagner les personnes déjà concernées.

Depuis 2016, la RDR est reconnue comme une mission à part entière des CSAPA, au même titre que la prévention et le soin. Cette orientation est réaffirmée dans les référentiels nationaux 2023–2028, qui valorisent un continuum allant de l'« aller-vers » à l'insertion dans un parcours structuré, avec une attention particulière portée aux dispositifs à bas seuil (CJC, CAARUD, TAPAJ, pair-aidance...).

Plusieurs politiques nationales soutiennent cette dynamique, dont le plan national addictions, la stratégie tabac, ou les feuilles de route santé mentale et précarité. La MILDECA joue un rôle clé en pilotant les orientations et en soutenant, via le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA), des projets territoriaux en prévention, réduction des risques ou aller-vers.

Si le PTSM n'a pas vocation à coordonner directement la politique de prévention, il ne peut ignorer son rôle structurant. Les actions de prévention constituent bien souvent le premier point de contact avec les usagers les plus éloignés du soin, notamment les jeunes, les publics précaires ou peu demandeurs. Intégrer ces dispositifs dans la réflexion sur les parcours est une condition essentielle pour garantir cohérence, accessibilité et efficacité.

Parmi les outils mobilisés, les programmes dits **probants** occupent une place croissante. Appuyés sur des données scientifiques et promus au niveau national, ils reposent sur des interventions répétées, des méthodes validées, et un ancrage dans les milieux éducatifs et sociaux. Leur diffusion reste un indicateur fort de la structuration de l'offre de prévention à l'échelle territoriale. Ces programmes probants sont essentiellement basés sur les compétences psychosociales et travaillées auprès de différentes tranches d'âge.

Pour finir, un travail est amorcé pour renforcer les actions de prévention auprès de publics en situation de handicap.

I.2 – Organisation de la prévention et de la réduction des risques dans le Doubs

Dans le Doubs, les actions de prévention et de réduction des risques (RDR) sont assurées par un maillage d'acteurs aux statuts et missions complémentaires : **structures spécialisées** (CSAPA, CAARUD), **équipes mobiles, dispositifs jeunesse, acteurs de la santé scolaire, et partenaires institutionnels ou associatifs**. Ce maillage permet de toucher une diversité de publics et de contextes, à travers des interventions en milieu scolaire, festif, carcéral ou dans des lieux de vie informels.

a. Prévention à destination des jeunes et en milieu scolaire

Les actions de prévention primaire et de repérage précoce en direction des jeunes sont majoritairement portées par les **Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)**, rattachées aux CSAPA. Dans le Doubs, une seule CJC est actuellement active, rattachée au site **Soléa BIS à Besançon**, avec des besoins identifiés pour développer une offre dans le Haut-Doubs (notamment sur Morteau). En 2023, **339 jeunes consommateurs et 61 proches** ont été reçus en CJC, plaçant le Doubs parmi les départements les plus actifs de la région avec la Côte-d'Or.

b. Réduction des risques et dispositifs d'aller-vers

La réduction des risques est principalement assurée par le **CAARUD implanté à Besançon**, qui dispose d'un **dispositif mobile couvrant l'ensemble du département**. Il travaille notamment en lien avec un réseau de **pharmacies partenaires** pour la mise à disposition de kits de RDR, et propose également **l'envoi de matériel par voie postale**. **L'Équipe Mobile Addictologie (EMA)**, et le **binôme femme addiction assurent également des missions de prévention et de soins**. Cf partie soins

c. Interventions en milieu festif

Des interventions ponctuelles sont assurées en milieu festif (soirées étudiantes, festivals, événements associatifs), bien que leur coordination et leur couverture ne soient pas systématiquement documentées. Ces actions visent à **diffuser des messages de prévention, réduire les risques liés aux consommations, et repérer les situations à risque élevé**.

Des associations locales ou régionales (ex. Avenir Santé) peuvent intervenir en lien avec les communes, les structures universitaires ou les organisateurs d'événements, mais **les partenariats restent à formaliser** à l'échelle départementale.

d. Prévention en milieu carcéral

Les actions en milieu pénitentiaire sont assurées par le **CSAPA Soléa**, référent de la **maison d'arrêt de Besançon**. Elles comprennent des entretiens individuels, des ateliers collectifs, du repérage, et un accompagnement en lien avec la réduction des risques et les parcours de soin à la sortie.

e. Les Interventions en prévention dans le Doubs (hors secteur de Montbéliard)

La prévention des conduites addictives est menée par les 3 CSAPAs du territoire essentiellement ainsi que le CARRUD et complété par d'autres opérateurs comme Avenir SANTé, ou le Pôle festif, la Maison des Adolescents et RES'ADO quelques Maison de Santé et CPTS.

Au total sur une année (référence 2023) cela représente 22 600 personnes touchées par une action de prévention ?

Les 3 CSAPAs ont au total 4 ETP financés dans leurs dotations ONDAM et viennent compléter ces financements ponctuellement par des appels à projets permettant de bénéficier ponctuellement de 0,2 à 1 etp supplémentaire sur le territoire par an)

Les trois CSAPA du département déploient au moins deux programmes probants parmi :

- **UNPLUGGED** (collège, prévention secondaire),
- **PROTECT** (prévention des consommations à l'adolescence),
- **SFP 12–16 ans** (compétences psychosociales),
- **PRIMAVERA** (prévention en milieu professionnel ou scolaire).

En 2023, près de 3000 élèves ont bénéficié d'un programme probant.

Les programmes Unplugged, Primavera et Unplugged nécessitent un investissement important de la part des CSAPA porteurs et un partenariat avec l'éducation nationale qui reste fragile car l'investissement demandé aux enseignants pour faire perdurer ces programmes est très important et donc difficile à maintenir dans la durée. Le programme PSFP représente aussi une difficulté de mise en place car il nécessite 4 intervenants pour un groupe de famille. La recherche de partenaires intervenants rend complexe la mise en place du programme.

