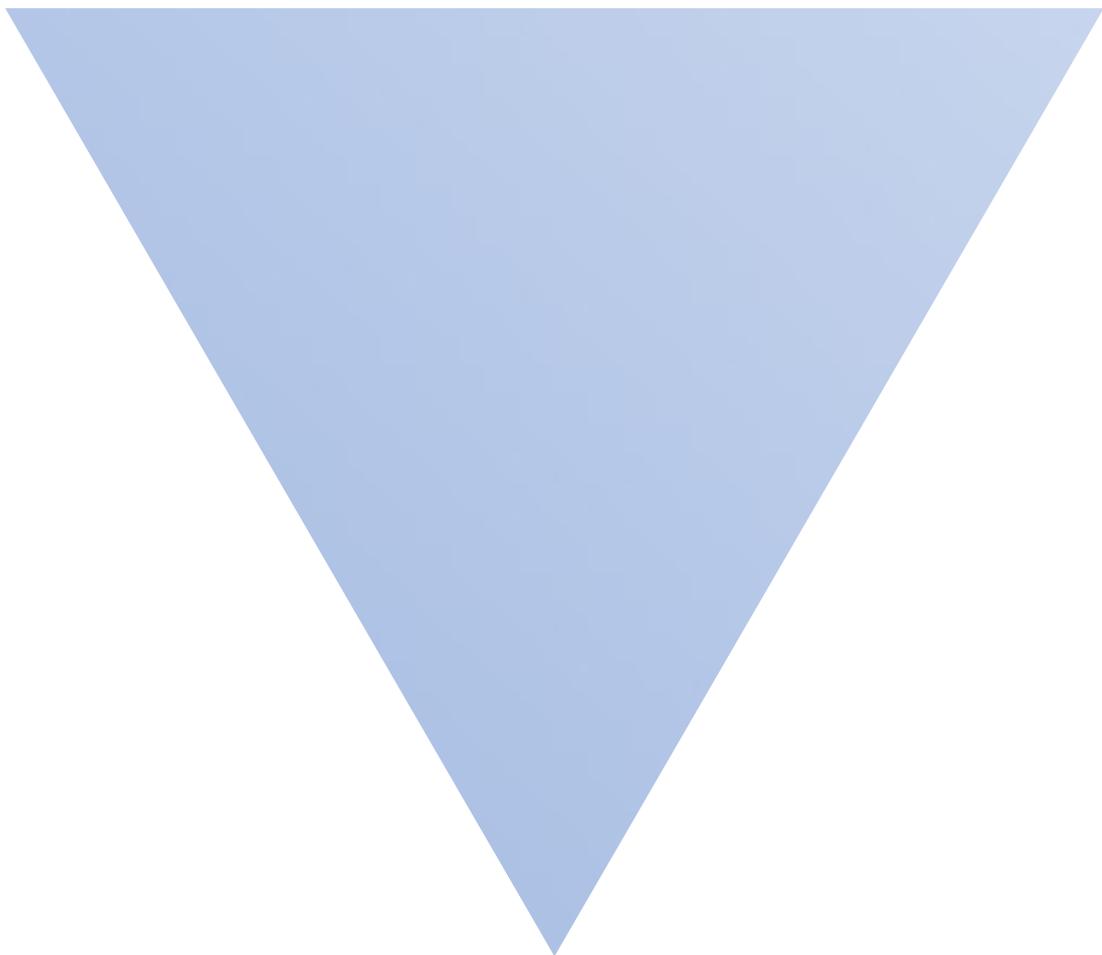


# **Projet Territorial de Santé Mentale DIEPPE - 76**



## Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	<b>46</b>
<b>Enjeux identifiés par le groupe 1</b> .....	<b>48</b>
<b>Accès aux diagnostics et aux soins de psychiatrie</b> .....	<b>48</b>
Dépister et structurer une offre graduée de soins, du premier recours à la psychiatrie .....	49
Favoriser la lisibilité de l'offre et la coordination des acteurs .....	51
Lutter contre l'isolement des personnes et de leurs proches .....	52
Faciliter les sorties d'hospitalisation .....	53
Favoriser l'accès aux expertises .....	54
La prise en charge des populations vulnérables .....	55
<b>Enjeux identifiés par le groupe 2</b> .....	<b>57</b>
<b>Situations inadéquates</b> .....	<b>57</b>
Favoriser la pluridisciplinarité et la coordination des acteurs entre eux .....	57
Développer une réflexion large : ouvrir le diagnostic des situations inadéquates .....	59
Développer des parcours personnalisés plus adaptés aux besoins des patients .....	61
Renforcer le lien entre les acteurs impliqués en santé mentale et l'éducation nationale .....	62
Faciliter la prise en charge des personnes âgées avec pathologie psychiatrique .....	63
Problématique de la population entre deux âges .....	64
<b>Enjeux identifiés par le groupe 3</b> .....	<b>65</b>
<b>Accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux</b> .....	<b>65</b>
Co-construire une coordination territoriale sociale, médicosociale et sanitaire de la santé mentale – Plateforme de santé mentale .....	66
Créer les conditions favorables à l'inclusion des personnes présentant des troubles psychiques ..	67
Construire un maillage territorial d'offre de soin de réhabilitation psycho-sociale en lien avec les prestations sociales et médico-sociales .....	69
Expérimenter de nouveaux dispositifs adaptés (soins et hébergements) .....	71
<b>Enjeux identifiés par le groupe 4</b> .....	<b>72</b>
<b>Accès aux soins somatiques</b> .....	<b>72</b>
Décloisonner les acteurs et les dispositifs .....	73
Maintien A Domicile - Bassins de vie en proximité .....	76
Valorisation du territoire de Dieppe .....	78
Prévention. Intégrative, id-est la même que pour tous, même si adaptations ponctuelles .....	79
La souffrance au travail .....	81
<b>Enjeux identifiés par le groupe 5</b> .....	<b>82</b>
<b>Situations de crise</b> .....	<b>82</b>
Pallier à la problématique de la démographie médicale .....	82

Développer l'articulation et la coopération entre médico-social, protection de l'enfance et la pédopsychiatrie.....	83
Développer des solutions de prévention .....	84
Améliorer la gestion des situations de crise .....	86
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>88</b>

## **Enjeux identifiés par le groupe 1**

### **Accès aux diagnostics et aux soins de psychiatrie**

- Dépister et structurer une offre graduée de soins, du premier recours à la psychiatrie
- Favoriser la lisibilité et la coordination des acteurs: création d'une plateforme de santé mentale
- Lutter contre l'isolement des personnes et de leurs proches
- Faciliter les sorties d'hospitalisation
- Problématique de l'accès aux expertises
- La prise en charges des populations à risques

# Dépister et structurer une offre graduée de soins, du premier recours à la psychiatrie

---



## Contexte spécifique

- Pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux (orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens...).
- Besoin de temps supplémentaires de personnels médicaux et paramédicaux pour déployer de nouvelles activités
- Absence de dépistage précoce des psychoses émergentes
- Manque de structure d'accueil et d'hospitalisation pour enfants et adolescents (constats transversaux aux différents groupes du PTSM)
- Méconnaissance des troubles psychiques et de la santé mentale par le public, les professionnels du médico-social, du sanitaire et des services publiques (petite enfance, enseignants, police, justice, pompiers, ...), les aidants, les familles ...
- Méconnaissance des dispositifs existants des publics, des professionnels du médico-social, du sanitaire et des services publiques (police, justice, pompiers...), les aidants, les familles ...
- Rupture et risque de rupture dans les parcours de soins et de vie des adultes et des enfants en particulier à certains moments de leurs parcours (période charnière : 16-18 et 50-60)
- Les médecins traitant et les équipes de soins primaire sont les vecteurs idéaux pour traduire en termes appropriés à chacun et dans la « langue » de chacun des messages généraux (de santé publique) et ceux des spécialistes que les patients ont le plus souvent beaucoup de difficultés à comprendre. Ce rôle est à renforcer pour les troubles psychiques. L'usage du premier recours est intégratif
- Manque d'attractivité du territoire ...



