

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE – PTSM de l'ORNE

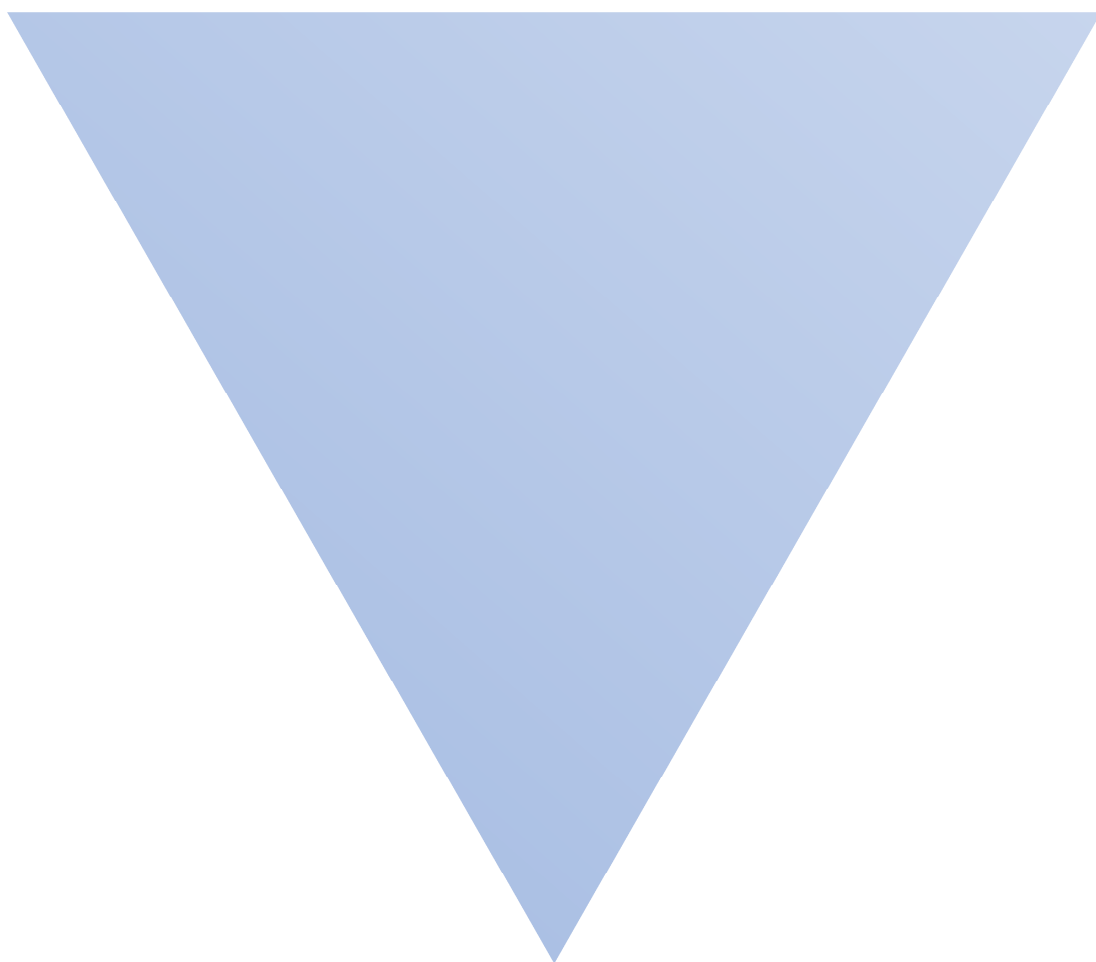


Table des matières du diagnostic territorial partagé

INTRODUCTION	3
LE DIAGNOSTIC QUALITATIF DES ACTEURS DU TERRITOIRE	15
SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS	17
SANTE MENTALE DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE	21
SANTE MENTALE ET HANDICAP PSYCHIQUE	25
POPULATION GENERALE, PATIENTS EN ADDICTOLOGIE ET MIGRANTS	35
PERSONNES ÂGEES	42
GLOSSAIRE	50
ANNEXE 1 : PORTRAIT DE TERRITOIRE – ORNE	51

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'utilisateur », 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.

