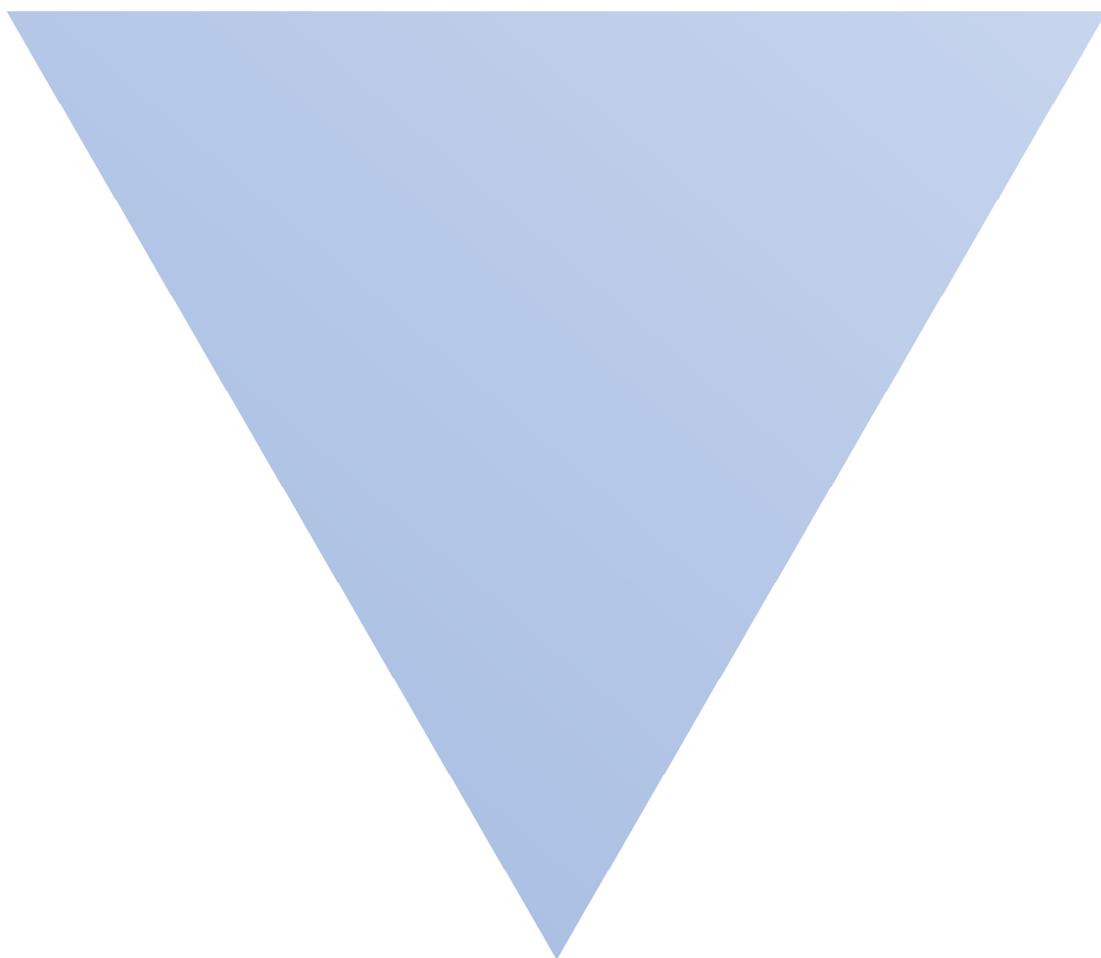


# **LE DIAGNOSTIC QUALITATIF DES ACTEURS DU TERRITOIRE**



# Sommaire

<b>ACCÈS AUX DIAGNOSTICS ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES.....</b>	<b>3</b>
Constats partagés sur le territoire .....	3
Envoi tardif aux urgences des patients âgés en situation de crise .....	8
Les proposition d'enjeux et pistes identifiées pour le PTSM.....	10
<b>LES SITUATIONS INADÉQUATES.....</b>	<b>13</b>
Constats partagés sur le territoire .....	13
Les pistes et enjeux du territoire.....	15
<b>ACCOMPAGNEMENT SOCIAUX ET MÉDICOSOCIAUX .....</b>	<b>18</b>
Constats partagés sur le territoire .....	18
Les pistes et enjeux du territoire.....	22
<b>ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES .....</b>	<b>26</b>
Analyse partagée des données du territoire.....	26
Constats partagés sur le territoire .....	26
Les pistes de travail .....	32
Les grands principes (enjeux) .....	35
<b>PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE .....</b>	<b>36</b>
Constats partagés sur le territoire .....	36
Les enjeux identifiés .....	39

# ACCÈS AUX DIAGNOSTICS ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

## CONSTATS PARTAGÉS SUR LE TERRITOIRE

### Constats transversaux

- Rôle majeur de l'EMPJ (équipe mobile psychiatrie pour les jeunes) qui a permis de fluidifier l'accès aux soins, favoriser des relais d'information rapides (dans les 2 jours maximum parfois même plus rapide).
- Manque de connaissance des acteurs autour du patient, de la maladie et des ressources/dispositifs existants. Le point prioritaire semble de mettre en place une sensibilisation de ces acteurs sur la maladie psychique / Campagnes de sensibilisation populaire (comme pour le risque suicidaire).
- Souci majeur de communication, de continuité de prise en charge et de coordination entre l'établissement sanitaire et les structures médicosocial, les écoles... La mise en place de structure de case management constituerait la solution pour favoriser le décloisonnement, un management global des patients parcours soin-santé-vie.

### Couverture territoriale de santé satisfaisante

Cause : le territoire est petit, la couverture est bonne

- Les deux secteurs de psychiatrie couvrent la totalité du territoire de santé.
- Les équipes mobiles de psychiatrie couvrent la totalité du territoire.
- Les visites à domicile couvrent tous les territoires.

### Délais trop long d'accès au diagnostic et aux consultations de psychiatrie

Cause : pénurie médicale, territoire peu attractif

#### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Augmenter le nombre de poste d'IDE d'orientation qui peuvent recevoir en amont du psychiatre le patient qui est en situation de fragilité mentale (évaluation, suivi patient...).
- ➔ Former des IDE en pratiques avancées en psychiatrie pour augmenter le potentiel d'accueil des patients (but : permettre aux IDE par délégation de certaines prescriptions). Délai trop long d'accès au diagnostic.
- ➔ Renforcer l'offre existante et l'attractivité.
- ➔ Développer des secteurs innovants qui pourraient attirer des praticiens.

## Offre large de soins pluridisciplinaires

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Pérenniser et développer l'offre existante.

## Prise en charge des troubles précoces trop tardive

Cause : manque d'une offre de soins de dépistage précoce des troubles psychiatriques

- Comment améliorer la détection précoce, fluidifier le parcours et éviter les urgences, mais plutôt un parcours vers une prise en charge psychiatrique spécialisée ?
- Comment faire pour créer un échange entre les différents acteurs autour de l'enfant avec trouble précoce ?

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Créer un lien thérapeutique, un suivi, une relation avec les acteurs internes et externes aux établissements sanitaires, mais aussi la famille...

## Repérage difficile des signes cliniques

Difficulté de détecter/différencier les signes d'une maladie psychiatrique, d'une souffrance psychique liée à l'adolescence

Cause : méconnaissance de la maladie, des pathologies psychiatriques, ce qui entraîne la peur, la stigmatisation

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Premier temps : sensibiliser les enseignants (maladie, les traitements...) = Sensibilisation auprès des personnes qui interviennent au plus proche des jeunes.
- ➔ Deuxième temps : mise en place de consultations spécialisées de dépistage précoce à créer (= besoin d'une consultation spécialisée, besoin d'explication, besoin d'une équipe complète pluridisciplinaire).
- ➔ Pour pallier la pénurie médicale (constat transversal), créer des postes d'IDE de case management = Personnes qui vont coordonner, accompagner les patients (= coordination de la totalité du parcours).
- ➔ voire création d'une structure de case management, pour offrir une porte d'entrée unique et pouvoir coordonner tous les intervenants autour de l'enfant (famille, école, loisir...)

## Gestion des risques professionnels pour les salariés avec traitement lourd en entreprise

Cause : absence de personnel formé en entreprise

- Comment évaluer leur capacité de travailler ? Quel lien avec les entreprises ?

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Mise en place de poste de case management. Ces personnes assureraient au cours de l'évaluation globale du patient le lien entre l'établissement de santé et l'employeur, pour l'informer des risques, coordonner tous les intervenants autour de l'enfant (famille/ école/loisir...).

## Anticipation des sorties d'hospitalisation

- Problème d'anticipation des sorties d'hospitalisation (manque de délai, décision de sortie du matin pour le soir...) qui entraîne un souci d'organisation pour les tuteurs (les patients sortent des établissements sans argent..., problème de curatelle très important).
- Difficulté de communication.
- Problème lié à la variabilité même du patient (le changement d'état général du patient peut se faire rapidement).
- Les tuteurs ont une large charge de travail (environ 60 dossiers par jour à gérer).

### Spécificité jeune

Accueil et réponse inadéquate des enseignants aux élèves et famille après leur sortie d'hospitalisation et retour en classe (problème de communication, de gestion du traitement, comportement inadéquate...).

Manque d'informations préalables à la sortie d'hospitalisation et réinsertion scolaire des enfants avec des troubles psychiatriques.

Manque de connaissance des maladies, des traitements, des comportements à avoir... au niveau des écoles. Cette méconnaissance de la maladie psychiatrique crée de l'appréhension au niveau du personnel enseignant, une stigmatisation...

Manque de communication des deux parties (écoles et établissements de santé) :

- comment aider les enfants, les familles ?
- comment mieux préparer et adapter le retour ?
- existe-t-il des accueils ado (y a-t-il des réunions régulières) ?

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Proposer des séances de sensibilisation/information aux maladies psychiatriques.
- ➔ Revoir et mettre en application la convention pour la prise en charge des urgences psychiatriques.

## Admission difficile des patients de psychiatrie en ESMS

### Problématique des admissions en établissements médico-sociaux des patients relevant de psychiatrie – Notion de stigmatisation

Il existe une réelle difficulté dans le processus d'admission des patients qui ne relèvent plus d'une hospitalisation et qui ont reçu par les professionnels de santé une orientation vers un établissement médicosocial ou Ehpad. Cette problématique concerne 28 % des patients, soit 1/3 des patients des services de psychiatrie.

L'impact de cette problématique est multiple :

- situation inadéquate (hospitalisation de patient non nécessaire, mais solution d'attente) ;
- économique (un patient en situation inadéquate occupe cinq lits d'hospitalisations « avérées » (embolisation des services).

Point positif : afin de pallier cette problématique, le CH a créé une unité temporaire d'orientation des patients (objectifs : accélérer les processus d'orientation des patients et limiter le risque d'embolisation des services).

## Analyse des causes, des points de blocages associés à ces problématiques d'admission

- Refus d'admission de la part des établissements médicosociaux souvent peu ou pas motivés. Il est exprimé un ressenti que les équipes font blocage. Non seulement les établissements refusent de prendre les patients, mais également de formaliser leurs refus. Ce qui est une réelle problématique pour les établissements sanitaires qui ont l'obligation de présenter cinq refus d'admission formalisés à la MDPH pour pouvoir déclencher une demande de prise en charge en Belgique.
- Problème de stigmatisation : les patients de psychiatrie font peur (exemple : un patient étiqueté « schizophrène », c'est refus d'admission = blocage total qui n'existe pas en Belgique).
- Manque de structure d'accueil (ex : 5 MAS en Haute-Normandie mais aucune sur le territoire de Dieppe).
- Problème d'hétérogénéité des populations accueillies en établissements médicosociaux. Souci pour la gestion de l'organisation, gestion des autres résidents...

### Focus Belgique

Le groupe constate de façon collégiale que des patients « inacceptables » en établissement médicosociaux en France sont pris en charge sans aucun souci en Belgique et s'interroge sur cette différence. Serait-ce une philosophie de prise en charge différente ?