La politique de prévention multi-séances basée sur les compétences psycho-sociales menée par les CSAPA permet cependant de mettre en place des séquences de préventions « prometteuses » en milieu scolaire et de toucher un nombre de jeunes important (plus de 14 500 élèves en 2023).

f. Un socle d'intervention solide, à mieux connecter aux parcours

L'offre de prévention et de réduction des risques dans le Doubs repose sur un socle solide d'acteurs engagés, couvrant une diversité de territoires et de publics.

Si le PTSM n'a pas vocation à piloter l'ensemble de cette politique, il s'appuie néanmoins sur ces actions pour **sécuriser l'entrée dans les parcours de soins**, en particulier pour les publics les plus éloignés.

Le développement de **passerelles formalisées entre prévention, RDR et soins** représente un enjeu partagé, tant en termes d'orientation que de continuité d'accompagnement. La reconnaissance de la prévention comme **temps constitutif du parcours addictologique** constitue à ce titre un levier stratégique.

PARTIE 2 : DIAGNOSTIC DE L'OFFRE DE SOIN ET D'ACCOMPAGNEMENT

I. L'organisation prévue par les textes : un cadre national structurant mais exigeant à territorialiser

La prise en charge des conduites addictives s'inscrit dans un cadre national clairement défini, qui combine une logique de gradation des soins hospitaliers et un accompagnement médico-social global, dans une perspective de parcours coordonné. Ce cadre vise à répondre à la complexité des situations rencontrées, souvent marquées par une intrication de vulnérabilités sanitaires, sociales et psychiques.

1.1 Une gradation hospitalière en trois niveaux

Dans le champ hospitalier, l'organisation de l'addictologie repose sur une architecture graduée, conçue pour adapter l'intensité des soins à la sévérité des troubles et à la situation de chaque personne.

- **Le premier niveau** correspond aux soins de proximité. Il constitue l'entrée dans le système pour de nombreuses personnes. Il s'agit principalement de consultations spécialisées en addictologie, de sevrages simples réalisés en service de médecine ou de psychiatrie, et d'interventions des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au sein des établissements. Ces équipes apportent leur expertise aux services généralistes dans la prise en charge des patients présentant des troubles addictifs.
- **Le deuxième niveau** désigne les dispositifs spécialisés, destinés à des situations plus complexes. Il peut s'agir d'hospitalisations complètes ou de jour, notamment pour des sevrages lourds, ou encore de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Ce niveau de recours permet de consolider les acquis du sevrage, de prévenir les rechutes et de favoriser la réinsertion dans un parcours de vie plus stabilisé.
- **Le troisième niveau** regroupe les centres de référence régionaux, généralement rattachés aux CHU. Ces structures assurent un rôle d'expertise et d'appui sur l'ensemble du territoire régional. Elles sont chargées de la coordination régionale, de la formation des professionnels, de l'animation des réseaux, et participent à la recherche. Elles constituent la référence pour les situations les plus complexes et assurent une fonction de régulation territoriale.

Dans la pratique, ces trois niveaux ne sont pas cloisonnés. Certains établissements cumulent plusieurs types d'activités et offrent des prises en charge de différents niveaux. L'enjeu est alors de garantir la continuité et la cohérence des parcours, en facilitant le passage d'un niveau à l'autre selon les besoins.

1.2 Un secteur médico-social pilier de l'accompagnement global

En parallèle du secteur sanitaire, le secteur médico-social joue un rôle déterminant dans l'accompagnement des personnes confrontées aux addictions. Il ne se limite pas à un appui ponctuel, mais vise un suivi dans la durée, prenant en compte l'ensemble des dimensions de la personne : santé physique et mentale, insertion sociale, vie familiale, accès aux droits, logement, etc.

Les **Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** constituent les structures pivots de ce secteur. Ils proposent une prise en charge pluridisciplinaire, intégrant un accompagnement médical, psychologique et social. Les CSAPA peuvent être généralistes ou spécialisés (ex. : jeunes, personnes sous-main de justice), et certains déploient des dispositifs complémentaires tels que les **Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)**, des **équipes mobiles**, ou encore des **dispositifs en milieu pénitentiaire**.

Les **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)**, quant à eux, offrent un accueil inconditionnel, sans exigence d'abstinence. Ils s'adressent aux personnes les plus vulnérables et travaillent prioritairement sur la réduction des risques liés aux consommations, la santé de base, le lien social, et parfois l'accès au soin.

À ces acteurs institutionnels s'ajoutent des **professionnels de santé libéraux** (médecins, pharmaciens, infirmiers), des **associations d'usagers**, des **pairs-aidants** et des **acteurs de l'éducation populaire**, qui participent activement au maintien du lien, au repérage précoce et à l'orientation. Ces intervenants de proximité sont souvent décisifs pour maintenir les personnes dans le parcours, en particulier dans les territoires les plus éloignés des structures spécialisées.

1.3 Une exigence forte de coordination entre les secteurs

Les textes encadrant l'organisation de l'addictologie mettent l'accent sur la nécessité d'une coordination étroite entre les différents acteurs. Cette coordination est considérée comme une condition indispensable pour assurer des prises en charge globales, continues et adaptées.

La prise en charge des conduites addictives mobilise en effet une pluralité de dimensions : médicale, psychiatrique, sociale, éducative. Elle nécessite donc une approche interdisciplinaire, où les compétences se complètent et se répondent, dans une logique de décloisonnement.

Ainsi, les organisations territoriales doivent prévoir des **mécanismes formalisés de liaison et de coordination** : conventions interstructures, dispositifs de concertation réguliers, équipes mobiles, référents de parcours... L'objectif est de garantir la fluidité entre les niveaux de recours, entre les établissements hospitaliers et les structures médico-sociales, mais aussi avec la médecine de ville et les intervenants sociaux.

Au-delà de l'opérationnel, cette coordination doit également s'incarner dans des instances de gouvernance partagées, telles que les dispositifs territoriaux (PTSM, DAC, CLS), qui permettent d'élaborer des réponses concertées à l'échelle des bassins de vie.