## Actions remarquables

- Présence d'équipes mobiles de psychiatrie : équipe Mobile Psychiatrique Jeune (EPMJ), équipe Mobile de Geronto-psychiatrie (EMGP) et Equipe Mobile Psychiatrique Précarité (EMPP) qui couvre tout le territoire de santé.
- Existence d'une Unité de Prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles sur Dieppe (UPAVS)
- Présence de deux CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) sur le territoire
- Unité estivale de soins à domicile du Centre Hospitalier
- Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)



## Objectifs

- **Pérenniser et mettre en place des actions de sensibilisation autour des troubles psychiques et de la santé mentale**
- **Favoriser les actions de FMC en psychiatrie auprès des médecins généralistes**
- **Structurer une filière périnatalité en lien avec les acteurs du territoire, notamment par: le renforcement des interventions de la pédo-psychiatrie au sein des PMI**
- **Structurer une filière adolescent notamment par la création une MDA et d'une unité d'hospitalisation dédiée aux enfants et adolescents pour des séjours < 15 jours**
- **Améliorer la coordination et l'accompagnement pour fluidifier les parcours de soins et de vie, notamment par la création de « case manager » (période charnière 16-18ans /50-60 ans)**

- **Renforcer et diversifier l'offre de psychiatrie ambulatoire en :**
  - Renforçant l'offre existante de soins pluridisciplinaires
  - Créant des infirmiers en pratique avancée (IPA)
  - En allant vers en :
    - Créant une équipe mobile psychiatrie adulte en direction des secteurs sociaux et médicosociaux
    - Renforçant les autres équipes existantes (EMJ-EMPG-EMPP)
    - Créant une équipe de soins intensifs à domicile et à terme une hospitalisation à domicile (HAD) dédiée
  - Créant une consultation de diagnostic et de soins intensifs des psychoses émergentes
  - En développant des offres de recours territoriales à destination des populations à risque :
    - unité de psychiatrie légale
    - consultations de victimologie et de psychotraumatologie
    - Renforcer les liens avec le CADA (Centre d'accueil de demandeurs d'asile) pour la prise en charge des réfugiés et des migrants

### **RÉSULTATS ATTENDUS PRIORISES**

- ➔ Réduction du nombre de situations inadéquates chez l'enfant et l'adolescent
- ➔ Réduction du nombre de rupture de parcours de soins et de vie des adultes et des enfants
- ➔ Réduction des inégalités de prise en charge en psychiatrie
- ➔ Amélioration des délais de prise en charge en psychiatrie
- ➔ Amélioration du pronostic et de l'évolution des pathologies psychiatriques chroniques
- ➔ Amélioration de la communication grand public autour de la santé mentale, des troubles psychiatriques et dispositifs existants

## Favoriser la lisibilité de l'offre et la coordination des acteurs

---

### Création d'une plateforme de santé mentale



#### Contexte spécifique

- Méconnaissance des troubles psychiques et de la santé mentale des publics, des professionnels du médico-social, du sanitaire et des services publiques (police, justice, pompiers...), des aidants, des familles ...
- Méconnaissance des dispositifs existants des publics, des professionnels du médico-social, du sanitaire et des services publiques (police, justice, pompiers...), des aidants, des familles ...



#### Action remarquable :

- Formation Graphism
- La plateforme territoriale d'appui Caux Dieppe Vallées ( PTA CDV ) aide les familles et les patients par l'intermédiaire de l'Equipe de Soins Primaires à mobiliser les ressources, à fournir un retour d'information par la filière du Médecin traitant. Cela permet aussi l'intégration ou la persistance du patient dans la filière de soins de « droit commun ». La PTA a aussi une infirmière d'appui dans les murs du GHT pour prévoir et optimiser les sorties en collaboration entre l'hôpital, l'ESP et les ressources médico-sociales.



#### Objectif stratégique

##### Créer une plateforme « ressource » en santé mentale visant à :

- Rendre lisible l'ensemble des dispositifs du territoire (offres de soins, GEM, UNAFAM...)
- Mettre en place des séances de type REX (retour d'expérience) entre les acteurs médico-sociaux et sanitaires
- Mettre en place des actions de sensibilisation et formations des aidants et des familles (Pro-famille) autour des troubles psychiques et de la santé mentale



#### RÉSULTATS ATTENDUS PRIORISÉS

- ⇒ Réduire les échecs de parcours
- ⇒ Réduire le nombre d'entrée aux urgences
- ⇒ Réduire le nombre de rupture de parcours
- ⇒ Favoriser les inclusions
- ⇒ Optimisation du temps médicale
- ⇒ Amélioration de la coordination et de la continuité des parcours entre le médico-social, le sanitaire, les aidants et tous les acteurs du projet de vie des personnes

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

---



### Contexte spécifique

- Stigmatisation des pathologies psychiatriques (il existe des difficultés fréquentes pour trouver des établissements d'accueil)
- Accompagnement des patients en couple
- Accueil difficile des animaux de compagnie en établissement



### Actions remarquables :

- UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) : groupe de parole, permanence au CH à la maison des usagers, présentation systématique dans les services d'hospitalisation pour sensibiliser tous les professionnels à l'existence de l'UNAFAM ...
- Existence d'une convention entre le pôle de psychiatrie et la SPA (Société Protectrice des Animaux) pour la prise en charge des animaux domestiques des patients lors de leur hospitalisation



### Objectifs stratégiques

- **Associer les familles ou les proches aux parcours de soins**
- **Favoriser l'accès aux soins des personnes en milieu rural** (ex. équipes mobiles, équipe de soins à domicile, transports...)
- **Développer le secteur associatif:**
  - Favoriser l'émergence d'une association familiale de parents d'enfants mineurs atteints de troubles psychiques précoces
  - Développer des interventions transversales de l'UNAFAM (ex. Intervention en addictologie)
  - Renforcer la communication entre les GEM et l'UNAFAM
- **Prévoir la prise en charge des animaux domestiques dans les structures d'accueil**
- **Améliorer l'accompagnement des enfants dont les parents ont une déficience mentale ou un trouble psychique**



### RÉSULTATS ATTENDUS PRIORISÉS

- ➔ Amélioration de la satisfaction des usagers des urgences dans le cadre de la prise en charge en psychiatrie
- ➔ Amélioration de la coordination et de la continuité de prise en charge entre médico-sociale et sanitaire
- ➔ Implication des patients et des familles dans les parcours de soins
- ➔ Mise en place de projet de vie personnalisé concerté
- ➔ Protection juridique adaptée des patients

## Faciliter les sorties d'hospitalisation

---



### Contexte spécifique

- Stigmatisation des maladies psychiatriques
- Problématique de la population entre deux âges (Ex : patients de 16-18 ans et 50-60 ans qui ont besoin d'un établissement d'accueil)
- Manque de structure relai d'accueil des jeunes patients de psychiatrie en sortie d'hospitalisation
- Problème de gestion des jeunes patients suivis par la protection de l'enfance et qui se retrouvent à 18 ans du jour en lendemain sans aucun accompagnement



### Couverture territoriale :

- Absence totale de lieu d'accueil (foyer de vie, résidence à caractère thérapeutique, famille d'accueil, famille gouvernante ...) pour la tranche d'âge 16-18 ans et 50-60 ans
- Présence d'une seule structure de lieu de vie pour les enfants présentant des troubles psychiques manifestes de 12-18 ans (8 places)



### Objectifs stratégiques :

- **Lutter contre la stigmatisation par la sensibilisation /formation en santé mentale**
- **Favoriser les partenariats psychiatrie-secteur médicosocial et social** notamment en:
  - Mettant en place des **évaluations personnalisées et conjointes entre sanitaire et MS**
  - Créant **une Equipe Mobile Adulte** en direction des ESMS
  - Soutenant le développement des structures type lieux de vie pour les jeunes enfants
  - Créant des **familles gouvernantes**



### RÉSULTATS ATTENDUS

- ⇒ Réduction du nombre de rupture de parcours
- ⇒ Augmentation du taux d'inclusion dans le milieu professionnel et scolaire
- ⇒ Réduire le nombre d'orientations inadéquates
- ⇒ Améliorer la communication « grand public » autour de la santé mentale
- ⇒ Réduire le nombre d'hospitalisation inadéquates
- ⇒ Amélioration de la coordination et de la continuité des parcours entre le médico-social, le sanitaire, les aidants

## Favoriser l'accès aux expertises

---



### Contexte spécifique

- Pénurie de psychiatre et plus encore avec une formation à l'expertise pénale et/ou civile
- Manque de vocation des psychiatres à l'expertise pénale et civile
  - Existence d'un frein lié à l'organisation de la formation (formation individuelle et volontaire)
- Une rémunération de l'expertise non en lien avec le temps d'implication du professionnel
  - Manque de formation à l'expertise dans le cursus des psychiatres (quelques modules existants)
  - Absence d'experts psychologues



### Actions remarquables :

- 2 psychiatres qui pratiquent sur réquisition les expertises pénales, aucun psychiatre inscrit sur une liste d'expert pénal
- 1 psychiatre médecin coordonnateur dans le cadre de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
- Existence d'une meilleure couverture territoriale pour les expertises civiles



### Objectifs stratégiques

- **Augmenter l'attractivité du territoire pour les médecins psychiatres et les psychologues**
- **Améliorer la rémunération des expertises pénales**
- **Inciter par la budgétisation des formations des futurs experts (psychiatres et psychologues)**
- **Créer un réseau de type ARTAAS (Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles) au niveau territorial en lien avec les réseaux existants**



### RÉSULTATS ATTENDUS PRIORISÉS

- ➔ Réduire les délais d'accès aux expertises psychiatriques
- ➔ Augmentation du nombre de psychiatres formés à l'expertise médicale
- ➔ Création d'un réseau d'experts sur le territoire de santé

## La prise en charge des populations vulnérables

---



### Les populations vulnérables

- Personnes âgées avec pathologie psychiatrique
- Personnes souffrant de conduites addictives
- Détenus (territoire non concerné) sur le territoire
- Réfugiés, migrants / Prise en charge en ethno psychiatrie (territoire encore peu concerné)
- Victimes de psycho-traumatismes
- Auteurs de violences sexuelles



