

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE – PTSM de l'EURE

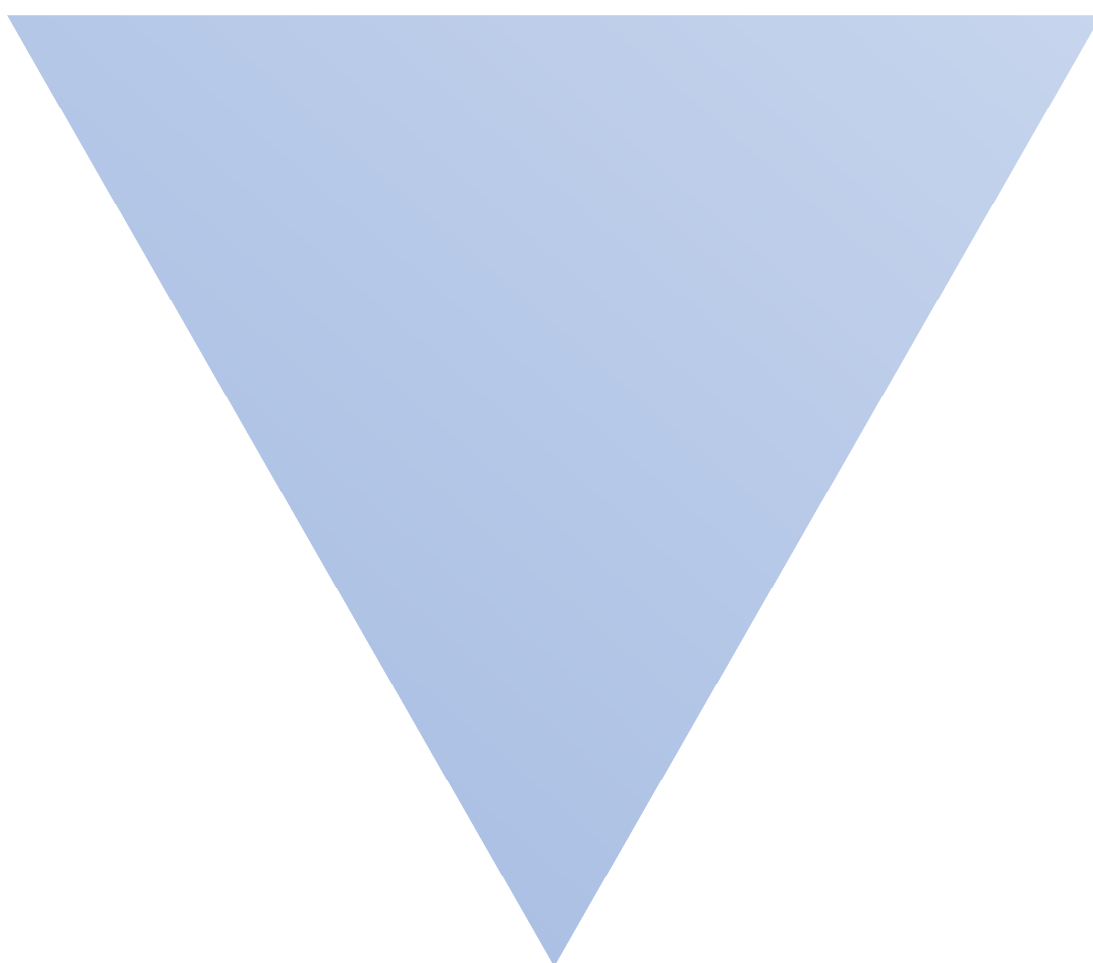


Table des matières du diagnostic territorial partagé

INTRODUCTION	3
LE DIAGNOSTIC QUALITATIF DES ACTEURS DU TERRITOIRE	15
ACCÈS AU REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, AU DIAGNOSTIC, À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS	17
ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MÉDICOSOCIAUX	25
ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ADAPTÉS AUX BESOINS	36
PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE	43
LES SITUATIONS INADEQUATES	47
PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE	51
GLOSSAIRE	54
ANNEXE 1 : PORTRAIT DE TERRITOIRE – EURE	55

INTRODUCTION

CONTEXTE NATIONAL ET LÉGISLATIF

Réorganisation de la santé mentale sur les territoires

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 propose deux niveaux de pilotage nécessaires pour la gouvernance du Plan : un pilotage national fort et un pilotage territorial des ARS opérationnel qui rend lisible la politique que l'Agence veut mener, en fonction des orientations nationales et des besoins régionaux.

À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS.

- Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ, avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
- Quelle qu'en soit la forme (conférence régionale de santé mentale, groupe de travail spécifique au sein de la CRSA...), mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale.
- Définir une feuille de route en fonction du diagnostic territorial partagé, et animer sa mise en œuvre et son suivi.
- Inscrire la santé mentale à l'agenda des Commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP).
- Soutenir le développement des CLSM, en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale et en assurant le financement de postes de coordonnateur des CLSM (ARS - collectivité territoriale).

À l'image de la différenciation faite dans le rapport Laforcade : « la santé mentale n'est pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie doit impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale », l'article 69 de la loi LMSS fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie.

La politique de santé mentale s'inscrit donc nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui facilitera le parcours de « l'usager », en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou un autre dans ce parcours : « la coordination socio-sanitaire est indispensable ».

De plus, la loi LMSS est venue définir (ou redéfinir) huit instruments de planification nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les Projets régionaux de santé (PRS) :

- la politique de santé mentale ;
- le projet territorial de santé mentale ;
- les parcours de soins et de vie ;
- le diagnostic territorial partagé en santé mentale ;
- les contrats territoriaux en santé mentale ;
- les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale ;
- l'activité de psychiatrie ;
- la mission de psychiatrie de secteur.

À ces 8 instruments, nous pouvons ajouter les volets santé mentale des GHT qui doivent s'articuler avec les PTSM.

Mise en place des PTSM

Cette réorganisation suppose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie : de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en passant par le soin.

Cette organisation est décrite et mise en œuvre dans le projet territorial de santé mentale qui s'appuie sur un diagnostic territorial partagé par l'ensemble des intervenants, institutionnels, professionnels, et les usagers et leurs aidants.

L'élaboration du diagnostic territorial partagé s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui engage des réformes d'ampleur en matière de territorialisation de l'offre de soins. Dans la continuité de réformes antérieures, le législateur affirme la volonté d'intégrer la psychiatrie à la planification générale des soins et à la politique générale de santé. D'une manière générale, les articles 69 à 73 réaffirment la place et l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale au sein de notre système de santé.

Dans l'article L.3221-1, la loi précise le contour de la politique de santé mentale, qui couvre un périmètre large : « actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ». Elle acte qu'elle est certes l'affaire du sanitaire, mais pas uniquement puisqu' : « elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ». Une distinction est donc opérée entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatre, mais la psychiatrie devant s'intégrer dans une politique de santé mentale. Ceci permet une clarification des responsabilités des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale, et inscrit la santé mentale dans un cadre coopératif large incarné par le projet territorial de santé mentale.

L'article L.3221-2 définit le projet territorial de santé mentale (PTSM) et un décret paru le 27 juillet 2017 en fixe 6 priorités :

- mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires ;
- organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique), en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- permettre l'accès à des soins somatiques ;
- prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence ;
- promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychique et lutter contre la stigmatisation ;
- agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Les actions tendant à mettre en œuvre ce projet territorial de santé mentale doivent faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre de ces actions.

Dans ce contexte, l'objectif des parcours en psychiatrie et santé mentale consiste à prendre en compte les besoins de la personne dans toutes ses dimensions :

- la prévention et la promotion de la santé ;
- le soin tant psychiatrique que somatique, avec l'organisation de parcours gradués sur les territoires ;
- l'inclusion sociale ;
- la réinsertion ;

- et l'accès au droit commun ;

en positionnant la personne comme actrice de son projet de vie.

Ces parcours doivent pouvoir se réaliser dans une société qui œuvre à la déstigmatisation de la maladie mentale, notamment en luttant contre la discrimination qu'elle suscite.

En ce sens, la réussite de la mise en œuvre des parcours est l'affaire de tous et questionne l'ensemble des politiques publiques et leurs articulations.

CONTEXTE RÉGIONAL

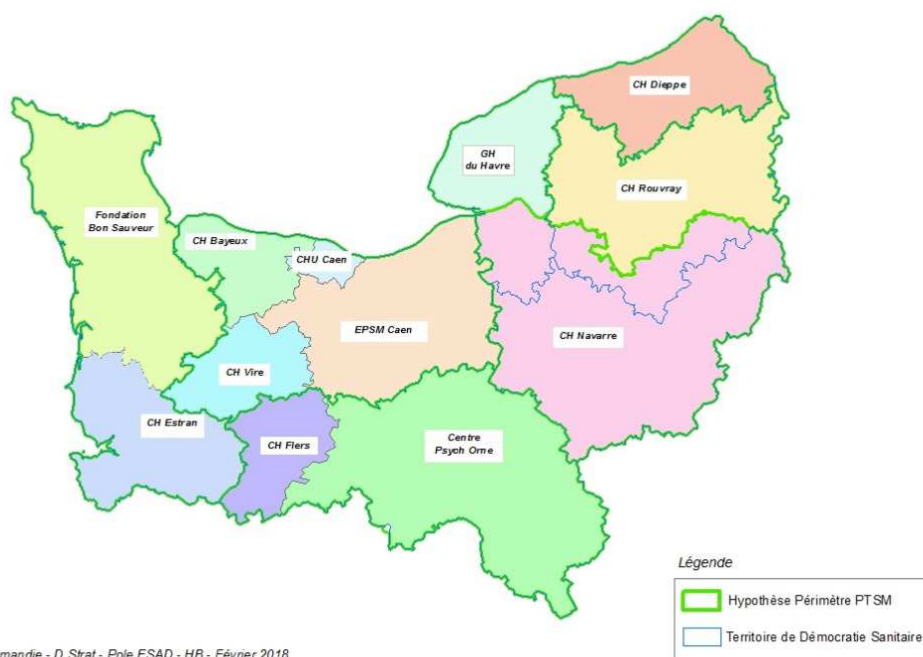
La loi prévoit que le PTSM soit laissé à l'initiative des acteurs, puis soit validé par le DGARS, après avis des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, au sein duquel est identifiée une commission spécialisée en santé mentale.

Dans ce contexte, afin d'éviter des zones blanches, une réflexion régionale a été conduite en 2018, qui a permis de retenir pour la région Normandie, 7 territoires de « parcours psychiatrie et santé mentale », prenant en compte à la fois les territoires de démocratie sanitaire et la dimension départementale.

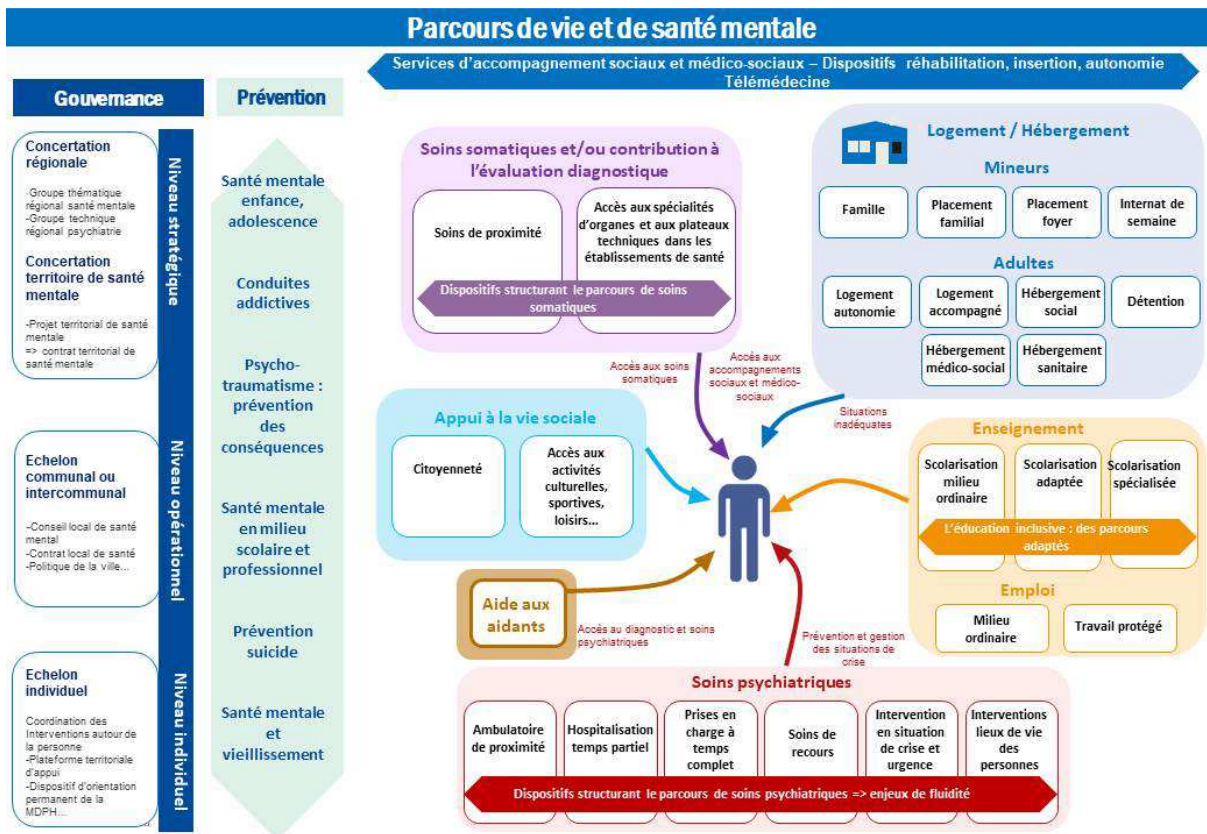
Il s'agit :

- des départements du Calvados, de l'Eure, de la Manche et de l'Orne ;
- du territoire de démocratie sanitaire de Dieppe ;
- des territoires de démocratie sanitaire de Rouen-Elbeuf et du Havre dans les limites départementales.

Zone d'Intervention des ES autorisés en Psychiatrie Générale, et
Périmètre des projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) (Maj Février 2018)



Par ailleurs, afin de partager le périmètre du parcours santé mentale, une modélisation des différents champs concernés a été présentée lors d'un séminaire régional sur les parcours prioritaires en Normandie.



Cette modélisation a pour objectif de représenter les différents niveaux de gouvernance de la politique en santé mentale et les différents secteurs concernés par la santé mentale.

L'ARS Normandie, en accord avec les différents territoires, a lancé simultanément la démarche dans l'ensemble des territoires, avec un accompagnement régional par le cabinet Regard Santé pour un appui méthodologique et une aide à la rédaction.

Ainsi, afin de démarrer les travaux dans une dimension très transversale, en impliquant l'ensemble des secteurs concernés par la démarche, le principe d'un co-pilotage avec au minimum une représentation du secteur sanitaire (psychiatrique), social, médico-social (PA-PH), représentant de la médecine libérale (PTA, exercice coordonné de la médecine...) et bailleur social, a été installé dans chaque territoire. Les pilotes ont été désignés par les territoires avec validation par les conseils territoriaux de santé (CTS). Ces co-pilotes constituent le groupe projet et bénéficie dans certains territoires de temps de coordination par redéploiement.

Des groupes de travail ont été mis en place dans chaque territoire, soit selon les 5 portes d'entrée de la rosace, soit selon les 6 priorités.

Par ailleurs, un COPIL stratégique territorial a été installé dans chaque territoire en conformité avec l'instruction.