II. Organisation de l'addictologie dans le Doubs : un système pluriel, engagé mais sous tension

Sur le territoire du Doubs, la prise en charge des addictions repose sur un ensemble d'acteurs hospitaliers, médico-sociaux et de ville, engagés au quotidien pour répondre aux besoins des personnes concernées. Toutefois, cette organisation, dynamique et plurielle, reste marquée par des inégalités territoriales, des zones de fragilité et une tension persistante sur les ressources, qui entravent la fluidité des parcours et limitent l'accès équitable aux soins.

2.1 Une offre hospitalière inégale et fragmentée

Le département du Doubs dispose de plusieurs services hospitaliers en addictologie, qui offrent une prise en charge de niveaux variables. Toutefois, cette offre demeure inégale, insuffisamment structurée et très en deçà des besoins réels.

- À Besançon, le CHU propose **14 lits** en hôpital de jour, rattachés à la psychiatrie. Officiellement reconnu niveau 3, ce service ne dispose pas d'hospitalisation complète dédiée ni de coordination formalisée à l'échelle régionale, limitant son rôle de référence.
- À Novillars, **8 lits** d'hospitalisation conventionnelle sont disponibles (niveau 2), une extension à 20 lits est prévue mais repoussée à 2029.
- À Pontarlier, **pas de lit dédié** : seules quelques hospitalisations ponctuelles sont assurées au sein du service de médecine (le CSAPA étant porté par le pôle médecine de l'Hôpital).
- Sur le Nord du département, à Montbéliard, il n'y a pas d'offre hospitalière de niveau 2.
- Les deux **équipes de liaison en addictologie (ELSA)** assurent un rôle important de coordination intra-hospitalière, mais elles ne compensent pas le manque d'unités spécialisées. Elles sont présentes à **Besançon** (CHU et CH de Novillars) ainsi qu'au **CHI HC de Pontarlier**.

En 2023, l'activité hospitalière de consultations externes en addictologie dans le Doubs (hors PMA) se résume à :

- **774 consultations** réalisées au CHU de Besançon,
- **538 consultations** au CH de Pontarlier

Soit un total de **1 312 consultations externes** pour **2,1 ETP** médicaux dans l'ensemble du département.

Concernant les ELSA qui interviennent qu'en établissements de santé, elles ont suivi en 2022, 924 patients pour l'ELSA CHU/CHN et 216 patients pour le CHI HC.

Afin d'objectiver la faiblesse de l'offre hospitalière du Doubs au regard des autres départements de la région, un comparatif est proposé ci-dessous.

Département	Population (hab)	Lits Addictologie Niveau 2	Lits Addictologie Niveau 3	SMR Addictologie
Côte-d'Or	540 000	18	40	Oui
Saône-et-Loire	550 000	24	0	Oui
Yonne	340 000	25	0	Oui
Nièvre	210 000	0	0	Oui
Jura	260 000	10	0	Oui
Haute-Saône	235 000	8	0	Non
Territoire de Belfort	140 000	0	0	Non
Doubs (avec PMA)	540 000	8	14 (HDJ uniquement)	Non

- Le Doubs est **le seul territoire de plus de 300 000 habitants sans SMR spécialisé en addictologie**.
- **Son offre hospitalière est inférieure** à celle de départements moins peuplés.
- Cette situation constitue **un frein à l'accès équitable aux soins** et entraîne les ruptures de parcours.

2.2 Un réseau médico-social engagé mais sous pression

Face à l'insuffisance hospitalière, le secteur médico-social constitue **le principal pilier** de la prise en charge addictologique dans le Doubs.

Le réseau est dense et actif, mais confronté à **une pression croissante** et **des fragilités multiples**.

À **Besançon**, deux **CSAPA** sont implantés :

- Le **CSAPA Soléa**, porté par l'association ADDSEA, est un acteur historique reconnu. Il propose un accompagnement diversifié : interventions en milieu carcéral, **Consultation Jeunes Consommateurs (CJC)**, **équipe mobile**, dispositif **TAPAJ** pour les jeunes en grande précarité, et **appartements thérapeutiques** d'aide au sevrage.
- Le **CSAPA d'Addiction France**, historiquement centré sur les sevrages alcool, développe depuis 2024 une offre généraliste. Il a commencé à prescrire des **traitements de substitution aux opiacés (TSO)**, bien que son activité en la matière reste encore limitée.
- À **Maiche**, le **CSAPA de l'AHSFC** a ouvert une antenne en 2021, permettant de couvrir une zone jusqu'alors éloignée des soins spécialisés.
- A **Pontarlier et Morteau**, le **CSAPA du CHI HC est le seul CSAPA** hospitalier du département. Il couvre un vaste territoire rural.
- Au niveau rural :
 - Deux **microstructures addictologie**, implantées à **Levier** et **Rigney**, issues d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51, permettent de renforcer l'offre de proximité en zone rurale. Elles sont en attente de pérennisation au regard des résultats positifs.
 - Des consultations avancées à Baume-les-Dames, l'Isle sur le Doubs, Maiche, Quingey, Ornans, Valdahon

En 2023, la **file active départementale** (incluant celui du CSAPA de l'AHSFC sur pays de Montbéliard) s'élevait à **3 914 personnes**, dont **1 510 nouveaux patients**, pour un total de **37 968 consultations** et **339 jeunes suivis en CJC**. Les **taux de patients vus une seule fois** restent élevés (15 à 27 % selon les structures), posant question sur l'engagement durable dans les parcours de soins.

L'activité TSO est très inégalement répartie, en 2023 :

- Le **CSAPA de Montbéliard (AHSFC)** est le principal prescripteur (plus de **230 patients sous TSO**) ;
- Soléa suit environ **145 patients sous TSO** ;
- Le **CH de Pontarlier** se distingue malgré des moyens limités, avec une activité TSO significative.
- Le CSAPA d'Addiction France affiche une activité encore marginale.