En France : le patient doit s'adapter à la structure et non inversement. En Belgique, dès l'entretien d'accueil, on demande au patient ce qu'il aime, ce qu'il veut. Il existe une véritable adaptation des structures d'accueil aux besoins du patient et non l'inverse. Lors d'une demande d'admission en Belgique, une personne référente est envoyée en France pour rencontrer le patient, l'informer, l'évaluer (prise en charge personnalisée).

Pourquoi cette différence ?

- ▶ Problème de souffrance au travail, d'insatisfaction qui n'existe pas en Belgique ?
- ▶ Problème de formation des éducateurs, des personnels des établissements médicosociaux aux pathologies psychiatriques ?

**Il s'agit d'un problème de philosophie, de culture, de politique publique qui doit impulser le changement.**

Ces difficultés sont également notées dans les Ehpad : difficultés de gestion de l'hétérogénéité des populations. Faut-il identifier des unités spécialisées ?

La participation de la MDPH à ces réflexions serait utile.

## Communication et compréhension difficile

Problème de communication et de compréhension entre les acteurs de ville, les familles et les établissements sanitaires  
Cause : méconnaissance des réglementations en vigueur sur l'hospitalisation contrainte et méconnaissance des obligations légales

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Information/sensibilisation

## Manque de structures intermédiaires

Manque de structures intermédiaires entre la prise en charge en hospitalisation aiguë et les établissements médicosociaux

Difficultés existantes quand plus besoin de soins contraints, mais pas « apte » à retourner à domicile, manque de structures d'accueil.

Cause : absence de structures adaptées

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Créer des structures d'accueil intermédiaires.

## Inadéquation entre la réponse des services des urgences et les attentes du médico-social

Sentiment des établissements médicosociaux de manque d'écoute de la part des services des urgences, de manque d'accompagnement et de suivi.

Cause

Problème d'incompréhension (méconnaissance des structures médicosociales, des obligations légales dans le sanitaire) et méconnaissance de la gestion des situations de crises (méconnaissance, manque de formation, stigmatisation des situations...).

Respect du choix du patient qui peut être différent de celui de l'aidant.

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Mettre en place une astreinte de nuit pour l'équipe de liaison psy (qui s'arrête à 18 h).
- ➔ Apprendre à se connaître
- ➔ Sensibiliser/former à repérer/gérer les situations de crise.
- ➔ Mettre en place des moyens/outils pour permettre aux établissements médicosociaux de gérer les situations de crise, sachant que la pénurie médicale ne permet pas d'envoyer une équipe de médecins sur place.

## Méconnaissance de l'offre de soins nécessaire à l'accompagnement et la collaboration pluri-acteurs

Cause

- Cloisonnement
- Politique de communication déficiente (ex. : au niveau Éducation nationale, les EMPJ ne sont pas connues, ce qui crée un sentiment d'isolement au niveau des écoles, face à des enfants qui ont des soucis psy, seuls face aux élèves, aux familles... et qui renvoie directement vers les hôpitaux pour prise en charge).
- Force du territoire : équipe mobile psychiatrie pour les jeunes (EMPJ). Apporte un vrai plus en ce qui concerne la continuité (fluidité) et la coordination de prise en charge des jeunes. À noter qu'un gros travail est réalisé par les aides-soignantes. Cette offre est insuffisamment connue.

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Faire connaître auprès des médecins généralistes ces EMPJ afin qu'ils puissent informer les familles.
- ➔ Envisager des EMPJ qui seraient davantage à destination de la médecine de ville.
- ➔ L'EMPJ renforce ses actions et a pour projet d'aller à la rencontre de tous les établissements médicosociaux, pour

- identifier les besoins, les souhaits, puis proposer des actions (créer du lien et relever les problématiques).
- ➔ Projet qui se construit autour de la déscolarisation (aide pour les enfants déscolarisés, l'idée est d'aller au plus près des acteurs de l'Éducation nationale pour faire le lien avec la famille et l'enfant, en proposant des sorties, des loisirs...).

## Sentiment d'isolement et de solitude des familles dont l'enfant est diagnostiqué relevant de la psychiatrie

- Comment faire pour que les professionnels concernés puissent informer, épauler les familles.

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Associer la famille au parcours de soins.
- ➔ Développer le système de pro famille : programme dédié aux familles pour les faire devenir acteurs, pour réduire les hospitalisations, éviter le rejet, pour accompagner positivement son enfant, communiquer différemment pour réduire les conflits (nécessite des moyens + une orientation).

## Difficulté pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Cause : manque de connaissance des EMG

## ENVOI TARDIF AUX URGENCES DES PATIENTS ÂGÉS EN SITUATION DE CRISE

Cause : Manque de formation des professionnels d'Ehpad aux maladies (méconnaissance des signes avant déclenchement de la crise = pas de détection en amont de la crise...).

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Pérenniser la présence des EMG de psychiatrie qui tournent dans les Ehpad, qui apportent une fluidité du parcours.
- ➔ Formation/Sensibilisation des professionnels.
- ➔ Mise en place de séances d'échanges, de retour d'expérience entre les acteurs médicosociaux et sanitaires (communication/lien).
- ➔ Création d'un lieu « pôle ressource en santé mentale » dont les missions seraient : information, formation, communication, prévention... Lien avec les établissements, les familles, patients..., avec mise en place d'outils de communication, voire extension au niveau des entreprises.

## **Discrimination liée à la maladie psychique (stigmatisation et auto-stigmatisation)**

Cause : manque de connaissance de la maladie psychique et de ses effets réels sur la santé et le comportement.

### **PISTES D'AMÉLIORATION**

- ➔ Faire des campagnes de sensibilisation régulières pour les professionnels de la santé, les malades et les citoyens.

## **Problématique spécifique de la population entre deux âges**

Pour les patients de la tranche d'âge 50-60 ans, il n'existe pas de solution de prise en charge. Certains de ces patients ont vraiment besoin d'un accompagnement et d'un suivi ; or, il n'existe pas de structure pour les accueillir.

La dépendance en Ehpad n'est prise en compte qu'à partir de 60 ans. En dessous de 60 ans, même avec une dérogation d'âge, il n'y a pas de prise en charge par le conseil général. Les patients de moins de 60 ans sont hors tarification. Ce qui explique la réticence à l'admission de ces patients.

## **Difficultés d'accès aux expertises**

La valorisation et l'organisation de l'expertise judiciaire est assez compliquée.

L'accès à des experts constitue une réelle difficulté dont les causes sont multiples :

- Pénurie de psychiatres et encore plus avec une formation d'expertise pénale et civile.
- Frein lié à l'organisation de la formation (formation individuelle et volontaire, pénale et légale).
- Une rémunération de l'expertise non en lien avec le temps d'implication du professionnel.
- Manque de formation à l'expertise dans le cursus des psychiatres (quelques modules existants).

L'expertise civile est moins concernée et l'accès est plus facile, notamment par le choix de la pluridisciplinarité (ex. : maintenant, les gériatres participent à ces expertises, donc ouverture aux professionnels).

Des difficultés sont identifiées notamment pour certains publics :

- Gestion des patients vieillissants avec pathologie psychiatrique.
- Patients qui n'ont pas atteints les 60 ans.
- Patient en couple (point non détaillé mais qui constitue une réelle préoccupation).
- Patients avec des animaux : l'accueil des animaux de compagnie en établissement. Au CH, il y a un accord avec la SPA en psychiatrie (prise en charge des animaux quand il y a hospitalisation). L'effet thérapeutique et protecteur des animaux en psychiatrie est largement reconnu. Il a donc été décidé de contractualiser avec des associations pour l'accueil des animaux dans ces situations spécifiques afin de construire les soins autour des besoins de vie du patient.

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Éviter les points de rupture dans le parcours des patients en maintenant une liaison/communication entre les professionnels du sanitaire et ceux des structures d'accueil. La pathologie reste existante et doit être surveillée.
- ➔ Travailler sur l'ouverture des établissements médicosociaux vers l'extérieur (ex. : pour favoriser l'inclusion des patients, travailler avec les bailleurs sociaux).
- ➔ Travailler sur des lieux d'évaluation d'accueil temporaire et de répit (en restant vigilant car parfois, il existe des essais d'accueil temporaire qui ne donneront jamais lieu à placement, ce qui très néfaste pour les patients).
- ➔ Renforcer la multidisciplinarité dans les équipes d'évaluation pour un accompagnement plus efficace des patients et une bonne orientation (ex. : rôle important des ergothérapeutes pour identifier les besoins d'accompagnement).
- ➔ Des personnes ressources coordinatrices pour aider les réseaux.
- ➔ Des cellules de veille pour référencer l'existant et son évolution (ressource pour l'ensemble des acteurs).
- ➔ Harmoniser les outils (continuité de l'accompagnement) ; exemple : formulaire d'orientation unique.
- ➔ Rendre plus attractifs/accessibles les outils.
- ➔ Organiser des formations communes :
  - organiser une journée annuelle commune de formation réunissant les différents acteurs du sanitaire, du médicosocial et du social que constituent les membres du groupe 2, afin de continuer à travailler entre nous l'interconnaissance et la notion de réseau.
  - former aux premiers secours en santé mentale (formation canadienne importée en France par Santé mentale France, ex. Croix-Marine).

## LES PROPOSITION D'ENJEUX ET PISTES IDENTIFIÉES POUR LE PTSM

### Création d'un lieu « pôle ressource en santé mentale »

Pôle de ressources en santé mentale dont les missions seraient :

- information, formation, communication, prévention...
- lien avec les établissements, les familles, les patients... avec mise en place d'outils de communication, voire extension au niveau des entreprises.
- finalité : endroit ressource de centralisation d'informations/espace standard...) (ex. : de la plateforme TND, trouble neuro développementaux) – Normandie pilote de ce projet.

### Augmenter l'accessibilité à l'offre de dépistage et de soin

- Renforcer l'offre existante en augmentant l'attractivité aux professions médicales et aux autres professions qui sont en pénurie totale (ex. : orthophoniste, ergothérapeutes, psychomotriciens, problème de non reconnaissance économique).
- Développer des secteurs innovants qui pourraient attirer des praticiens (ex. : hospitalisation temps plein pour les ados ; développer une unité de psychiatrie légale ; développement d'une unité de périnatalité pédopsychiatrique).

- Pérenniser et développer l'offre existante de soins pluridisciplinaires (création de la maison des ados : accueil ado, EMJ destinés aux EMS et à la déscolarisation, groupe thérapeutique, consultation avec médecins généralistes, gynéco, planning familial, convention avec la ville pour infos des loisirs hors hospitalisation (camps...)).
- Renforcer l'offre de soins de dépistage précoce des troubles psychiatriques (mise en place de consultation des psychoses) (= besoin d'une consultation spécialisée, besoin d'explication, besoin d'une équipe complète pluridisciplinaire), mais soucieux de pénurie médicale, donc temps pour se former...) ? Également à mettre en place en pédopsychiatrie (trouble précoce chez l'enfant ; ex. : erreur de diagnostic autisme).
- Améliorer la coordination et l'accompagnement des parcours patient via la création de postes d'IDE de case management = Personnes qui vont coordonner, accompagner les patients (= coordination de la totalité du parcours). Création d'une structure de case management.
- Augmenter le nombre de poste d'IDE d'orientation qui peuvent recevoir en amont du psychiatre le patient qui est en situation de fragilité mentale (évaluation, suivi patient...).
- Former des IDE en pratiques avancées en psychiatrie pour augmenter le potentiel d'accueil des patients (but : permettre aux IDE par délégation de certaines prescriptions).
- Développer des structures de gérontopsychiatrie avec renforcement des moyens.
- Mettre en place une offre de consultation spécialisée de gérontopsychiatrie au sein du pôle psychiatrique du CH de Dieppe.
- Accompagnement de terrain pour les établissements scolaires pour les enfants en difficulté.
- Compléter l'offre de prise en charge concernant :
  - les auteurs de violences sexuelles, en particulier la prévention (actuellement, ils ne sont vus qu'une fois les actes commis, l'axe de travail serait de les voir en amont – gestion des pulsions) – Unité existante pour les adultes mais rien pour les mineurs auteurs des violence sexuelles ;
  - créer la PEC des victimes (enfants et adultes) : consultation et suivi spécialisé.