Les représentants d'usagers et des familles sont membres des groupes de travail et du COPIL stratégique et, en fonction des territoires et de leur volonté, peuvent faire partie du groupe projet.

SITUATION TERRITOIRE DE L'EURE

Les co-pilotes ont été choisis en concertation et la composition du groupe projet a été validée par le conseil territorial de santé.

Secteur	Nom - Prénom	Structure	Fonction
Sanitaire	M. Waterlot Patrick	Nouvel Hôpital de Navarre	Directeur
	Mme Le Monnier Sophie	Nouvel Hôpital de Navarre	Présidente CME
	M. Clery Melin Philippe	Clinique Portes de l'Eure	PDG Groupe Sinoué
Médicosocial	M. Labourdique Jean-Pierre	LADAPT Normandie	Directeur adjoint médicosocial
	Mme Boulanger Myriam	Association Les Fontaines	Directrice générale
Social	M. Nzitunga Léonard	Association L'Abri	Directeur général
Cohésion sociale (DDCS)	Mme Braïk-Fagnoni Karine	ADIL	Animatrice du PDALHPD
	M. Pain Guillaume	DDCS	Directeur adjoint
Conseil départemental (Enfance)	Mme Peyronnet Véronique	Conseil Départemental de l'Eure	Directrice Enfance/Famille
Conseil départemental (DSA)	Mme Jollivet-Perez Isabelle	Conseil Départemental de l'Eure	Directrice Solidarité Autonomie
Médecine libérale	M. Fainsilber Pierre	MSP de Gaillon	Président CTS Évreux
	M. Mauboussin Philippe	URML	1 ^{er} secrétaire général adjoint
Bailleur social	Mme Greffe Béatrice	Eure-Habitat	Directrice générale
	Mme Pasca Carole	Eure-Habitat	Responsable Pôle ingénierie sociale

L'animation de ce groupe-projet est assurée par le directeur du réseau de coordination sanitaire social et médicosocial du département 27 (Recop SMS), Monsieur Julien André. Celui-ci assure l'animation et la rédaction des groupes de travail.

Un COPIL stratégique a été constitué lors de la première réunion pour suivre, appuyer et valider les travaux des PTSM.

Nom - Prénom	Structure	Fonction
Waterlot Patrick	Nouvel Hôpital de Navarre	Directeur
Le Monnier Sophie	Nouvel Hôpital de Navarre	Présidente CME
Labourdique Jean-Pierre	LADAPT Normandie	Directeur adjoint médicosocial
Boulangier Myriam	Association Les Fontaines	Directrice générale
Nzitunga Léonard	Association L'Abri	Directeur général
Peyronnet Véronique	Conseil départemental de l'Eure	Directrice Enfance/Famille
Jollivet-Perez Isabelle	Conseil départemental de l'Eure	Directrice Solidarité Autonomie
Braïk-Fagnoni Karine	ADIL	Animatrice du PDALHPD
Pain Guillaume	DDCS	Directeur adjoint
Fainsilber Pierre	MSP de Gaillon	Président CTS Évreux
Mauboussin Philippe	URML	1 ^{er} secrétaire général adjoint
Greffe Béatrice	Eure-Habitat	Directrice générale
Clery Melin Philippe	Clinique Portes de l'Eure	PDG Groupe Sinoué
Pasca Carole	Eure-Habitat	Responsable Pôle ingénierie sociale
André Julien	Recopsms27	Directeur
Petit Guillaume	Conseil départemental de l'Eure	Médecin de PMI
Bellec Marie-Emmanuelle	Conseil départemental de l'Eure	Responsable Mission Santé/Pilote MAIA
Colombe Pieternella	EPCI Seine Normandie Agglomération	Vice-présidente
Lefrand Guy	EPCI Evreux Portes de Normandie	Président
Leroux Michel	EPCI Pont-Audemer Val de Risle	Président
Terlez Anne	EPCI Seine Eure	Vice-présidente
Le Mercier Laurent	DSDEN	Directeur
Betton Isabelle	DSDEN	Infirmière conseillère technique
Tchangou Félix	DTPJJ	Directeur EPE Évreux
Noah-Alili Jeanine	SPIP de l'Eure	Directrice
Magda Jean-Marc	Préfecture	Secrétaire général
Sourd Annick	CAF	Directrice
Hemonin Maëla	MDPH	Directrice
Chauvel Emmanuelle	MDPH	Chargée de mission RAPT
Hole Stéphane	CPAM de l'Eure	Directeur
Deveaux Pauline	Association Accueil Service	Directrice
Bonne Valérie	UDAF 27	Directrice générale
Mary Sophie	YSOS	Directrice
Dereux Didier	Recopsms27	Président
Charbois Laurent	CH Eure Seine	Directeur général
Lefranc Laura	CH Eure Seine	Directrice générale adjointe
Savino Tristan	Clinique des Portes de l'Eure	Directeur
Veron Hélène	Clinique La Mare ô Dans	Directrice
Tellier Gaëlle	ADISSA	Directrice
Enguehard-Plusquellec Antoinette	UNAFAM 27	Déléguée
Lefebvre Isabelle	Nouvel Hôpital de Navarre	Chef du pôle transversal pluridisciplinaire
Martin Bruno	Nouvel Hôpital de Navarre	Chef du pôle extrahospitalier
Sba Ali	Nouvel Hôpital de Navarre	Praticien hospitalier
Miklarz Michel	APAJH de l'Eure	Président
Maragliano Francine	AFTC 27	Présidente
Dulize Muriel	URPS Infirmiers	Représentante URPS

Le COFIL stratégique a arrêté la méthodologie de constitution de 5 groupes de travail selon les entrées proposées par l'ANAP :

- accès au diagnostic et aux soins psychiatriques adultes ;
- accès au diagnostic et aux soins psychiatriques enfants et adolescents ;
- situations inadéquates ;
- accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux adultes ;
- accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux enfants et adolescents ;
- accès aux soins somatiques ;
- prévention et gestion des situations de crises.

Trois groupes ont été ajoutés par la suite : prévention promotion de la santé et deux groupes de travail de patients.

Deux autres groupes de travail issus de la démarche participative (démocratie sanitaire) ont été animés, en lien avec le groupe de travail de personnes accompagnées par des ESSMS et celui de patients pris en charge par l'Unité de réhabilitation psychosociale du NHN. Ces groupes, animés par des professionnels (Récoptions27 et NHN) se sont réunis à cinq reprises depuis et ont validé des éléments de contribution au diagnostic territorial partagé du PTSM de l'Eure. Ces éléments viennent donc s'ajouter aux synthèses des groupes composés d'acteurs professionnels de la santé mentale.

Finalement, huit groupes de travail ont participé à l'élaboration du diagnostic territorial partagé des acteurs du PTSM de l'Eure.

Composition des groupes de travail de l'Eure

Groupe de travail Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques (adultes)

Structure	Participant	Pilotes
MDPH	Fabienne Provot	
La Ronce	Sophie Tesson	
NHN Réhabilitation psychosociale	Dr Chastan	X
Clinique des Portes de l'Eure	Dr P. Clery-Melin	
CMP Évreux - volet personnes âgées	Dr S. Martin	X
Ysos	Mme Mary-M. Diaz	
PTA Sud Eure	Mme Gras	
Médecine généraliste	Dr Dahan	
La Musse Addictologie	Dr Kapola	
ADAPEI	Laurence Foret	
NHN Pôle extrahospitalier	Alain Dumont	
ATMPE	Frédéric Delcayre	
Conseil départemental	Emmanuel Nouvel	
ADIL 27	Mme Braïk- Fagnoni	X

Le groupe de travail s'est réuni trois fois entre novembre 2018 et janvier 2019.

Groupe de travail Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques (enfance)

Structure	Participant	Pilotes
CD 27	Dr. Petit	X
Pédopsychiatre NHN	Dr Abekhzer	
CAMSP	Dr Gallais	
MDPH	Mme Fortier	
ITEP les Nids	Frédéric Bailleul	
Adissa	Mme Couvreur	
Maison de l'adolescent		
Service social départemental		
Pédiatrie CHI – médecine libérale	Dr Morgane Pincaud	
Foyer départemental de l'enfance		
AEDE		
Pass psy	Valérie Vicompte	
CRAHN	Jérôme Dupont	
PTA Sud Eure	Mélanie Gras	
PTA Vexin		

Le groupe s'est réuni trois fois entre octobre 2018 et janvier 2019.

Groupe de travail situations inadéquates

Structure	Participant	Pilotes
MDPH	Mme Chauvel	X
NHN	Dr Sba	X
ITEP La Houssaye	Benoît Cesselin	
MECS Oasis	Nathalie Martner	
FAM L'Arche	Corinne Courtel	
SAMSAH La Ronce	Pascale Chanson	
PJJ	Gilles Grancher	
Association Marie Hélène	Eliane Le Rétif	
ESAT PPB de Pont-Audemer	Nathalie Corbel	
CAMSP PPB de Pont-Audemer	D. Dulong	
EN	Gilles Beaufils	
Justice	Mes De Agostini et Huray-Gin	
DSA	Nathalie Puvion	
UDAF	Léa Navello	
UNAFAM		
CHRS l'Abri		
SAAD SNA	Marion Héry	
Sanitaire	Mohamed Taleb	
Médecin libéral	Philippe Mauboussin	

Le groupe de travail s'est réuni trois fois entre octobre et décembre 2018.

Groupe de travail Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux (Adultes)

Structure	Participant	Pilotes
Ladapt	M. Labourdique	X
Les Fontaines	Mme Boulanger	X
Unafam	Mme Durand	
Ysos	Georges Diaz	
La Ronce	A confirmer	
Prépare toit	Stéphanie Bardin	
Cap emploi	Pauline André	
Maia	Mélanie Drouet	
SPIP	Nicolas Bidault	
Centre de réhabilitation psychosociale/Hdj/CATTP	Véronique Bonnant	
Le Temps du domicile	Véronique Le Dantec	
ARS	Marina Poujouly	
Conseil départemental (DSA-Accueil familial)	Madame Puvion / Madame Dugard	
NHN Pôle admissions	Dr Sidatmane	
ADIL 27	Karine Braik	

Le groupe de travail s'est réuni trois fois entre octobre et décembre 2018.

Groupe de travail Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux (Enfance)

Structure	Participant	Pilotes
Ladapt	M. Labourdique	X
Les fontaines	Mme Boulanger	X
Unafam	Mme Plusquellec	
APEER IME Beaumesnil	M. Auffret	
AIRE	T. Romain	
PMI	Dr Petit	
Mission locale	A contacter	
Rectorat	Mme Mortier	
Moulin vert	Sophie Carré	
UDAF Service d'accueil maternel	Valérie Bonne	
SEA	Mme Besse	
Conseil départemental (DEF-ASE)	Mme Peyronnet	
ARS	Mme Delhaye	
Pédopsychiatre	Dr Champenois	
Représentant MECS		
CMPP		

Le groupe de travail s'est réuni trois fois entre octobre et décembre 2018.

Groupe de travail Accès aux soins somatiques

Structure	Participant	Pilotes
MG	Dr Fainsiber	X
NHN	Dr Lefebvre	X
URPS	Mme Dulize	X
CHI (urgences)	Dr Arnaud Depil-Duval / Dr Faure-Pontier	
EMED (équipe mobile d'évaluation à domicile)	Dr J.-S. Bouvet	
Service de tutelle (UDAF)	Anne-Sophie Brassart	
Respire	Cyprien Enos – Mme Rello	
SAMPS / L'Abri	Hichem Chakri	
DROGUET Anne		
Fondation Armée du Salut (CHRS Louviers)	Françoise Lefebvre (cheffe de service)	
CMP (NHN)	Nathalie Beuzit (cadre de santé)	
UNAFAM	Antoinette Plusquellec (déléguée départementale)	
IME ADAPEI 27	Mme Ferrand	
Maison de santé (PLSA)	Olivier Laquevre / Dr Pascal Julienne	
CLIC	Mme Delaune	
EMPAA	Dr Anne Marie Conraux	
ANPAA	Grégory Lange	

Le groupe de travail s'est réuni trois fois entre décembre 2018 et mars 2019.

Groupe de travail Prévention et gestion des situations de crise

Structure	Participant	Pilotes
L'Abri	M. Nzitunga	X
Fondation Armée du Salut (CHRS Louviers)	Mme Danielian	
Adaea	Sandrine Galerne	
Clinique Portes de l'Eure	Tristan Savino	
	Michael Despres	
Centre hospitalier de Pacy	Direction	
Inicea (La Mare Ô Dans)	Mme Veron	
Eure Habitat	B. Greffe	
Alfa	Carole Leblanc	
Ysos	S. Mary	
NHN	Jean-Michel Cauvin	
CD	Véronique Peyronnet	
Foyer de l'enfance	Rachida Zeraia	

Le groupe s'est réuni trois fois entre novembre 2018 et janvier 2019.

Groupe de travail patients réhabilitation

Le groupe de travail s'est réuni quatre fois entre janvier et février 2019.

Groupe de travail Démocratie en santé association La Ronce et GEM l'Abri

Le groupe de travail s'est réuni cinq fois entre décembre 2018 et février 2019.

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

La définition donnée du Diagnostic territorial partagé dans la loi de modernisation de notre système de santé montre que le bilan partagé des besoins et des ressources ne peut s'inscrire que dans une démarche de concertation territoriale qui associe l'ensemble des acteurs participant à l'appui au parcours de vie des personnes en situation de vulnérabilité.

Le DTP passe par deux phases : la phase de bilan partagé des besoins et des ressources et la phase de concertation territoriale. Bien qu'interdépendantes et complémentaires, ces phases ont cependant des objectifs distincts.

Si le bilan partagé des besoins et des ressources vise à dresser un état des lieux, une photographie d'une situation dans un contexte législatif et territorial donné, la concertation territoriale, en revanche, doit permettre d'identifier des leviers d'actions pour faire évoluer le dispositif et les pratiques, parfois même au-delà des textes législatifs et des contraintes réglementaires ou tarifaires qui existent déjà.

Le Diagnostic territorial partagé est une évaluation des besoins partagée, régulière, précise, formalisée et prenant en compte les facteurs environnementaux (ou contextes locaux).