L'analyse quantitative régionale confirme la pression importante qui pèse sur les CSAPA du Doubs, comparativement aux dynamiques observées dans les autres territoires

Indicateurs 2023	Doubs (avec PMA)	(avec Franche-Comté)	Bourgogne-Franche-Comté
File active CSAPA	3 914	7 212	18248
Consultations CSAPA	37 968	74 757	140 803
% de la file régionale BFC	22%	44 %	100%

Ainsi on peut constater que les CSAPA du Doubs occupent une part très importante de l'activité régionale, qui peut probablement s'expliquer en partie par l'offre sanitaire moins pourvue que dans d'autres départements

- **22 %** des personnes reçues en CSAPA à l'échelle régionale ;
- **25 %** des consultations ;
- **18 %** de la file active régionale CJC

En outre, en l'absence de recours hospitaliers suffisants, **les CSAPA sont contraints d'assurer plus de prises en charge complexes relevant normalement du secteur hospitalier**, notamment :

- Sevrages lourds nécessitant un suivi médical renforcé ;
- Troubles psychiatriques sévères associés aux conduites addictives ;
- Précarité sociale et administrative lourde (absence de droits sociaux, isolement majeur).

Les équipes médico-sociales, initialement dimensionnées pour des parcours ambulatoires stables ou modérés, **sont confrontées à des situations lourdes, complexes et instables**, souvent sans solution d'aval immédiate.

Le CSAPA Soléa dispose d'un dispositif d'appartements thérapeutiques (DATA), qui constitue une réponse essentielle pour accompagner les personnes en situation de précarité dans leurs premières démarches de soin. En 2023, près de 15 000 nuitées ont été assurées, confirmant une utilisation intensive et une fonction structurante dans les parcours, en particulier pour les usagers vivant loin de Besançon ou sans domicile fixe. Ce dispositif permet d'accueillir temporairement des personnes engagées dans un sevrage, une induction de traitement ou une phase de stabilisation post-cure, lorsque l'accès direct à un hébergement pérenne ou autonome est impossible.

2.3 Le soutien du secteur ambulatoire : des dynamiques prometteuses mais hétérogènes

Le territoire bénéficie d'une implication croissante des **médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers et structures pluriprofessionnelles** (MSP, CPTS). Plusieurs **conventions sont en cours entre les CPTS et le GAFC**, permettant d'organiser des formations sur les conduites addictives et les relais vers les structures spécialisées.

Trois **MSP** ont expérimenté l'implantation de **microstructures addictologie** en soins primaires, dans le cadre de l'article 51.

Le dispositif régional **Tab'Agir**, ainsi que l'implication des infirmières **ASALEE**, participent également à la prévention du tabagisme.

Les **pharmaciens** jouent un rôle discret mais essentiel dans la distribution de matériel de réduction des risques, en lien avec le **CAARUD**, et dans la délivrance de traitements TSO pour les personnes sans couverture sociale à jour, grâce à des conventions ponctuelles avec les CSAPA.

Les CSAPA ont su établir des liens avec certains médecins libéraux et conclure des conventions avec des pharmacies, toutefois l'implication globale des professionnels de santé de ville reste inégale, freinée notamment par des représentations parfois négatives des publics ou par la complexité perçue de l'addictologie.

2.4 Une coordination territoriale portée par des dispositifs transversaux

Le département du Doubs, hors PMA, bénéficie d'un environnement territorial propice à la coordination, avec la présence de plusieurs outils :

- **Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)** de Franche-Comté, et son antenne du Doubs
- **5 Conseils Locaux de Santé (CLS)**
- **6 Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)**

Ces dispositifs permettent de structurer les complémentarités entre professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux. Le **Groupeur addiction Franche-Comté** y joue un rôle d'appui important.

Le GAFC, est un centre ressource en addictologie. Il a pour mission de coordonner les parcours de soins en addictologie, en appui aux professionnels, favoriser la concertations entre les différents intervenants libéraux, associatifs, hospitaliers, dans le domaine de la prévention, de la réduction des risques et des dommages et de la prise en charge de soins, organiser des temps d'échanges de pratiques entre professionnels de santé, travailleurs sociaux et association, organiser des formation à destination des professionnels, travailler à l'amélioration de la qualité des services et des soins offerts aux personnes, et enfin diffuser de l'information aux professionnels.

Dans le Doubs, le GAFC rencontre en moyenne 230 professionnels, de santé et du social, par an, sur des temps de formation/sensibilisation, sans compter les participants aux visio. En moyenne une vingtaine de formation/sensibilisation sont organisées chaque année.

En ce qui concerne la coordination de parcours de soins, la montée se fait progressivement, passant de 4 sollicitations en 2022 à 12 en 2024. Elles proviennent essentiellement de médecins libéraux, infirmière Asalée, et coordinatrices du DAC.

A ce jour, le GAFC a signé une convention avec la CPTS Entre Doubs et Jura, et avec le DAC. Pour autant des échanges ont été engagés avec les autres CPTS.

2.5 – Des dispositifs d’aller-vers pour aller à la rencontre des publics éloignés

Dans un territoire marqué par des inégalités d’accès aux soins addictologiques, la présence de dispositifs d’aller-vers constitue un levier déterminant pour engager ou maintenir des personnes dans un parcours de soins. Ces dispositifs, qui sortent du cadre classique de la consultation sur site, permettent d’intervenir au plus près des publics, dans leurs lieux de vie, de passage ou d’hébergement, notamment en contexte de grande précarité, d’isolement ou de vulnérabilité psychosociale.

Dans le Doubs, en plus des missions d’aller-vers du CAARUD et des consultations avancées des CSAPA, plusieurs initiatives témoignent d’une volonté de construire une réponse au plus près des usagers, en lien avec les acteurs de la précarité et de la psychiatrie :

➤ L’équipe mobile EMA (Équipe Mobile Addictologie)

L’équipe mobile addictions Grand Besançon composée d’un psychologue, d’une infirmière, d’un psychologue, et d’un travailleur social est renforcée avec un éducateur spécialisé, un coordinateur ainsi que du temps d’infirmier et de psychologue supplémentaires à compter de septembre 2024 et pour une durée de trois ans. L’équipe mobile se déplace essentiellement dans les quartiers prioritaires de la ville, y compris à domicile, pour faire de la prévention, mais aussi pour ramener vers le soin les personnes les plus éloignées. Elle intervient plus particulièrement dans les quartiers de Planoise, Battant et Clairs Soleils et peut adapter ses interventions aux besoins remontés du terrain.