## **Favoriser la lisibilité de l'offre et la culture commune**

- Faire connaître auprès des médecins généralistes les ressources existantes et les sensibiliser aux spécificités des pathologies psychiatriques (rôle du pôle ressource santé : informer sur les conventions existantes, les procédures...).
- L'EMJ renforce ses actions et a pour projet d'aller à la rencontre de tous les établissements médicosociaux, pour identifier les besoins, les souhaits, puis proposer des actions (relever les problématiques).
- Sensibiliser les enseignants (sur les maladies, les traitements...) = Sensibilisation auprès des personnes qui interviennent au plus proche des jeunes.
- Faire connaître et pérenniser la présence des EMG (équipe mobile de gérontologie) de psychiatrie qui tournent dans les Ehpad, qui apportent une fluidité du parcours des personnes âgées.
- Créer une EMA (équipe mobile adulte) qui ferait le lien entre les EMS (uniquement) et le sanitaire (objectifs : gérer les situations de crise, réduire les hospitalisations aux urgences).
- Créer une consultation de géronto psy qui ferait des consultations en EMS en lien avec l'EMG.
- Mise en place de séances d'échange, de retour d'expérience entre les acteurs médicosociaux et sanitaires (communication/liens) – Synthèse individuelle sur les situations complexes.

## Lutter contre l'isolement des personnes et de leurs proches

- Déstigmatisation (action de sensibilisation dans le but déstigmatiser – ex. : campagne nationale de déstigmatisation) – Travail de territoire à faire avec les acteurs concernés (Grafism, pôle ressource santé).
- Créer une équipe pluridisciplinaire (psycho-IDE) pour accompagner / construire le parcours du patient en lien avec les familles, les intervenants (assistants sociaux...) et le sanitaire.
- Associer les familles au parcours de soins, notamment par l'information et la formation aux pathologies concernées (ex. : système de pro famille) – Favoriser la connaissance des familles, des associations de familles existantes (ex. : UNAFAM) – Formation continue des accueillants familiaux (adulte) et assistants familiaux (enfants).
- Problème de communication et de compréhension entre les acteurs de ville, les familles et les établissements sanitaires (ex. : lors de la prise en charge en urgence d'enfant scolarisé, il n'y a pas de lien avec le service où l'enfant est suivi, ce qui pourrait être un plus ; autre souci, les familles qui demandent aux psychiatres du CH des soins contraints, parfois incompréhension des familles de la non hospitalisation).
- Nécessité de mettre en place un accompagnement des patients par un professionnel de l'EMS aux urgences jusqu'à la fin de prise en charge (= continuité de l'accompagnement jusqu'à la décision médicale) et assurer une information en retour – Mettre à disposition des lits d'accueil pour les résidents des EMS (solution temporaire de mise à distance) – Pas de présence de structure d'accueil pour prise en charge des situations de crise ados.

## LES SITUATIONS INADÉQUATES

Deux causes majeures de situations inadéquates ont été identifiées par le groupe :

- existence d'un problème de démographie médicale qui engendre une carence de soins ;
- manque de lits d'aval pour la gestion des situations dites particulières.

Paradoxalement à ce constat du « manque de structure d'accueil spécialisé », un souhait de centralisation est noté. Les recommandations actuelles sont de faire des structures inclusives (structure unique d'accueil apportant une réponse adaptée au besoin de chacun). L'optique est de transformer ces lieux uniques sous forme de services adaptés. Le risque identifié par le groupe par rapport à ces recommandations est un mauvais accompagnement de l'enfant, une écoute et une réponse non adaptées aux besoins.

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Créer des lits, créer des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisé) adaptées.

## CONSTATS PARTAGÉS SUR LE TERRITOIRE

- **La prise en charge la plus adaptée actuellement pour accueillir ces enfants en situation particulière, en synthèse, est une prise en charge mixte (IME + protection de l'enfance).**

En effet, il a été soulevé que les IME (Instituts médico-éducatifs) apportaient une prise en charge plus spécifique et compétente pour accueillir ces enfants. Au niveau de la protection de l'enfance, les professionnels sont moins formés pour répondre aux besoins, notamment si besoin de soins. Dans les établissements de protection de l'enfance, il manque de psychiatres, manque de professionnels compétents pour la prise en soins, ce qui nécessite de faire appel à l'extérieur.

- **Manque de personnel compétent pour prendre en charge au plus tôt les enfants ayant des déficiences intellectuelles.**

La déficience intellectuelle est souvent liée à un défaut d'apprentissage. Or le défaut d'apprentissage est lié souvent au manque de personnel (ex. : psychologue). Il existe une réelle nécessité d'aide au niveau des enfants/d'accompagnements de familles pour les rassurer.

Il est constaté, dans les maisons de la petite enfance, une augmentation des enfants déficients depuis quelques années.

- **Problème d'orientation des patients**

Une orientation non adaptée induit une réponse aux besoins déficiente et engendre une mise en situation très difficile des jeunes en déficience. C'est un fait constaté lorsque les patients sont mélangés avec un public varié, qui entraîne des risques de rejet, de violence...

Le souci actuel est basé sur le fait que l'orientation des patients se fait en fonction du diagnostic et non des besoins.

Derrière le mot déficient = mélange des déficits. Or, il existe un besoin de prise en charge spécifique et adaptée pour chaque type de déficit. Le souci est donc de bien identifier les besoins liés au déficit pour trouver la structure la plus adaptée.

Comment faire pour prendre correctement en charge ces enfants ?

De façon consensuelle, le groupe constate que les prises en charges les plus bienveillantes sont celles issues d'un échange pluridisciplinaire. Il y a une réelle nécessité de discuter ensemble (= faire des synthèses individuelles par patient) avec tous les acteurs concernés, afin d'éviter des orientations non adaptées, des hospitalisations avec des DMS très longues...

■ **La prise en charge des personnes âgées avec déficiences psychiatriques**

Si pour Alzheimer, il existe des budgets dédiés, des moyens et des structures adaptées..., il n'existe pas l'équivalent pour les déments alcooliques, les Korsakoff... Non plus pour les âgés avec des troubles psychiatriques... Quelles solutions ?

De nombreux points de rupture pour les personnes âgées ont été identifiés :

- personne âgée de plus de 75 ans. L'évolution de cette population et leurs besoins sont très dépendants de leur vie active, de leur environnement, de leur niveau social. La vie passée a un impact sur les difficultés psy rencontrées ;
- existence d'une barrière entre pertes cognitives et la maladie psychiatrique, mais aussi entre les troubles psychiatriques liés à la maladie et ceux liés aux vieillissements des personnes ;
- existence d'un manque de connaissance des pathologies psychiatriques (comment se comporter...), mais aussi refus d'admission des personnes par manque de compétence et de suivi de la maladie ;
- absence d'entourage familial (ou parfois entourage malveillant) clairement pas aidant et pas toujours aidant au niveau sécurité ;
- problème de la sectorisation (le suivi n'est pas assuré quand une personne est envoyée hors de son secteur sanitaire) = grosse difficulté du réseau ;
- problème de réactivité des EMG (les établissements médicosociaux ont besoin d'une action hyper réactive à leurs demandes ; or l'EMG ne peut pas intervenir immédiatement).

■ **Le lien nécessaire avec l'Éducation nationale**

Il a été rappelé la place importante de l'Éducation nationale dans la problématique des situations inadéquates, notamment au vue des perspectives de déploiement d'une société inclusive. La participation de l'Éducation nationale à la mise en œuvre du PTSM semble importante. Il a été rappelé qu'aujourd'hui, l'Éducation nationale scolarise déjà des enfants en situation d'handicap, mais avec l'aide d'AES. Si ces AES apportent un soutien aux enfants, qu'en est-il de l'aide aux enseignants ? Au final, ne serait-il pas pertinent d'aider les enseignants à intégrer ces enfants en difficultés ?

- Classe surchargée, des instituteurs mal formés (problème majeur dans les écoles de campagne où les enseignants se retrouvent seuls à gérer leurs difficultés).
- Système d'apprentissage non adapté aux enfants qui ont des besoins particuliers.
- Décalage souvent entre le milieu social d'où viennent les enseignants et le milieu dans lequel ils sont affectés dans les premiers postes qu'ils occupent.
- Manque de souplesse des enseignants de fin de carrière qui supportent de moins en moins les disparités au niveau des enfants (ex. : souvent au niveau des foyers, les éducateurs sont appelés pour aller chercher les enfants à l'école quand difficulté à gérer).
- Manque d'évolution des pratiques de l'Éducation nationale au regard de cette société qui change.
- Impact important du contexte familial de l'enfant sur son avenir.
- Méconnaissance par les professionnels de l'Éducation nationale des troubles (ex. : les troubles déficitaires de l'attention avec hyper activité = handicap invisible. Ces enfants sont jugés à tort mal élevés, délinquants... Ces enfants pourtant intelligents sont écrabouillés).
- Évolution de la société : notion de RESPECT moins prédominante, développement de la culture de l'enfant-roi, les enfants ne se défoulent plus dehors, tout le monde court, société consommatrice de temps... Personne ne prend du temps pour soi... La charge actuelle pour l'enfant est plus importante.

- Évaluation des enfants non pertinente (les anciens psychologues scolaires sont souvent des anciens enseignants = évaluation par la psychométrie et non évaluation psychologique, ce qui a conduit à de mauvaises évaluations des enfants et orientations inadéquates).
- Existence de système rigide d'orientation (ex. : certificat MDPH = constat psychiatre avec orientation, mais l'enfant ne peut pas revenir en arrière... L'orientation MDPH est irréversible). Décision pour autrui sur long terme alors que le jeune peut évoluer et nécessiter une autre orientation.

### Des indicateurs : enfants/ ado

- ▶ Nombre de patients suivis par ASE (Aide sociale à l'enfance) qui ont atteint 18 ans et se retrouvent avec la même situation (échec de prise en charge).
- ▶ Durée moyenne de séjour en situation inadéquate en hospitalisation.
- ▶ Nombre de jeunes pour lesquels pas de solution à la sortie de l'IMPro

Rappel de l'indicateur « taux d'échec en ASE » qui avait pour unique vocation de faire un état des lieux du nombre de jeunes accompagnés jusqu'à leurs 18 ans par l'ASE et qui se retrouvent dans des situations inadéquates (ex. : hospitalisation car pas d'autre solution). Élément nécessaire au diagnostic pour montrer le manque de structures relai, de concertation entre les acteurs...

Cet indicateur reflète les difficultés et les limites du travail de chacun (ex. : après 18 ans, la personne est adulte et il n'est plus possible d'orienter/guider les décisions de ces jeunes, ils sont légalement responsables).

**Le but de ces statistiques est de comprendre les limites de chacun des acteurs et de trouver des solutions pour éviter ces situations inadéquates et non de juger des résultats.**

## LES PISTES ET ENJEUX DU TERRITOIRE

### Prenant en compte les constats transversaux

- Les situations inadéquates sont souvent liées à des périodes de transition dans la prise en charge :
  - ~ enfant - adolescent (15 ans et 3 mois)
  - ~ adolescent - jeune adulte (18 ans)
  - ~ adulte - âgé (60 ans)
- La problématique actuelle : les décisions sont souvent prises en urgence avec pas ou peu de réflexion, ce qui induit des situations inadéquates (situation souvent catastrophique), d'où nécessité de concertation pluridisciplinaire et d'anticipation.
- Le handicap se retrouve partout et à tous les âges : enfants, adultes, âgés.

### Favoriser la pluridisciplinarité

- Améliorer la connaissance des différents acteurs entre eux (qui fait quoi ? les limites, les contraintes...) : se reconnaître (avoir le même langage pour mieux communiquer et se comprendre).
- Favoriser la coordination des acteurs entre eux par un accompagnement unique de terrain par l'ARS.