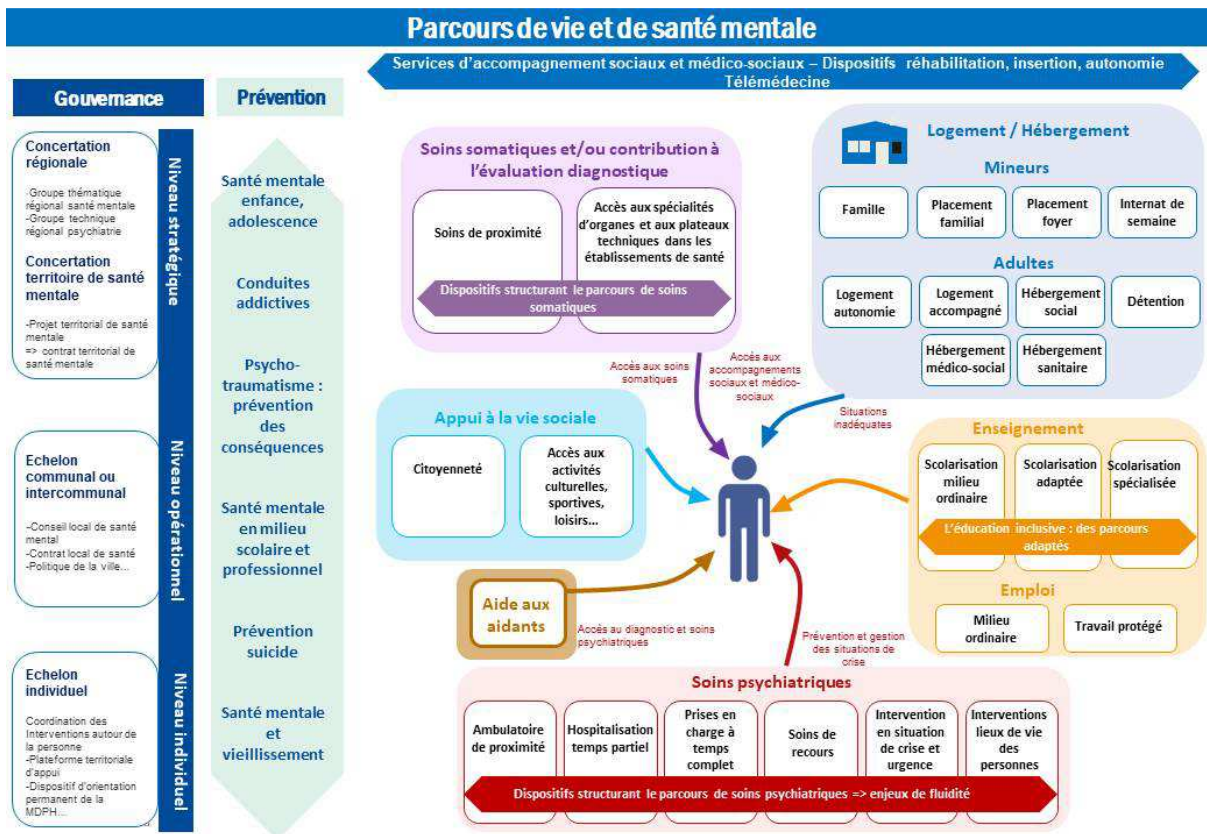
Il s'agit :

- 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 DU TERRITOIRE DE L'ORNE

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	GAISON Michel	Pôle infanto-juvénile	CSS
	COMPOINT Jérôme	CPO	Directeur médical
	VIOT Marie-Claire	CPO	PCME
	GUERIN Emmanuel	CPO	Directeur des soins
Médicosocial	LELANDAIS Yvelyne	SAVS FH Anais	Directrice
Démocratie sanitaire	Dr. GAL	CTS	Président

L'animation de ce groupe-projet est assurée par la Présidente de CME du Centre Psychothérapique de l'Orne, dr. Marie-Claire Viot. Celle-ci assure l'animation et la rédaction des groupes de travail.