➤ L’équipe mobile FemA – Femmes & Addictions

Également portée par le CSAPA Soléa, cette équipe cible spécifiquement les femmes consommatrices en situation de précarité, notamment les femmes enceintes ou en parcours périnatal. Cette équipe est constituée d’un binôme sage-femme et travailleur social. Elle intervient à Besançon et dans le Grand Besançon, via des maraudes, des visites à domicile et un travail de coordination territoriale avec les services sociaux, la PMI, les ELSA ou les PASS. Ce dispositif permet de sécuriser l’entrée dans le soin, sans condition préalable de stabilisation, dans une logique de réduction des risques et de respect du rythme des personnes.

PARTIE 3 : ENJEUX TRANSVERSAUX ET LEVIERS D’ACTION POUR STRUCTURER LE PARCOURS ADDICTOLOGIQUE

Des fragilités systémiques qui entravent la continuité et la soutenabilité des parcours

Au-delà des disparités géographiques d’offre, l’organisation de l’addictologie dans le Doubs est confrontée à un certain nombre de problématiques transversales qui affectent la stabilité des dispositifs, la qualité de l’accompagnement et l’égalité d’accès aux soins. Ces difficultés sont souvent structurelles et cumulatives, et appellent des réponses durables dans le cadre du futur PTSM.

3.1. Des tensions persistantes dans les ressources humaines médicales, paramédicales et médico-sociales

Les tensions sur les ressources humaines constituent une fragilité transversale majeure du système addictologique dans le Doubs. Elles affectent l’ensemble des composantes de l’offre : médicales, paramédicales et sociales, en particulier au sein des CSAPA.

Plusieurs structures ont connu des périodes d’instabilité critique : absence de médecins, turn over élevé des postes de directions, postes vacants non pourvus... Avec des **impacts directs sur la qualité et la continuité de l’accompagnement**. Ces tensions sont d’autant plus critiques lorsque l’organisation repose sur une ou deux personnes-clés (notamment prescripteur TSO)

Le **CSAPA Soléa** a connu une période critique en 2022 à la suite du départ de son médecin addictologue, à une époque où il était **le seul prescripteur de TSO** sur le territoire bisontin. Depuis, l’équipe a opté pour un **modèle** avec plusieurs médecins à temps partiel afin de limiter la dépendance à un seul professionnel. Une problématique similaire a été rencontré au sein de l’**ELSA** CHU-CHN avec l’absence prolongé du médecin.

Le **CSAPA d’Addiction France (AAF)** a, quant à lui, connu un important turn-over au niveau de sa direction, ainsi qu’un **manque de temps médical** pendant plusieurs années.

Pour ces deux structures bien que les équipes soient aujourd’hui en cours de consolidation, **plusieurs postes d’IDE et de travailleurs sociaux restent vacants**.

Ces difficultés sont exacerbées sur le territoire du Haut Doubs, notamment sur les postes paramédicaux et de travailleurs sociaux du fait de la frontière suisse.

La vulnérabilité RH des CSAPA freine également leur capacité à participer aux dynamiques de coordination territoriale, à initier des projets ou à accueillir des professionnels en formation.

Focus – Former localement pour renforcer durablement l’offre

Le manque de médecins spécifiquement formés à l’addictologie constitue aujourd’hui un frein majeur à la structuration de l’offre, qu’il s’agisse de l’ouverture de lits hospitaliers ou du développement de postes médicaux en CSAPA.

Le DU ou DIU d’addictologie ne suffit pas pour être reconnu comme spécialiste de ce champ. Pour pouvoir exercer comme médecin référent en addictologie, il faut aujourd’hui :

- Soit avoir validé une **FST (Formation Spécialisée Transversale)** en addictologie (pour les internes) ;
- Soit avoir obtenu une **capacité d’addictologie clinique** (formation diplômante accessible aux médecins en exercice) ;
- Ou, pour les praticiens plus anciens, un **DESC (Diplôme d’Études Spécialisées Complémentaires)** d’addictologie.

Pour valider la FST ou la capacité, les médecins doivent obligatoirement effectuer un **stage en CSAPA**, encadré par un médecin lui-même détenteur de l’un de ces diplômes.

Or, **dans le Doubs, seul le CSAPA de Pontarlier est actuellement habilité à accueillir un interne ou un praticien en formation spécialisée.** Cette situation **limite fortement les possibilités de formation sur le territoire** et empêche l’émergence d’un vivier local de médecins compétents, pourtant indispensable pour déployer de nouveaux dispositifs.

Élargir les compétences infirmières : une opportunité à saisir

En parallèle, une **évolution réglementaire récente** offre des perspectives intéressantes : les **Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) en santé mentale** peuvent désormais intervenir **sous la responsabilité d’un médecin généraliste**, et non plus exclusivement sous celle d’un psychiatre. Cette avancée ouvre la voie à un **renforcement des équipes en addictologie**, à condition de développer les partenariats et de sécuriser les conditions de coordination médicale.

À ce jour, il n’existe pas encore de **parcours IPA dédié à l’addictologie**, mais cette perspective pourrait s’avérer complémentaire, notamment pour structurer des prises en charge de proximité en lien avec les CSAPA et les CPTS.

Ces tensions RH et ces freins à la formation structurée constituent un véritable goulot d’étranglement pour la pérennisation de l’offre et le développement de nouveaux dispositifs dans le département. L’enjeu dépasse la seule question du remplacement ou du renfort ponctuel : il s’agit de **garantir la capacité du territoire à assurer durablement une réponse spécialisée de qualité.**

Ces enjeux doivent être intégrés dans la **planification stratégique du PTSM**, à la fois pour répondre aux tensions actuelles et anticiper les besoins à venir. La **construction d’un vivier territorial de compétences** est une condition sine qua non pour stabiliser et étendre l’offre en addictologie dans le Doubs.