- Éviter les situations inadéquates chez les jeunes suivis par l'ASE une fois arrivés à la majorité.
  - Anticiper, avec les différents acteurs (aide au logement, aide au travail, famille pour le retour à domicile...), l'orientation de ces jeunes à leur majorité.
- Éviter les situations inadéquates d'hospitalisation dans des services de psychiatrie adulte des adolescents de plus de 15 ans et 3 mois.
  - Améliorer le relai entre les pédopsychiatres et psychiatres adultes (assurer une continuité un accompagnement de l'adolescent).
- Anticiper les situations inadéquates à venir du fait de l'évolution vers une société inclusive.
  - Échanger-partager avec les acteurs de l'Éducation nationale (devenir des rôles et missions des AVS).
- Renforcer le rôle des EMP : EM de gérontopsychiatrie, EMPJ, EM précarité.
- Retard de prise en charge, rupture dans les parcours par l'existence de méconnaissance des dispositifs et mauvaises organisations dans les établissements (manque de préparation de la sortie).
- Manque d'implication des tuteurs dans les décisions : « on ne trouve personne sur le terrain ». Les tuteurs n'aident pas à l'orientation mais deviennent uniquement des gestionnaires financiers.
  - Trouver des leviers pour ouvrir ce groupe de travail à des représentants de l'Éducation nationale, de la MDPH, de la justice, de la pédopsychiatrie, des gériatres, de la sécurité sociale, de l'UDAF..., acteurs clés dans cette problématique des situations inadéquates.
  - Prioritaire : se connaître, se reconnaître – projet de création d'un catalogue avec les missions de chacun, de ce qui existe. Constituer des réseaux de professionnelles/communiquer... Profiter du petit territoire pour se connaître et en faire une force.

### **Développer une réflexion large sur le diagnostic des situations inadéquates**

- Inviter les partenaires clés manquant à participer à ce diagnostic : Éducation nationale / la MDPH / la justice / les pédopsychiatres / les gériatres / retour d'expérience d'un patient ayant vécu une situation inadéquate = ouvrir le débat à tous les acteurs.
- Informer / sensibiliser / prévenir les situations inadéquates par l'éducation aux familles.

### **Développer des parcours personnalisés plus adaptés aux besoins des patients**

- Mettre en place des comités décisionnels d'orientation (afin d'inclure au maximum tous les patients qui le peuvent et réorienter correctement les autres patients).
- Mettre en place un lieu avec grande pluridisciplinarité d'aide à la décision pour construire / stabiliser les parcours de l'enfant ou de la personne (sur le modèle de la plateforme – commission pluridisciplinaire de prise en charge des situations complexes des âgés).

### **Faciliter la prise en charge des personnes âgées avec déficiences psychiatriques**

- Renforcer ces dispositifs d'EMG pour accompagner les visites à domicile des assistantes sociales notamment. Difficile d'aller seul à domicile de ces patients.

- Dans le médicosocial, il existe un suivi pendant trois ans des patients. Pourquoi ne pas faire la même chose en Ehpad pour les personnes âgées (mettre en place un suivi pendant plusieurs années quand ils changent de structure). Actuellement, une fois la personne admise en Ehpad, plus personne ne fait de suivi en intra.

## **Renforcer le lien entre les acteurs impliqués en santé mentale et l'Éducation nationale**

Les évolutions nationales sont claires : vider les institutions de type ITEP, IME, pour évoluer vers des structures ouvertes (= société inclusive) et évoluer vers des hospitalisations à domicile, des suivis externalisés (enjeu économique).

Parallèlement, la demande des familles est qu'on s'occupe de leur enfant mais pas forcément l'hospitalisation... Et être acteur dans les décisions pour leurs enfants.

- Définir le contenu d'une formation pertinente pour que les professionnels de l'Éducation nationale ne soient plus en difficulté pour accueillir ces enfants.
- Accompagner les parents à l'acceptation et la compréhension du handicap (ex. : orientation en IMPRO - Les parents : méconnaissance, peur, pas possibilité de donner leur avis).
- Créer au sein de l'Éducation nationale des équipes multiprofessionnelles pour accompagner sur site directement les enfants (éducateur, psychomotricien...). Les acteurs des parcours des enfants concernés doivent se préparer à cette évolution.

## **Faciliter le relais entre hospitalisation et retour à domicile**

- Manque de structure d'aval car il est difficile de maintenir les patients à domicile, même s'ils sont stabilisés d'un point de vue psychiatrique. Il existe des IDE à domicile, mais insuffisants pour combler le manque d'autonomie (ex. : gestion des médicaments).
- Problématique des gens du voyage pour lesquels il est compliqué de faire intervenir des IDE.

# ACCOMPAGNEMENT SOCIAUX ET MÉDICOSOCIAUX

## CONSTATS PARTAGÉS SUR LE TERRITOIRE

### Les liens et la coordination entre les acteurs du médicosocial et social et acteurs du soin

Constat : cette coordination est nécessaire pour favoriser le maintien de l'accompagnement en établissement médicosocial ou à domicile. Elle permet également d'améliorer la qualité de la prise en charge et la qualité de vie des personnes.

- Plus-value des interventions des équipes mobiles psychiatriques dans les établissements médicosociaux : appui important de l'équipe mobile pédopsychiatrie et une vraie réactivité pour les MECS, IME... permettant ainsi :
  - la compréhension des troubles,
  - l'établissement du lien avec l'hôpital,
  - un travail de prévention des crises permettant d'éviter quelquefois les urgences et ou hospitalisations.
- L'intervention des équipes mobiles ne couvre pas l'ensemble du territoire :
  - il existe des zones blanches. Exemple : Foucarmont, pays de Bray ;
  - l'intervention des équipes mobiles ne peut être suffisante car le public accueilli dans le secteur médicosocial présente de plus en plus des situations complexes et une montée du handicap psychique qui posent la question de l'inadaptation de la prise en charge au quotidien.
- Des exemples d'inadaptation des structures aux besoins :
  - MECS et des lieux de vie non adaptés aux troubles du psychisme généralement « associés » – les enfants concernés sont peu scolarisés ;
  - les foyers d'hébergement ne sont pas ouverts normalement en journée en semaine ;
  - les professionnels du médicosocial ne sont pas formés ;
  - beaucoup d'enfants protégés concernés par les troubles sont placés dans des foyers. Les familles d'accueil sont fatiguées, elles ont besoin de relai.

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Renforcer les équipes mobiles sur le territoire et s'assurer de leur accessibilité, notamment en milieu rural.

### Processus de prise en charge des patients de psychiatrie en urgence qui est parfois méconnu du public

Les familles, les « acteurs extérieurs » ne peuvent pas solliciter d'eux-mêmes l'intervention des équipes mobiles pour demander une hospitalisation d'un tiers. La législation est très rigoureuse et seul le médecin généraliste ou le SAMU sont habilités à déclencher une hospitalisation sans consentement. Les équipes mobiles ne sont pas autorisées à aller chercher les patients en crise. Il existe, à cet effet, une convention sur la prise en charge des urgences psychiatriques en ex Haute-Normandie (convention faite en 2018, l'objectif est d'étendre cette convention à toute la Normandie). Cette convention statue sur le fait que le SAMU est le seul ordonnateur de l'hospitalisation = centralisation/pouvoir de décision.

## Pour le public enfants

- Lien entre la pédopsychiatrie et la PMI de Dieppe : une cadre de santé de l'hôpital qui peut intervenir auprès des parents repérés et sensibilisation de la puéricultrice – Projet qui date de 5 ans (+).
- Beaucoup d'enfants protégés concernés par les troubles sont placés dans des foyers – famille d'accueil qui sont fatiguées et ont besoin de relai (-).
- Les parents préfèrent l'IME à l'hôpital de jour, mais, généralement, les enfants reviennent car ils ont besoin de soins psychiatriques ; le retour n'est pas automatique car il n'y a pas toujours de place (-).
- Problème des mesures de protection qui mettent en concurrence le soin et le médicosocial : à partir du moment où il y a le soin, certaines mesures de protection de l'enfance ne sont pas octroyées.

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ L'équipe mobile des jeunes va s'enrichir d'un projet autour de la déscolarisation pour sortir les enfants de leur état d'isolement en intervenant à domicile. Cet accompagnement sera étendu à des enfants et ados non encore connus de l'hôpital.
- ➔ Imaginer une solution d'accueil spécialisée couplant soin + hébergement pour les enfants de la protection de l'enfance, mais aussi ceux accueillis en IME (à titre expérimental, cela existe).
- ➔ Étendre le lien de la pédopsychiatrie avec d'autres PMI.

## Pour le public ADULTES

- Le lien et la coordination entre les acteurs du médicosocial et social et acteurs du soin (+).
- L'intervention de l'équipe mobile pour adultes à domicile : quel bilan ? à compléter
- L'intervention de l'équipe mobile précarité – à présenter ? Existe-t-il d'autres équipes mobiles ? Quelles zones d'intervention, quel public ?
- L'accompagnement des professionnels pour le traitement des états dépressifs (-).
- Tentatives de suicide (que ce soit pour enfants et parents) (-).
- Champ de la protection de l'enfance (-).
- Les créneaux de consultations en CMP ne sont pas suffisants (-).
- Manque de psychiatres (-).

## Des exemples de coordination

Exemples de pratiques permettant un lien et une coordination régulière entre le soin et le médicosocial

- PH, association les Papillons Blanc des Vallées.
- Convention de partenariat avec l'hôpital de jour : réunion 1 fois par an entre IDE de l'hôpital et éducateurs de jour et partage d'activité d'équitation.
- Mutualisation de RDV de suivis au CMP de Blangy-Neufchâtel pour plusieurs résidents – ils sont accompagnés par un psychologue et une infirmière.
- Une IDE psy de l'hôpital d'Abbeville vient en établissement et repère les situations à risque et situations urgentes. L'hospitalisation se fait plus facilement.
- Un psychiatre de l'hôpital intervient en établissement 1 à 2 fois par an pour échanger sur l'ensemble des situations et se mettre d'accord sur les pistes de travail.

## Des préoccupations autour de l'hospitalisation et du retour à domicile

### ENFANTS

- Difficulté d'avoir des places pour une hospitalisation.
- Dans le secteur de la protection de l'enfance, on déplore également le mélange d'enfants avec des adultes, et les hospitalisations sont rarement faites à Rouen si besoin.
- La sortie d'hospitalisation pour les adolescents avec troubles (protection de l'enfance) amenant un changement de traitement : le déficit de transmission d'information amène une méconnaissance et un décalage une fois arrivés en établissement.

### ADULTES

- Dans le champ de la protection judiciaire, plusieurs personnes sont en rupture de soin, le mandataire judiciaire se trouve seul à intervenir (impossibilité de demander une hospitalisation).
- La sortie de l'hospitalisation n'est pas suffisamment anticipée, les mandataires judiciaires sont informés la veille. Le retour à domicile se fait en urgence, sans préparation.
- Effectif réduit dans le service social de l'hôpital, sauf au niveau de la pédopsychiatrie.
- Dans les établissements médicosociaux, il est parfois nécessaire de faire intervenir la police et les pompiers pour une hospitalisation.

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Créer une maison de l'adolescent.
- ➔ Renforcer l'implication des médecins traitants pour faire les demandes d'hospitalisation.
- ➔ Renforcer l'implication des services médicosociaux et l'entourage de la personne en cas de sortie d'hospitalisation.  
ex. : CLIC-MAIA connaissent bien les personnes et leur conditions de vie à domicile, c'est une source d'information importante.

## Le partage des informations

La question du partage des informations entre les acteurs du médicosocial et du soin qui contribue à la rupture des parcours et à l'inadaptation des réponses apportées.

Cause : absence d'une coordination du parcours permettant d'établir objectivement les évaluations des différents intervenants auprès de l'enfant.