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

Nom	Fonction	Structure
M. Hervé BAGOT	Représentant	UNAFAM61
Dr Claire BIHEL	Chef du pôle pédopsychiatrie	CPO Alençon
M. Jean-Pierre BLOUET		
Dr Cécile BONNEFOY	Coordinatrice Mission santé mentale	ARS Normandie
Dr Jérôme COMPOINT	Directeur médical	CPO Alençon
Mme Pascale FROGER	Directrice	MDPH
M. Michel GAISON	Cadre de santé pôle pédopsychiatrie	CPO Alençon
Dr Jean-Michel GAL	Président	CTS
Mme Nathalie GALEA	Directrice	ASPEC
M. Yves GOASDOUE	Maire de Flers	Flers
M. Emmanuel GUERIN	DSIRMT	CPO Alençon
Mme Hélène GUICHET	Chargée de mission Santé Mentale	ARS Normandie
M. Bruno HARE	Directeur adjoint	CPO Alençon
Dr Faïz KASSAB		CH Flers
Mme Michelle LAMBERT	Vice-présidente	CDCA
M. Jean-Pierre LANCHAS		
M. Jérôme LEBRIERE	Directeur	CPO Alençon
Mme Yveline LELANDAIS	Directrice	SAVS ANAIS
Mme Béatrice LEMOINE	Cadre de santé pôle psychiatrie	CH Flers
Mme Elise LESELLIER		
Mme Colette MAYER	Direction de l'autonomie pôle solidarité	Conseil départemental
Dr Pierre-François MERMBERG		
M. Damien PELLE	Directeur	Centre de détention Argentan
M. Luc POULALION	Directeur délégué départemental	ARS Normandie
M. Alain RAMARD		
Mme Yvonne SERGENT		
Mme Béatrice TERRY	Déléguée territoriale	ARS Normandie
Mme Marie-Claire VIOT	Présidente CME	CPO Alençon

Le COPIL stratégique a arrêté la méthodologie de constitution de 5 groupes de travail selon les priorités de l'Orne :

- Enfants et adolescents
- Personnes sous-main de justice
- Handicap psychique
- Population générale, addictologie et migrants
- Personnes âgées

L'Orne a démarré les travaux relatifs à la santé mentale en amont de la publication du décret 2017-1200 du 27 juillet 2017, en avril 2017. Le choix de la démarche de diagnostic a été populationnelle. En cela, ils répondent également à la demande DGOS d'être particulièrement attentif à des publics spécifiques.

Composition des groupes de travail de l'Orne

Groupe Santé mentale des enfants et des adolescents

Pilote : M. Michel GAISON, cadre de santé, pôle pédopsychiatrie, CPO Alençon

Nom	Fonction	Structure
M. Jean-Michel ABDALLAH	IDE	Pôle Psychiatrie CH Flers
Mme Margaux BELLEMARE	RPE ASE	
Dr Claire BIHEL	Chef du pôle pédopsychiatrie	CPO Alençon
Dr Zohair BOUATTOURA	Pédopsychiatre	CPO Alençon
Mme Sophie CAVAILLES	Directrice	ITEP la Rosace UGECAM
M. Pascal DENIS	Directeur Enfance Famille	CD
M. Gaétan FERCHAUX	Directeur	UDAF
Mme Pascale FROGER	Directrice	MDPH
Mme Carole GEAY	IDE	PJJ
Mme Marie-Christine GRAINDORGE	Directrice	IME SESSAD ANAIS
M. Emmanuel GUERIN	DSIRMT	CPO Alençon
Mme Hélène GUICHET	Chargée de mission Santé Mentale	ARS Normandie
M. Bruno HARE	Directeur adjoint	CPO Alençon
Mme Chantal HERICHER	Cadre pôle pédopsychiatrie	CPO Alençon
Dr Faïz KASSAB	Chef de pôle Psychiatrie	CH Flers
Mme Marie-Hélène LAVEAU	Directrice	IME ADAPEI
Mme Agnes LECLERC	Pôle enfance et famille	CD
M. Christophe MAESTRALI	Cadre de santé	CH Flers
M. David MENARD	Directeur	STEMO Orne
Dr Edgard MESSAOUI	Psychiatre	Référent CRA
Mme Isabelle de MONTETY	Cadre de santé	CRA CHU de Caen
Mme Véronique PARIS	Cadre de santé	Pôle Psychiatrie CH Flers
M. Cyrille MORVAN	Cadre de santé pôle transversal	CPO Alençon
M. Pierre PIBAROT		PJJ
Mme Gwenaëlle PORTE	Chargée de mission	ADAPEI
Mme Brigitte ROUSSEAU	Infirmière	Rectorat de la région académique de Normandie
Mme Radica ROYE	Cadre de santé pôle pédopsychiatrie	CPO Alençon
Mme Amandine SERGENT	Cadre action familiale	UDAF
M. Philippe STIMAC	Responsable	SESSAD UGECAM
Mme Véronique TAILLEBOSQ	Chef de service	COALLIA
M. Mikaël TOIN	Directeur	CAMSPP
Mme Céline VALLETTE	Responsable protection de l'Enfance	CD
Mme Marie-Claire VIOT	Présidente de CME	CPO Alençon
Dr Zakaria ZAKARIA	Pédiatre	CHICAM

Le groupe de travail s'est réuni six fois entre novembre 2018 et mai 2019.