3.2 – Un premier recours sous pression : entre inégalités d’engagement, isolement professionnel et coordination à renforcer

Le premier recours joue un rôle déterminant dans les parcours addictologiques. Il intervient à plusieurs niveaux : repérage des situations, engagement initial dans les soins, prescription et suivi des traitements de substitution aux opiacés (TSO), accompagnement des comorbidités somatiques, ou encore coordination avec les dispositifs spécialisés. Pourtant, sur le territoire du Doubs, l’implication des professionnels de santé de ville reste très inégale, et plusieurs obstacles freinent leur mobilisation.

Certains secteurs bénéficient d’une dynamique locale favorable : des médecins généralistes ou des équipes pluriprofessionnelles (CPTS, MSP) s’impliquent activement, en lien avec les CSAPA, dans le cadre de collaborations parfois anciennes. Ces dynamiques sont souvent soutenues par des actions de formation ou d’interconnaissance portées par le GAFC.

Mais ces initiatives demeurent trop ponctuelles et hétérogènes, sans diffusion homogène à l’échelle départementale.

Les freins identifiés sont multiples :

- Une réticence à prendre en charge ces publics, en lien avec la complexité des situations, les difficultés sociales, ou les troubles associés ;
- Une insuffisance de formation initiale et continue en addictologie ;
- Un isolement professionnel marqué dans certaines zones rurales, qui limite les échanges, le soutien entre pairs et les possibilités de recours ;
- Une pression démographique croissante, en particulier dans les secteurs sous-dotés, où la densité médicale ne permet pas d’absorber l’ensemble des besoins de la population.

À cela s’ajoute une confusion persistante concernant les règles de prescription des traitements de substitution. Les médecins généralistes sont autorisés à initier et renouveler la buprénorphine (Subutex® ou génériques), mais l’initiation de la méthadone reste réservée aux CSAPA ou aux services hospitaliers. Ils peuvent toutefois en assurer le renouvellement une fois la posologie stabilisée par un spécialiste. Cette distinction réglementaire, mal connue, combinée à la difficulté d’accès à un appui spécialisé rapide, contribue à freiner l’engagement des médecins de ville.

Un autre enjeu majeur concerne le **suivi somatique des personnes souffrant d'addictions**. Une proportion significative des usagers suivis en CSAPA ne dispose pas de médecin traitant, ce qui complique :

- Le dépistage et la prise en charge des pathologies associées (hépatites, VIH, douleurs chroniques, troubles métaboliques, etc.) ;
- L'accès à certains traitements nécessitant une prescription de droit commun ;
- La coordination avec les soins non programmés ou les structures hospitalières.

Dans ce contexte, le développement de **coopérations structurées entre les CSAPA, les professionnels de ville, les CPTS, les DAC et les établissements de santé** apparaît comme une priorité stratégique. L'objectif est double :

- Renforcer la place de l'addictologie dans les soins de ville ;
- Garantir un accès effectif au suivi somatique pour les publics les plus vulnérables.

Le cloisonnement persistant entre ville, médico-social et hôpital, combiné aux inégalités d'implantation des médecins généralistes, entretient les ruptures de parcours, limite la détection précoce des situations à risque, et contribue à la surcharge progressive des CSAPA. Ces derniers, bien qu'engagés, ne disposent ni des ressources ni des compétences nécessaires pour assurer de manière pérenne le suivi somatique global. Cette situation crée une **zone grise de non-recours aux soins de premier niveau**, avec un risque accru de rupture ou d'abandon pour les patients les plus fragiles.

3.3. Des freins financiers et administratifs

Les publics suivis en addictologie sont souvent confrontés à une **précarité administrative et sociale importante**, qui limite leur accès aux soins.

Un obstacle récurrent réside dans l'**absence d'ALD spécifique pour les troubles addictifs** : les traitements de substitution (TSO) ne sont pas systématiquement pris en charge à 100 %, générant un reste à charge dissuasif pour certains patients. De plus, les démarches d'ouverture ou de maintien des droits (assurance maladie, CMU, AME) peuvent s'avérer longues et complexes, notamment en l'absence de pièce d'identité, de domicile stable ou de feuille d'imposition.

Face à ces situations, plusieurs CSAPA du Doubs ont développé des dispositifs de contournement, en établissant des conventions avec des officines locales afin de garantir la dispensation gratuite des traitements pour les patients dépourvus de couverture sociale. Si ces accords permettent d'apporter une réponse ponctuelle à des situations urgentes, ils reposent toutefois sur des arrangements locaux précaires, fortement tributaires de l'implication volontaire des pharmaciens. Leur mise en œuvre nécessite par ailleurs un investissement important des équipes, qui doivent identifier les officines, les rencontrer, les convaincre, puis les accompagner dans l'appropriation des protocoles de délivrance et des enjeux spécifiques liés aux publics concernés.

Ces difficultés d'accès aux droits et aux soins révèlent un enjeu structurel majeur pour le territoire : elles touchent directement les publics les plus fragiles et complexifient la prise en charge, tout en sollicitant fortement les équipes des CSAPA. Elles contribuent aussi aux ruptures de parcours, au renoncement aux soins, et à l'échec de certaines prises en charge pourtant bien engagées.

3.4 _ Des freins d'accès structurels pour les publics les plus précaires

Les personnes en situation de grande précarité sont souvent les plus exposées aux conduites addictives, mais aussi celles pour lesquelles les parcours de soins sont les plus fragiles et discontinus. Au-delà des difficultés d'accès classiques (mobilité, rupture de droits, isolement), ces publics sont confrontés à des **freins structurels majeurs** qui limitent, voire empêchent, leur accès à certaines étapes clés du parcours addictologique.

Parmi les obstacles les plus fréquents figure l'**exigence d'une adresse de sortie** pour accéder à une cure ou à un SMR addictologie.

Cette condition, imposée par la majorité des établissements, constitue un **critère de refus pour les personnes sans hébergement stable**, ce qui conduit à des reports d'admission, voire à des renoncements définitifs.

De plus, certains SMR -A, exigent que les patients soient **déjà sevrés avant l'admission**. Dans un département où l'offre hospitalière de sevrage est quasi inexistante, cette condition est **inadaptée à la réalité des parcours**, et exclut de fait une grande partie des usagers qui cherchent justement un accompagnement pour leur sevrage.