Ainsi le diagnostic territorial partagé de l'Eure est constitué de 3 éléments :

- le diagnostic qualitatif des acteurs, travaillé en coconstruction ;
- un glossaire reprenant les sigles ;
- le portrait de territoire réalisé par l'ARS et l'ANIT (en annexe)

LE DIAGNOSTIC QUALITATIF DES ACTEURS DU TERRITOIRE

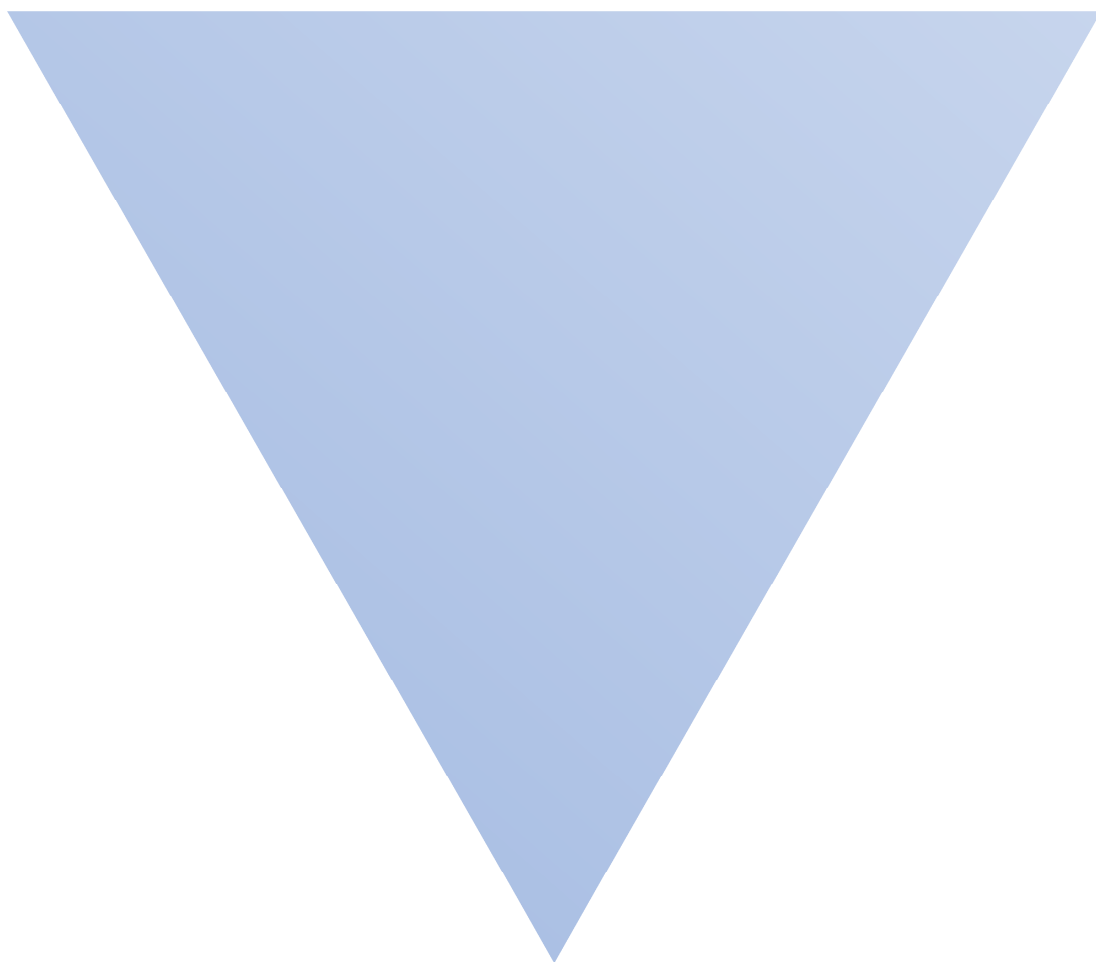


Table des matières du diagnostic qualitatif

ACCÈS AU REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, AU DIAGNOSTIC, À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS	17
Adultes (et constats transversaux)	17
Spécificités enfants-adolescents	21
ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MÉDICOSOCIAUX	25
Adultes (et constats généraux)	25
Enfants et adolescents	29
L'amélioration du parcours des patients	33
ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ADAPTÉS AUX BESOINS	36
Surreprésentation des patients en souffrance psychique sans médecin traitant	36
Insuffisance de coordination entre soins somatiques et psychiatriques	37
Prise en charge somatique insuffisante des personnes en souffrance psychique	37
L'accès aux soins vu par les personnes elles-mêmes	39
PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE	43
Délai assez clair dans la perception de la situation de crise, selon que l'on soit soignant ou relevant d'une équipe sociale ou médicosociale	43
Méconnaissance de certaines ressources existantes sur les territoires, ainsi que des missions, fonctions et champs d'intervention réciproques	44
Des situations de crise qui percutent fortement la responsabilité de l'acteur qui répondra	44
LES SITUATIONS INADEQUATES	47
Des territoires isolés (ruraux) trop dépourvus d'offres et de ressources à mobiliser	47
Des offres d'accompagnements ou de prise en charge parfois inadaptées à la réalisation d'un parcours de vie	48
Méconnaissance (voire défiance) réciproque des acteurs investis dans le champ de la santé mentale	49
Persistance de représentations et stigmatisation des personnes en situation de handicap psychique	49
Prévention, sensibilisation et implication des personnes ressources	50
PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE	51
Cadre actuel de la prévention et promotion de la santé	51
Des questions sur les évolutions des actions de PPS dans le cadre du PTSM	51
Des dynamiques locales sur lesquelles s'appuyer	52
Des actions préexistantes sur le territoire	52
Des besoins non couverts et des pistes d'action	53

ACCÈS AU REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, AU DIAGNOSTIC, À L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

Adultes (et constats transversaux)

Une culture commune à renforcer

Méconnaissance de l'organisation, des missions et des modalités de fonctionnement des ressources existantes, causes de rupture dans les parcours de soins.

- Des acteurs (médecins psychiatres, médecins généralistes, professionnels de 1^{er} recours, professionnels sociaux, etc.) peu formés aux problématiques et ressources (environnement) autour du handicap psychique et au repérage précoce des troubles psychiatriques.
- Méconnaissance, incompréhensions, voire méfiance entre les professionnels qui œuvrent dans les champs sanitaires, sociaux et médicosociaux.
- Champ sanitaire mal informé sur les projets de service et d'établissement des ESSMS.
- Un paysage institutionnel peu lisible pour les familles : orientation difficile, « parcours du combattant ».
- Les acteurs du social méconnaissent les dispositifs sanitaires en santé mentale, à l'exception du CAC et des CMP dont ils jugent l'accès difficile.
- Troubles du comportement, troubles de la personnalité, voire déficience mentale souvent associés à la psychiatrie.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Formation des professionnels de 1^{er} recours à la santé mentale, au handicap psychique, aux troubles de la personnalité et aux troubles du comportement
- ⇒ Échange de pratiques entre professionnels des champs sanitaires sociaux et médicosociaux
- ⇒ Animation de réseau : groupes de travail, séminaires, colloques
- ⇒ Mobilisation des universités de médecine et de l'URML autour du handicap psychique et de la santé mentale
- ⇒ Création d'un annuaire Santé mentale mis à jour de manière continue

Accès tardif aux diagnostics et évaluations

Cause de rupture des parcours, l'accès aux diagnostics et aux évaluations de manière précoce est un véritable enjeu pour la bonne orientation vers un parcours adapté, permettant de favoriser une stabilisation et un rétablissement. Le parcours adapté est conditionné par la mobilisation des bonnes ressources au bon moment et avec les bonnes personnes. Le diagnostic n'a pas forcément d'impact dans le projet de vie. L'enjeu de l'adaptation de la prise en charge se situe plutôt au niveau de l'évaluation des capacités à s'inscrire dans un projet de vie individuel : capacité à habiter, capacité à intégrer un dispositif (ESSMS), capacité à travailler, capacité à apprendre, etc.

- Engorgement des CMP : accès trop limité aux CMP, des délais de rendez-vous trop longs, de

6 mois à un an selon les territoires (même avec une notification MDPH), qui provoquent des ruptures de parcours.

- Des vacances des postes de médecins fréquentes sur certains CMP, catastrophique sur certains territoires. Suivis psychiatriques qui sont difficiles à mettre en œuvre. Pression sur les équipes soignantes qui limite leur capacité à travailler en réseau.

- Un modèle d'organisation à identifier pour mieux répondre aux rendez-vous non-programmés et d'urgence.
- Accès difficile à une évaluation cognitive et psychosociale qui facilite la mise en place d'actions de remobilisation sociale, d'insertion, et qui facilite les orientations et les prises en charge plus spécialisées vers le médicosocial (handicap/déficit mental).

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Plateforme territoriale en capacité de répondre à des demandes d'évaluation psychosociale
- ➔ Organisation de plages de rendez-vous non-programmés, afin d'accueillir des patients qui feraient l'objet d'une orientation par un partenaire SMS

Des coopérations à renforcer

Des coopérations entre acteurs insuffisantes, causes de ruptures dans les parcours de soins et de vie.

Un étayage plus important de toutes les catégories d'acteurs permettrait de renforcer l'approche globale et d'accompagner les parcours sans rupture.

- Des politiques publiques cloisonnées impliquant des financements et des dialogues de gestion, dispositif par dispositif, sans vision globale autour du concept de parcours.
- Des situations de crise qui engagent la responsabilité de l'acteur qui répond. Ce qui peut biaiser des analyses (syndrome de la « patate chaude »), qui va apporter une réponse, sachant que celui qui répond devra prendre le relais dans la prise en charge ? Des acteurs qui s'interrogent sur leur isolement dans la décision d'assurer la responsabilité d'une prise en charge complexe, jalonnée de « crises » régulières. Enjeu d'une confiance partagée, de coresponsabilité face à une situation de crise et de la coordination de ces situations.
- Sorties d'hospitalisation vers ESSMS trop souvent mal anticipées (en particulier dans le champ accueil hébergement insertion). Sorties d'hospitalisation très souvent organisées dans l'urgence, alors même que les patients sont parfois hospitalisés depuis des mois.
- Pas de lien suffisant ou efficient entre les services du CHS (Admissions et Extrahospitalier), notamment lors de la sortie. Induit des ruptures de parcours pourtant évitables.
- Constat général de médecins ne travaillant pas assez en réseau.
- Observations des travailleurs sociaux et médicosociaux pas toujours prises en compte par les soignants.
- ESSMS réticents à accueillir les patients de psychiatrie alors même que des personnes hospitalisées souvent pendant des années (voire des décennies) au pôle Long cours ne relèvent pas d'une hospitalisation et relèvent expressément du médicosocial.
- Des procédures administratives parfois trop contraignantes.
- Besoin de pouvoir travailler en équipe élargie. Il est fondamental de tisser des liens inter-structures, interprofessions. Acculturer. Lisibilité sur qui fait quoi. Qui a fait quoi (mémoire des parcours individuels) ?

- Pas d'évaluation qui permette de faire le point et de prendre du recul, pas d'espace de « sas » qui ne facilite pas la mobilisation des structures en capacité d'organiser la coordination et/ou la prise en charge dans les situations complexes.
- Quels moyens organisationnels ? Comment gérer ces parcours complexes qui mettent en grande difficulté les collectifs d'accueil, les professionnels ?
- Quid de la capacité des acteurs à pouvoir s'engager différemment que dans leur projet initial dans le cadre d'une coordination de parcours complexe, en lien avec d'autres structures ?

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Case management à développer
- ⇒ Développer les financements croisés entre ARS, CD et DDCS
- ⇒ Coopération en lien avec le SIAO à renforcer, en proposant des protocoles, des schémas d'organisation...
- ⇒ Existence d'un « référent santé mentale » : ressource à mobiliser (plate-forme) en premier recours par les acteurs du SMS quand difficulté particulière ou besoin d'évaluation identifié dans le cadre d'un accompagnement
- ⇒ Souplesse dans les procédures administratives : autorisations, agréments des ESSMS
- ⇒ Approche globale autour du parcours de vie : flux qui concerne l'ensemble des acteurs

Aller-vers à déployer

Des interventions des soignants aux domiciles des patients ou dans les lieux de vie (ESSMS) trop limitées.

- Non-adhésion aux soins : qui organise et assure « l'aller-vers » ? Alliance à créer avec l'environnement de la personne (quand il existe). CMP pas en capacité d'intervenir dans ce contexte. Qui ? Comment ? Organisation collective ? Formation ? Situations récurrentes concernant les PA ou certains publics spécifiques (addictions, précarité...). Constat partagé dans le champ social où « l'aller-vers » doit également se développer. Parallèle avec la prévention spécialisée. Intégration de personnels relevant du social au sein des CMP ? Constat qu'il s'agit a priori d'une des missions essentielles des CMP (intervention à domicile pour évaluer, soutenir, soigner...).
- Enjeux d'obtenir des évaluations sur des situations de handicap psychique : dissocier l'implication des soignants : évaluation ne signifie pas nécessairement « prise en charge ».
- Favoriserait la prévention des hospitalisations et des situations de crise par la présence régulière de soignants au domicile des patients ou au sein des ESSMS.
- Fortes attentes des ESSMS pour accueillir des personnes en souffrance psychique.
- Comment concilie-t-on les enjeux de travail en réseau et de « plate-forme de service » liés à l'habitat inclusif et l'implication des soignants ?
- Des interventions à domicile de soignants conditionnées par une prescription médicale.
- Quid du financement des interventions au sein des ESSMS : ne doit pas venir impacter le prix de journée ?

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Mise en œuvre des principes posés par « Assertive Community Treatment »
- ➔ Intervention dans les lieux de vie d'équipes soignantes et d'équipes sociales / Proximité des soins
- ➔ Équipes mobiles spécialisées et territorialisées
- ➔ Télémédecine
- ➔ Étendre le fonctionnement en réhabilitation psychosociale par la formation
- ➔ Développer les compétences infirmières au bénéfice de l'autonomie des professionnels et de la dynamique territoriale (enjeux infirmières en pratique avancée). Quid Prescription médicale obligatoire ?

POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- *La construction du PTSM permet l'initiation de langage commun et facilite l'interconnaissance. Il permet le rapprochement des acteurs et des institutions sur la santé mentale*
- *Le contrat d'intérêt général du NHN permet l'intervention de professionnels de psychiatrie au sein de la MDPH ou d'ESMS, qui facilitent l'appréciation de la déficience, les évaluations et la coopération*
- *Bonne couverture territoriale des CMP, CAMPS, CMPP, mais manque de places, donc délais d'attente trop importants*
- *RéCoP SMS qui facilite les évaluations, le recours à la psychiatrie si nécessaire et la mobilisation des ressources adéquates. Sollicitation possible par les familles elles-mêmes*

Spécificités enfants-adolescents

Une offre en santé mentale infanto-juvénile très insuffisante

- Niveau de la dotation départementale pédopsychiatrie très largement en-deçà de la moyenne nationale (98^e quant au rapport dotation par habitant). Cela met en évidence les difficultés structurelles d'accès aux diagnostics et aux soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents du département, liées au manque important de pédopsychiatres sur notre territoire.
- Il n'existe pas de service d'hospitalisation infanto-juvénile dans le département. Par conséquent, des mineurs, dès 11 ans (voire moins), peuvent se retrouver hospitalisés en service adulte au pôle admissions du NHN. Si un pédopsychiatre intervient au sein du pôle admissions, la prise en charge hospitalière est très largement inadaptée pour ces enfants. Quid de l'hospitalisation en chambre d'isolement pour les mineurs ? Pratique qui a évolué au sein du NHN depuis la dernière demande de certification (2017).
- Très faible présence médicale ambulatoire en pédopsychiatrie, que ce soit en libéral ou en relevant des CMP : non-réponse ; non-recours.
- CMPP : pénurie de professionnels pour assurer les consultations (orthophonistes, psychologues...).
- Autisme : des ressources ne pouvant répondre aux besoins. Délais de prise en charge beaucoup trop longs, même quand le diagnostic est posé (SESSAD autisme : 2-3 ans d'attente. Intervenants pivot : 6-9 mois d'attente).
- Constat général de délais bien trop importants dans l'attente d'une orientation, quand bien même il existe une notification MDPH, ou même un diagnostic.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Urgence d'augmentation de la dotation départementale de l'Eure (préciser laquelle)
- ⇒ Création d'une unité d'hospitalisation pour mineurs
- ⇒ Un enjeu majeur d'attractivité médicale qui se pose pour le NHN
- ⇒ Développement de coopérations inter-hospitalières CHU-NHN
- ⇒ Renforcement des moyens ambulatoires (plate-forme, équipes mobiles, maison des ados)
- ⇒ Renforcement des subsidiarités, tout en sécurisant les parcours et en apportant des garanties dans la qualité des prises en charge

Détection précoce des troubles psychiques peu efficiente

Véritable enjeu dans la bonne orientation vers un parcours adapté, permettant de favoriser une stabilisation et un rétablissement. Conditionne la mobilisation des bonnes ressources au bon moment.