Groupe Santé mentale et Personnes sous-main de justice

Pilote : Mme Marie-Claire VIOT, présidente CME, CPO Alençon

Nom	Fonction	Structure
Mme Céline ALLOY	Directrice gestion locative et habitat	Orne Habitat
M. Stéphane AULERT	Directeur général	SAGIM
Mme Florence BELLANGER	Directrice	MEDIADOM
Mme Sylvie BOISSEAU	Cadre de santé pôle transversal	CPO Alençon
Mme Emmanuelle COSTES	Directrice adjointe	Centre pénitentiaire Alençon Condé-sur-Sarthe
Mme Virginie COLLET	Conseillère sociale	Orne Habitat
M. Olivier COURCHE	Directeur adjoint	Centre de détention Argentan
M. Gaétan FERCHAUX	Directeur	UDAF
Dr César GARCIA	Psychiatre	CPO Alençon
M. Emmanuel GUERIN	DSIRMT	CPO Alençon
Mme Hélène GUICHET	Chargée de mission Santé Mentale	ARS Normandie
Dr Mehdi HAMRIT	Psychiatre	CPO Alençon
M. Bruno HARE	Directeur adjoint	CPO Alençon
Mme Lucile JOUAUX	Directrice	YSOS
Mme Christel JULIEN	Cadre USCD	CH Argentan
Mme Laëtitia METAYER	Conseillère sociale	Orne Habitat
Mme Maryvonne LANDAS	Chargée insertion migrants	DDCSPP
M. Emmanuel LAUNAY		COALLIA
M. Raphael LAUREC	Directeur fonctionnel	SPIP
Mme Ariane LEBRET	Responsable service contentieux	SAGIM
M. Damien PELLE	Directeur	Centre de détention Argentan
M. Christophe PELTIER	Directeur	SAGIM
M. Gabriel PROUVEUR	Chef d'antenne	SPIP
Mme Amandine SERGENT	Cadre action familiale	UDAF
Dr Annie TIERCELIN	Médecin coordonnateur USCD	CH Argentan
M. Jean-François VANNIER		COALLIA
Mme Anne-Marie VOISIN	Chef de service	COALLIA

Le groupe s'est réuni quatre fois entre janvier et juin 2019.

Groupe Santé mentale et Handicap psychique

Pilote : Mme Yveline LELANDAIS, directrice, SAVS ANAIS

Nom	Fonction	Structure
Mme Soltana BELHAMISSI	Cadre supérieure pôle transversal	CPO Alençon
Dr Abdelghani BENLAMLIH	Psychiatre	CPO Alençon
Mme Sophie CAVAILLES	Directrice	ITEP la Rosace UGECAM
M. Gaétan FERCHAUX	Directeur	UDAF
Mme Pascale FROGER	Directrice	MDPH
Mme Nathalie GALEA	Directrice	ASPEC
M. Emmanuel GUERIN	DSIRMT	CPO Alençon
Mme Hélène GUICHET	Chargée de mission Santé Mentale	ARS Normandie
M. Bruno HARE	Directeur adjoint	CPO Alençon
M. Eric LE BIGOT	Directeur de pôle	Association LEHUGEUR LELIEVRE
Mme MERCIER	Cadre MAS	CPO Alençon
M. Cyrille MORVAN	Cadre de santé pôle transversal	CPO Alençon
Mme Gwenaëlle PORTE	Chargée de mission	ADAPEI
Mme Radica ROYE	Cadre de santé pôle pédopsychiatrie	CPO Alençon
Mme Amandine SERGENT	Cadre action familiale	UDAF
Mme Yvonne SERGENT		
M. Mikael TOIN	Directeur	CAMSPP