Les **délais d'attente**, les **critères d'accès stricts** et l'**absence de solutions transitoires** contribuent à fragiliser la démarche de soin : les personnes motivées pour s'engager dans un sevrage peuvent perdre leur élan, se démobiliser, et décrocher avant même l'entrée dans le dispositif.

Au-delà de ces freins d'accès, certaines situations cliniques et sociales se traduisent par **une absence totale de solution adaptée**.

C'est notamment le cas de **personnes en grande précarité**, atteintes de **troubles cognitifs ou neurologiques sévères liés à leur consommation**, et en **perte d'autonomie fonctionnelle**.

Ces personnes :

- ne peuvent pas intégrer un EHPAD (trop jeunes, consommation active),
- ne sont pas admissibles dans les établissements pour personnes en situation de handicap (absence de stabilisation, comorbidités psychiatriques),
- et **n'ont plus le niveau d'autonomie suffisant pour vivre en CHRS.**

Elles se retrouvent exclues des dispositifs d'hébergement et de soins actuellement disponibles, en raison des critères d'admission inadaptés à leur profil., parfois maintenues en hospitalisation prolongée, ou en errance médico-sociale, **sans structure en capacité de les accueillir durablement.**

Ces constats soulignent la nécessité d'**ouvrir une réflexion à l'échelle départementale** sur le développement de **structures passerelles ou de stabilisation post-cure**, associant accompagnement médico-social, réduction des risques et hébergement durable.

Des dispositifs de type **pension de famille médicalisée, lieu de vie à bas seuil** ou **structure médico-sociale expérimentale** pourraient répondre aux besoins de ces publics durablement exclus des parcours classiques.

3.5. Une problématique de mobilité structurelle, aggravée par les réalités cliniques

La question de la mobilité constitue un frein majeur à l'accès aux soins addictologiques dans le Doubs, en particulier dans les secteurs les plus enclavés du département.

Elle résulte d'une double contrainte : une **organisation territoriale de l'offre très polarisée** autour des grands pôles urbains (Besançon, Montbéliard, Pontarlier), et une **précarité fréquente de mobilité chez les personnes concernées.** Dans de nombreux territoires ruraux ou semi-ruraux, les usagers doivent parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour accéder à un CSAPA, à une consultation hospitalière ou à une prise en charge spécialisée. Ces déplacements sont d'autant plus complexes que les personnes suivies présentent fréquemment des suspensions ou des pertes de permis de conduire, liées à leur consommation ou à leur situation judiciaire. En parallèle, les transports collectifs sont souvent inexistantes ou inadaptés aux besoins (horaires, fréquence, interconnexions faibles).

Les personnes les plus éloignées des structures sont aussi celles pour lesquelles l'accès au soin est le plus crucial et le plus difficile.

Il en résulte des retards, des absences répétées, voire des renoncements aux soins, qui compromettent la qualité des parcours et complexifient le travail des équipes (relances, pertes de contact, interruptions de traitement...).

Face à ces constats, une **stratégie de couverture territoriale** a pourtant été construite dans le département : plusieurs CSAPA ont mis en place des **permanences délocalisées** (Maîche, Morteau, Valdahon, etc.), afin d'amener l'offre au plus près des publics. Malheureusement au cours des 4 dernières années, ces permanences ont été régulièrement suspendues ou réalisées de manière partielle, en raison de tensions croissantes sur les files actives, de ressources humaines limitées en lien avec le turn-over dans les structures, et d'une nécessaire priorisation des prises en charge sur les sites principaux.

La couverture théoriquement organisée du territoire est donc mise en difficulté par des contraintes de fonctionnement.

En outre, les dynamiques « d'aller vers » bien que pertinentes, restent localisées et ne suffisent pas à répondre aux besoins croissant de l'ensemble du département.

La mobilité ne peut plus être pensée comme une contrainte secondaire ou périphérique : elle doit être **intégrée comme un déterminant majeur d'accès aux soins**, et traitée comme telle dans la planification stratégique des parcours en addictologie.

3.6. Une dynamique qui se lance et une coordination qui se structure

La coordination territoriale en addictologie, prévue par les textes et essentielle à la fluidité des parcours, constitue un levier central pour garantir la continuité des prises en charge et la lisibilité de l'offre, tant pour les usagers que pour les professionnels. Dans le département du Doubs, ce principe d'articulation inter-acteurs se heurte toutefois à des fragilités persistantes, notamment en lien avec les tensions sur la file active et les ressources humaines au sein des CSAPA.

Ces contraintes organisationnelles limitent fortement la capacité des structures à s'engager dans des dynamiques collectives. Les équipes, souvent restreintes ou instables, disposent de peu de marges de manœuvre pour participer aux instances de concertation et aux démarches de coordination inter-structures. La direction territoriale de l'ARS du Doubs, organise des réunions départementales de coordination. Parallèlement, un travail approfondi a été conduit en 2024 avec l'ensemble des CSAPA et le CAARUD dans le cadre du renouvellement des CPOM. Ce processus a permis de définir, pour chaque structure, une feuille de route individualisée visant à clarifier les positionnements, améliorer la couverture territoriale, renforcer les complémentarités et réduire les zones blanches.

Dans ce paysage, le PTSM apparaît comme le **cadre naturel et stratégique pour structurer durablement la coordination territoriale de l'offre de soin en addictologie.** Il peut jouer un rôle fédérateur en :

- Définissant des principes partagés de gouvernance et de coopération entre acteurs ;
- Identifiant les territoires nécessitant un accompagnement renforcé ou des dispositifs spécifiques ;
- et favorisant l'interopérabilité entre les différents niveaux et types de dispositifs (CSAPA, DAC, CPTS, ELSA, structures sociales, hospitalières...).