- Fortes difficultés d'obtenir des diagnostics sur les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) : des enfants échappent à la coordination des intervenants pivot du fait d'un diagnostic non posé. En revanche, ces intervenants apportent une réelle plus-value pour les familles et les enfants, malgré les délais d'attente.
- Gestion des listes d'attente CMPP : entre les priorités MDPH, les diagnostics précoces et les mesures des différents plans autisme, comment prendre en charge les enfants qui n'entrent pas dans les critères d'urgence (14 mois d'attente pour une première demande) ?

- Méthode de travail / Partage des informations qui peuvent être très médecin-dépendant (évolutions fortes d'un médecin à l'autre en fonction de sa sensibilité au travail en réseau) : secret médical qui peut freiner la transmission des informations et retarder considérablement l'établissement d'un diagnostic et, dès lors, une prise en charge adaptée.
- Enjeu d'un « bon » diagnostic. Équipes de pédopsychiatrie surchargées du fait des multiples sollicitations transverses dont elles font l'objet et des manques de médecins. Le diagnostic, quand il existe, n'a pas nécessairement toujours beaucoup de sens, s'il n'est pas partagé et vecteur d'évaluation et de projection sur l'accompagnement et la prise en charge nécessaire. Dans certaines situations, il existe plus un enjeu d'évaluation multidimensionnelle plutôt que du diagnostic. Là encore, l'accès à l'évaluation des capacités/freins est difficile.
- Des crises qui vont être révélatrices d'un trouble psychique, alors même que des signes précurseurs ont pu déjà être constatés, parfois même longtemps avant la survenance de la crise. Difficultés chroniques dans l'établissement d'un diagnostic, même après qu'un ou plusieurs épisodes aigus ont pu se produire. Il est récurrent que les services sociaux soient interpellés en période de crise sans avoir de vision globale de la situation. L'absence d'évaluation autour des capacités sociales, fonctions exécutives, etc., rend l'accompagnement et la prise en charge incertains et peut conduire à des inadéquations.
- Des acteurs éducatifs, sociaux et médicosociaux peu formés à la santé mentale. Faible capacité de différencier troubles du comportement, déficience et pathologies psychiatriques.
- Une offre de réhabilitation psychosociale encore trop méconnue.
- De manière générale, une offre sanitaire et médicosociale peu lisible ou inexistante, tant pour les acteurs professionnels que pour les familles, et perte de temps conséquente pour identifier les recours mobilisables.
- Des médecins généralistes insuffisamment formés à la santé mentale.
- Insuffisance de médecins au sein des services sociaux (ASE, PMI), et de personnel soignant au sein des ESSMS, en capacité de prévenir des situations de crise.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Des formations initiales qui doivent s'appuyer sur des approches plus globales autour de la santé mentale. Sortir des logiques sectorielles causes des cloisonnements professionnels
- ⇒ Formation des professionnels de 1^{er} recours à la santé mentale et au handicap psychique : handicap psychique, santé mentale, trouble neuro-développemental, trouble de l'attachement, troubles du comportement
- ⇒ Renforcer la communication autour de la réhabilitation psychosociale (promotion)
- ⇒ Sortir des logiques liées à l'établissement du diagnostic vers des logiques de traitement contextuel des situations : évaluation des capacités cognitives, habilités sociales, environnement, etc.
- ⇒ Création d'un annuaire santé mentale mis à jour de manière continue
- ⇒ Animation de réseau : groupes de travail, séminaires, colloques. En lien avec la plate-forme territoriale santé mentale et la Maison des ados
- ⇒ Plate-forme de coordination et d'orientation autour des troubles neuro-développementaux : dès 2020

Des coopérations à déployer

Les coopérations et la coordination entre le sanitaire, le médicosocial et le social sont défailtantes. L'accès difficile à un diagnostic complexifie fortement les orientations adaptées.

- Juxtaposition complexe des actions entre judiciaire, médicosocial, éducatif et sanitaire. Travail en réseau trop limité et mauvaise lisibilité dans la multiplicité des acteurs qui interviennent autour d'une situation. Difficultés dans l'articulation, notamment lorsqu'il existe des points de chevauchement entre les structures/projets. Pas d'outil commun/partagé sur lequel chacun pourrait se référencer. Liens et articulations entre les outils de référence de parcours : projets personnalisés spécifiques à chaque type de structure.
- Trouble psychique qui s'inscrit le plus souvent dans un contexte complexe (familial et/ou institutionnel – ASE –, pauvreté et accès aux droits sociaux, somatique, addictions, isolement, conduites à risques...).
- Prévenir l'urgence : prévenir les situations de crise en rendant plus fluides la transmission des informations, notamment liées aux sorties d'hospitalisation. Il est fréquent que des mineurs sortent d'hospitalisation sans qu'aucune information n'ait été communiquée à la structure en charge de l'accueil. Pouvoir anticiper une sortie pour éviter les ruptures, pouvoir interpeller un pédopsychiatre par téléphone pour un avis ou un conseil pour éviter une hospitalisation. Culture du travail en réseau à renforcer et à organiser.
- Enfants/Jeunes accueillis en MECS très concernés par les problématiques psychiques. Renforcer les partenariats avec la pédopsychiatrie et les acteurs de la santé mentale.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Associer le Département et les services déconcentrés de l'État à la signature du PTSM afin de faciliter un pilotage institutionnel partagé entre ARS, CD (PMI, ASE) et services déconcentrés de l'État (DDCS notamment), Services Santé et ASH de l'Éducation nationale
- ➔ Mieux identifier et encadrer les missions de coordination de parcours : régularité des temps de synthèse, mobilisation des acteurs impliqués, outils partagés intégrant l'ensemble des dimensions du parcours et de la vie de l'enfant, portage et légitimité de la coordination
- ➔ Financement de la coordination
- ➔ Coresponsabilité des acteurs dans le cadre de parcours coordonnés : logique d'engagement
- ➔ Travail de liaison inter-équipe : démarches existantes à valoriser
- ➔ Dégager du temps et des professionnels pour participer à ces temps de coordination

Situations de crise et rupture

Survenance de crises aiguës provoquant des ruptures de prise en charge.

- Hospitalisations rendues impossibles du fait d'une crise : lors d'une hospitalisation en pédiatrie, les « négociations » entre pédiatrie et pédopsychiatrie sont rendues complexes du fait d'une incapacité d'hospitaliser des mineurs en pédopsychiatrie, la pédiatrie considérant, dans certaines situations aiguës, qu'une hospitalisation en son sein est impossible du fait des conséquences sur le service de comportements impossibles à gérer en pédiatrie. Les choix thérapeutiques sont dès lors fortement impactés et peuvent conduire à une non-réponse.
- Constat partagé par l'ASE, qui peut considérer que sa mission de protection, à travers un accueil en établissement ou des mesures en milieu ouvert, est impossible du fait de la situation de crise traversée par le mineur.
- 12 ans : âge charnière, de transition, qui peut être source de rupture de parcours. Peu de structures spécialisées pour des enfants de 12-13 ans faisant l'objet de TSA.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Formaliser le partenariat ASE-NHN : protocole de collaboration
- ➔ Systématiser les temps de synthèses en vue de préparer les sorties dès les premiers jours d'hospitalisation
- ➔ Apporter plus de souplesse dans l'organisation des dispositifs : faciliter les passages d'un service à un autre, sans nécessairement passer systématiquement devant la CDAPH
- ➔ Réaffirmer l'intérêt des fonctions de coordination de cas complexes

POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- *La construction du PTSM permet l'initiation de langage commun et facilite l'interconnaissance. Il permet le rapprochement des acteurs et des institutions sur la santé mentale*
- *Le contrat d'intérêt général du NHN permet l'intervention de professionnels de psychiatrie au sein de la MDPH ou d'ESMS, qui facilitent l'appréciation de la déficience, les évaluations et la coopération*
- *Bonne couverture territoriale des CMP, CAMPS, CMPP, mais manque de places, donc délais d'attente trop importants*
- *RéCoP SMS qui facilite les évaluations, le recours à la psychiatrie si nécessaire et la mobilisation des ressources adéquates. Sollicitation possible par les familles elles-mêmes*

Spécificités publics séniors

- Dépression de la personne âgée : peu repérée, peu évaluée et insuffisamment traitée alors qu'elle constitue une part de plus en plus forte des situations mettant en difficulté les acteurs.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Structuration de la coopération avec les CLIC et la MAIA

ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MÉDICOSOCIAUX

Adultes (et constats généraux)

Culture commune en santé mentale à construire

Méconnaissance des ressources existantes et insuffisance de formation des professionnels autour de la santé mentale et du handicap psychique.

- Cultures professionnelles très différenciées d'un champ à un autre.
- Difficulté pour les ESSMS d'identifier les ressources compétentes à mobiliser sur l'accompagnement vers les soins.
- Maîtrise insuffisante des spécificités des projets de service ou d'établissement des ESSMS par le sanitaire, ainsi que des typologies d'établissements et services.
- Mobilisation difficile en dehors de son champ traditionnel de partenaires.
- Des professionnels sociaux ou médicosociaux démunis face aux problématiques de santé mentale et du handicap psychique : manque de formation, coopérations complexes à mettre en œuvre avec les soignants. Cause de sollicitations parfois inadéquates de la psychiatrie pour des problématiques de troubles de la personnalité ou du comportement, voire de déficience.
- Des médecins insuffisamment formés aux enjeux et aux problématiques issus du handicap psychique.
- Logique de coopération et des milieux différents (chacun est compétent dans son domaine d'activité) : ne pas se fier à un guide (pas suffisant), accepter l'idée d'avoir des acteurs différents, de milieux pro différents.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ L'information : connaître les métiers des autres, temps d'échange – dispositifs déjà mis en œuvre, attention à la complémentarité (guide, outils, professionnels...)
- ➔ Exemple MAIA : référentiel – mise en place des comités d'orientation composés de professionnels du médico-social et du sanitaire : regard croisé sur des situations complexes
- ➔ Changement des habitudes de travail d'un certain nombre de travailleurs
- ➔ Articulation de différents acteurs, de façon à travailler l'autonomie, créer des passerelles
- ➔ Ressources au sens financier : méthodes de financement différentes selon les ESMS

POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- *La construction du PTSM permet l'initiation de langage commun et facilite l'interconnaissance. Il permet le rapprochement des acteurs et des institutions sur la santé mentale*
- *Le contrat d'intérêt général du NHN permet l'intervention de professionnels de psychiatrie au sein de la MDPH ou d'ESMS, qui facilitent l'appréciation de la déficience, les évaluations et la coopération*
- *Bonne couverture territoriale des CMP, CAMPS, CMPP, mais manque de places, donc délais d'attente trop importants*
- *RéCoP SMS qui facilite les évaluations, le recours à la psychiatrie si nécessaire et la mobilisation des ressources adéquates. Sollicitation possible par les familles elles-mêmes*

Une offre d'accompagnement à adapter aux besoins

Une offre existante inadaptée aux besoins en termes d'accompagnement ou de parcours de soins, provoquant des ruptures de parcours ou des inadéquations.

- Insuffisance des solutions adaptées de logement pour les personnes sortant d'hospitalisation : étayage sanitaire trop limité ou impossible à organiser en dehors d'un simple suivi CMP, peu de solutions existantes en matière d'habitat inclusif, pas de partenariats avec les bailleurs sociaux, etc.
- Insuffisance des solutions adaptées d'hébergement médicosocial : manque de places de MAS, de FAM, conduisant à une embolisation du Pôle Long cours du NHN et renforçant le caractère asilaire de l'hôpital.
- Sorties d'hospitalisation insuffisamment anticipées conduisant à des ruptures de soins : coopération à renforcer entre NHN et ESSMS (SIAO, MAIA, MDPH, ESSMS...).
- Manque de souplesse dans les statuts, financements de prise en charge, autorisations ou agréments et globalement, organisation institutionnelle qui peut être cause de ruptures : limites d'âge, éligibilité à certains dispositifs. Complexification et freins du fait des demandes à la CDAPH avec à chaque fois de nouvelles notifications.
- Une offre sanitaire ambulatoire ne répondant pas aux besoins des ESSMS : accès aux CMP trop limités par les délais des rendez-vous ne favorisant pas une continuité des soins ; pas de stratégie « d'aller-vers » généralisée (équipe mobile précarité limité à Évreux ; équipe mobile personnes âgées limitées à certains EHPAD du département, quid des autres ESSPSM (SAAD par exemple) ? Pas d'équipe mobile handicap. De manière générale, interventions de soignants dans les lieux de vie des personnes beaucoup trop limitées.
- Réflexion à engager autour des stratégies collectives à mettre en place face au phénomène de non-adhésion aux soins (refus, « perdus de vue », etc.)
- Place des maladies neuro et prévention des suicides.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Dispositif d'accompagnement dans le logement
- ⇒ Idée : quelque chose de tenu et soutenu par l'hôpital au moment des sorties : prendre le temps de préparer la sortie avec les acteurs du MS
- ⇒ Articulation avec les PTA, le CLSM
- ⇒ Réseau de coordination
- ⇒ Évaluation de la situation
- ⇒ Décloisonner
- ⇒ Réseau des maladies orphelines pour exemple dans la méthodologie et raisonnement
- ⇒ Formation continue et soutien des aidants ou familles d'accueil
- ⇒ Qui coordonne ? Soutenir ce qui existe déjà
- ⇒ Assouplir les agréments des ESMS, permettre l'accueil temporaire et d'urgence, à mettre en adéquation avec la méthode de financement des ESMS
- ⇒ Assouplir l'accès au logement
- ⇒ Réinterroger les fonctionnements

POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- *La construction du PTSM permet l'initiation de langage commun et facilite l'interconnaissance. Il permet le rapprochement des acteurs et des institutions sur la santé mentale*
- *Le contrat d'intérêt général du NHN permet l'intervention de professionnels de psychiatrie au sein de la MDPH ou d'ESMS, qui facilitent l'appréciation de la déficience, les évaluations et la coopération*
- *Bonne couverture territoriale des CMP, CAMPS, CMPP, mais manque de places, donc délais d'attente trop importants*
- *RéCoP SMS qui facilite les évaluations, le recours à la psychiatrie si nécessaire et la mobilisation des ressources adéquates. Sollicitation possible par les familles elles-mêmes*

La coordination des cas complexes ou inhabituels

Insuffisance de coordination entre acteurs autour « des situations complexes » ou quand les situations sortent des cadres habituels des dispositifs.

La fluidité des parcours suppose une souplesse entre les dispositifs, les partenaires, les organisations et les financeurs. C'est un déterminant transversal exigeant, mais qui sera nécessaire pour éviter les ruptures de parcours.

Ce n'est pas la prise en charge en tant que telle qui est difficile, mais l'articulation des acteurs entre eux.