### Contexte spécifique

- Manque de lits de médecine dédiés pour les personnes souffrant de conduites addictives (se retrouvant hospitalisés de façon inadaptée en psychiatrie)
- Manque de connaissance et de lien entre les différents acteurs entre le secteur de la psychiatrie et de l'addictologie
- Manque de psychiatres formés à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles
- Manque de médecins coordonnateurs des injonctions de soins dans le cadre de la loi de 1998 instituant les suivis socio-judiciaire



### Actions remarquables :

- Présence de 2 CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (un public et un privé) sur le territoire de santé pour les personnes ayant des conduites addictives avec des consultations sur Dieppe et Eu
- Présence d'un psychiatre formé à la prise en charge du psycho-traumatismes ainsi que de plusieurs psychologues formés
- Existence d'une Unité de Prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles (UPAVS) avec un psychiatre et 3 psychologues
- Un médecin coordonnateur, des injonctions de soins dans le cadre de la loi 1998 sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles



### Objectifs stratégiques

- **Améliorer la prise en charge des patients ayant une double problématique addiction + troubles psychiatriques en développant une collaboration entre les services d'addictologie et la psychiatrie**
- **Travailler sur la prise en charge des addictions sans drogue (jeux, sexe, écran...)**
- **Formaliser une unité de prise en charge des psycho-traumatismes (unité de victimologie)**
- **Renforcer les liens avec le Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) pour la prise en charge des réfugiés et des migrants**

- Créer une unité de psychiatrie légale (victimologie + UPAVS + expertises+ coordination des injonctions de soins)
- Favoriser la formation de médecin coordonnateur des injonctions de soins sur le territoire de santé
- Favoriser la formation aux psycho-traumatismes des personnels soignants, psychiatres et psychologues
- Favoriser le maintien à domicile et l'investissement des équipes de soins primaires dans la file active des patients atteints de pathologie mentale, y compris en valorisant des actes complexes et longs, parfois à domicile.
- Inciter les médecins et infirmiers à suivre à domicile ces patients et leurs aidants



### RÉSULTATS ATTENDUS PRIORISÉS

- ⇒ Réduction du nombre d'hospitalisations inadéquates des personnes souffrants de conduites addictives
- ⇒ Augmentation du nombre de personnes formées aux psycho-traumatismes
- ⇒ Augmenter le nombre de médecin coordonnateur des injonctions de soins
- ⇒ Mise en place d'une procédure de coordination/collaboration/continuité entre les services de psychiatrie et d'addictologie.
- ⇒ Augmentation du nombre de psychiatres formés à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle

## Enjeux identifiés par le groupe 2

### Situations inadéquates

- Favoriser la pluridisciplinarité et la coordination des acteurs entre eux
- Développer une réflexion large : ouvrir le diagnostic des situations inadéquates
- Développer des parcours personnalisés plus adaptés aux besoins des patients
- Renforcer le lien entre les acteurs impliqués en santé mentale et l'éducation nationale
- Faciliter la prise en charge des personnes âgées avec pathologie psychiatrique
- Problématique de la population entre deux âges

## Favoriser la pluridisciplinarité et la coordination des acteurs entre eux

---



### Contexte spécifique

- Manque de connaissance des acteurs entre eux
- Faire évoluer les pratiques à moyen constant



### Actions remarquables :

- PTA du territoire
- ITEP
- Présence du GOLC (pour les enfants) + dispositif similaire pour les adultes



### Liens avec les autres travaux

- La CTS a une place centrale à prendre comme lieu de rencontre, de dialogue, de proposition émanant du terrain... Son avantage aussi est qu'elle se tient en présence des membres de la société civile et des élus.



## Objectifs stratégiques et conditions de mise en œuvre

- Travailler en amont de manière pluridisciplinaire les sorties des jeunes adultes par l'ASE ou/et en situation de handicap avant la majorité afin d'éviter les ruptures de parcours
- Eviter les situations inadéquates d'hospitalisation dans des services de psychiatrie adulte des adolescents de plus de 15 ans et 3 mois en créant **une unité dédiée**
- Prévenir les situations inadéquates des enfants scolarisés en favorisant une meilleure inclusion
- Rendre attractif les postes en convention collective (66 ,51...)
- Mettre en place une **plateforme ressource en santé mentale**, visant notamment:
  - La mise en place de commission pluridisciplinaire d'orientation
  - L'information / la sensibilisation / l'accompagnement des familles pour une meilleure orientation et éviter les situations inadéquates (risque de rupture de parcours)
  - Orientation /information en santé mentale
  - Améliorer la connaissance des différents acteurs entre eux
  - favoriser la coordination des acteurs entre eux
- Dans le cadre de la poursuite des travaux, élargir le partenariat à l'ensemble des intervenants du territoire (Justice, EN, MDPH...)
- Développer l'offre de proximité, la télémédecine, la consultation avancée...



### RÉSULTATS ATTENDUS PRIORISÉS

- ⇒ Réduire les délais d'accès aux expertises psychiatriques
- ⇒ Augmentation du nombre de psychiatres formés à l'expertise médicale
- ⇒ Création d'un réseau d'experts sur le territoire de santé
- ⇒ Impliquer le premier recours, pour fabriquer de la pluridisciplinarité

# Développer une réflexion large : ouvrir le diagnostic des situations inadéquates

---



## Contexte spécifique

- Recours aux urgences non pertinents
- Orientations non adaptées aux besoins
- Pour limiter les hospitalisations, il faut garder à domicile dans de bonnes conditions. En effet, l'hospitalisation ou le recours aux services d'accueil des hôpitaux est souvent le fruit de l'épuisement des aidants, du manque de moyens en proximité, de la délégitimation des acteurs de soins et de santé du premier recours, entraînant une perte de sens de leurs actions, de leur démobilisation, de leur épuisement



## Acteurs du territoire

- ASE (antenne à Dieppe)
- PTA (ville et hôpital)
- MDPH (antenne à Dieppe)
- IME
- IMPRO
- CH (services psychiatriques adulte et enfant, EMG, EMPP et EMGP, CSAPA (pas de lit d'hospitalisation) ...)
- GOLC
- Associations (Ex : inser santé)
- Lieux de vie MECS
- Lieux de vie, familles d'accueil...
- CMP et CMPP
- ITEP
- MAS, FAM ....
- MAIA
- Education nationale (école inclusive)
- Association tutélaire (Dieppe)

## Eléments manquants

- Lits en pédopsychiatrie
- Lieux de vie (ASE et région)
- Manque de structure (MAS, FAM, familles d'accueil ASE ou ASA...)
- Faible démographie médicale (manque de psychiatre, de généraliste et autres spécialités...)
- Organisation des premiers recours en psychiatrie à domicile



## Objectifs stratégiques

- **Inviter les partenaires clés manquant à participer au PTSM** : Education nationale / la MDPH / la Justice / les Pédopsychiatres / les Gériatres /
- **Faciliter la participation des acteurs de ville** aux réunions, se mettre à la portée des acteurs de premier recours, adapter les horaires aux pratiques des acteurs de premiers recours.
- **Animer des retours d'expérience** sur la base d'un patient ayant vécu une situation inadéquate et ouvrir le débat à tous les acteurs
- **Informer / sensibiliser / accompagner les familles** pour une meilleure orientation et éviter les situations inadéquates (risque de rupture de parcours)
- **Mettre en place de commission pluridisciplinaire d'orientation**

- **Mettre en place d'une plateforme ressource en santé mentale**
- **Développer l'offre de proximité de premier recours**, cela signifie réfléchir avec elle à la meilleure organisation possible en fonction des ressources et besoins identifiés, des accompagnements fonctionnels et matériels et financiers nécessaires, la télémédecine, la consultation avancée...
- **Développer la réhabilitation psychosociale**
  - Travailler entre sanitaire et médico-social avec les ressources des uns et autres pour améliorer et optimiser la prise en charge. Faire des évaluations complémentaires des patients en vue de l'élaboration des projets personnalisés de réhabilitation sociale
  - Former les personnels aux différentes thématiques de la réhabilitation sociale (thérapie comportementale, cognitive, éducation des familles...)
  - Améliorer le pool de personnel médical, paramédical spécialisé dans la prise en charge de la réhabilitation sociale des patients



### Liens avec les autres travaux

- Contrats locaux de santé
- PTA et dispositif de coordination

### ✓ RÉSULTATS ATTENDUS

- ➔ Plus de structures d'aval ou de place dans les structures existantes
- ➔ Mise en place d'un comité décisionnel d'orientation pour prévenir toutes orientations inadéquates préjudiciables à une situation inadéquate
- ➔ Organisation du premier recours de proximité
- ➔ Former les acteurs pour un repérage précoce des troubles psychiatriques : formation du premier recours au dépistage des événements précoces.
- ➔ Accompagnement des familles (formation, sensibilisation) via une plateforme ressource spécifique en santé mentale et par le lien naturel avec le médecin traitant de la pathologie naissante
- ➔ Remboursement des consultations de psychologue ...