- Pas de problème de communication d'information entre les services psychiatriques et les IME et IMPRO (+)
- La communication des informations entre la MDPH et les services de pédopsychiatrie (-) :
  - Le service de pédopsychiatrie déplore des délais très importants de traitement des demandes ou quelquefois de perte de dossiers.
  - Pas d'accusé de réception.
  - La pédopsychiatrie n'est pas informée des notifications ou refus de notification de la MDPH (en copie) ; par conséquent, le délai de recours expire et oblige à refaire parfois un nouveau dossier.
- Le projet de soin n'est pas systématiquement pris en compte dans les décisions d'orientation des enfants relevant la protection de l'enfance.

- Les IME ne sollicitent pas systématiquement l'avis de la pédopsychiatrie quand il y a une demande d'admission d'un jeune suivi en pédopsychiatrie.
- Lien avec UTAS - informations préoccupantes : la pédopsychiatrie ne peut pas transmettre les informations aux assistantes sociales en raison du secret médical.

#### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Améliorer le partage d'information par la MDPH.
- ➔ Quand l'enfant est suivi par la pédopsychiatrie, nécessité de l'impliquer dans les décisions d'orientation.
- ➔ Guide sur le partage d'informations entre acteurs : qu'est-ce qui peut être partagé, dans quel cadre, par quel acteur ?

### Le besoin de formation et de sensibilisation

Cause : absence d'une bonne évaluation des troubles. Exemple dans le champ de la protection de l'enfance : difficulté d'évaluation de la gravité des situations (notamment les conséquences des risques psychoaffectifs sur le développement de l'enfant).

- GRAFISM propose des formations (+).
- Tous les secteurs sont concernés : protection de l'enfance, assistantes sociales en gériatrie, secteur du handicap, secteur de la protection judiciaire des majeurs, UTAS, juges des enfants... « A domicile, les assistantes en gériatrie ont des difficultés à entrer en relation d'aide avec la personne âgée présentant des troubles psychiques, surtout en l'absence des équipes mobiles. » « Les professionnels de la protection de l'enfance ne sont pas formés pour repérer les troubles du psychisme (notamment des parents). »
- Pour les aidants : UNAFAM propose une formation « Prospect », mais c'est insuffisant.

#### ▪ Les besoins de formation identifiés pour :

##### **Les professionnels du social médicosocial et pour les aidants** sur :

- les troubles du psychisme (avec spécificités selon l'âge des personnes),
- le repérage,
- les effets secondaires des traitements psychiatriques,
- les dispositifs sanitaires et médicosociaux au service des personnes avec des troubles psychiques. Qui fait quoi, pour quel public ?
- les actions de prévention.

**Les professionnels de la psychiatrie** sur les spécificités des établissements et services sociaux/médicosociaux.

**Les aidants** : expérience positive de formation/accompagnement des aidants « Pro famille » à l'hôpital de Saint-Étienne-du-Rouvray.

**Les personnes** : éducation thérapeutique des patients.

## LES PISTES ET ENJEUX DU TERRITOIRE

### Renforcer les interventions sur les lieux de vie

Renforcer les équipes mobiles sur le territoire et s'assurer de leur accessibilité, notamment en milieu rural

- L'équipe mobile des jeunes va s'enrichir d'un projet autour de la déscolarisation pour sortir les enfants de leur état d'isolement en intervenant à domicile. Cet accompagnement sera étendu à des enfants et ados non encore connus de l'hôpital (enfant ado).
- Il n'y a pas l'équipe mobile pour adultes à domicile.
- Équipe mobile précarité.
- Équipe mobile gériatrie.

Il sera utile d'identifier l'ensemble des équipes mobiles, leurs zones d'intervention et le public ciblé.

### Expérimenter de nouveaux dispositifs adaptés (soins et hébergements)

Imaginer une solution d'accueil spécialisé couplant soin + hébergement pour les enfants de la protection de l'enfance, mais aussi ceux accueillis en IME (à titre expérimental, cela existe).

#### Point de difficulté identifiée

- **Manque de structure relais d'accueil des jeunes patients de psychiatrie en sortie d'hospitalisation**  
Ces jeunes patients ont besoin d'accompagnement qui n'est pas suffisant dans les logements. Actuellement, la Samsah propose deux après-midi par semaine d'activité, donc très insuffisant pour répondre aux besoins de ces patients.  
En sortie d'hôpital, que fait-on de ces jeunes ? Si présence d'une famille, réinsertion au domicile, mais pour les autres, que fait-on ? Il manque une structure relais d'accueil. Les patients sont aptes à sortir (décision médicale) car ils ont atteint une stabilisation psychique, mais pas forcément fonctionnelle. Ces patients ne sont pas autonomes en sortie d'hospitalisation à vivre dans des structures de vie. Ils doivent être stimulés, accompagnés dans les gestes de vie au quotidien.

#### PISTE

- ➔ Suivre le modèle de l'UDAF où il existe une gouvernante présente (7j/7) qui assure l'entretien des logements, s'assure de la prise des médicaments... elle est là pour stimuler les gens.

Il existe actuellement deux structures au total : une sur Mont Saint-Aignan et une sur Canteleu. En projet, une sur EU-Goderville-Rouen gauche. Il s'agit de véritable inclusion en milieu ordinaire. Les résidents sont 6 ou 8 par dispositif et sans limitation de durée. Il existe une convention avec les CMP pour permettre une intervention rapide de soins. Les gouvernantes sont formées (convention CCAS ou ADMR) aux pathologies psychiatriques. Il y a plusieurs gouvernantes formées avec une exigence que ce soit toujours les mêmes qui interviennent par dispositif. Il est précisé qu'il n'y a pas forcément besoin d'être sous tutelle pour bénéficier d'hébergement, bien que ce soit effectivement plus facile mais pas obligatoire. Il existe une solidarité entre les résidents = entraide qui se crée, esprit de famille.

La difficulté de l'UDAF est l'absence de financement. La loi sur le logement inclusif devrait permettre de faire un appel à projet pour trouver un financement pour ce type de dispositif.

Ce type de structure pourrait être une réponse pour ces jeunes qui sortent de l'hôpital, à condition de prendre en considération la capacité des personnes à intégrer ce genre de dispositif (autonomie fonctionnelle suffisante). Entre la vie au CH et la résidence accueil, il faut que le patient ait atteint un niveau d'autonomie suffisant et il faut une stimulation suffisante pour que les patients soient motivés et ne restent pas couchés toute la journée. Toute la difficulté est donc de faire une transition adaptée aux besoins (modèle de sortie positive : celle organisée pour les patients autistes).

■ **Gestion des jeunes patients suivis par la protection de l'enfance et qui se retrouvent à 18 ans, du jour en lendemain, sans aucun accompagnement**

Les jeunes à 18 ans, sortent du périmètre de prise en charge par la protection de l'enfance. Les projets d'accompagnement s'arrêtent. Se présentent alors trois solutions : soit retour dans la famille (si existante), soit la rue, soit l'hospitalisation.

Les pathologies psychiatriques se confirment vers 18-20 ans. Or, paradoxalement, c'est à ce moment-là qu'il existe une rupture de prise en charge. L'hospitalisation est souvent la solution, mais l'hôpital n'est pas un lieu de vie. Ces situations conduisent à une embolisation des lits. Or, ces lits sont nécessaires pour d'autres patients. De ce fait, dès qu'il y a une stabilisation psychique, les médecins prescrivent la sortie et une fois sortis, retour possible à la problématique identifiée précédemment.

L'APEI propose l'accueil de patients avec handicap mental et de patients avec handicap psychique depuis quelques années. Il existe des studios d'apprentissage avec possibilité de vivre en collectif (repas) ou non collectif (possibilité de faire ses repas), ainsi que des ESAT avec une mixité des publics. L'enjeu de demain pour l'APEI est de créer des structures spécifiques pour répondre aux besoins des patients en déficience psychiatrique. Récemment, présence d'un psychiatre au sein de la structure. La question est posée sur sa participation dans la commission d'admission. Elle pourra être envisagée.

#### PISTES

- ➔ Former les professionnels dans les structures d'accueil (ex. : maison de l'enfance) aux spécificités des pathologies psychiatriques pour adapter l'accompagnement aux besoins des patients et favoriser la mixité. L'UNAFAM a écrit un texte de préconisation sur la mixité (cohabitation entre patient en souffrance mentale et ceux en souffrance psychique).
- ➔ Établir un lien entre le médicosocial et la psychiatrie pour mettre en place des évaluations personnalisées et conjointes des patients.
- ➔ Accompagner les familles, éviter l'isolement, les impliquer dans les soins. Les professionnels de la psychiatrie doivent avoir le réflexe d'orienter les familles vers les associations de familles pour les aider, les informer. Pour les familles qui ne sont plus capables d'être tuteur de leur enfant car trop âgés, il existe un dispositif : mandat de protection future (anticipation de la tutelle quand le parent n'est plus capable de s'occuper de l'enfant). Ce dispositif est méconnu des familles.

## Faciliter la continuité des parcours et l'articulation des secteurs sociaux, médicosociaux et sanitaires

### Point de difficulté identifié : difficultés d'hospitalisation des adolescents.

- Manque de lits dédiés aux adolescents (13-18), pas plus de place sur Rouen.
- Pour les enfants de moins 16 ans, la difficulté est d'obtenir des lits (Arthur Rimbaud, 10 lits sans urgence possible, il faut obtenir une PR-admission).
- Pas le lieu d'hospitalisation pour les adolescents après 16 ans (le CH Arthur Rimbaud ne prend que jusqu'à 16 ans). En projet à Arthur Rimbaud, la création d'une structure d'accueil (13-18 ans) de 7 places.
- Méconnaissance des pathologies psychiatriques par la justice entraînant des décisions non pertinentes (à risque) pour l'enfant. Parfois, lors de problèmes de maltraitance, d'inceste, il est demandé à la justice d'obtenir la visite en présence constante d'un tiers par la protection de l'enfance. Les familles, les avocats sont souvent contre et il est donc difficile de maintenir ce droit. La justice demande des faits, des éléments tangibles car la politique est plutôt au maintien du lien, alors que parfois, c'est TOXIQUE pour les enfants. La problématique vient souvent d'une méconnaissance des pathologies psychiatriques par les juges. Parfois, il existe également des cas de troubles psychiatriques chez les parents et il est demandé d'avoir une visite sous contrôle d'un tiers, mais elle n'est pas maintenue.

### PISTES

- ➔ Mettre en place des outils d'évaluation du développement de l'enfant avec des grilles afin d'obtenir des éléments complets à transmettre à la justice (ex. : rapport du Pr AFTER du Havre, comité scientifique qui parle de la rupture de la protection et des difficultés). Il faut former les juges, les inspecteurs de la protection de l'enfance.
- ➔ **S'appuyer sur les exemples positifs existants :**
  - étendre le lien de la pédopsychiatrie avec d'autres PMI ;
  - créer une maison des adolescents pour répondre aux points faibles : difficulté à avoir des places pour une hospitalisation. Dans le secteur de protection de l'enfance, on déplore également le mélange d'enfants avec adultes, et les hospitalisations sont rarement faites (à Rouen si besoin), la sortie d'hospitalisation pour les adolescents avec troubles (protection de l'enfance) amenant un changement de traitement : le déficit de transmission d'information amène une méconnaissance et un décalage une fois arrivé en établissement.
- ➔ **Impliquer l'ensemble des acteurs pour la sortie d'hospitalisation**
  - Impliquer les médecins traitants pour faire les demandes d'hospitalisation.
  - Impliquer les services médicosociaux et l'entourage de la personne avant la sortie d'hospitalisation (ex. : CLIC- MAIA connaissent bien les personnes et leur conditions de vie à domicile), c'est une source d'information importante.
- ➔ **Développer une coordination des acteurs (sanitaires et médicosociaux)** autour de la prise en charge du patient dès l'entrée en hospitalisation = anticipation coordonnée de la sortie des patients des services de psychiatrie. Cette anticipation de la sortie doit passer par une communication entre les acteurs du sanitaire et du médicosocial. Nécessite de désigner un référent dans la structure d'accueil, en lien avec le médecin référent du patient pour préparer la sortie.
- ➔ **Développer des outils tels que le système de carte « contact » pour avoir les coordonnées des référents du patient et assurer la continuité de la prise en charge.**
- ➔ **Mettre en place des conventions entre les directions des établissements de santé et des établissements médicosociaux** pour un engagement d'information réciproque entre médecin et référent d'établissements médicosociaux, pour garantir la continuité d'information. Il existe un projet de convention du CH de Dieppe avec

les établissements médicosociaux pour la prise en charge des adultes, un point pourrait être ajouté sur l'accompagnement des enfants.

# ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

## ANALYSE PARTAGÉE DES DONNÉES DU TERRITOIRE

L'analyse des données territoriales montre la complexité de la maladie mentale et de la gestion des traitements associés.

- Les patients avec une pathologie mentale ne sont pas tous en ALD (exemple les névroses –sauf phobie).
- Il existe également des psychotropes consommés sans ALD.
- Il existe également des médicaments avec des propriétés psychotropes, mais qui ne sont pas des médicaments forcément utilisés pour la pathologie psychiatrique.

La revue de la littérature montre :

- pas de différence significative entre Dieppe et région sur la consommation de psychotropes ;
- une équivalence des troubles psychiques sur Dieppe versus la région ;
- la vieillesse, la pauvreté, la solitude ne semblent pas être un facteur de risque plus important sur la santé mentale sur Dieppe versus région ;
- a contrario, le taux de recours aux psychiatres est plus fréquent sur Dieppe ;
- pas vraiment de différence sur le taux de maladie somatique (en dehors du contexte psychiatrique) sur Dieppe versus la région, sauf concernant le diabète ;
- a contrario, on constate une surreprésentation des cancers, des maladies neurodégénératives sur Dieppe, ainsi que des maladies respiratoires.

Il a été rappelé les facteurs de risques psychosociaux pouvant impacter la santé mentale :

- stress,
- violences internes ressenties,
- violences externes.

Le stress et manque de reconnaissance au travail augmentent les risques de burn out, de déprime...

## CONSTATS PARTAGÉS SUR LE TERRITOIRE

Des préoccupations transversales partagées par les acteurs

### La discrimination qui recouvre plusieurs aspects

- **Discrimination sociale et sociétale** : l'atteinte mentale peut encore constituer un tabou, une maladie honteuse, peut-être la dernière. Il y eut la tuberculose au XIXe ; au XXe, les maladies sexuellement transmissibles, parfois le cancer.
- **Discrimination par les corps de santé et de soins**. La pathologie mentale interpelle, dérange, disqualifie parfois le patient du point de vue de la santé physique. Il fait peur. Il effraie parfois les « somaticiens ». La pathologie psychiatrique peut faire négliger les pathologies somatiques, par attribution des symptômes à l'état mental. Les patients atteints de pathologie mentale peuvent être relégués dans un statut attentiste aux SAU.

- **Discrimination entre patients** : certaines maladies psychiatriques et patients porteurs de celles-ci sont déconsidérés aux yeux de patients atteints d'autres maladies psychiatriques. Les bipolaires, les psychotiques, ceux atteints d'un handicap associé, notamment intellectuel (IMC) ou de grands handicaps fonctionnels sont regardés comme des « anormaux ».
- **Autodiscrimination** : certains patients atteints de maladie mentale se méprisent eux-mêmes, se cachent, ont honte et, au-delà du déni possible, sont dans une démarche dévalorisante.

Cette discrimination a des conséquences lourdes sur la vie des patients, des exemples :

- prise en charge non adaptée des patients par la police, la justice ;
- refus des patients trisomiques à l'école.

Dès l'annonce du diagnostic en psychiatrie, les patients sont classés dans une catégorie. Or, tous les patients ne rentrent pas dans une catégorie définie, c'est une situation très discriminante pour les patients et pour les familles d'être étiquetés sur une pathologie donnée.

#### PISTE



Classer les patients en fonction de leurs besoins et non par catégorie ? Il semble évident que cet enjeu, qui est sociétal, relève de la compétence du territoire qui doit mettre en place des actions pour démythifier cette pathologie.

## L'observance

Il s'agit de l'observance des traitements psychiatriques, des traitements à visée somatique, mais aussi de la gestion des rendez-vous de consultations psy, de consultations de premier ou second recours médical somatique, ou de soins dentaires... Ces agendas sont d'autant plus difficiles à gérer pour ces patients que les rendez-vous sont prévus de longue date, nécessitent une projection dans l'avenir souvent difficile pour eux.

Des facteurs influencent négativement cette observance :

- la multiplication des intervenants,
- le changement des intervenants,
- l'état cognitif du patient,
- sa mobilité...

Des facteurs influencent positivement l'observance comme :

- l'existence de référents sociaux, médicosociaux, médicaux de premier et second recours bien identifiés des patients ;
- un entourage solide ;
- l'institutionnalisation souvent dotée d'un encadrement humain et professionnel accompagnant le patient et pouvant rendre compte des informations délivrées par les recours sanitaires et sociaux. Ces ressources humaines assurent la transmission de l'information et favorisent l'observance dans tous ces champs ;
- l'institutionnalisation favorise la mobilité du patient, soit parce qu'elle dispose de moyens de transport spécifiques et financés, soit parce qu'elle sait mobiliser mieux les transports sociaux existants ;

- l'institution dispose parfois de ressources de premier recours. Par endroit, un psychiatre assume des plages de consultation systématiquement, un MG assume des consultations dans l'établissement de façon périodique et systématique, soit sous forme d'interventions à l'acte, soit selon des forfaits de rémunération, soit en salariat. Cependant, les vacataires MG ou spé sont limités par le temps, par des horaires peu flexibles par rapport à leur activité qui est, elle, très dépendante des aléas, notamment des urgences auxquelles ils doivent répondre. Les locaux mis à disposition des praticiens vacataires extérieurs ne sont pas toujours d'un niveau optimal (l'un est reçu dans une cave, d'autres disposent de pièces de consultation où s'entassent parfois des objets qui les font ressembler à des débarras). Le matériel est souvent absent (tables d'examen ou gynécologiques). Ils ne disposent pas toujours de place réservée en parking quand ils existent.

Les difficultés d'observance sont souvent « croisées » et concernent à la fois les thérapeutiques à visée psy avec celle à visée somatique.

Plusieurs causes à la non observance en santé mentale :

- les patients atteints de maladie psy ont quelquefois tendance à être dans le déni de leur maladie psy, ce qui favorise l'inobservance ;
- non autonomie des patients en sortie d'hospitalisation qui ne sont pas capables de gérer leur traitement (nécessité d'un accueil relai).

En pratique, pour pallier la non observance des traitements, il existe une adaptation des prescriptions en fonction du grade du patient (patient dans l'acceptation de la maladie, moyennement collaboratif, dans le déni...) : traitement retard, aide avec des IDE (gestion des piluliers)... (notion d'insight). Toutefois, malgré toutes les mesures de précautions prises, on ne peut pas légalement obliger un patient à prendre ses médicaments.

- Parfois les médecins traitants ont des difficultés à connaître les traitements psychotropes pris par les patients et de même, les psychiatres ont des difficultés à connaître les traitements pris par les patients et prescrits par d'autres médecins, y compris ophtalmo.

Deux points de blocages complémentaires ont été évoqués :

- cas des injonctions de traitement (ex. : cas des délinquants sexuels) ;
- problématique de la précarité qui incite les patients à revendre leurs médicaments.

#### PISTE

- ➔ Veiller dans la recherche de pistes à ne pas créer des structures spécialisées avec un risque de multiplication des acteurs, mais plutôt « centraliser-regrouper ». Envisager une vision systémique du parcours en santé mentale.
- ➔ Créer des GEM, mais en s'assurant que ce qui est recommandé par les pairs n'est pas l'arrêt des traitements prescrits.
- ➔ Le DMP a été évoqué comme outil de partage, sachant que les avis sont partagés et qu'il existe une réticence des MG, pas uniquement pour des raisons techniques professionnelles, mais aussi pour des raisons déontologiques et de conscience.

## Prise en charge

### ▪ Diagnostics

En général, les diagnostics d'anxiété et/ou de dépression sont correctement posés par le premier recours. Les indications thérapeutiques sont valides.

Le problème de la durée des traitements et en particulier de certains, comme les anxiolytiques, peut poser problème.

Des médecins traitants se refusent à manipuler certains psychotropes. Certains médicaments sont à prescription réservée.

Les mineurs ne peuvent entrer dans le champ de prescription des MT en matière de psychotropes. Cela peut entraîner des désengagements de la part des MT et du retard à la prise en charge.

L'escalade thérapeutique ou le changement de traitement peuvent être moins maîtrisés.

Le contact avec le second recours psy est difficile (refus des patients, rendez-vous difficiles à obtenir...).

### ▪ La continuité des soins

Elle pose problème en 24 h/24, dans tous les domaines de la santé et des soins.

Elle est aussi préoccupante en ce qui concerne une file active de patients atteints de troubles comportementaux, en particulier pour les patients instables ou chez lesquels une crise pourrait être susceptible de se manifester.

## PISTE

- ➔ Repenser la continuité des soins volontaires pour certaines files actives de patients choisis et inclus dans une veille partagée de premier recours entre MT, IDE et pharmaciens de proximité en 24 h/24. La PTA CDV a déjà travaillé sur un tel sujet.

## L'accès aux soins

### LES FREINS

- ▶ Conséquences des problèmes démographiques qui touchent toutes les professions des soins, mais aussi les professionnels du médicosocial et social pour des raisons différentes (y compris budgétaires).
- ▶ Patients sans MT.
- ▶ Patients sans psychiatre (avec le problème des dépassements d'honoraires, voire de l'avance de frais), ou sans psychologues (avec le problème des remboursements).
- ▶ La multiplicité des dispositifs.
- ▶ Les soins dentaires sont particulièrement difficiles à suivre par les patients psy.
- ▶ La diminution des transports pris en charge.

### LES LEVIERS

- ▶ Conventions signées entre dispositifs de vie et hôpitaux pour accéder aux soins, mais il persiste des problèmes de connaissance des dispositifs existants et de leur usage.
- ▶ Il existe des filières et des professionnels qui portent ces conventions, mais ils sont rares et après eux, le doute s'installe quant au renouvellement : ex. du Dr P., MG qui accepte d'être recours pour signer les HO en tant qu'intervenant extérieur à l'hôpital de Dieppe.
- ▶ Moyens de transport pouvant exister en établissement.

On constate une déshumanisation de la santé au sens large. Il existe une réelle nécessité d'un accompagnement pour les patients de psychiatrie car la prise en charge des soins totalement déshumanisée n'est pas adaptée et ne favorise pas l'accès aux soins.

#### PISTES

- ⇒ Favoriser des circuits courts de prise en charge (la communication se doit être humaine et directe).
- ⇒ Améliorer les connaissances, sensibiliser les acteurs, favoriser la communication et le décloisonnement.

La nosologie devient un peu compliquée (ex. : autisme, pédopsychiatrie...) et on constate un problème de connaissances théoriques auxquelles il faut pallier.

Mais le manque n'est pas que médical, il existe un réel besoin de se former sur la réglementation, sur l'assurance maladie. Le constat commun est un manque de reconnaissance et de connaissance des mondes social, médicosocial et médical entre eux : existence d'un cloisonnement des structures. Méconnaissance des dispositifs existants mais aussi des pathologies elles-mêmes (ex. : autisme, pathologie pédiatrique psy...).

#### PISTES

- ⇒ Pôle ressource en santé mentale.
- ⇒ S'appuyer sur le rôle pivot de la PTA qui a cette vocation d'état des lieux des ressources du territoire, de coopération et de retour d'expérience.

## Problèmes somatiques fréquents chez les patients atteints de maladie mentale

### ▪ Les pathologies fréquemment associées

Il s'agit peut-être d'un ressenti des soignants plutôt que d'une réalité objective. Sans doute existe-t-il des travaux sur le sujet. Sinon, cela vaudrait la peine d'étudier la question.