- Nécessaire mise en place d'une coordination stratégique et opérationnelle – Expérience des MAIA à reproduire dans le champ de la santé mentale :
 - méthodologie de gestion de cas
 - engagements réels des partenaires à proposer des solutions sur leur champ d'activité

- partage d'informations
- capacité des structures mobilisées à faire des pas de côté sur les postures et projets professionnels

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Articulation avec les PTA, le CLSM
- ⇒ Réseau de coordination : composés de techniciens et pas forcément des cadres, nécessité de coordination technique, cohérence avec les engagements institutionnels
- ⇒ Changement de culture pour mettre en œuvre la coopération
- ⇒ Ou créer la coopération ou intégrer des acteurs de la SM dans ce qui existe déjà
- ⇒ Les institutions doivent se questionner sur la présence ou non de la santé mentale (commissions pluridisciplinaires)
- ⇒ Les transports : difficulté de mobilité / ambulatoire

POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- *La construction du PTSM permet l'initiation de langage commun et facilite l'interconnaissance. Il permet le rapprochement des acteurs et des institutions sur la santé mentale*
- *Le contrat d'intérêt général du NHN permet l'intervention de professionnels de psychiatrie au sein de la MDPH ou d'ESMS, qui facilitent l'appréciation de la déficience, les évaluations et la coopération*
- *Bonne couverture territoriale des CMP, CAMPS, CMPP, mais manque de places, donc délais d'attente trop importants*
- *RéCoP SMS qui facilite les évaluations, le recours à la psychiatrie si nécessaire et la mobilisation des ressources adéquates. Sollicitation possible par les familles elles-mêmes*

L'insertion sociale et professionnelle

Le maintien et l'accès à l'emploi sont assurés sur le territoire par plusieurs catégories d'acteurs institutionnels et associatifs : le SAMETH, le FIPFH, Cap Emploi, Pôle Emploi, la MDPH et les structures adaptées : ESAT, EA, CRP, UEROS... Cette thématique a été traitée dans le groupe de personnes concernées (réhabilitation), mais peu dans les groupes de travail des professionnels.

LES PISTES D'ACTION

- *Évaluations régulières des capacités, de la disponibilité de la personne à reprendre son emploi*
- *Développer les liens/relais avec les différents partenaires (Cap Emploi ; employeurs...)*
- *Proposer un suivi de soutien psychologique pour détecter les fragilités*
- *Développement d'un suivi de transition et d'accompagnement qui se poursuit même après la reprise du travail*

LES FREINS

Besoin de préparation aux entretiens d'embauche

- ▶ Manque d'informations concernant : comment parler de la maladie, du handicap, des difficultés vécues à l'employeur. Le manque d'accompagnement sur ce point entraîne le risque que la personne n'évoque pas ses difficultés à l'employeur et se retrouve ensuite dans une position source de stress important.
- ▶ Savoir comment aborder ces problématiques auprès de l'employeur apparaîtrait comme un facteur de prévention de situations à risque.
- ▶ Risque de l'arrêt brutal d'une prise en charge au moment de la reprise professionnelle : dynamique de soins en tout ou rien à revoir. Un suivi doit être pensé après la réinsertion professionnelle pour s'assurer de la stabilité de la personne.

LES LEVIERS

- ▶ La stabilisation, le fait de mieux connaître la maladie, d'être au fait de ses compétences et ressources : soutien et aide pour faire les démarches de recherche d'emploi.
- ▶ Suivi Cap Emploi : propositions de simulations d'entretiens d'embauches.
- ▶ Importance de connaître ses capacités réelles et objectives : confrontation à ses propres capacités lors des ateliers thérapeutiques et grâce au feedback des professionnels.
- ▶ Travail collaboratif entre le patient et le professionnel sur le projet professionnel ou de formation, travail qui dure dans le temps pour assurer la stabilité.
- ▶ Professionnel qui se rend disponible pour l'employeur ou l'école (contacts téléphoniques, déplacement).
- ▶ Construction du projet en équipe.
- ▶ Lien avec la réhabilitation qui perdure même après la sortie.

Enfants et adolescents

Une organisation cloisonnée

Des coopérations trop limitées et des parcours affectés par une organisation cloisonnée des dispositifs.

Enjeu fondamental de l'intervention précoce, qui suppose une réelle stratégie institutionnelle et des coopérations formalisées.

- En particulier car les limites d'âge fixées sont des moments charnières dans le développement des enfants (2/3 ans – 6 ans – 12 ans – 18/20 ans). Pas suffisamment de souplesse au niveau des agréments/autorisations. Des limites d'âge distinctes d'un champ sectoriel à un autre qui viennent complexifier les interventions.
- Transitions dans les prises en charge qui souffrent de ces organisations cloisonnées : réseaux d'acteurs différents en fonction des âges = pertes de repères identitaires pour les enfants qui viennent parfois amplifier des sentiments d'abandon déjà existants.
- Mémoire pas toujours transmise qui limite la capitalisation sur le travail réalisé en amont. Limite posée par l'adhésion des familles. Renvoie à des questions d'éthique ?
- Des ESSMS accueillant des publics aux problématiques psychiques particulièrement importantes sans soutien. Co-intervention de la psychiatrie. Quelle coopération ? Quel soutien au sein des lieux d'accueil ?
- Des outils de planification des politiques publiques et des financements des dispositifs trop cloisonnés les uns des autres.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Définir l'intervention précoce comme modalité d'action prioritaire
- ⇒ Mettre en place un pilotage institutionnel partagé entre ARS, CD et services déconcentrés de l'État (DDCS notamment)

- ➔ Formalisation de partenariats entre sanitaire, social et médicosocial et animation de ces partenariats
- ➔ Renforcer la souplesse et favoriser l'accueil dérogatoire
- ➔ Réflexion autour de dispositifs plutôt organisés autour d'une tranche d'âge 16-25 ans ?
- ➔ Sensibiliser des Samsah à des prises en charge des 16 ans ?
- ➔ Renforcer la coopération avec les acteurs de l'insertion sociale (logement) et professionnelle (emploi-formation)

POINTS FORTS OU/ET ACTIONS REMARQUABLES

- *Bien que l'offre pour les enfants-adolescent soit encore très insuffisante, la filière du NHN s'est enrichie d'unités pour les 12-18 ans : plateforme d'accueil et d'évaluation, qui permet d'accueillir des adolescents, soit hospitalisés, soit venant du monde médicosocial, et des prises en charge sociales ou ambulatoires, pour traiter et évaluer les difficultés sérieuses que présentent certains d'entre eux.*

Des cultures professionnelles trop différenciées

- Professionnels éducatifs, sociaux ou médicosociaux pas suffisamment formés à la santé mentale (pathologies psychiatriques, TSA, TDAH, troubles du comportement, etc.).
- Mauvaise identification des ressources existantes : organismes de formations, réseaux, établissements/services, offre ambulatoire.
- Travail en réseau qui s'organise à l'échelle des champs sectoriels (pédopsychiatrie, ASE, Handicap, Éducation nationale, Justice, etc.) et populationnels (Enfance vs Adultes), et non autour d'une approche globale de la santé mentale.
- Mauvaise compréhension, représentations erronées des réalités et contraintes du travail d'un champ à l'autre.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Interconnaissance des acteurs et des typologies de publics = animation de réseau autour de la santé mentale impliquant l'ensemble des acteurs concernés (information)
- ➔ Gradation de l'offre aux besoins repérés sur les territoires (cf. plate-forme territoriale santé mentale) : identification des ressources existantes – Information – Orientation
- ➔ Développement, cohérence (correspondant aux besoins) et visibilité d'une offre de formation professionnelle continue pertinente
- ➔ Identification-Valorisation des initiatives-démarches d'inclusion

Insuffisance de coordination dans les parcours de vie et les situations complexes

- Juxtaposition des actions entre judiciaire, médicosocial, éducatif et sanitaire. Travail en réseau trop limité et mauvaise lisibilité dans la multiplicité des acteurs qui interviennent autour d'une situation.
- Qui porte véritablement la coordination alors même que la plupart des acteurs ont des missions de coordination clairement définies dans leurs fonctions ? Notion de légitimité : qui l'est ? Difficultés dans l'articulation, notamment lorsqu'il existe des points de chevauchement entre les structures/projets. Pas d'outil commun/partagé sur lequel chacun pourrait se référer. Liens et articulations entre les outils de référence de parcours : PPE, PPScolarisation, PPAccompagnement (ITEP, IME).
- Quel suivi au fil du temps ? Comment assurer une continuité dans la « référence » pour l'enfant ? Ne doit-on pas passer d'une responsabilité individuelle inspecteur (ASE) à une logique collective (commission pluridisciplinaire qui aurait un rôle prépondérant au moment des âges charnières) ?
- Lors d'une synthèse, il est nécessaire que les participants puissent engager leur structure ; coresponsabilité des acteurs lors de ces situations complexes. Limite : la coordination est un métier et nécessite des financements adéquats.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Identifier une structure en capacité de porter la coordination sur le modèle des MAIA (plate-forme territoriale santé mentale)
- ⇒ Coresponsabilité dans les traitements de ces situations complexes : engagement, voire contractualisation ?
- ⇒ Capacité d'engagement de sa structure

Offre ambulatoire insuffisante, cause d'inégalités territoriales

- Suivi pédopsychiatrique impossible sur de nombreux territoires : offre insuffisante en termes de praticiens et de services.
- Sous-dotation départementale et maillage inégal CAMPS-CMPP.
- Des coûts induits pour les ESSMS par les transports pour assurer une globalité de la prise en charge (rendez-vous médicaux en particulier), qui ne sont pas pris en charge suffisamment.
- Faible existence de structures ambulatoires qui favorisent l'accès à la vie sociale et la participation à la cité pour les jeunes en rupture, ayant eu un parcours en psychiatrie ou en établissement PH. Clivage clair au moment du passage à l'âge adulte et risques de rupture accrus, notamment dans l'accès/maintien dans le logement, et dans les soins.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- Meilleure visibilité de l'offre sanitaire et médicosociale existante
- Maintien d'un parcours de vie en milieu ordinaire
- Soutien-Promotion des initiatives inclusives (démarche 100 % inclusive) : vers une transformation de l'offre ?
- Quid du développement des transports en commun dans les territoires ruraux (en lien avec les contrats locaux de santé mentale) ?

L'amélioration du parcours des patients

Les propositions des patients pour améliorer le parcours et la vie quotidienne (Groupe le Ronce et l'Abri)

Vie quotidienne

LES FREINS

- ▶ La temporalité : le rythme des actions à réaliser ne leurs semblent pas toujours à leur portée.
- ▶ L'isolement créé par la maladie génère une perte de confiance en soi et en les autres → à ce moment, ils ont besoin d'accéder à des dispositifs permettant un accompagnement ancré dans la vie quotidienne.
- ▶ L'accès aux aides peut être difficile.
Les demandes d'aide ne sont pas toujours entendues par les autorités : « comme si on n'était pas assez handicapés ».
Les aides ne sont pas toujours faciles à mettre en place quand une étiquette est posée car la réévaluation de ses aide est difficile (« est-ce qu'on est capable de tout, tout le temps ? »).
Les dossiers de demande d'aide ne permettent pas de suivre au plus près la situation réelle de la personne (et par conséquent ses besoins).
- ▶ L'accès à des dispositifs spécifiques
Par exemple, les déplacements peuvent être compliqués si on n'a pas de voitures.

LES LEVIERS

- ▶ Les accompagnements rapprochés et les ateliers spécifiques
Par exemple, à l'association La Ronce, il n'y a pas de fermeture annuelle (le travail de l'autonomie est tentant, mais il est à la fois source d'appréhension, l'accompagnement rapproché à certaines étapes semble donc plus que nécessaire).
Les ateliers spécifiques d'un SAVS, par exemple l'ARACS, pour aider à la réflexion d'une démarche de socialisation (jeu de rôle filmés avec feedback visuel qui aide aussi à se voir évoluer).
- ▶ Famille et entourage comme soutien : importance de la famille pour aider à réaliser les démarches du quotidien.
- ▶ Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM)
Ils aident à canaliser son comportement et à comprendre les autres quand on a des difficultés.
C'est un dispositif rassurant, sans jugement, où on peut avoir ses rituels, et qui aide à couper de l'isolement.
Ils aident +++ à prendre confiance en soi (également par le fait qu'on leur montre qu'on peut avoir confiance en eux : exemple de l'atelier théâtre).
Il est apprécié de pouvoir participer à la vie du GEM (être secrétaire du bureau par exemple).
- ▶ L'accès à des dispositifs spécifiques
La voiture et le permis de conduire peuvent être un levier pour accéder à tout ça.
- ▶ Tous ces dispositifs doivent également s'inscrire dans la politique de la ville.
- ▶ La recherche d'un logement en colocation peut-être une solution adaptée pour rompre l'isolement, et peut également être un levier d'un point de vue financier.

Entourage et ressources

LES FREINS

- ▶ Absence de famille/proches.
- ▶ Ne pas savoir à qui s'adresser.
- ▶ Difficulté pour trouver leurs propres ressources, besoin d'accompagnement pour les identifier.
- ▶ Difficile pour les familles de comprendre le handicap invisible, il faudrait plus les associer dans le parcours pour leur permettre de mieux comprendre cela.

LES LEVIERS

- ▶ Importance du mandataire judiciaire comme interlocuteur privilégié qui aide à diriger vers le bon interlocuteur (mais attention le mandataire ne peut pas tout).
- ▶ Importance de la présence de la famille.
- ▶ Importance de développer sa vie sociale à travers des loisirs/des activités annexes ordinaires (c'est-à-dire non rattachés à un dispositif d'accompagnement spécifique).
→ mais il est nécessaire d'avoir un accompagnement pour s'y lancer avant d'y aller en autonomie.

Accès aux soins

LES FREINS

- ▶ Traitement : effets secondaires indésirables
- ▶ Diagnostic et pronostic
Se sentent décrédibilisés par l'étiquette de la maladie psychique (« c'est noté sur le papier ») : ils ne se sentent pas entendu/écouté.
Annonces diagnostic et pronostic qui renvoient parfois à l'absence de perspectives d'avenir (annonce d'un médecin psychiatre : « vous ne retravaillerez jamais »).
→ il y a un besoin d'un accès à des soins qui s'inscrivent dans une dynamique positive et centrée sur leurs ressources.
- ▶ Cohérence du parcours de soins
Absence de lien entre les soins somatiques et psychiatriques (importance de ne pas tout mettre sur le compte de la maladie psychique).
Lenteur de l'administration en cas d'hospitalisation **hors de l'état** pour transfert d'hospitalisation dans département d'origine.
Manque de présence médicale au CMP, alors que c'est aussi le médecin qui insuffle la dynamique de soin (orientation des thérapies...), ou l'équipe qui propose des orientations vers des prises en charge spécifiques.
Difficulté de flexibilité sur l'accès à des professionnels de médecine générale (par rupture du lien de confiance ou désaccord quant à la situation), difficile de changer, le système français ne veut pas ça.

LES LEVIERS

- ▶ Cohérence du parcours de soins
Lien avec personnel paramédical pour le CMP, mais cela ne permet pas de combler l'absence de fluidité de parcours pour un RDV avec un médecin psychiatre.
Grande confiance en leur médecin traitant.
L'absence de jugement des professionnels du médico-social, sanitaire et social (CMP, GEM, SAVS...) permet de se sentir écouté par les animateurs et les bénévoles.
Présence du CAC quand on reconnaît ses symptômes.
- ▶ Connaissance de la maladie et déstigmatisation
Toutefois, ils ont conscience de leur vulnérabilité.
La socialisation et la connaissance de soi à travers l'autre est un soin en soi (permet de relativiser ses symptômes à travers la connaissance des symptômes des autres).
Il est important de responsabiliser le patient dans sa volonté de se soigner, et c'est le fait de pouvoir accéder à une vie agréable qui peut donner cette envie de se soigner (elle est en lien avec l'estime et la confiance en soi).
→ Faire une action d'ouverture de l'hôpital psychiatrique en faisant visiter ses locaux pour aider à déstigmatiser, et montrer ce qui y est fait réellement (exemple : la sophrologie, le sport, la cafétéria).

Dépendance aux soins, position passive et non active, avec l'idée que le soin est la seule socialisation possible (« il n'y a qu'au psychologue que je peux parler »), cela crée un enfermement et une solitude, sans idée d'accès à des groupes pour la socialisation.