# Développer des parcours personnalisés plus adaptés aux besoins des patients

---



## Contexte spécifique

- Orientations sont souvent réalisées en fonction de la pathologie de la personne plutôt qu'en fonction de ses besoins



## Acteurs du territoire

- Centre Régional Autisme de Haute Normandie CRAHN (pour les troubles du spectre de l'autisme)
- Hôpital de jour (HDJ)
- Centre Médico-Psychologique (CMP)
- Ecoles (APC , AVS...)
- Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie (EMGP)
- Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)
- Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)
- MAIA
- Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) , Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) , RPA...

## Eléments manquants

- Structures géronto-psychiatriques d'accueil
- Lit en Unité d'Hébergement Renforcé
- Démographie médicale faible
- Manque de structure d'aval
- Accompagnement adaptée aux besoins dans les classes (orthophonie, AVS, éducateurs, APC, ...)



## Objectifs stratégiques

- **Mettre en place des comités décisionnels d'orientation** (afin d'inclure au maximum tous les patients qui le peuvent et réorienter correctement les autres patients) / Mettre en place un lieu avec grande pluridisciplinarité d'aide à la décision pour construire / stabiliser les parcours de l'enfant ou de la personne (sur le modèle de la plateforme (commission pluridisciplinaire de prise en charge des situations complexes des âgés)
- **Améliorer l'articulation et la coopération des différents acteurs des parcours** (relai entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte adulte; ASE passage à la majorité, dérogation d'âge pour les prises en charge en EHPAD, RPA pour les moins de 60ans ...)
- **Mise en place de différents environnements d'accueil** (stimulant, apaisant, hébergement unique...) avec du personnel formé spécifiquement aux besoins de la population accueillie



## RÉSULTATS ATTENDUS

- Anticiper et prévenir les situations complexes pour éviter qu'elles ne deviennent inadéquates
- Développement de structures adaptées aux besoins des patients (rappel : une situation inadéquate est un patient qui se retrouve dans un environnement non adapté à ses besoins)

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

---



### Contexte spécifique

- Manque de formation des enseignants aux pathologies psychiatriques
- Système d'apprentissage non adapté aux besoins
- Evaluation non pertinente des enfants par psychométrie
- Programme actuel de l'éducation nationale non adapté à l'inclusion



### Acteurs du territoire

- Classes Ulis
- Etablissements médico-sociaux (ITEP, IME...)
- Existence d'enseignants spécialisés
- AVS (Auxiliaire de vie scolaire)
- Education nationale
- Inspecteur



### Objectifs stratégiques

- **Former les psychologues scolaires aux évaluations des enfants atteints de troubles psychiatriques**
- **Développer un travail d'équipe au sein de l'éducation nationale**
- **Développer un environnement scolaire adapté pour faciliter l'inclusion**, notamment en :
  - Formant/préparant les enseignants à l'inclusion sociale
  - Travailler sur un plan de formation sur la santé mentale pour les personnels
  - Renforçant l'accompagnement des enfants par les enseignants et les AESH (accompagnants des élèves en situation de handicap)
  - Equilibrant les classes pour que l'inclusion soit facilitée

# Faciliter la prise en charge des personnes âgées avec pathologie psychiatrique

---



## Contexte spécifique

- Manque de connaissance et/ou de formation sur les pathologies psychiatriques des professionnels autour de la personne âgée mais aussi des familles, des aidants ...
- Problème de sectorisation
- Manque de relai de psychiatre
- Ressenti manque d'écoute, des professionnels du quotidien, aux urgences



## Action remarquable

- Présence d'équipe mobile de géronto-psychiatrie (EMGP)



## Objectifs stratégiques

- **Renforcer les dispositifs d'équipe mobile de gérontopsychiatrie**
- **Favoriser le travail pluridisciplinaire entre les gériatres et les psychiatres**
- **Mettre en place un suivi renforcé en entrée en EHPAD**
- **Développer des formations en santé mentale pour les professionnels et les aidants autour de la personne âgée**
- **Favoriser les coopérations entre les EHPAD et leur secteur de psychiatrie (conventions de partenariat) afin de faciliter le maintien des personnes dans leur environnement**
- **Utiliser les missions d'intérêt général des psychiatres en direction des EHPAD**
- **Renforcer l'implication des équipes de soins primaires dans la prise en charge et le maintien à domicile des patients**



## RÉSULTATS ATTENDUS

- ⇒ Plus de structures d'aval ou de place dans les structures existantes
- ⇒ Mise en place d'un comité décisionnel d'orientation pour prévenir toutes orientations inadaptées préluces à une situation inadéquate
- ⇒ Former les acteurs pour un repérage précoce des troubles psychiatriques
- ⇒ Accompagnement des familles (formation, sensibilisation) via une plateforme ressource spécifique en santé mentale
- ⇒ Rembourser les consultations de psychologue ...
- ⇒ Plus d'implication des équipes de soins primaires dans le suivi des pathologies mentales

## Problématique de la population entre deux âges

---



### Contexte spécifique

- Manque de structure d'accueil et de relai de prise en charge pour :
  - Enfant - adolescent (15 ans et 3 mois) : Pas de structure d'accueil
  - Adolescent - jeune adulte (18 ans)-
  - Jeunes déments (40- 65 ans) pour une admission en EHPAD et en Résidence autonomie
- Difficulté d'assurer un suivi de proximité pour les personnes sans domicile fixe et les gens du voyage



### Acteurs du territoire

- Entre 15 ans et 3 mois – et 18 ans : hospitalisation de ces mineurs en secteur adulte au CH de Dieppe
- Moins de 15 ans hospitalisation en pédiatrie au CH de Dieppe



### Acteurs de mise en oeuvre

- ARS
- Département



### Objectifs stratégiques

- **Développer des structures d'aval pour les patients (45/59 ans).** En effet, il est difficile de maintenir les patients à domicile même si ils sont stabilisés d'un point de vue psychiatrique. Il existe des IDE à domicile mais insuffisant pour combler le manque d'autonomie (comme par exemple, la gestion des médicaments)
- **Assouplissement des dérogations d'âge** pour les personnes en situation de handicap psychique vieillissante en direction des EHPAD
- **Adapter le dispositif de sectorisation** pour la population des « **sans domicile fixe** » et des « **itinérants** » pour favoriser la continuité des soins

## **Enjeux identifiés par le groupe 3**

### **Accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux**

- Co-construire une coordination territoriale sociale, médico-sociale et sanitaire de la santé mentale: plateforme de santé mentale
- Créer les conditions favorables à l'inclusion des personnes présentant des troubles psychiques
- Construire un maillage territorial d'offre de soin de réhabilitation psycho-sociale en lien avec les prestations sociales et médico-sociales
- Faciliter les admissions au sein des établissements médico-sociaux
- Expérimenter de nouveaux dispositifs adaptés

# Co-construire une coordination territoriale sociale, médicosociale et sanitaire de la santé mentale – Plateforme de santé mentale

---



## Contexte spécifique

- Secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux sont encore cloisonnés, peu habitués à travailler ensemble
- Méconnaissance du travail, des missions spécifiques, et des possibilités de chacun
- Manque de lits dédiés aux adolescents (13-18)
- Pas le lieu d'hospitalisation pour les adolescents après 16 ans
- Méconnaissance des troubles psychiques chez les enfants, et des pathologies psychiatriques par la justice entraînant des décisions non pertinentes



## Objectifs stratégiques

- Décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour établir un lien entre les différents acteurs
- Construire et développer une culture commune de la santé mentale
- Développer des actions de formation sur l'ensemble du territoire dans le cadre d'un plan de formation en s'appuyant sur une sélection d'organismes de formation
- Solliciter l'éducation nationale pour intégrer les actions de sensibilisation et de formation
- Mettre en place les conditions d'une coopération avec la justice pour une meilleure prise en compte de l'évaluation des symptômes dans les décisions



## Acteurs de mises en œuvre :

- Coordinateur de conseils locaux de santé mentale (CLSM)
- Les acteurs du territoire, inscrits dans le PTSM
- PTA CDV

## Créer les conditions favorables à l'inclusion des personnes présentant des troubles psychiques

---



### Contexte spécifique

- Manque de structure relais d'accueil des patients (tous les âges) de psychiatrie en sortie d'hospitalisation. Ce qui pose souci aujourd'hui, c'est l'accompagnement de sortie d'hospitalisation (articulation, confiance, anticipation de la sortie-préparation du retour...).
- Manque de formation au niveau des centres d'accueil (commun à tous les professionnels)
- Difficulté dans les pratiques inclusives (moyens...)