En se positionnant comme espace de pilotage territorial de référence, le PTSM a vocation à faire émerger une **gouvernance opérationnelle de l'addictologie**, à la fois plus lisible, plus fluide et mieux adaptée aux réalités locales. À noter que l'intégration de la thématique addiction au sein du PTSM du Doubs avait été anticipée et soutenue localement **bien avant les recommandations nationales issues du "Tour de France des PTSM"**, et se trouve aujourd'hui renforcée dans cette orientation.

Cette dynamique peut s'appuyer sur **des partenariats territoriaux en plein essor** :

- **Rôle structurant du GAFC**, qui accompagne les professionnels au quotidien : formations, animation de réseau, diffusion de bonnes pratiques, appui méthodologique et lien avec les institutions (ARS, Mildeca...)
- Conventions CPTS-GAFC en cours et déploiement des formations
- **Collaboration entre le DAC et le GAFC** s'est également renforcée ces deux dernières années, avec la mise en place de formations croisées, de points de coordination réguliers et d'échanges sur les situations complexes, contribuant ainsi à une réponse partagée plus cohérente.
- **Implication croissante de l'équipe médicale de l'hôpital de jour du CHU de Besançon**
- Un **maillage médico-social dense et diversifié** (équipes mobiles, appartements thérapeutiques, TAPAJ, microstructures...).

Enfin, au-delà des outils, c'est la **mobilisation active et continue des professionnels**, malgré les contraintes, qui témoigne d'un **engagement fort et durable à construire une réponse humaine, cohérente et territorialisée** aux enjeux liés aux addictions. Ce socle constitue une base solide pour inscrire l'addictologie comme **composante à part entière de la stratégie territoriale de santé mentale**, à travers le PTSM.

L'enjeu est désormais d'intégrer pleinement ces acteurs et ces dynamiques dans la gouvernance du PTSM, pour en faire un cadre lisible, fédérateur et opérationnel de la coordination territoriale en addictologie. Il ne s'agit plus simplement d'associer ponctuellement les structures, mais bien de **reconnaître le parcours addictologique comme une composante à part entière de la santé mentale territoriale**, avec ses spécificités, ses partenariats et ses exigences propres.

Conclusion

Ce diagnostic met en évidence une organisation territoriale de l'addictologie dans le Doubs marquée à la fois par un engagement fort des acteurs de terrain et par des fragilités systémiques persistantes. Les efforts déployés depuis plusieurs années ont permis de structurer une offre médico-sociale active, de développer des dispositifs innovants (microstructures, équipes mobiles, DATA), et d'ancrer l'addictologie dans certaines dynamiques locales, en lien avec les CPTS, les MSP ou les DAC.

Pour autant, les constats dressés sont sans ambiguïté :

→ **L'offre hospitalière demeure sous-dimensionnée**, sans SSR, avec peu de lits spécialisés et une inégalité manifeste de répartition territoriale.

→ **Les CSAPA sont en tension permanente**, souvent contraints d'assurer des prises en charge relevant du secteur sanitaire, au risque d'une saturation de leur mission médico-sociale.

→ **L'articulation avec le premier recours est encore trop hétérogène**, freinée par des représentations, des incertitudes réglementaires, et la pression démographique sur les médecins généralistes.

→ **Les publics les plus précaires se heurtent à des freins d'accès majeurs**, qu'ils soient administratifs (absence d'adresse), médicaux (exigence de sevrage préalable), logistiques (mobilité), ou liés à des profils sans solution d'hébergement adapté.

Ce diagnostic territorial met donc en lumière une organisation globalement engagée mais contrainte, dont l'équilibre repose aujourd'hui sur la mobilisation continue des équipes, la souplesse des partenariats locaux et des adaptations empiriques.

Il souligne également le **risque de rupture structurelle** si ces tensions ne sont pas reconnues et anticipées à moyen terme.

Dans ce contexte, **le PTSM constitue une opportunité stratégique** :

- pour **intégrer pleinement l'addictologie dans une approche territoriale de la santé mentale**,
- pour **outiller la coordination des acteurs et structurer les réponses à l'échelle des parcours**,
- et pour **poser les bases d'une programmation pluriannuelle**, cohérente avec les besoins, les ressources et les dynamiques déjà en place.

La qualité des prises en charge en addictologie ne dépend pas uniquement de la compétence des professionnels : elle repose sur la capacité collective à garantir des conditions d'accès justes, continues, et adaptées aux réalités vécues des usagers.

C'est l'ambition que le PTSM doit désormais porter.

10 ANNEXE 2 : signataire du CTSM

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DOUBS

CTSM du Doubs 2026-2030
17 actions, 35 porteurs

REPUBLICAINE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars
Agence Régionale de Santé
Bourgogne-Franche-Comté

le Département DOUBS

PRÉFET DU DOUBS
Liberté
Égalité
Fraternité

MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS
DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

CCAS CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Conseil local de santé mentale de Grand Besançon

L'Assurance Maladie DOUBS

CHU BESANÇON FRANCHE-COMTÉ

CENTRE HOSPITALIER de Novillars

Centre Hospitalier Intercommunal Haute-Comté

LIIPS Médecin Libéral
EN BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

FeMaSCo
Bourgogne-Franche-Comté

CPTS Doubs Central
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

capacités
BESANÇON & MÉTROPOLE
Solidarité, Innovation et participation

CPTS du Pays Horloger
COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ

CPTS entre Doubs et Jura

CPTS Portes du Haut-Doubs

QUEISON

Dispositif d'appui à la coordination Franche-Comté

GPMS DOUBS JURA
GROUPEMENT PSYCHIATRIE ET MEDICO-SOCIAL

Solidarité Doubs Handicap

AHS FRANCHE-COMTÉ
Association d'Hygiène Sociale de Franche-Comté

FONDATION PLURIEL
Conjuguons nos singularités

ADDSEA
Sauvegarde Bourgoane Franche-Comté

Un Chez-soi d'abord
BESANÇON

Association La Grange de 1410
Groupes d'Entrée Malade

Les Amis de Ma Rue 21
Groupes d'Entrée Malade

Ô Jardin de Floréal

GEM
Un jour à cueillir

GEM LA FONTAINE

G' autisme

unafam

Association Addictions France

Promotion Santé Bourgogne Franche-Comté