- ▶ **Approches complémentaires aux soins peu accessibles**
Difficulté d'accès à des thérapies alternatives et complémentaires (accès sur des soins spécifiques tels que le travail de la confiance en soi, la sophrologie, la méditation...).
- ▶ **Méconnaissance de la maladie et stigmatisation**
Difficulté à identifier les signes précurseurs d'une rechute, une aide est nécessaire pour cela.
Se sentent décrédibilisés par l'étiquette de la maladie psychique « c'est noté sur le papier » : ils ne se sentent pas entendus/écoutés.
Mon regard sur moi-même et mon handicap conditionnent mon comportement.
C'est une problématique culturelle : « la psychiatrie fait peur », le lieu de l'hôpital psychiatrique est excentré du centre-ville, « on nous met à l'écart », ce qui alimente beaucoup de fantasmes et de préjugés.

- ▶ **Accéder à des approches complémentaires aux soins**
Élargir l'accompagnement en dehors du soin, par exemple avoir des conseils en image pour se revaloriser.
Instaurer un peu de sport et moins de médicaments pour retrouver une fatigue saine face à la problématique des effets secondaires indésirables des traitements.
Cibler les propositions en fonction des besoins de chacun et proposer un accompagnement personnalisé.
- ▶ **Connaissance de la maladie et déstigmatisation**
Quelle est réellement la perception du handicap invisible par les autres, car on ne parle plus de handicap quand on est stabilisé puisqu'on connaît sa maladie et ça enlève des barrières dans les relations avec les autres.
Avoir une meilleure connaissance de sa maladie aide aussi à mieux gérer son handicap et son comportement.

Insertion professionnelle

LES FREINS

- ▶ Problématique importante pour concilier le suivi des soins et la reprise du travail.
- ▶ Pas toujours d'adaptation du poste, ce qui requiert davantage de compétences adaptatives.

LES LEVIERS

- ▶ La reconnaissance du handicap aide également l'employeur à comprendre la situation.
- ▶ Se voir confier des responsabilités dans son poste en fonction de ses compétences et malgré les difficultés aide à maintenir un mieux-être au travail.

ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES ADAPTÉS AUX BESOINS

Surreprésentation des patients en souffrance psychique sans médecin traitant

- Démographie médicale catastrophique, a fortiori sur certains territoires du département.
- Typologie de personnes qui s'excluent volontairement des soins = non-recours. Par principe, la maladie psychique représente en tant que telle une complexité dans sa reconnaissance par le patient : déni sur sa pathologie qui s'accompagne régulièrement d'un renoncement aux soins.
- Faute de pouvoir réorienter vers des médecins généralistes, personnes suivies pour des soins somatiques par défaut en ESSMS (CSAPA par exemple), alors que les addictions sont stabilisées.
- Point de vigilance : impact possible sur la patientèle de certains cabinets de médecine généraliste qui travaillent en réseau avec des ESSMS ou l'hôpital et qui pourraient se retrouver à accueillir une proportion forte de patients difficiles (souffrance psy, addictions, comorbidités).
- Personnes surreprésentées par des situations de précarité en situation de non-déclaration de médecin traitant.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Présence (vacations ?) de médecins généralistes au sein des CMP afin de favoriser la mise en lien avec un médecin traitant.
- ➔ Développer des actions de prévention-promotion de la santé spécifiquement dédiées aux personnes en souffrance psy en situation d'exclusion.
- ➔ Accompagnement individuel et renforcé des personnes (case management-gestion de cas) afin de favoriser la déclaration d'un médecin traitant. Missions spécifiques qui pourraient être dédiées à des travailleurs sociaux au sein des structures sociales (AHI).
- ➔ Faciliter l'accès à des professionnels de santé. Développer « l'aller-vers » (déployer les équipes mobiles précarité et handicap psychique ?).
- ➔ Créer les conditions du travail en réseau entre psychiatrie (CMP) et médecins généralistes à l'échelle infra-départementale pour favoriser les synergies dans l'intérêt des parcours de soins des patients : faciliter la création des CLSM.
- ➔ Quelle démarche coopérative entre ESSMS et médecine générale, notamment pour faciliter l'accès à des soins de 1^{er} recours ? Coopérations en lien avec les PTA + composantes ?
- ➔ Sortir de la logique « médecin centré » pour recentrer sur l'équipe de soins. Vers un changement de paradigme.

RÉFLEXION

- ➔ Pertinence du CPSP de Val de Reuil dans l'accès aux soins de premier recours pour des personnes très isolées et sans médecin traitant. Mais ne serait-il pas pertinent de réorienter son projet d'établissement en le focalisant sur les personnes éloignées des soins (approche généraliste peu efficiente ?) ?

Insuffisance de coordination entre soins somatiques et psychiatriques

- Professionnels de santé généralistes insuffisamment informés sur le suivi psychiatrique ou sur des éléments de diagnostic. Analyse partagée, tant par le secteur public (CHI) que par le libéral ou le privé (cliniques). Analyse réciproque de l'hôpital d'une communication très médecin-dépendant.
- Obligation d'information d'une entrée ou sortie d'hospitalisation qui est parfois difficile à mettre en œuvre par rapport à une pression forte sur la capacité en lits à l'hôpital.
- Constat de beaucoup de patients sous mesure de protection. Mandataires judiciaires à la protection des majeurs régulièrement mal informés de la prise en charge et du suivi. Importance de la communication de l'évaluation d'une situation ou sur l'évolution du suivi psychiatrique.
- Difficulté également dans le lien avec les services de tutelle, notamment pour les situations d'urgence, dans leur mobilisation autour d'un projet de la personne. Difficulté d'obtenir des autorisations d'opérer. Procédure complexe, mal connue, qui dépend aussi pour certaines situations de la réaction du juge.
- Difficultés dans l'obtention d'un avis médical relatif à une situation donnée, ne relevant pas nécessairement d'une urgence/hospitalisation psychiatrique. Adhésion et suivi des soins somatiques souvent conditionnés par un suivi psychiatrique adapté.
- Sorties d'hospitalisation de patients souvent mal préparées (rendez-vous CMP très tardif, pas de travail en réseau, etc.).
- Difficulté pour le sanitaire d'identifier les personnes ressources du patient dans son parcours de soins et de vie.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Renforcer l'animation du réseau (plate-forme territoriale santé mentale).
- ➔ Engagement dans des processus de formalisation de partenariat.

Prise en charge somatique insuffisante des personnes en souffrance psychique

Difficultés dans la prise en charge de personnes en souffrance psychique pour des soins somatiques (1^{er} recours – spécialités médicales – urgences hospitalières)

- Nécessaire reconnaissance et prise en compte des spécificités inhérentes aux patients psy qui limitent leur accès aux soins : impatience, malaise ressenti à attendre, panique, etc. Parallèlement, cela implique une mobilisation de soignants plus importante liée à l'état psy du patient.
- Enjeux d'un meilleur partenariat entre urgences hospitalières et NHN : favoriser le partage de connaissances cliniques entre PH du NHN et du CHI. Quid des données médicales intégrées dans les logiciels métier des hôpitaux ? Pourquoi ne sont-ils pas liés ?
- Enjeu de synchronisation des logiciels métiers.
- Nécessaire protocolisation dans les échanges des patients.
- Quid de la psychiatrie de liaison ? Nécessité de facilitation et d'amélioration du travail en réseau entre le CAC et le service des urgences, le service des urgences et le NHN, afin de faciliter les prises en charge dans des situations d'hospitalisation en urgence de patients ou de

patients déjà hospitalisés au NHN, notamment la nuit.

- Constat d'une certaine réticence de médecins/dentistes libéraux à assurer la prise en charge médicale d'un patient psy car ce sont des patients difficiles (rendez-vous non honorés, pression, etc.) : « consultation à haute valeur ajoutée » = suppose mise en confiance, prévention de la décompensation. Mais globalement, peu d'attractivité car trop de complexité (intérêt de l'accompagnement par un tiers).
- Stigmatisation des personnes « psy » qui complexifie parfois des orientations vers certaines spécialités de médecine (ex. : accès aux dentistes = réelle complexité).
- Constat d'une « psychiatrisation » d'un certain nombre de malades considérés comme psychiatriques ou connus de la psychiatrie,

alors qu'ils présentent principalement des problématiques somatiques. Difficultés de PEC au CHES du fait du comportement psychiatrique et orientations non toujours justifiées au NHN, où le plateau technique est inexistant. Quelle réponse des PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) face à des situations complexes ? Quid plate-forme santé mentale ?

- Enjeu des déplacements : personnes très concernées par des difficultés de mobilité, incapacité de se déplacer vers les médecins généralistes ou spécialistes pour des soins somatiques.
- Quid de l'accueil des patients dans un contexte d'alcoolisation, qui ne sont pas dans des conditions nécessaires à un examen psychiatrique fiable ? L'alcoolisation aigue n'est pas une maladie psychiatrique.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Formalisation de documents pour faciliter la régulation des patients relevant d'un suivi psychiatrique entre les deux établissements :
 - s'inspirer du Dossier Liaison Urgences utilisé par l'hôpital avec la gériatrie pour un DLP (Dossier Liaison Psychiatrie) pour permettre de renforcer la communication entre urgences CHES et CAC, CAC et NHN et fluidifier l'accueil de nos patients à l'hôpital ;
 - structurer la transmission dans les deux sens, entre les différents services, de la totalité des informations médicales et administratives, notamment lors d'admissions sous contrainte ou en urgence ;
 - créer une fiche de gravité associée à une ligne téléphonique spécifique pour la PEC des patients hospitalisés au NHN afin d'éviter des déplacements inutiles et des attentes aux urgences et faciliter les échanges entre psychiatre de garde le week-end (pas de somaticiens présents au NHN les soirs et week-end). Quid d'organiser un lien avec la plate-forme de régulation portée par les médecins généralistes ?
 - travailler à ces documents entre urgences et NHN.
- ⇒ Conventions de stage pour des médecins somaticiens ou des IDE afin d'assurer une formation continue au sein des urgences.
- ⇒ Développer les compétences de médecine généraliste au sein du CAC ou en CMP (PH à temps partiel), statut de praticien clinicien qui pourrait être motivant pour des médecins généralistes.
- ⇒ Quid d'une convention-ambulance pour le NHN afin de favoriser l'accompagnement par des soignants aux urgences ? Problème des moyens de transport, et notamment des ambulances en sous-densité dans le département de l'Eure.
- ⇒ Réflexion à avoir sur la pertinence de la formalisation de conventions CHI-établissement (NHN) ou service autour de système de « coupe-fil ». Intérêt d'un coupe-fil : inenvisageable pour les urgences dont le critère unique est lié à la gravité de la situation. Pour autant, il semble pertinent, à gravité égale, d'imaginer un système de priorisation de patients psy accompagnés par des soignants hospitaliers.
- ⇒ Faciliter l'identification de médecins généralistes à l'initiative d'une demande des professionnels sanitaires, sociaux ou

médicosociaux (mandataires, équipes médicosociales, etc.).

- ➔ Besoin de coopération organisée et structurée entre social, médicosocial et sanitaire pour faciliter et coordonner les logiques de parcours de vie/de soins : équipe-pluridisciplinaire, plate-forme.
- ➔ Exemple d'une coopération qui paraît pertinente : proposition ANPAA relative à sa capacité à intervenir en appui à des médecins généralistes autour de situations de personnes en situation d'addiction. S'appuyer sur les spécificités et les compétences des acteurs.
- ➔ Disposer d'une palette de dispositifs d'accès au logement, condition qui facilite la stabilisation des patients et leur adhésion à un parcours de soins : « famille-gouvernante », « Housing first » (Un chez soi d'abord).
- ➔ Renforcer l'aller-vers, notamment au niveau des domiciles. Réel moyen d'identifier des problématiques somatiques pour des personnes isolées, en situation d'exclusion, en rupture de soins ou en situation d'addiction.
- ➔ Maisons de santé- Pôle de santé : sont amenées à animer des réunions de coordination pluridisciplinaires. Occasions de réunir les différents intervenants. Facilite les coopérations autour du parcours de soins, l'interconnaissance.

POINTS FORTS OU/ET ACTIONS REMARQUABLES

- *Unité de soins somatiques au NHN et projet de mise en place de consultations somatiques dans les CMP, pivot du département .*
- *Documents supports pour faciliter la communication entre les établissements de soins (travaux en cours du GHT Évreux avec les filières).*
- *PTA (2 PTA toute récente) : description de l'offre / point fort lien avec les dispositifs de coordination SM dont RéCop.*

L'accès aux soins vu par les personnes elles-mêmes

Un groupe de patient de réhabilitation psychosociale a travaillé sur cette question, identifié des freins, des leviers et proposé des pistes d'amélioration.

Accès aux soins – Territoire et moyens

LES FREINS

- ▶ Peur de l'hospitalisation en lien avec :
 - un traumatisme lié à un accueil dans un service non adapté (ex. : jeune ado accueilli dans un service adulte du fait de l'absence de service de pédopsychiatrie) ;
 - un manque de place dans les services (ex. : manque de place → proposition de chambre d'isolement) ;
 - un manque d'ateliers thérapeutiques lors de la durée de l'hospitalisation (« on attend et on fume ») ;
 - la plateforme est une piste intéressante mais manque encore d'adaptation.Tout cela génère un sentiment d'insécurité face à l'hospitalisation.
- ▶ Problèmes liés à l'accessibilité :
 - besoin de faire d'importantes distances pour accéder à certains types de service (ex. : CATTP, unité de réhabilitation...), alors que les symptômes de la maladie peuvent compliquer les déplacements ;
 - ce manque semble également créer des surcharges de travail pour les dispositifs isolés (manque de moyens,

- notamment de médecins), l'accès à un premier rendez-vous est rendu difficile par des délais d'attente très longs ;
 - les psychiatres libéraux semblent isolés, tout comme les généralistes qui connaissent peu l'offre du territoire ;
 - lors des premières consultations, le vocabulaire utilisé trop technique.
- ▶ Continuité de l'accès aux soins :
- parfois manque de cohérence dans le suivi entre les structures, lié à un manque de communication (ex. : suite au passage au CAC, manque de relai mis en place) ?
 - la localisation de l'unité de réhabilitation (service ambulatoire) à proximité du NHN constitue un frein pour les patients ayant vécu une hospitalisation difficile/traumatisante (association négative avec « l'impression de revenir à l'hôpital », ou encore « on ne dit pas qu'on est suivi à Navarre, sinon on nous prend pour des fous ») ; cela peut être un facteur potentiel de rupture dans la continuité des soins.
- ▶ Clinique privée : le centre de jour n'aide pas à déterminer des objectifs concrets

LES LEVIERS

- ▶ Aides contre les craintes de l'hospitalisation :
- les cliniques privées qui n'accueillent pas dans des situations d'urgence et évitent ces biais (ex. du service inadéquat) ;
 - présence du CAC : structure rassurante, où l'on se sent reconnu ;
 - la réorientation temporaire pour un passage de relai (vers service hospitalier de Paris ou Rouen) : accès à des cours pendant l'hospitalisation, accès à des activités.
- ▶ Aide contre les problèmes d'accessibilité : les professionnels qui peuvent se déplacer à domicile (ex. : visite à domicile des infirmières, évaluation neuropsychologique à domicile avec le RéCoP SMS).

LES PROPOSITIONS

Proposer des locaux en centre-ville pour tous les services de jour (dont l'unité de réhabilitation psychosociale), qui sont alors plus accessibles (car mieux desservis par les transports en commun) et créent un sentiment d'insertion dans la société. Le but étant de ne pas être associé au NHN qui est visuellement stigmatisant.