### Actions remarquables :

- Existence de consultation en télémédecine dans les EHPAD avec un retour très positif des équipes (gérontopsy du CH du Rouvray)
- Expérience pilote dans la manche de consultation de télémédecine assistée via une IDE libérale dans un local municipal / projet de faire télémédecine à domicile du patient ...
- Existence d'expériences de pratique inclusive mais qui restent à la marge et mises en œuvre par redéploiement des ressources

A noter que l'équipe mobile des jeunes va s'enrichir d'un projet autour de la déscolarisation pour sortir les enfants de leur état d'isolement en intervenant à domicile. Cet accompagnement sera étendu à des enfants et adolescents non encore connus de l'hôpital



### Objectif stratégique :

- **Préparer, accompagner, l'environnement à l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique.**
  - Sensibiliser les publics dans les différents lieux d'inclusion : l'école, les entreprises, les administrations, la santé, l'habitat, les loisirs...
- **Sensibiliser les publics dans les différents lieux d'inclusion: l'école, les entreprises, l'habitat, les loisirs...**
- **Intervenir sur les différents lieux de vie pour faciliter l'intégration et le maintien**
- **Accompagner le maintien à domicile**
  - Organiser le premier recours
  - Intervenir sur les lieux de vie (structures sociales et médico-sociales) pour faciliter l'intégration et le maintien dans ces lieux de vie ou d'accueil
  - Renforcer les équipes mobiles sur le territoire et s'assurer de leur accessibilité notamment en milieu rural.
- **Sécuriser la prise des traitements dans tous les lieux de vie**

- Améliorer l'accès des IDE Libéraux aux médecins (existence de soucis pour contacter les médecins pour le renouvellement des médicaments) (ex : difficulté également rencontré dans les lieux de vie), notamment en favorisant la structuration en ESP des soins primaires.
- **Développer le soutien aux aidants afin d'éviter l'isolement, prévenir l'épuisement, la rupture:** groupe de paroles, programmes de psycho-éducation (profamille), formaliser l'implication dans les soins



### Liens avec les autres travaux territoriaux

- Tous les IDE libéraux du 76/27 vont être réunis pour les former, les informer « à comment gérer » les patients de psychiatrie- (URPS-IDE)
- Sondage en cours auprès des IDE libéraux sur la représentation et le ressenti vis-à-vis de la santé mentale (URPS)
- Afin d'accompagner la transition inclusive, l'APEI de la Région Dieppoise en partenariat avec l'agglomération de Dieppe et l'éducation Nationale construit un programme de sensibilisation au handicap



### RÉSULTATS ATTENDUS

- ⇒ Moins de maladroites et de malentendus en sortie d'hospitalisation (mise en place d'un relais et un accompagnement plus adapté aux besoins des structures d'accueil) grâce une meilleure communication aux interfaces – définir les bons interlocuteurs.
- ⇒ Développer les modalités de prise en charge à domicile
- ⇒ Organisation premier recours (par exemple une HAD santé mentale) – Le retour d'expérience de l'UNAFAM sur la fermeture d'été des services d'hospitalisation adulte (prise en charge à domicile via IDE du CH) montre la pertinence.
- ⇒ Mise en place d'un centre unique d'information, orientation en santé mentale
- ⇒ Mettre en place une fonction de médiation à l'interface sanitaire et les centres d'accueil et/ou organisation à mettre en place pour anticiper/préparer l'arrivée aux urgences des patients, par exemple en facilitant la communication entre ville et la psychiatrie

## Construire un maillage territorial d'offre de soin de réhabilitation psycho-sociale en lien avec les prestations sociales et médico-sociales

---

Qu'est-ce que la Réhabilitation (permettre aux personnes avec un handicap psychique de pouvoir accéder à une vie la plus « normale » possible (avoir la meilleure qualité de vie possible) – psycho éducation du patient, des aidants... Toutes les personnes qui interviennent autour des patients atteints de troubles psychiques sont concernés = action autour de l'environnement du patient. Lien direct avec l'inclusion.

On peut parler de réhabilitation psychosociale pour les personnes âgées (amélioration du quotidien de vie) = Permettre de fonctionner de façon optimale avec sa maladie



### Contexte spécifique

- Des compétences existent (HDJ avec des activités, des personnes formées pour apporter des soins autres que médico (thérapie comportementale, cognitive (ex : 2h /semaine) ...)- le Frein= le TEMPS, activité très chronophage.
- Donc compétence existante (RH formée mais souci de temps)
- PEC = diagnostic individuel du patient, fixer des objectifs puis accompagnement pour permettre une vie la plus adaptée possibles
- Rappel de la nécessité de sensibiliser tous les acteurs autour du parcours des patients à la santé mentale (les maladies, ...)
  
- Manque de personnel (médical)
- Manque de formation des personnels à la réhabilitation sociale
- Manque de connaissance des acteurs entre eux, d'inter relation entre les acteurs ...

### Contrainte actuelle en établissement sanitaire :

- Manque de temps pour développer ce soin spécialisé, manque de connaissance sur la réhabilitation sociale
- Difficile à mettre en place en début de parcours car phase d'acceptation de la pathologie avant de pouvoir impliquer le patient dans son projet de « vie » ?
- Idéalement il faut faire une concertation pluridisciplinaire = évaluation à la base du projet de réhabilitation des patients. Donc nécessité d'une évaluation pluri-professionnelle (sanitaire, médico-social, social...) pour mettre en place un projet de réhabilitation personnalisé. Le patient doit être impliqué dans l'élaboration de son projet de réhabilitation sociale.

### Dans les établissements médicosociaux :

- Questionnement récurrent sur la pertinence de l'orientation des patients ? (patient au bon endroit ? Echec au travail...). Dans ce cas appel, les EMS font appel à des évaluations du CHR pour revoir les traitements, recentrer le projet personnalisé du patient.

- Les évaluations médico-sociale et sanitaire sont complémentaires pour permettre l'élaboration d'un projet de réhabilitation personnalisée la plus adaptée possible
- On constate une souffrance des personnels des ESMS, ils n'ont pas toujours connaissance de comment agir, comment gérer les situations de patients atteints de troubles psychiques (Ex : personnes âgées avec troubles psy)



### **Actions remarquables :**

- Existence de structures sportives adaptées
- La réhabilitation psychosociale se fait de façon transversale (pas de lieu dédié)
- Programme Régional de Santé de Normandie : axe prioritaire sur la réhabilitation sociale



### **Objectifs stratégiques**

- **Renforcer l'offre de soins en réhabilitation psychosociale**
- **Former les personnels aux** différentes thématiques de la réhabilitation sociale (thérapie comportementale, cognitive, éducation des familles...)
- **Travailler le lien entre sanitaire et médico-social** avec les ressources, des uns et des autres pour améliorer/optimiser l'évaluation des patients (=faire des évaluations complémentaires) pour l'élaboration des projets personnalisés de réhabilitation sociale et leur mise en œuvre.
- Mener **des actions de sensibilisation** de tous les publics partenaires (déstigmatiser) afin de favoriser le rétablissement et l'inclusion sociale et professionnelle.

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

---



### Contexte spécifique

- Manque de structures relais et de structures d'accueil pour les patients de psychiatrie en sortie d'hospitalisation
- Manque de places en protection de l'enfance sur le territoire Dieppois
- Manque de structures d'accueil pour les jeunes patients suivis par la protection de l'enfance, présentant des troubles psychiques, qui se retrouvent à 18 ans (hors parcours MDPH) sans aucun accompagnement- (Quelles solutions pour ces patients entre 18 et 21 ans ?)
- Manque de structures pour les jeunes présentant à la fois un handicap, des troubles psychiques, des troubles du comportement importants, parfois des problématiques sexuelles et relevant de la protection de l'enfance.
- Difficultés pour trouver des lieux de placement adaptés pour des enfants présentant des troubles psychiques et/ou handicap (des mesures de placement effectives au-delà de 1 an)



### Objectifs

- **Créer une Equipe mobile territoriale « handicap-ASE-Sanitaire »** pour permettre la gestion de l'urgence face à une crise et prévenir les ruptures de parcours
- **Créer des lieux de vie adaptés pour les adultes (et les jeunes adultes) ne pouvant vivre en autonomie**
- Créer des **structures de relais et de répit** pour éviter la rupture avec le lieu d'accueil principal
- Créer une structure type internat socio-éducatif médicalisé pour enfants
- Lutter contre les ruptures de parcours



### RÉSULTATS ATTENDUS

- ⇒ Création de structures d'hébergement pour les pour les enfants (troubles du comportement, troubles de l'attachement, autisme...) la protection de l'enfance mais aussi ceux accueillis en IME avec une permanence

## Enjeux identifiés par le groupe 4

### Accès aux soins somatiques

- Décloisonner les acteurs et les dispositifs
- Maintien A Domicile. Bassins de vie en proximité. Objectif continuité des soins, prise en charge par les acteurs de soins et médico-sociaux de proximité et de premiers recours, mieux formés et communiquant facilement avec la psychiatrie institutionnelle et spécialisée.
- Valorisation du territoire de Dieppe. De l'aménagement du territoire à des incitations territoriales. Participer à la démocratie sanitaire
- Prévention. Intégrative, id-est la même que pour tous, même si adaptations ponctuelles
- Souffrance au travail, Solutionner la demande de maladie professionnelle psychiatrique , en faisant une présomption , qui ne conduisent pas systématiquement les professionnels déclarants devant les instances ordinales...
- Le respect et la promotion des droits – le développement des modalités de soutien par les pairs

Enjeux évoqués non traités qui devront être pris en compte dans la mise en œuvre du PTSM ou de manière transversale :

- Démystifier la maladie mentale, faciliter l'intégration sociétale et sociale
- Le respect et la promotion des droits
- Le développement des modalités de soutien par les pairs