Les impressions du groupe de travail quant à la prévalence fréquente de certains problèmes somatiques associés à la pathologie psychiatrique :

- syndrome métabolique, obésité, SAS,
- addictions,
- digestifs transit, malnutrition,
- hygiène bucco-dentaire,
- hygiène cutanée avec la négligence du corps patients en rupture de soins,
- accidentologie : AVP, chutes,
- contraception,
- troubles du sommeil,
- tentatives de suicide et suicides issus de la maladie psy, atteignent le soma.

- **La iatrogénie des psychotropes ou des traitements somatiques associés aux traitements psychiatriques**

Sa connaissance est insuffisamment dominée par les médecins généralistes comme celle croisée des traitements somatiques avec les traitements psy par les psychiatres. L'hyperspécialisation est un frein à la prise en charge.

Il y a une méconnaissance des traitements les plus lourds et une crainte vis-à-vis de ces traitements : la formation médicale continue est nécessaire sur ces questions.

## **Le territoire**

Il serait nécessaire de mieux connaître les institutions existantes, leurs champs d'intervention, de pouvoir les joindre facilement (sans doute messagerie au mieux...).

Regrouper certaines institutions pourrait participer à les rendre plus visibles, dans le respect de leurs spécificités, de leur histoire individuelle... Il faudrait inciter au regroupement plutôt que d'être dirigiste et autoritaire.

C'est dans la dimension territoriale qu'au mieux, les logiques de regroupement pourraient être proposées aux acteurs volontaires. Ce serait de ces acteurs que les choses devraient naître, avec des incitations y compris financières et dans une logique multiprofessionnelle et plurisectorielle.

Au minimum, il faudrait envisager des moyens administratifs mutualisés qui pourraient faciliter une communication informatique plus performante, plus sécurisée, plus communicante... Elle pourrait permettre une expertise en gestion des ressources humaines comme juridique plus performante, en déchargeant les acteurs de processus compliqués, sans les priver de la gouvernance de leurs structures.

Évidemment, il ne faut pas qu'à la faveur d'outils partagés, les dispositifs qui partagent une partie de leur gestion par exemple y perdent leur stratégie, leur personnalité morale... Ces outils ne doivent rester que des services offerts aux dispositifs, servir mais ne pas asservir.

En résumé

- La méconnaissance partagée doit faire place à une communication efficace.
- Le territoire est un lieu de motivation, une échelle d'échanges légitime et probablement efficace.
- Décloisonnements sectoriels peuvent rester des mots s'ils ne sont pas appuyés sur des protocoles construits en commun, donc légitimés, valorisés autant par le portage commun que financièrement.

## **Maintien à domicile**

Si les établissements existants sont performants, ils souffrent d'un manque de ressources en médecine organique (comme psy), surtout dans les circonstances d'urgence ou de crise.

Le maintien à domicile est souvent difficile pour les familles. Celles-ci manquent de ressources en professionnels de soins. La continuité des soins fait défaut. Elle n'est assurée presque que par les établissements.

La pertinence de l'existence au niveau territorial d'une structure pivot (ex. : PTA) est rappelée. L'enjeu consiste à s'orienter vers la polyvalence des acteurs, éviter l'hyperspécialisation dans le domaine social ou médicosocial. L'objectif : unir les dispositifs pour mieux se connaître.

## **Prévention et promotion de la santé des patients psy**

Elle est souvent abandonnée ou précarisée devant d'autres priorités. Le patient peu actif, laissé au sommeil diurne, aux pulsions alimentaires, au tabagisme excessif, etc.

La pathologie psy requiert sans doute des stratégies adaptées en matière de prévention, qui peuvent être limitées par la difficulté d'accroche de cette population.

Les dispositifs (au sein par exemple de la CTS) doivent inscrire leurs actions dans une logique globale territoriale.

Un message porté par tous, avec des angles d'attaque différents, renforce le message choisi en commun. Les thèmes possibles sont :

- L'alimentation. Cela semble un sujet prioritaire, même vis-à-vis des addictions, car cela présente les choses très symboliquement, comme un projet de vie dans la gestion de son capital santé, et sous-entend l'investissement que chacun peut décider d'avoir dans son capital santé. De plus, l'alimentation peut devenir addictive, en plus comme en moins. Qui mange bien aura moins logiquement tendance à acquérir des conduites addictives.
- Cela ne veut pas dire de ne pas mener d'autres actions, par exemple contre tabac, alcool, autres drogues...

## **Souffrance au travail**

Le MT est souvent face à la suspicion de pathogénicité sociale et aux répercussions sur la santé de son patient. La part entre problème social à proprement parler et les conséquences pys est souvent difficile à faire.

## **LES PISTES DE TRAVAIL**

Parler de soins somatiques chez un patient atteint de pathologie mentale, c'est déjà faire référence à une prise en charge globale de l'individu et nous inviter à élargir notre champ de vision. Dans cette dynamique, le groupe a suivi une logique d'embrassement des enjeux pour la santé du patient atteint de pathologie mentale, dans un contexte panoramique dépassant strictement le champ de la santé mentale, des soins somatiques pour viser son intégration sociale et sociétale.

Nous avons essayé d'envisager les dispositions d'amont qui conditionnent les enjeux perceptibles plus immédiatement, mais auxquels nous ne saurions répondre sans que les dispositions d'amont n'évoluent. Nous distinguons que cette évolution dépasse largement le périmètre strict du PTSM. Nous nous sommes rendu compte que ces dispositions nous concernent tous (et pas seulement en tant que professionnels des soins ou de la santé). Cela pointe le fait que le patient atteint de pathologie mentale est bien le même que chacun d'entre nous, du point de vue de la santé et des soins somatiques. Ce constat est en lui-même intégratif.

## **Des dispositions d'amont**

Ces pistes représentent une recherche de cohérence globale et une préoccupation systémique. Il ne sert de rien d'avoir de bonnes idées et de construire des dispositifs pertinents si tout alentour les contredit et les perturbe.

- **Valorisation réelle du concept de territoire**

Ce concept constitue une échelle où la prise en compte des dispositions d'amont est au moins partiellement possible, en intervenant sur des leviers sur lesquels nous pouvons peser relativement pour orienter un peu les choses. Cela tient en partie à l'aménagement du territoire et retentit à tous les niveaux de la prise en charge des patients atteints de maladie mentale (mais pas seulement eux). Il concerne les points suivants.

- Une attractivité générale du territoire : en finir avec un complexe de territoire de « seconde zone ». Vanter la qualité de vie et la développer. On ne doit pas venir sur ce territoire forcé et contraint, presque de façon punitive ou par défaut.
  - Développer des infrastructures culturelles.
  - Valoriser la démocratie sanitaire au travers d'un CTS plus démocratique, plus représentatif, plus intervenant dans la vie territoriale.
  - Plaider pour que s'installent des dispositifs d'enseignement de cycle universitaire, antennes ou écoles à part entière.
- **Valoriser en matière sanitaire les dispositifs publics et privés, de premier recours comme de second recours, qui aspirent à se développer, ou naître**

Pour le premier recours, les CPTS doivent être provoquées par l'ARS, la PTA en conjonction avec elles doit pouvoir s'intégrer dans la notion d'Établissement communautaire de proximité, fonctionnel ou immobilier également... Les élus ont largement leur place dans l'attractivité du territoire. Les cabinets libéraux ont des difficultés immobilières car les locaux sont souvent exigus, interdisant par exemple de recevoir des internes en autonomie, des assistants médicaux (Ide Asalee et autres), d'assumer de l'ETP de proximité...

Les fusions (notamment des structures médicosociales) doivent être accompagnées sur la base du volontariat des structures dans un premier temps, dans le respect des histoires de chacun et des individus.

Les transports déremboursés sont un frein à la mobilité des patients, que ce soit en matière de soins ou de santé. Les patients atteints de maladie mentale sont souvent en perte d'autonomie de ce point de vue.

- **Prévention**

La prévention est un domaine où se rejoignent les intérêts de tous. Les patients atteints de pathologie mentale ont souvent des pathologies somatiques en relation avec une mauvaise hygiène alimentaire, facilitée par l'iatrogénie et les effets secondaires des médicaments, la propension à consommer compulsivement, quand ce n'est pas à avoir des comportements addictifs...

Il est à noter que ces troubles des conduites alimentaires (le terme alimentaire est pris au plus large et peut aller jusqu'à inclure le tabagisme, par exemple dans une logique qui renvoie à l'oralité) peuvent être primitifs comme seconds par rapport à la pathologie mentale (anorexie, boulimie, alcoolisme, ou simplement effets secondaires à la maladie mentale ou à l'iatrogénie).

Au-delà des prises en charge spécifiques des pathologies mentales liées aux comportements alimentaires, il s'agit de replacer le patient atteint de pathologie mentale dans la logique globale d'un plan territorial de santé alimentaire. Le CTS semble un des lieux privilégiés pour ce faire et en son sein, la question a déjà été évoquée de nombreuses fois, et spécifiquement au cours d'un séminaire de travail action. De même l'hygiène bucco-dentaire semble exemplaire.

- **Démystifier la maladie mentale**

Elle reste l'une des seules maladies honteuses. Il convient que le patient atteint de maladie mentale soit perçu comme un citoyen comme un autre, même s'il est porteur d'une maladie, mais au même titre que tout autre porteur d'une autre maladie (il n'est pas parlé ici des patients qui ne sont plus intégrés, mais leur proportion doit se réduire à la marge).

- **La CTS**

La CTS est un lieu où des initiatives peuvent être prises en faveur de tous les publics, mais en particulier pour ces patients atteints de pathologie mentale.

## **Décloisonnement des acteurs et des dispositifs**

Le décloisonnement des professionnels (les métiers), des structures (établissements, institutions médico-sociales, cabinets, ESP, CPTS, PTA... ) des niveaux de recours (premier, second, niveau de recours tertiaire) et des secteurs (public, privé, parapublic)

Les actions dans tous les domaines doivent intégrer la notion de décloisonnement.

- **FMC**

Une partie de la formation (initiale comme continue) devrait se faire en interpro, inter recours, et inter secteur.

- **La continuité des soins**

Elle doit être rebâtie sur la base non d'une universalité, et comme un service consommériste, mais comme répondant aux besoins de files actives recomposées en permanence, où sont inclus les patients du fait de la nécessité actuelle ou pressentie de leur cas. Ces files actives peuvent comprendre les patients atteints de pathologie mentale déstabilisés, les patient inclus en palliatif, en soins aigus cancérologiques, les insuffisants respiratoires non équilibrés, les neurodégénératifs graves, les insuffisants cardiaques, etc. Elle doit assumer en proximité en interpro et disposer de moyens de communication protocolisés avec le second recours.

- **Circuits courts**

Notre territoire est à une échelle où tous peuvent se connaître et correspondre plus facilement. La bonne communication est la communication en temps réel différé, et avec messages courts et protocolisés, assumant le suivi des aides au diagnostic et à la prise en charge.

- **Annuaire**

Quand ils ne sont pas personnalisés et personnels, ils ne sont pas toujours utilisables (à quoi sert un numéro non joignable, ou pas dans le temps de la nécessité ?).

- **Regroupements incitatifs et choisis et portés par les dispositifs eux-mêmes – PTA CDV**

- **Maintien à domicile**

Il doit se construire dans un esprit de décloisonnement et avec les outils de celui-ci vus au paragraphe précédent. Il représente la seule alternative solide à l'hôpital en tension.

## **Points spécifiques**

- **Souffrance au travail**

C'est une réalité. Elle peut être instrumentalisée dans la communication médiatique. La lutte contre ce phénomène doit être prise en compte. Un effort partagé contre elle peut pointer la qualité de vie du territoire, augmenter son attractivité.

- **Réflexion sur l'injonction thérapeutique**

Ce domaine mériterait un dialogue plus fréquent entre justice et acteurs de soins et de santé, dans l'intérêt du patient et sans compromission.