Favoriser le dialogue entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre via deux axes :

- 1. plus de lien direct entre les deux intervenants autour du patient,*
- 2. plus de sensibilisation des médecins généralistes sur les problématiques de santé mentale.*

Développer les moyens de la réhabilitation psychosociale, en développant l'unité existante, mais également en déployant d'autres unités sur le territoire.

Développer les ateliers thérapeutiques à visée non médicamenteuse : estime de soi, sport, médias artistiques, etc.

Favoriser l'intervention des soignants à domicile plus tôt dans la prise en charge, dans une optique de prévention (ne pas attendre d'être dans une situation de crise ou d'urgence).

Accès aux soins – Alliance thérapeutique

L'alliance a été définie par le groupe comme la relation qui unit le patient avec les thérapeutes soignants et avec la famille (interaction de ces trois acteurs de manière égale et plurilatérale), dans un objectif commun de soin, de stabilisation, voire de guérison.

LES FREINS

Éléments ayant un effet délétère sur la communication, pouvant amener un patient à ne pas évoquer son expérience réelle

- ▶ Médecins débordés, ayant peu de temps à consacrer pour chaque consultation – difficile de se sentir écouté.
- ▶ Manque de continuité des soins entre différentes structures (manque de coordination, transmission, communication, voire absence totale).
- ▶ Isolement des professionnels (notamment libéraux) qui ne sont pas toujours en lien avec les diverses structures ou qui ne connaissent pas l'offre du territoire.
- ▶ Manque d'information sur les thérapeutiques non médicamenteuses, le suivi tourne essentiellement autour de la question médicamenteuse.
- ▶ Manque de prise en charge globale.
- ▶ Difficulté à se confronter aux autres patients lorsque l'hétérogénéité est importante.
- ▶ Profession du psychiatre qui n'est pas assez populaire et qui est victime des clichés.
- ▶ Vocabulaire trop technique n'aide pas à se rendre compte que ce qui est vécu est en lien avec les symptômes, ce qui amène les patients à cacher leur état malgré eux, d'autant que les hallucinations auditives sont perçues très tôt : « je pensais que j'étais juste tête en l'air, je me contenais devant les autres, au final, ça s'est vu quand la maladie a été bruyante ».

Éléments qui entravent la confiance

- ▶ Surdosages médicamenteux sans prise en compte du ressenti des effets secondaires.
- ▶ Manque de discussion claire et précise autour du diagnostic : rend difficile pour le patient le travail de transmission autour de son entourage ou des professionnels de son environnement.
- ▶ Diagnostics posés de manière aléatoire : fluctuation dans le temps, manque d'uniformité du diagnostic selon les professionnels rencontrés, diagnostic posé lors d'un entretien unique, peu d'explication en accompagnement de cette annonce... (diagnostics posés à tort et à travers).
- ▶ L'utilisation de réponses évasives face à des questions précises.
- ▶ Manque de communication avec le patient, mais également au sein d'une même équipe : avoir la sensation que chaque nouveau membre n'est pas au courant de notre situation et que nous devons repartir de zéro à chaque fois.
- ▶ Le manque de travail collaboratif dans la prise de décision : traitement et pistes thérapeutiques imposées, sans que l'avis du patient soit consulté.
- ▶ L'effet de stagnation de la prise en charge : sensation de ne pas avancer.
- ▶ Lien entre proches et intervenants inexistant : auprès des patients majeurs, l'intégration de l'entourage dans la prise en charge n'est pas proposée systématiquement, ou alors est proposée en situation de crise, ce qui peut amener le patient à refuser, compte tenu de son état, et qui n'est pas reproposée par la suite.
- ▶ Lorsque lien existant entre professionnels et intervenants : attention à ne pas oublier l'avis du patient au cœur de toute décision.

LES LEVIERS

Éléments facilitateurs du discours

- ▶ Utilisation d'un vocabulaire plus concret pour aborder les symptômes, qui permet de se sentir entendue et de ne pas chercher à donner le change (ex. : est-ce que vous entendez des voix ?)

Éléments nécessaires à la relation de confiance

- ▶ La mobilisation du professionnel (ex. : à domicile).
- ▶ Suivi étape par étape (au rythme du patient) en donnant la possibilité à la personne de faire des choix éclairés dans la direction à donner à sa prise en charge.
- ▶ Communication entre les professionnels (ne pas repartir de zéro à chaque nouvel interlocuteur).
- ▶ Obtention rapide et facile de rendez-vous en cas de besoin.
- ▶ Travail d'équipe qui favorise une continuité en cas d'absence d'un professionnel.
- ▶ ProFamille.

LES PROPOSITIONS

Accorder plus de temps pour expliquer les différentes décisions médicales : il est parfois nécessaire que les mesures soient imposées pour le bien du patient, mais plus de temps doit être accordé pour en parler.

Réaliser un travail de fond sur la déstigmatisation chez les plus jeunes (ex. : si j'entends des voix, cela ne veut pas dire que je suis fou, et surtout il existe des solutions). Ce travail pourrait se réfléchir dès le plus jeune âge dans les écoles (lors des visites médicales, campagnes de sensibilisation, etc.) :

- soulever directement les questions auprès des jeunes lors des visites (ex. : est-ce qu'il vous arrive ces choses ? Etc.) ;
- proposer un discours rassurant sur le fait que si certains symptômes sont présents, il existe des solutions.

PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

DÉFINITIONS

Urgence : suppose une réponse adéquate, qui ne peut pas être différée, afin d'atténuer le symptôme aigu de la crise.

Crise : doit être remise dans le contexte du lieu où elle s'exprime. Perceptions parfois très différenciées entre les acteurs (grilles de lecture trop différenciées).

Comorbidités : qui complexifient l'identification d'une crise/décompensation, en particulier les addictions. Complexité également face à l'existence de troubles du comportement ou de déficiences, qui ne sont pas considérés comme relevant de la psychiatrie par les équipes médicales et soignantes, alors même qu'ils peuvent être la cause de situations considérées comme « crises », et en lien avec un trouble psychique, par des équipes éducatives ou médicosociales.

Cadre d'intervention du CAC : décompensation psychiatrique ou personnes vivant une rupture particulière la mettant en grande difficulté personnelle au niveau psychique. Constat d'un recours à la psychiatrie parfois inadéquat (« psychiatrisation »).

ESSMS : une situation de crise peut être ressentie lorsque des équipes éducatives se retrouvent en difficulté dans leur accompagnement / accueil. Difficultés qui peuvent impliquer une rupture de prise en charge de la structure qui l'assurait, et donc des ruptures de parcours. Sa résolution doit pouvoir autant que possible prévenir d'une hospitalisation sans consentement ou à la remise en question de l'accueil en ESSMS.

Décalage assez clair dans la perception de la situation de crise, selon que l'on soit soignant ou relevant d'une équipe sociale ou médicosociale

- Dans le champ SMS, certaines situations semblent être caractéristiques d'une situation de crise parce qu'elles impliquent la remise en cause potentielle d'une prise en charge, soit parce que l'équilibre de la vie collective d'un établissement est fortement perturbée, soit parce que le projet de service/d'établissement ne semble pas être en capacité de répondre aux besoins de la personne concernée, ou enfin parce que les professionnels SMS ne se considèrent plus en capacité d'exercer leur fonction (= situations d'inadéquation).
- En psychiatrie, la situation de crise est caractérisée par une décompensation psychiatrique ou par une personne vivant une rupture particulière la mettant en grande difficulté personnelle au niveau psychique. En dehors de ces hypothèses, le CAC ne se considère pas compétent.
- Ces différences dans l'approche même du concept de crise impliquent des incompréhensions fortes dans les champs de compétences réciproques des soignants et des professionnels SMS. Impression que « l'autre » ne répond pas à des demandes le concernant.
- Demandes de prise en charge psychiatriques considérées comme inadéquates par la psychiatrie (« psychiatrisation »).
- Sentiment d'isolement pour le secteur SMS, lié aux « refus » fréquents de prise charge par la psychiatrie, alors même que les professionnels considèrent souvent que leurs observations cliniques ne sont pas prises en compte.

Méconnaissance de certaines ressources existantes sur les territoires, ainsi que des missions, fonctions et champs d'intervention réciproques

Organisation de la coopération intrahospitalière (Psychiatrie-CHI) qui commence à répondre aux exigences posées par le décret (réponse aux urgences psychiatriques, prévention du risque suicidaire, participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charges réalisées au sein des urgences

générales), mais qui est encore mal connue par les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale.

Cela provoque des demandes inadaptées, des refus de prises en charge et/ou des réorientations, ou encore le non-recours à des dispositifs qui pourraient apporter une réponse adaptée.

Des situations de crise qui percutent fortement la responsabilité de l'acteur qui répondra

Cela peut biaiser des analyses (syndrome de la « patate chaude ») : qui va apporter une réponse, sachant que celui qui répond devra prendre le relais dans la prise en charge ?

charge complexe, jalonnée de « crises » régulières. Enjeu d'une confiance partagée, de coresponsabilité face à une situation de crise et de la coordination de ces situations.

Des acteurs qui s'interrogent sur leur isolement dans la décision d'assurer la responsabilité d'une prise en

POINTS FORTS OU/ET ACTIONS REMARQUABLES

- *Analyse commune (intersectorielle) des situations de crise : existence d'une première analyse et fiches actions dans le PDALHPD (diag 360 prévoit des fiches actions santé mentale, ce dispositif favorise le lien avec la DDCCS et CD) avec une volonté pluri-partenaire.*
- *Dispositif d'accueil et d'orientation (DAO) numéro tél. mixte destiné aux prof (NHN), dispositif RAPT*
- *Psychiatrie de liaison dans les hôpitaux MCO : description offre.*
- *Permanence des soins de psychiatrie sur deux sites, Évreux et Vernon, offre à voir.*
- *Centre d'accueil et de crise, équipe mobile de psychiatrie précarité (intervention uniquement sur Évreux).*

Des situations de crise générées par l'isolement des acteurs dans la prise en charge de personnes

en souffrance psychique, pour lesquelles un accompagnement SMS est indispensable

- Étayage sanitaire ambulatoire trop limité de manière générale, et quasiment inexistant sur certains territoires.
- Accueil et suivi en CMP rendus inopérants en raison des délais de rendez-vous.
- Saturation des places hospitalières : lits en nombre insuffisant. Recours souvent inadapté aux hospitalisations sans consentement.
- Insuffisance importante ou absence de compétences sanitaires au sein des ESSMS.

L'insuffisance des coopérations ne permet pas de prévenir des situations d'hospitalisation qui seraient « évitables », tout en ne permettant pas des sorties d'hospitalisation qui seraient « possibles ». Les ESSMS devraient pouvoir assurer leur rôle d'accueil et d'hébergement pour des personnes « stabilisées ».

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

1. Prévenir les situations de crise et d'urgence

- ➔ Développer « l'aller-vers » comme principe organisationnel (= équipes mobiles).
- ➔ Garantir un accès rapide et régulier aux CMP et autres dispositifs ambulatoires.
- ➔ Veille et mission d'alerte à partir de signalements (plate-forme ?) afin de prévenir les situations dites des « perdus de vue ».
- ➔ Favoriser les actions d'éducation thérapeutique vers les ESSMS.
- ➔ Soutenir et amplifier les actions de réhabilitation psychosociale.
- ➔ Cellule de soutien et d'accompagnement permettant le décryptage de situations repérées à risque de crise.

2. Apporter une réponse adaptée/globale aux besoins des personnes en situation de souffrance psychique : s'inscrire dans des logiques de parcours de vie plutôt que de parcours de soins

- ➔ Pilotage du PTSM associant l'ensemble des acteurs institutionnels (ARS, EPCI, État, Conseil départemental, etc.).
- ➔ Développer « l'aller-vers » comme principe organisationnel.
- ➔ Développer les dispositifs d'accueil, d'évaluation et de diagnostic et d'orientation à accès rapide.
- ➔ Créer et/ou adapter les dispositifs et services aux besoins des personnes présentant une situation complexe, où les troubles psychiques sont corrélés à des facteurs aggravants : précarité, conduites addictives, difficultés d'accès ou de maintien au logement, accès à l'emploi...
- ➔ Soutenir, conforter et développer des offres diversifiées d'habitat inclusif pour les personnes en souffrance psychique, en priorisant les réponses coconstruites par les acteurs du territoire.
- ➔ Soutenir, conforter et développer l'offre d'insertion professionnelle (droit commun, emploi accompagné, etc.).

3. Acculturation (= culture commune) des acteurs investis ou en lien avec des personnes en souffrance psychique, afin de garantir la continuité des parcours

Animation de réseau santé mentale :

- ➔ formations croisées des professionnels du champ SMS à la santé mentale et réciproquement ;
- ➔ faire connaître les champs d'action, les périmètres, les projets, les spécificités, les limites des dispositifs et des services : annuaires et guide, actions, projets de service et d'établissement ;
- ➔ favoriser les immersions croisées des professionnels .

4. Organiser les conditions de la coordination des acteurs de la santé mentale autour des situations complexes en s'appuyant et en s'inspirant des dispositifs existants

- ➔ Définir le portage stratégique de la plate-forme de gestion des situations complexes afin de formaliser les organisations (cf. modèle MAIA).

LES SITUATIONS INADEQUATES

DÉFINITIONS

La reconnaissance du handicap psychique en 2005 a entraîné des orientations vers des ESSMS PH, sans capacité à proposer des PEC adaptées à des problématiques psy particulières : coordination difficile avec le sanitaire, suivi des traitements médicamenteux, formation des équipes dans l'accompagnement et la prise en charge de personnes en souffrance psychique (pathologies psychiatriques non-stabilisées, troubles du comportement parfois sévères, etc.).

Parallèlement, le sanitaire d'une part, et le social et le médicosocial d'autre part, ou encore l'Éducation nationale et la Justice sont des systèmes juridiques, administratifs, financiers et organisationnels complètement dissociés. La temporalité des systèmes est également très différente : la sortie d'hospitalisation demeure toujours une réelle difficulté, d'autant plus lorsqu'une problématique sociale ou médicosociale est présente. Il existe un réel sentiment d'isolement, voire d'abandon, des familles lorsque la situation se dégrade a posteriori d'une hospitalisation.

Si « **la société inclusive** » paraît une approche réellement pertinente, les moyens en termes d'étayage ambulatoire et d'accompagnement sont encore trop limités pour garantir des parcours de vie sans rupture. Les inadéquations sont notamment liées à des coopérations trop limitées, une insuffisance de coordination et à des offres d'accompagnement insuffisamment adaptées. Le groupe de travail tient néanmoins à rappeler que certaines personnes auront toujours besoin d'un cadre institutionnel et que la société inclusive ne peut être systématisée, quand bien même le cadre coopératif permettant accompagnement adéquat et coordination serait existant.

Enfin, la question du **dépistage précoce des troubles psychiatriques et neuro-développementaux** est un enjeu essentiel afin de favoriser des prises en charge adaptées permettant une réversibilité des conséquences des pathologies sur la vie des personnes.

Des territoires isolés (ruraux) trop dépourvus d'offres et de ressources à mobiliser

- Prise en charge sanitaire ambulatoire rendue quasiment impossible du fait des délais de rendez-vous intenable en CMP (12 à 18 mois sur certains territoires, voire davantage) et sources de non-recours ou de rupture de parcours de soins.
- Des déplacements coûteux et insuffisamment pris en charge, limitant l'accès à des étayages (synthèses, rendez-vous médicaux, services sociaux, accueil de jour, CATTP, etc.), pourtant indispensables au parcours de vie.