## Décloisonner les acteurs et les dispositifs

Décloisonner ne signifie pas tant, créer de nouveaux dispositifs isolant dans une filière psychiatrie, mais faire circuler les compétences en périphérie de la psychiatrie elle-même, notamment par la formation continue des acteurs de proximité



### Contexte spécifique

- Existence de barrières culturelles entre le sanitaire, médico-social et le social.
- Méconnaissance des acteurs entre eux et des dispositifs existants
- Multiplicité des acteurs avec une spécialisation
- Dispersion des acteurs à défaut d'une offre centralisée et coordonnée en gardant un équilibre entre centralisation et proximité.
- Manque d'autonomie des dispositifs existants (périmètre d'intervention limitée) : les dispositifs basés sur le territoire ont des directions stratégiques et politiques hors du territoire (département, région, France). Il est donc difficile de construire avec des dispositifs qui ne disposent pas d'autonomie. Les directions extra territoriales sont peu disposées à modifier en territoire des protocoles ou organisations qui sont fédérés à une échelle plus étendue. Cela peut même être impossible statutairement.
- Offre hyper spécialisée des dispositifs existant : les dispositifs ont des populations cibles très définies ce qui rend quelques fois leur mobilisation peu lisible et difficile devant le nombre de conditions à remplir pour en faire bénéficier un patient.
- Un accès difficile à l'information pour les usagers, les familles et les aidants



### Objectifs stratégiques et conditions de mises en oeuvre

- **Développer des rencontres dans des lieux variés (pas toujours au même endroit- des lieux vécus comme commun à tous) et créer des occasions de rencontre entre les acteurs de prise en charge des parcours en santé mentale.**  
Conditions de mise en oeuvre
  - Le lieu où les lieux doivent être reconnus par tous
  - Lieux variés : et pas toujours hospitaliers
  - Lieu vécu comme commun et investi par chacun
  - En cas de lieux multiples, obligation de changer de lieux de rencontre
- **Développer des circuits courts d'information et améliorer la fluidité des parcours en santé mentale**  
Condition de mise en oeuvre :
  - Développer la culture de la confiance et du partage : pouvoir disposer des coordonnées personnelles de chacun (les numéros de portable et les mails pertinents)
  - Création d'une plateforme/Centre de ressource dont les missions seraient : centralisation des données collectées et rediffusion des informations. Ce centre pourrait prendre la forme d'une plateforme téléphonique d'orientation avec du personnel formé et compétent en santé mentale pour répondre aux demandes - Doute sur l'efficacité des annuaires
  - Remettre les patients dans le droit commun du droit et de la santé

- **Développer des moyens et travailler sur une culture de communication en temps réel et en temps réel différé.**

Condition de mise en œuvre :

- Adresse efficiente et partagée des acteurs à la place des Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

- **Développer des formations partagées et continues**

Condition de mise en œuvre des formations :

- Elles doivent être indemnisées
- Pluri-professionnelles et plurisectorielles
- Organisées selon un cahier des charges élaboré collégialement
- Les formations doivent déboucher sur la mise en place de protocoles fonctionnels opérationnels territoriaux admis par tous

- **Se connaître et se reconnaître**

Condition de mise en œuvre :

- Se rencontrer et travailler ensemble (Cf. créer des lieux et des occasions de rencontre)
- Plateforme/centre de ressource

- **Inciter au regroupement des institutions pour plus de lisibilité (Se rapprocher sans perdre son identité)**

Condition de mise en œuvre :

- Organiser, en deux temps, la convergence des dispositifs avec un objectif d'élargir les périmètres, les caractéristiques des cibles, de façon ascendante. Une phase de protocolisation fonctionnelle et une seconde phase : examen des convergences possibles statutaires, juridiques, financières

- **Envisager la mutualisation de ressources entre les dispositifs (des outils communs) afin de faciliter la communication et le décloisonnement entre les différents acteurs**

Condition de mise en œuvre :

- Outil de communication commun
- Mutualisation de la gestion des ressources humaines
- Mutualisation de la gestion administrative et financière
- Mutualisation de la comptabilité

- **Améliorer l'accès à l'information en santé mentale (nécessité de décloisonnement de l'information au niveau des usagers)**

Condition de mise en œuvre :

- Centre/plateforme de ressources pour faciliter d'accès à l'information et améliorer l'orientation
- Faciliter l'accès aux associations tutélaires (Ex : accès au TMP très compliqués)



## Liens avec les autres travaux

- Le PTSM est un outil en soi de décloisonnement
- La CTS
- La PTA pour le premier recours

### ✓ **RÉSULTATS ATTENDUS**

- ➔ Des formations partagées (avec des enveloppes régionales plus que nationales ou à côté des nationales ou un pourcentage) à destination de tous professionnels ou non professionnels
- ➔ Une meilleure connaissance des acteurs entre eux et de la santé mentale d'une façon générale par les professionnels et non-professionnels.
- ➔ Des protocoles partagés
- ➔ Un ou des lieux de rencontre des professionnels investi(s) par tous.
- ➔ Une convergence des dispositifs existants dans leur secteur représentatif, dans le respect des personnalités et des histoires, sur la base du volontariat, accompagné.
- ➔ Une anticipation des risques de rupture de parcours pour les patients.
- ➔ Revenir à une culture de la continuité des soins 24H/24h. Etablir un projet concerté de continuité des soins avec les professionnels.
- ➔ Etablir des protocoles négociés de proximité, avec les acteurs, le GHT et les spécialités.

### ✓ **Indicateurs proposés**

- Nombre de réunions/ an
- Nombre de protocoles-an
- Nombre de formation/an
- Nombre de convention signé/an
- Nombre de rupture de parcours/an et par population cible
- Délais généraux et propres aux structures
- Projets de convergences

## Maintien A Domicile - Bassins de vie en proximité.

Objectif continuité des soins, prise en charge par les acteurs de soins et médico-sociaux de proximité et de premiers recours, mieux formés et communiquant facilement avec la psychiatrie institutionnelle et spécialisée.



### Contexte spécifique

- Le maintien à domicile est souvent difficile pour les familles, en raison du manque de ressources en professionnels de soins mais aussi d'une continuité des soins qui fait défaut. Elle tend à être assurée de plus en plus par les services d'accueil d'urgence du GHT.



### Acteurs de mise en oeuvre

- HDJ
- PTA
- MAIA, CLIC
- Les services d'aide à domicile
- SSIAD
- SSAD
- SAMSAH
- SAVS
- CMP
- Centres culturels



### Objectifs stratégiques et conditions de mise en oeuvre

- **Mettre en place une structure territoriale pivot (style PTA)**  
Conditions de mise en oeuvre :
  - S'orienter vers la polyvalence des acteurs
  - Eviter l'hyper spécialisation dans le domaine social ou médicosocial. L'objectif est d'unir les dispositifs pour mieux se connaître et obtenir des convergences
  - Augmenter les compétences en périphérie du système plutôt que de les hyperspécialiser
  - Utiliser les structures existantes avant de créer des dispositifs de novo
- **Réfléchir à la mise en place d'une organisation permettant le maintien à domicile sans hospitalisation (afin de réduire le temps d'hospitalisation)**  
Conditions de mise en oeuvre :
  - Donner de la compétence aux dispositifs existants pour permettre la prise en charge et maintien à domicile
  - Augmenter les compétences des acteurs en périphérie du système (développer la polyvalence et non l'hyperspécialisation à outrance) afin d'améliorer la continuité des soins, éviter les « trous estivaux » dans les prises en charge
  - Possibilité de prise en charge à domicile par les IDE pour l'administration des médicaments
- **Eviter l'isolement des patients à domicile :**  
Conditions de mise en oeuvre :
  - Recréer du lien social pour les patients à domicile en proposant des activités sportives et culturelles



## Liens avec les autres travaux

- Contrats locaux de santé
- Loi sur les PTA

### ✓ RÉSULTATS ATTENDUS

- ⇒ Maintien à domicile
- ⇒ Organisation des professionnels du premier recours sur le territoire
- ⇒ Délais d'intervention observés et diminués par des stratégies partagées.
- ⇒ Communication améliorée entre la ville et l'hôpital : aide à la décision, au diagnostic, à l'adaptation thérapeutique, à la prise de rendez vous hiérarchisée
- ⇒ Reconnaissance et « légitimisation » mutuelles
- ⇒ Valorisation d'un territoire à échelle humaine qui finisse par devenir attractif contre tout pronostic
- ⇒ Des formations aux premiers secours en santé mentale pour tous les acteurs
- ⇒ Une diminution de la morbi-mortalité en santé mentale sur le territoire
- ⇒ Une diminution du nombre d'hospitalisation et de ré-hospitalisation liée au maintien à domicile

## Valorisation du territoire de Dieppe

---

### De l'aménagement du territoire à des incitations territoriales - Participer à la démocratie sanitaire



#### Contexte spécifique

- Une attractivité générale du territoire : en finir avec un complexe de territoire de « seconde zone ».
- Vanter la qualité de vie et la développer (on ne doit pas venir sur ce territoire forcé et contraint, presque de façon punitive ou par défaut).
- Les transports déremboursés sont un frein à la mobilité des patients que ce soit en matière de soins ou de santé. Les patients atteints de maladie mentale sont souvent en perte d'autonomie de ce point de vue.