## **LES GRANDS PRINCIPES (ENJEUX)**

### **LES GRANDS PRINCIPES (ENJEUX)**

- ➔ Un territoire à désenclaver et à valoriser : cultiver ses atouts, en créer de nouveaux... Un décloisonnement volontaire et financé.
- ➔ Trois pools de ressources fortement identifiables, avec des personnalités légitimes et reconnues par leurs composantes comme par leurs partenaires :
  - un premier recours principalement libéral bien identifié, plus structuré,
  - un médico-social lisible, fort, réactif,
  - un GHT soulagé de la tension.
- ➔ Une communication individualisée entre professionnels et secteurs, favorisée par le décloisonnement.
- ➔ Une démocratie sanitaire active et complétée : présence de l'Éducation nationale, contacts avec la justice, avec les agents de la culture...

# PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

## Définitions de la situation de crise

- Situation interactive, conflictuelle, impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux...).
- C'est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue vers l'urgence médicale, psychiatrique ou mixte.

## CONSTATS PARTAGÉS SUR LE TERRITOIRE

Contact général d'insuffisance de communication entre les secteurs sanitaire (hospitalier et libéral), médicosocial, social et éducatif.

### Les difficultés autour de la prise en charge des patients en crise aux urgences

Parfois, il existe un problème de communication et de compréhension, lorsque les patients ne sont pas accompagnés, entre les éducateurs sociaux et les professionnels des urgences (les éducateurs pensent que le patient va être hospitalisé donc repartent ; or, le patient ne l'est pas et ressort seul 4 h plus tard...). L'obligation d'accompagnement des patients aux urgences a été rappelée, il est proposé que ce soit intégré dans le projet de convention hôpital – secteur médicosocial – social - personnes âgées.

- Les équipes mobiles de psychiatrie de l'hôpital sont une véritable force pour aider à gérer les situations de crise.
- La difficulté reste la gestion des situations de crise en cas d'envoi aux urgences :
  - problème de transport individuel des patients en crise (= il existe un véritable danger pour le patient et les autres occupants du véhicule),
  - problème à l'arrivée des urgences :
    - sentiment de ne pas être entendu et écouté par rapport à ce qui a été vécu, la situation de stress dans laquelle est le professionnel qui, depuis plusieurs heures, essaie de gérer la crise en présence des autres patients...
    - difficile à gérer également les situations où les jeunes en crise s'apaisent une fois arrivés aux urgences et qui sont donc renvoyés sans prise en charge,
    - souvent plusieurs crises par semaine à gérer pour ces patients, avec l'obligation de repasser par les urgences.
- Difficulté des généralistes à participer aux hospitalisations sans consentement.
- Accès en urgence : les SAU fonctionnent sur le mode tri par obligation.
- Absence de continuité des soins de la prise en charge médicale (en ville, la PDS s'étiole de plus en plus. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, elle n'existe plus de 20 h à 24 h, sauf les WE et JF) et médicosociale (certains services ne sont plus joignables après 17 h).
- Les démarches légales et le risque médico-légal : les hospitalisations d'urgence sont difficiles et comportent des risques légaux qui exposent les professionnels, en termes de validité comme de plainte a posteriori...

## PISTE

- ➔ Réfléchir à comment prendre en charge ces jeunes patients en crise, de façon simplifiée au lieu de systématiquement repasser par les urgences.

### - **Problème de gestion des adolescents aux urgences :**

De manière générale, l'absence de lit d'hospitalisation pour mineur sur le territoire est problématique.

- Pour les adolescents (13-18 ans) ne relevant pas de la pédiatrie, pas de place pour une hospitalisation (si nécessaire) adaptée. Ils sont orientés dans le service de psychiatrie adulte, avec tous les risques que cela comporte.
- Ressenti d'un manque d'accompagnement à la sortie de l'hôpital (décalage entre la vision médicale « patient stabilisé » et celle de la protection de l'enfance qui récupère un enfant fragile. Difficulté à gérer l'après crise, la violence des crises laisse des traces, tant au niveau des professionnels que des autres jeunes.

## PISTE

- ➔ Mettre en place des cellules de débriefing pour échanger sur les difficultés (retour d'expérience), par exemple pour soutenir psychologiquement les éducateurs.

### ■ **Accompagnement du retour à domicile**

Les psychiatres précisent qu'avant le retour à domicile, il y a un travail à faire avec l'enfant et l'équipe de professionnel du service d'accueil pour préparer ce retour. Ce travail fait partie de la thérapie, c'est une étape indispensable du parcours de soin, mais qui n'est pas fait de façon systématique. Cela permet d'éviter la rupture de parcours, tant pour le patient que pour les professionnels.

- Difficulté identifié par la psychiatrie de travailler pour préparer le retour avec certaines structures médicosociales.
- Cloisonnement médecine de ville/hôpital/ESMS.
- Problème d'accompagnement des patients en crise aux urgences : il existe parfois un problème de communication et de compréhension entre les éducateurs sociaux et les professionnels des urgences (les éducateurs pensent que le patient va être hospitalisé, donc repartent ; or, le patient ne l'est pas et ressort seul 4 h plus tard...).

## PISTE

- ➔ Utiliser un outil style « carte contact » pour que le patient ait avec lui toutes les coordonnées des personnes à contacter.
- ➔ Ajouter dans la convention entre établissements médicosociaux et l'hôpital une partie sur l'accompagnement des enfants aux urgences.

## De nombreuses difficultés de prise en charge

- Difficile d'accès aux psychiatres et psychologues : pénurie de psychiatres sur le territoire, difficultés en termes de prise de RV, d'accessibilité financière (du fait de dépassements d'honoraires comme de non remboursement des actes pour les psychologues).
- Absence de l'Éducation nationale et faiblesse du secteur médico-psychologique scolaire.
- Difficulté des personnes souffrant de maladies psychiques non accompagnées.
- Pour les adolescents, la difficulté majeure réside dans l'impossibilité des psychiatres d'intervenir sur les lieux de vie.
- Concernant les démarches légales et le risque médico-légal : les hospitalisations d'urgence sont difficiles et comportent des risques légaux qui exposent les professionnels, en termes de validité comme de plainte a posteriori....
- Absence de circuit court lisible comme utilisation de SMS ou mail ou tél, opérationnels fiables. Référence également à l'absence de messagerie sécurisée.
- Les crises marquent durablement les ESMS (professionnels et résidents).

## Difficile maintien à domicile

- Difficulté du maintien à domicile pour les patients qui sortent d'hospitalisation, mais pas suffisamment autonome pour se gérer (difficulté dans l'observance des traitements, les gestes de la vie quotidienne...). Piste de réflexion autour du modèle de l'UDAF (structure de vie avec présence d'une gouvernante).
- Nécessité de dialogue avec les proches : nécessité d'avoir un échange avec la famille pour préparer au mieux des orientations les plus adaptées possibles aux besoins des enfants.
- Sécurisation de la prise médicamenteuse à domicile fait reculer devant certains traitements.
- Deux problématiques ont été identifiées en lien avec le passage des infirmières à domicile :
  - le pilulier est préparé mais pas de vérification de la prise effective des médicaments (risque de non observance du traitement par le patient) ;
  - tous les médicaments sont donnés en même temps, or certains médicaments devraient être administrés en début de soirée (médicaments pris trop tôt, effet trop tôt, patients ne dorment pas la nuit).
- Absence d'activité quotidienne pour les malades chroniques, même si en hôpital de jour, des activités sont proposées à tous, il n'y a pas d'obligation d'y participer, certains n'adhèrent pas.
- Le SAMSAH peut faciliter le maintien à domicile, c'est un accompagnement en milieu ouvert qui nécessite une orientation préalable et une contractualisation avec le patient.

## FACTEURS POUVANT AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE CRISE

- ➔ Favoriser l'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence.
- ➔ Organiser la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques.
- ➔ Organiser le suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide).

## LES ENJEUX IDENTIFIÉS

### Communication

#### ENJEUX

- ➔ **Articulation et coopération avec l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie. Responsabilisation des inspecteurs**
  - réforme de la protection à l'enfance ;
  - retrouver une forme d'échange avec l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie (réunion d'élaboration et de synthèse).
- ➔ **Améliorer la connaissance mutuelle des acteurs du territoire**
  - annuaire des lieux de vie ;
  - annuaire des services sociaux, de la psychiatrie adultes et enfants / des différentes équipes mobiles de psychiatrie, et surtout des acteurs de santé dans le secteur de la psychiatrie ;
  - cartographie des intervenants ressources dans le domaine de la psychiatrie ;
  - prévoir des temps de rencontre entre les acteurs.

### Démographie médicale

#### ENJEUX

- ➔ **Démographie médicale :**
  - réduire les délais de prise en charge ;
  - faciliter l'accès aux psychiatres ;
  - faciliter l'attractivité des psychiatres dans le secteur public ;
  - recruter des psychiatres ;
  - revoir la place du médecin psychiatre.

### Formation initiale et continue (pour prévenir les crises)

#### ENJEUX

- ➔ **Sensibiliser les professionnels à la maladie psychique**
  - via « Pro famille »
  - via GRAFISM
  - via REPSY 76
  - proposer des thèmes de découverte + ateliers à l'ensemble des différents secteurs du territoire animés pour les acteurs de la santé mentale du territoire de Dieppe (journée thématique).
- ➔ **Développer des outils pour les professionnels médicosociaux**
  - Développer des outils pour orienter / savoir quand il faut aller à l'hôpital – protocole ? – (ex. : grille d'évaluation du risque de survenue de crise).

## Prévention de la situation de crise

### ENJEUX

- ➔ **Améliorer l'accompagnement quotidien des personnes malades**
  - Modèle de l'UDAF : développer le principe des familles gouvernantes.
- ➔ **Améliorer la mise en réseaux autour des malades**
  - Développement des habitats partagés avec accompagnement.
  - Développer des partenariats avec les bailleurs sociaux (pour patients autonomes).
  - Faciliter la communication entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte lorsqu'enfant et parents sont suivis.
  - Sensibiliser les patients suivis pour pathologie psychiatrique à s'orienter vers un pédopsychiatre, si leur enfant présente des difficultés ou des troubles.
- ➔ **Fiabiliser les prises de traitement avec les professionnels libéraux**
  - Utilisation de médicaments retard.
  - Identification d'IDE référente pour fiabiliser la prise des traitements.
  - Évaluer le nombre de patients qui ne suit pas son traitement (non observance), notamment chez les jeunes majeurs.
- ➔ **Réduire les ruptures de parcours**
  - Évaluer, avec l'ensemble des acteurs du parcours du patient, l'orientation du patient (comité d'orientation) = développer le travail pluridisciplinaire pour l'aide à la décision des placements par les inspecteurs.
  - Former les inspecteurs de l'aide sociale à l'enfance au développement psycho affectif de l'enfant.

## Gestion de la situation de crise

### ENJEUX

- ➔ **Améliorer la prise en charge des patients en crise aux urgences**
  - Fiche de liaison commune à tous les ES-MS pour sécuriser/faciliter l'organisation lors d'hospitalisation aux urgences.
  - ES-MS devraient prévenir les psychiatres qu'un patient vient aux urgences (filière plus rapide).
  - Fiche de transmission (si possible) retraçant les différents éléments de la crise qui accompagnerait le patient car parfois, ce n'est pas celui qui accompagne qui a vécu la crise du patient.
  - Prévoir le nom et coordonnées de la personne détenant l'autorité parentale pour la signature pour les enfants mineurs, lors d'hospitalisation aux urgences.
  - Référentiel de bonnes pratiques à ajouter dans la convention ES-MS et Sanitaire pour faciliter la continuité de la PEC aux urgences.

## Gestion de l'après crise

### ENJEUX

- ➔ **Mieux accompagner les équipes dans l'après crise pour échanger sur les difficultés**
  - Capitaliser le retour d'expérience par la traçabilité afin de pouvoir réutiliser les éléments pour les prochaines crises.

## Les partenariats

### ENJEUX

- ➔ **Rendre lisible les partenariats existant difficultés**
  - Favoriser les contractualisations.