BESOINS

- ➔ Réduire les délais d'attente pour des rendez-vous CMP.
- ➔ Favoriser et développer « l'aller-vers » des soignants au sein des lieux de vie des personnes.
- ➔ Augmenter les temps de présence médicaux et de soignants en interne aux établissements et services.
- ➔ Formation, appui sur le champ de la santé mentale aux équipes éducatives/médicosociales.
- ➔ Réelle réflexion autour de la prise en charge financière des déplacements indispensables à la mise en œuvre d'un parcours de vie / projet individualisé.

Des offres d'accompagnements ou de prise en charge parfois inadaptées à la réalisation d'un parcours de vie

- Face à des logiques de désinstitutionalisation, il s'agit d'un enjeu fondamental de pouvoir s'appuyer sur des structures en capacité de proposer de l'accompagnement autour de la personne.
- Coordination des parcours : qui porte ? Comment favoriser des logiques de coresponsabilité ?
- Pas d'adéquation entre la promotion du maintien à domicile (SAAD) et les moyens pour étayer les structures intervenant : isolement des professionnels intervenant à domicile (AVS), alors que les politiques mises en œuvre ont promu le maintien à domicile comme solution à privilégier de manière systématique et ont par conséquent entraîné une visibilité plus forte de difficultés jusque-là peu identifiées.
- Sentiment d'isolement, voire d'abandon, ressenti par les ESSMS au moment d'une décompensation (gestion de la crise) vis-à-vis du sanitaire. CAC présentée comme unique solution mais ne correspondant pas toujours aux besoins. Soutien, appui sur des situations individuelles, voire parfois simple conseil médical, permettraient d'apporter des réponses adéquates aux professionnels.
- Embolisation du Pôle Long cours du NHN par des personnes relevant du médicosocial, restant hospitalisées des années, voire des dizaines d'années : délais d'attribution de places intenable. Peu de solutions adaptées : manque de places en MAS, FAM. Réflexion collective indispensable pour proposer des solutions à des personnes dont l'état de santé, les capacités cognitives ou d'autonomie se dégradent pendant ces longues périodes d'hospitalisation, pour un coût (financier) pour la collectivité considérable.

BESOINS

Souplesse

- ➔ financière (dotation globale, articulation entre différents dispositifs de PEC...);
- ➔ administrative (agrément et autorisation);
- ➔ organisationnelle (projet d'établissement, entre les acteurs...).

Évaluation multidimensionnelle fondamentale en amont d'une prise en charge ou pendant la prise en charge quand la situation est amenée à évoluer

Coordination pour permettre une meilleure articulation entre les acteurs et pour avoir un référent du parcours :

- ➔ métier à part entière (à partir des expériences en cours (PTA, MAIA, RAP, RECOPSMS...);
- ➔ donner une légitimité institutionnelle pour permettre une meilleure articulation entre les acteurs et pour avoir un référent du parcours.

Offres nouvelles à imaginer

- ➔ Case management.
- ➔ Pédopsychiatrie (places d'hospitalisation, unités ambulatoires).
- ➔ Plates-formes de services spécialisées en handicap psychique.
- ➔ Équipes mobiles.
- ➔ Diverses réponses d'habitat inclusif (type maison-relais, dispositifs de sous-location, etc.) avec accompagnement.
- ➔ EHPAD spécialisés dans la prise en charge des personnes présentant une pathologie psychiatrique.

Réactivité

- ⇒ des financeurs,
- ⇒ des partenaires.

Méconnaissance (voire défiance) réciproque des acteurs investis dans le champ de la santé mentale

- Méconnaissance des typologies d'ESMS entraînant une mauvaise orientation (projet établissement, bâti, résidents...).
- Méconnaissance des dispositifs sanitaires portés par le NHN, ou ceux relevant des troubles neuro-développementaux (TSA).
- Méconnaissance des dispositifs portés par l'Éducation nationale.
- Méconnaissance des réalités et des contraintes entre les professionnels.

BESOINS

- ⇒ Former les professionnels au handicap dans sa généralité et à la maladie mentale plus spécifiquement.
- ⇒ Définir un vocabulaire commun ou compréhensible par tous pour s'assurer une meilleure compréhension et une meilleure collaboration.
- ⇒ Annuaire répertoriant l'ensemble des actions, dispositifs et établissements intervenant en santé mentale.
- ⇒ Mise en place de formations croisées.
- ⇒ Outils partagés (évaluation-fiches de liaison, etc.).
- ⇒ Animation de réseau.

Persistance de représentations et stigmatisation des personnes en situation de handicap psychique

- Stigmatisation des publics relevant de main de Justice : situations individuelles mettant en difficulté les structures en charge de l'accompagnement et/ou de l'hébergement suite à la sortie de détention. Approche collective indispensable mais des solutions encore trop portées individuellement par des structures.
- Handicap psychique mal connu des familles en général : crainte d'hospitalisation, conséquences de la maladie, etc.

BESOINS

- ⇒ Travailler sur l'acceptation du handicap.
- ⇒ Désamorcer des freins à l'entrée en établissement : interprétations/projections erronées, mauvaise connaissance des institutions.

POINTS FORTS OU/ET ACTIONS REMARQUABLES

- *Bien que l'offre pour les enfants-adolescent soit encore très insuffisante, la filière du NHN s'est enrichie d'unités pour les 12-18 ans : plateforme d'accueil et d'évaluation, qui permet d'accueillir des adolescents, soit hospitalisés, soit venant du monde médicosocial, et des prises en charge sociales ou ambulatoires, pour traiter et évaluer les difficultés sérieuses que présentent certains d'entre eux.*

Prévention, sensibilisation et implication des personnes ressources

Cet axe a été traité par le groupe de patient de réhabilitation psychosociale.

LES FREINS

Dans les situations où la famille n'est pas écoutée :

- ▶ plus de poids devrait être accordé aux témoignages des familles (« donner plus de poids » ; « besoin qu'ils tapent du pied pour être entendus ») ;
- ▶ « on prend alors le patient dans son contexte car les proches peuvent parfois mieux décrire les crises ou les repérer », « ils nous connaissent ».

ProFamille :

- ▶ regret que ce programme ne soit développé que pour la schizophrénie.

LES LEVIERS

Dans des situations d'écoute de la famille par les professionnels :

- ▶ la famille aide les professionnels à recueillir les informations que le patient ne remarque pas lui-même ;
- ▶ la famille se sent plus intégrée et moins impuissante face à la situation qui est également dure à accepter et à gérer pour eux ;
- ▶ la famille est un soutien pour les patients par leur présence : « quand on est hospitalisé, on est seul » ;
- ▶ la famille réalise une pêche aux informations permettant l'accès à certains soins, dont on n'aurait pas entendu parler si elle n'avait pas fait la démarche (les publications d'ouvrages scientifiques et de vulgarisation aident les familles à s'intégrer aux processus de dépistage et d'accompagnement) ;
- ▶ associer la famille lors des synthèses d'évaluation (ex. : unité de réhabilitation) ;
- ▶ UNAFAM qui informe les familles.

ProFamille :

- ▶ le programme aide les familles à apprendre à communiquer et à s'adapter face aux symptômes de la maladie de leur proche (ex. : valoriser même les petits progrès, avoir une meilleure compréhension de la situation, pouvoir repérer les signes précurseurs d'une rechute, aider le proche à prendre conscience).

Configuration des locaux :

- ▶ proposer un espace convivial où la famille peut rendre visite à son proche en hospitalisation (petit salon, parc en accès libre au NHN).

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

DÉFINITIONS

La santé mentale positive : L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et d'une manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »^{Note1}. Cette définition souligne le fait que la santé mentale va au-delà de la seule absence de maladie mentale. Les connaissances sur la prévalence et les déterminants de la santé mentale sont importantes pour éclairer les programmes en matière de promotion et d'intervention.

Compétences psychosociales : sont les compétences et aptitudes que l'on peut développer tout au long de la vie et qui aident à pouvoir surmonter les difficultés de la vie quotidienne. Elles peuvent être regroupées en cinq ensembles interdépendants comprenant un ensemble d'aptitudes et de compétences :

- **La conscience de soi** : reconnaître ce qu'on ressent sur le moment et avoir une évaluation fine de ses capacités en fonction d'une situation donnée
- **La gestion de soi-même** : gérer ses émotions et maîtriser son stress afin que cela n'interfère pas avec l'action. Persévérer face aux difficultés ou la frustration.
- **La conscience sociale** : apprécier les émotions et le point de vue des autres pour le prendre en compte ses actions.
- **Les compétences relationnelles** : établir et maintenir des relations positives. Gérer des situations interpersonnelles de manière constructive. Arriver à négocier ou demander de l'aide.
- **La prise de décision responsable** : acquérir une pensée critique et créative. Fixer et atteindre des objectifs positifs et agir en prenant en compte tous les facteurs en jeu, les alternatives et mesurer les conséquences des choix.

Les compétences psychosociales sont le fruit d'une relation dynamique entre une situation donnée, les expériences passées et l'état émotionnel et physique d'une personne.

Cadre actuel de la prévention et promotion de la santé

- Dispositifs existants depuis une dizaine d'année visant à favoriser le décloisonnement des acteurs, notamment à partir du déploiement de formations croisées, de formations de prévention du suicide et du soutien à des dispositifs d'écoute ou de soutien aux familles (UNAFAM).
- Au-delà des actions classiques de formation, l'ARS a inscrit la question de la lutte contre la stigmatisation comme un axe important de ses politiques avec comme levier une meilleure communication (campagne de communication, etc.). La prévention du suicide demeure l'une des priorités régionale.
- Des actions de développement et renforcement des compétences psychosociales (CPS) ont été impulsées en milieu scolaire et auprès des parents/ enfants (ces trois dernières années).
- Un constat partagé des acteurs de difficultés dans les coopérations entre les acteurs des différents champs.

Des questions sur les évolutions des actions de PPS dans le cadre du PTSM

- La formation demeure-t-elle incontournable ?
Sous quelle forme ?
- Comment intégrer, soutenir la question des compétences psychosociales, sujet majeur aujourd'hui ?
- Comment faciliter les coopérations des acteurs afin de donner plus de portée aux actions de PPS existantes et à venir ?

Des dynamiques locales sur lesquelles s'appuyer

- Stratégie très forte de l'ARS qui s'appuie sur des acteurs ressources en capacité de former des professionnels aux CPS avec l'élaboration d'une stratégie régionale intégrant des acteurs ressources pour les formations des acteurs (IREPS, ANPAA, etc...).
- Récomp27 qui favorise le lien, l'articulation entre les champs sanitaires, sociaux et médicosociaux. Forme associative. Animation de réseau, et Service d'évaluation, d'orientation, et de coordination de parcours.
- CLSM se mettant en place sur Vernon et Louviers. Levier pour faciliter les coopérations à l'échelle communautaire. Des dynamiques accompagnées par les collectivités et les agglomérations, comme Seine Normandie Agglomération qui déploie un axe de santé mentale positive et des actions spécifiques ou Evreux Normandie agglomération qui va déployer des formations sur les compétences psychosociales.

Des actions préexistantes sur le territoire

- La parentalité avec la mise en place du programme de soutien aux familles et à la parentalité (PFSP) qui permet un travail intéressant sur les compétences psychosociales. Il existe aussi le guide du RSVa sur le développement de l'enfant. Mais le réseau de parentalité est de plus en plus cloisonné.
- Prévention de la violence au sein des écoles (Cause des enfants) : Renforcement des compétences psychosociales. Prévention primaire autour de thématiques souvent taboues (harcèlement scolaire, violences intrafamiliales, incestes, etc.), sources de souffrance psychique.
- Agglo SNA : Renforcement des CPS sur les 0-3 ans. Initiative de valorisation des approches de RCPS des auxiliaires en puériculture en lien avec le service sanitaire. Pertinence d'une telle action qui permet de décroïsonner et de valoriser des dynamiques. Parcours Santé mentale au sein des résidences autonomie (Vernon) : réticences des professionnels autour de l'expression des résidents d'un certain mal-être.
- PJJ souligne l'intérêt du travail autour des émotions et du développement de formations sur la Communication non-violente.
- Dans le cadre de la création de l'unité de réhabilitation psychosociale + Sycomore : nouvelle modalité de prise en charge sanitaire qui s'inscrit dans un cadre transversal du parcours de vie des patients (forte ouverture vers l'environnement, et notamment vers l'Education nationale et les secteurs sociaux et médicosociaux). Les équipes éducatives de l'Education nationale ont bénéficié d'une formation pour leur permettre de mieux orienter vers l'unité.
- L'Unité de réhabilitation psychosociale (portée par le NHN) travaille autour d'un enjeu stratégique des patients à Ultra Hauts risques (détection précoce et prévention de l'entrée dans la maladie).
- Nouvelle orientation du projet médical de la Clinique des Portes de l'Eure autour de « l'approche psychosomatique, qui vise aussi bien le nécessaire repérage précoce et la prise en charge adéquate des pathologies somatiques passées inaperçues derrière un tableau de troubles psychiatriques, que l'étude des

liens de causalité entre facteurs psychologiques et environnementaux et la survenue ou l'évolution des maladies somatiques ».

Des besoins non couverts et des pistes d'action

- Compétences psychosociales : besoin de formation et de décloisonnement des acteurs par l'animation de formation en Inter. Permettrait de faciliter la poursuite des dynamiques issues des formations entre les professionnels d'un territoire. Professionnels à former, et à mobiliser autour de l'émergence de projets.
- Enjeu fort de la formation des AVS au sein des SAD pour prévenir tant des risques psychosociaux forts (isolement des AVS, précarité, faible niveau de qualification, management faible, etc.) que des maltraitances des publics âgés ou encore sur les ruptures de parcours de soins. Ce type de formation ne fonctionne que si un remplacement est possible durant l'absence de l'AVS (idem par exemple avec les assistantes maternelles).
- Difficultés liés à la santé mentale sur les hébergements sociaux sachant que rien ne prépare les travailleurs sociaux à cette réalité dans leurs formations initiales.
- Intérêt de pouvoir s'appuyer sur une offre diversifiée de formations professionnelles autour des modalités d'action sur les déterminants sociaux et environnementaux.
- Souffrance au travail : une vraie difficulté d'apporter des propositions à des professionnels de par la frilosité des entreprises et/ou des salariés quant à l'expression du mal-être au travail. Prévention des risques psychosociaux apparaît comme une orientation importante à soutenir. Lien à faire avec les ressources humaines.
- Dé-stigmatisation de la santé mentale et des acteurs de la Santé mentale. Enjeu fort. Conscientiser ceux qui œuvrent autour de la santé mentale positive. Formation – Communication. Développer des actions de communication visant à casser des stéréotypes, prévenir la stigmatisation, et valoriser des démarches existantes.
- Développer des thérapies innovantes, alternatives comme la sinothérapie, l'équithérapie, ou autres.
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient autour de la santé mentale.

Enjeux identifiés

- ➔ Communiquer autour des évolutions internes aux structures : projets, turn-over des professionnels (nécessité de réactualiser les listings). Intérêt de faire vivre un annuaire Santé mentale.
- ➔ Amplifier les politiques de soutien aux formations, et notamment celles qui s'organisent en décloisonnés.
- ➔ Agir au niveau des formations initiales, mais aussi en lien avec des formations vers des demandeurs d'emploi.
- ➔ Essaimer des pratiques innovantes.
- ➔ S'appuyer sur les nouveaux moyens de communication.
- ➔ Valoriser des actions territoriales.

GLOSSAIRE

Annexe 1 : PORTRAIT DE TERRITOIRE – EURE