#### Objectifs stratégiques

- **Développer des infrastructures culturelles.**
- **Valoriser la démocratie sanitaire** au travers d'un conseil de territoire de santé plus démocratique, plus représentatif, plus intervenant dans la vie territoriale.
- Plaider pour que s'installent des **dispositifs d'enseignement de cycle universitaire**, antennes ou écoles à part entière.
- Valoriser en matière sanitaire les dispositifs publics et privés de premier recours comme du second recours qui aspirent à se développer, ou naître.
  - Pour le premier recours les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) doivent être incitées par l'ARS
  - La PTA (plateforme territoriale d'appuie) en conjonction avec elle doit pouvoir s'intégrer dans la notion d'Etablissement Communautaire de proximité fonctionnel ou immobilier également...
  - Les élus ont largement leur place dans l'attractivité du territoire. Les cabinets libéraux ont des difficultés immobilières, car les locaux sont souvent exigus interdisant par ex de recevoir des internes en autonomie, des assistants médicaux (Ide Azalé et autres), d'assumer de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) de proximité...
- Les fusions (notamment des structures médico-sociales) doivent être accompagnées sur la base du volontariat des structures dans un premier temps, dans le respect des histoires de chacun et des individus.

## Prévention. Intégrative, id-est la même que pour tous, même si adaptations ponctuelles

---



### Contexte spécifique

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

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

- Réflexion éthique sur l'opportunité et bénéfice des préventions et dépistages de façon individuelle
- Manque de données quantitatives



### Acteurs du territoire

- CSAPA – CH
- Œuvre Normande des Mères
- Diététiciennes
- Premier (médecins libéraux, IDE ville...) et second recours libéral (médecins spécialistes de ville)
- Associations (Ex : Inser Santé, alcoolique anonyme, croix bleue...) avec des limites sur le périmètre d'intervention
- Pôle ressource santé
- AS de secteur et de mairie
- Le CH (tous les services peuvent être concernés)
- ESMS
- Centres socio- culturels (oxygène, jacques Prevert, ...)
- Associations sportives
- Médecine du travail



### Objectifs stratégiques

- Replacer le patient atteint de pathologie mentale dans la logique globale d'un plan territorial de santé alimentaire. Le CTS (Conseil territorial de santé) semble un des lieux privilégiés pour ce faire. Remettre le patient dans le droit commun
- Inscrire la prévention des comportements alimentaires néfastes dans une logique territoriale, notamment dans une action en cohérence avec les réflexions de la CTS de Dieppe (NUTRISCORE, circuits alimentaires courts...).
- Avoir une cohérence entre les actions mises en œuvre au niveau du territoire



## Liens avec les autres travaux territoriaux

- Les plans de prévention territoriaux
- Les plans de prévention nationaux
- Campagnes de dépistage territoriales et nationales



### RÉSULTATS ATTENDUS

- ➔ Augmenter le taux des dépistages de la population en santé mentale (taux de participation des patients en santé mentale aux actions de prévention et de dépistage)
- ➔ Baisse de la morbi- mortalité
- ➔ Un seul plan d'actions (prévention et dépistage) territorial et national cohérent et congruent

## La souffrance au travail

---



### Contexte spécifique

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

Réflexion sur la déclaration de maladie professionnelle psychiatrique qui est assez difficile à poser par le médecin traitant, sous peine de poursuite de la part de l'employeur.



### Acteurs du territoire

- Médecine du travail
- Les employeurs
- Les bassins d'emploi
- L'assurance maladie (reconnaissance de maladie professionnelle liée à la santé mentale)



### Objectifs stratégiques

- Mener une réflexion régionale sur les maladies professionnelles au travail, leur demande de reconnaissance notamment par les médecins traitants, voir les médecins du travail, sans qu'ils risquent à chaque fois des plaintes en déontologie de la part des employeurs.
- Améliorer les conditions de travail des salariés en termes technique (matériel) et en termes de charge psychosociale (mentale)
- Développer la politique de santé et de qualité de vie au travail
- Intégrer les populations atteintes de pathologie mentale au monde du travail
- Porter à connaissance de tous les dispositifs existants pour aider à l'insertion dans le monde du travail



### Liens avec les autres travaux

- Prévention au travail (document unique des risques professionnels)



### RÉSULTATS ATTENDUS

- ➔ Un protocole réactualisé de demande de reconnaissance de maladie professionnelle pour la pathologie mentale.
- ➔ Moins de souffrance au travail

## Enjeux identifiés par le groupe 5

### Situations de crise

- Pallier à la problématique de la démographie médicale
- Développer l'articulation et la coopération entre médico-social, protection de l'enfance et la pédopsychiatrie, et la psychiatrie
- Développer des solutions de prévention
- Améliorer la gestion des situations de crise

### Pallier à la problématique de la démographie médicale



#### Contexte spécifique

- Manque de correspondant à l'hôpital
- Délai important entre arrivée aux urgences et la consultation spécialisée
- Absence de continuité des soins de la prise en charge médicale (en ville la permanence des soins s'étiole de plus en plus. A partir du 1er janvier 2019 elle n'existe plus de 20 h à 24 h sauf les WE et jours fériés) et médicosociale (certains services ne sont plus joignables après 17h).
- Accès aux psychiatres et psychologues, difficiles en termes de prise de RV,



#### Objectifs stratégiques

- Réduire les délais de prise en charge
- Faciliter l'accès aux psychiatres
- Faciliter l'attractivité des psychiatres dans le secteur public
- Recruter des psychiatres
- Revoir la place du médecin psychiatre
- Améliorer la connaissance des dispositifs existants

# Développer l'articulation et la coopération entre médico-social, protection de l'enfance et la pédopsychiatrie

---



## Contexte spécifique

- Problématique de l'autorité parentale (décision judiciaire en faveur de la parentalité mais pas toujours solution la plus pertinente pour le bien être de l'enfant)
- Difficulté pour les inspecteurs à mettre en avant dans un rapport la maltraitance psychique reçue par les enfants victimes (difficulté à faire reconnaître au niveau juridique la maltraitance psychique) :
  - La difficulté est de faire reconnaître les préjudices subis par les enfants quand le contexte familial est défavorable
- Difficulté entre : décision du maintien du lien parental (justice) qui induit souvent un mal être de l'enfant (EMS) et déclenche une demande de révision des traitements des enfants (pédopsychiatrie)
- Lecture différente de la notion de visite en présence constante d'un tiers par les différentes parties qui aboutit à des mises en place différente (peut-être appliqué différemment suivant les institutions donc difficile pour l'enfant lorsqu'il change plusieurs fois d'institution...)
- Situation d'enfant placé changeant régulièrement de maison d'accueil (= situation de maltraitance pour l'enfant/ avec des ruptures successives)



## Objectifs stratégiques

- **Reconnaître l'expertise de la pédopsychiatrie au service de la protection de l'enfance :**
  - Permettre la levée du secret médical pour préserver le bien-être des enfants
  - Développer et utiliser les outils permettant de décrire les effets nocifs du contexte familial sur le développement de l'enfant
  - Travailler avec les familles sur les traumatismes vécus (requalifier les événements dans l'histoire)
  -
- **Retrouver une forme d'échange avec l'aide sociale à l'enfance et la pédopsychiatrie** (réunion d'élaboration et de synthèse). Prendre du temps pour échanger. Organiser des rencontres pluridisciplinaires (échanges de point de vue)
- **Repenser le fonctionnement des internats dans le médico-social en lien avec le virage inclusif**
- **Dupliquer l'expérience positive du GOLC (situation notifiée MDPH) pour la prise en charge des enfants en grande difficulté**

## Développer des solutions de prévention

---



### Contexte spécifique

- Retour d'expérience de l'UNAFAM (problème non résolu sur la gestion des traitements et des suivis insuffisant par rapport au besoin en résidence).
- Globalement, les familles déplorent le manque de lieux d'activités et d'occupation pour les personnes



### Objectifs stratégiques :

- **Améliorer l'accompagnement quotidien des personnes malades (manque d'activité, solitude au quotidien)**  
**Pistes d'actions :**
  - développement d'activités occupationnelles (pour répondre au manque d'accompagnement dans la journée)
  - accueil de jour pour redonner un rythme de vie, une temporalité (Sur le modèle des maîtresses de maison dans le dispositif famille gouvernante qui donnent un rythme à la vie des personnes accueillies)
  - assurer une présence pour s'assurer la gestion des traitements
  - existence d'une équipe passerelle qui permettrait de faire l'interface entre l'hospitalisation et le retour à domicile (autonomie totale) (pour éviter l'isolement, le repli sur soi, afin de garder le contact social)
  - permettre aux acteurs libéraux de pouvoir rentrer en contact avec les personnes (même si la porte est fermée)- Nécessaire de pouvoir s'assurer que tout va bien, pouvoir rencontrer la personne, « forcer » le lien social...Demander un double de clé ?
  - Développement des habitats partagés avec accompagnement ainsi que les familles gouvernantes (modèle UDAF)
- **Améliorer la mise en réseaux autour des malades**  
**Pistes d'actions**
  - Développer des partenariats avec les bailleurs sociaux (pour patients autonomes)
  - Faciliter la communication entre pedo psychiatrie et psychiatrie adulte lorsqu'enfant et parents sont suivis
  - Sensibiliser les patients suivis pour pathologie psychiatrique à s'orienter vers un pédopsychiatre si leur enfant présente des difficultés ou des troubles
    - Faciliter la communication « sécurisée » entre les acteurs de santé via des outils tels qu'une messagerie sécurisée, Dossier Médical Partagé (DMP)
    - Développement de la carte contact
    - Nécessité d'un outil d'orientation vers les ressources
    - Développement d'une plateforme d'accompagnement pour les usagers/ aidants (Hotline ? Numéro unique?) ou l'extension des PTA
    - Dans le cadre de la protection de l'enfance, ce qui fonctionne le mieux est la rencontre/échange d'information (synthèse)- Nécessite d'un temps formel de rencontre avec les professionnels de santé (synthèse)

- Dans le cadre de la protection de l'enfance, pertinence de créer un projet personnalisé commun pour l'enfant et le faire vivre
- Développer des « formations » / des « outils » qui permettraient de cadrer et optimiser les temps d'échanges dans le cadre d'élaboration de synthèse (avant sortie)
- Existence d'une plateforme de coordination (PCPPC) sur le CHU de Rouen – à développer sur Dieppe dont l'objectif est d'orienter, informer, partager les informations avec les acteurs de ville...sur le parcours des patients en sortie d'hospitalisation
- Formaliser des rencontres d'entraide afin de partager des informations sur les sujets sensibles, les situations complexes et ce à fréquence régulière. Rencontre basée sur des thématiques
- Existence d'un numéro de contact unique du Centre Hospitalier (urgence santé mentale) en situation d'urgence : actuellement le SAMU (Existence d'une convention avec le SAMU)

▪ **Fiabiliser les prises de traitement avec les professionnels libéraux**

**Pistes d'actions**

- Utilisation de médicaments retards (mais pas accessible à tous)
- Identification d'IDE référente pour fiabiliser la prise des traitements
- Evaluer le nombre de patients qui ne suit pas son traitement (non observance) notamment chez les jeunes majeures
- Avoir des ordonnances types (heure de passage précisé, préciser si nécessité du contrôle de la prise ...)
- Améliorer l'information en amont des IDE libérales (connaitre la pathologie)

▪ **Réduire les ruptures de parcours**

**Pistes d'actions**

- Evaluer avec l'ensemble des acteurs du parcours du patient l'orientation du patient (comité d'orientation)=Développer le travail pluridisciplinaire pour l'aide à la décision des placements par les inspecteurs
- Former les inspecteurs de l'aide sociale à l'enfance au développement psycho affectif de l'enfant
- Développer l'expérience/méthodologie MAIA (Ex : réunion de concertation entre les différents acteurs sur des thématiques données) dans le domaine de la santé mentale
- Renforcer la préparation de la sortie avant le retour à domicile avec la gestionnaire cas (prise de contact avec le patient en amont du retour à domicile)
- Implication des acteurs de ville pendant le parcours de soins (participation au staff, échange en amont de la sortie avec les professionnels des établissements)
- Développement de staff pour la prise en charge des cas complexe avec l'ensemble des acteurs concernés autour de l'enfant (chaque acteur s'engage à assurer une prise en charge en fonction de ses compétences pour garantir le succès de l'accueil de l'enfant)- Discuter avec tous les acteurs de la meilleure prise en charge/ bien penser le parcours le plus adapté possible = Projet commun
- Actualiser le parcours de vie des patients – Améliorer la lecture environnementale, situationnelle du parcours de vie des patients- Nécessiter de dérouler l'histoire du patient (pourquoi a-t-il été exclu ) pour pouvoir préparer l'inclusion – Mieux comprendre le contexte de vie des patients pour mieux préparer la prise en charge (obj : réduire les échecs de parcours) – Dossier plus complet
- Réfléchir sur une prise en charge /Accompagnement partagé pour éviter le risque de rupture (avec l'objectif que cela ne soit pas morcelant pour le patient)
- Améliorer la formalisation des parcours dans les dossiers des patients

## Améliorer la gestion des situations de crise

---



### Contexte spécifique

- Hospitalisation des mineurs – Projet (ARS) normand sur les 7 GHT
- Lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie prévus pour des courts séjours maximum 15 jours (sur Dieppe)
- Modification Arthur Rimbaud jusqu'à 13 ans
- Création d'une unité pour les adolescents de 13 jusqu'à 18 ans au CHCR



### Objectif stratégique :

- **Améliorer la prise en charge des patients en crise aux urgences**

#### Pistes d'actions

- Fiche de liaison commune à tous les ES-MS pour sécuriser/faciliter l'organisation lors d'hospitalisation aux urgences
- ES MS devraient prévenir les psychiatres qu'un patient vient aux urgences (filière plus rapide)
- Fiche de transmission (si possible) retraçant les différents éléments de la crise qui accompagnerait le patient car parfois ce n'est pas celui qui accompagne qui a vécu la crise du patient
- Liaison ville hôpital facilitée par adresse mail dédiée
- Prévoir le nom et coordonnées de la personne détenant l'autorité parentale pour la signature pour les enfants mineurs lors d'hospitalisation aux urgences (à noter document existant mais peu ou pas utilisé) en fait ce qui est obligatoire et nécessaire est la signature de l'autorité parentale d'autorisation de soins et d'hospitalisation de l'enfant.
  - Projet de convention entre MS et ES (ensemble des services de l'hôpital) va être élargie, peut-être que cette notion d'autorité parentale pourrait y être incluse ?
  - Mise en place d'un mode opératoire pour informer sur l'autorité parentale
- Référentiel de bonnes pratiques à ajouter dans la convention des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaire pour faciliter la continuité de la prise en charge aux urgences
- Meilleure prise en compte par le CHR des retours qui sont fait par les établissements d'accueil au sujet du patient (être écouté et être entendu) – Améliorer les liens entre le médico-social et le sanitaire pour garantir une meilleure prise en charge des patients aux urgences (accueil et retour d'information) et suivi après retour en établissement social d'accueil
- Former les acteurs/les équipes des établissements médico-sociaux aux techniques de gestion de crise (une crise n'appelle pas forcément à une hospitalisation)/Diffuser des bonnes pratiques
- Pour la psychiatrie adulte, il est aussi nécessaire de se donner le temps après une hospitalisation aux urgences (temps de répit, de réflexion...)

- **Public jeune**

Problématique de fermeture des Internats médico-sociaux le week-end et durant la période estivale

- Développer le répit, réinterroger les internats comme des lieux de répit
- Prévoir une dimension d'investigation un peu plus avancée pour certains patients avant l'admission en IMPRO afin d'établir un calendrier personnalisé /emploi du temps personnalisé – Améliorer le

temps d'évaluation pour mieux préparer le parcours en IMPRO (préparation d'un séquentiel en IMPRO)

- Prendre en compte l'impact des différentes décisions prises autour de l'enfant (mieux préparer l'enfant à ces décisions, changement de site d'accueil....)

▪ **Mieux accompagner les équipes dans l'après crise pour échanger sur les difficultés**

**Piste d'action**

- Capitaliser le retour d'expérience par la traçabilité afin de pouvoir réutiliser les éléments pour les prochaines crises
- Debriefing/ réflexion à froid entre les acteurs qui ont été confrontés à la crise (analyse des situations de crise) au niveau des établissements avec les équipes, les familles...
- Mise en place d'interlocuteur privilégié (IDE référent) pour les patients hospitalisés pour faire le lien avec les acteurs du médico-social autour de la prise en charge (amélioration de l'articulation)

## Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Assistante Sociale
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
CADA	Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CCPP	Commission de Coordination des Politiques Publiques
CD	Conseil Départemental
CH	Centre Hospitalier
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
COFIL	Comité de PLOtage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle territoriale de Santé
CRAHN	Centre Régional Autisme de Haute Normandie
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTS	Conseil Territorial de Santé
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIRRECTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DMP	Dossier Médical Partagé
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et des la Cohésion Sociale
DTP	Diagnostic Territorial Partagé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPJ	Equipe Mobile Psychiatrique Jeune
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
EMGP	Equipe Mobile de Géroto-Psychiatrie
EN	Education Nationale
ESMS	Etablissements Sociaux et Médicosociaux
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HDJ	Hôpital de jour
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GOLC	Groupe Opérationnel de Concertation Local
HAD	Hospitalisation à domicile
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IME	Institut Médico Educatif

IMPRO	Institut Medico Professionnel
IPA	Infirmier en Pratiques Avancées
ITEP	Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
Maia	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MECS	Maison d'Enfant à Caractère Social
MDA	Maison Départementale des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PA-PH	Personnes Agées-Personnes Handicapées
PJJ	Protection Judiciaire de La Jeunesse
PMI	centre de Protection Maternelle et Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territorial d'Appui
PTSM	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
REX	Retour d'Expérience
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SPA	Société Protectrice des Animaux
TSA	Troubles du spectre de l'Autisme
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UPAVS	Unité de Prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
UTAS	Unité Territoriale d'Action Sociale