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

Groupe Santé mentale et Population globale

Pilote : Mme Marie-Claire VIOT, présidente CME, CPO Alençon

Nom	Fonction	Structure
Mme Florence BELLANGER	Directrice	MEDIADOM
Dr Françoise BISCHOFF		
Mme Marine BOUCHARD	Chef de service	CSAPA ANPAA
Dr François CHARETON	Président	APPSUM
Dr Damien DASSANT	Président CME	CHICAM
Mme Céline DUMONT		
Mme Anne-Marie FAURIEUX	Cadre supérieur de santé	Pôle psychiatrie CH Flers
M. Gaétan FERCHAUX	Directeur	UDAF
Pr Patrick FOLLET		
Dr Jean-Michel GAL	Président	CTS
M. Emmanuel GUERIN	DSIRMT	CPO Alençon
Dr Stéphanie GUERIN	Addictologue	CHICAM
Mme Hélène GUICHET	Chargée de mission Santé Mentale	ARS Normandie
M. Bruno HARE	Directeur adjoint	CPO Alençon
Mme Lucile JOUAUX	Directrice	YSOS
Dr Faïz KASSAB		CH Flers
Dr Ahmed KONE	Psychiatre	CPO Alençon
Mme Maryvonne LANDAS	Chargée insertion migrants	DDCSPP
M. Phuong-Hang LEMAITRE	Directrice adjointe	ADOMA PRAHDA
Mme Rozenn LEMOING	PFIDASS	CPAM
Mme Ludivine LENOTRE	Psychologue	CSAPA ANPAA
Mme Elodie LE SCOUARNEC	Intervenante sociale	CADA ALTHEA
M. Christophe MAESTRALI	Cadre de santé	CH Flers
Mme Catherine MANGOT-CESEUX	IDE	URPS IDE
Dr Fabrice MANGUIN		
Mme Nadia MARIE	Directrice	CADA ALTHEA
Mme Véronique NICOLAS	Directrice département solidarité	CCAS
Dr Jean-Luc NOEL	Médecin généraliste	HAD
Mme Véronique PARIS	Cadre de santé	Pôle Psychiatrie CH Flers
Mme Clémence POIRIER	Représentante	UNAFAM
Mme Sophie RAUX	Intervenante sociale	ADOMA PRAHDA
M. Remi SALMON		
Mme Amandine SERGENT	Cadre action familiale	UDAF
M. Romain TOUATI	IDE pôle santé mentale	CH Flers
Mme Anne-Marie VOISIN	Chef de service	COALLIA

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

Groupe Santé mentale et Personnes âgées

Nom	Fonction	Structure
Mme Nathalie BOURGIN		
Mme Véronique BOUVET	Psychologue	EHPAD Les Laurentides Tourouvre EHPAD La Pellonnière Le Pin
Mme Déborah BRICE	Coordinatrice	CLIC Antenne du Perche
Mme Viviane BRIENS	Directrice	UNA du Bocage
M. Yvan CARTEL	Directeur	EHPAD Les Laurentides Tourouvre
Mme Blandine CONSTANTIN	IDEC	SSIAD Flers
Mme Marion DEGUY	Coordinatrice	CLIC Pays d'Ouche
Mme Anne-Marie FAURIEUX	Cadre supérieur de santé	Pôle psychiatrie CH Flers
M. Gaétan FERCHAUX	Directeur	UDAF
Mme Florie-Anne GARDY	Chargée de mission	MAIA Orne Est
Mme Nadège GUILLOTTEL	Pilote MAIA	MAIA Centre Orne
M. Emmanuel GUERIN	DSIRMT	CPO Alençon
Mme Hélène GUICHET	Chargée de mission santé mentale	ARS Normandie
M. Bruno HARE	Directeur adjoint	CPO Alençon
Mme Katelle HIAUMET	IDE	CMP PA CPO Alençon
Dr Jemaa HICHARD		CH Alençon
Dr Martine HOUSSIN	Médecin coordonnateur	EHPAD La Providence Longny-au-Perche
M. Charles-Henry JACQUIN	DSI	CH Mortagne-au-Perche
Dr Faïz KASSAB	Chef de pôle Psychiatrie	CH Flers
Mme Michelle LAMBERT	Vice-présidente	CDCA
Mme Sylvie LIBERT	IDEC	SSIAD ADMR Le Mêle-sur-Sarthe
Mme Delcy MANNONI	IDE	EHPAD La Pellonnière Le Pin
Mme Karine MANZONI	Coordinatrice	PTA Orne
Dr Evelyne MARRIERE		CH Alençon
M. Cyrille MORVAN	Cadre de santé pôle transversal	CPO Alençon
Mme Magaly POULAIN	IDE	EHPAD du Houlme ANAIS
Dr Anne QUILLARD	Géronte	CH Flers
Mme Ophélie SABBABI	Pilote MAIA	MAIA Orne Est
Mme Amandine SERGENT	Cadre action familiale	UDAF
Mme Claudine TAUPIN	Directrice	EHPAD du Houlme ANAIS
Mme Elvira THOMAS	Pilote MAIA	MAIA Bocage Ornaï
Mme Marie-Claire VIOT	Présidente CME	CPO Alençon

Le groupe de travail s'est réuni trois fois entre février et mai 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'Orne 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

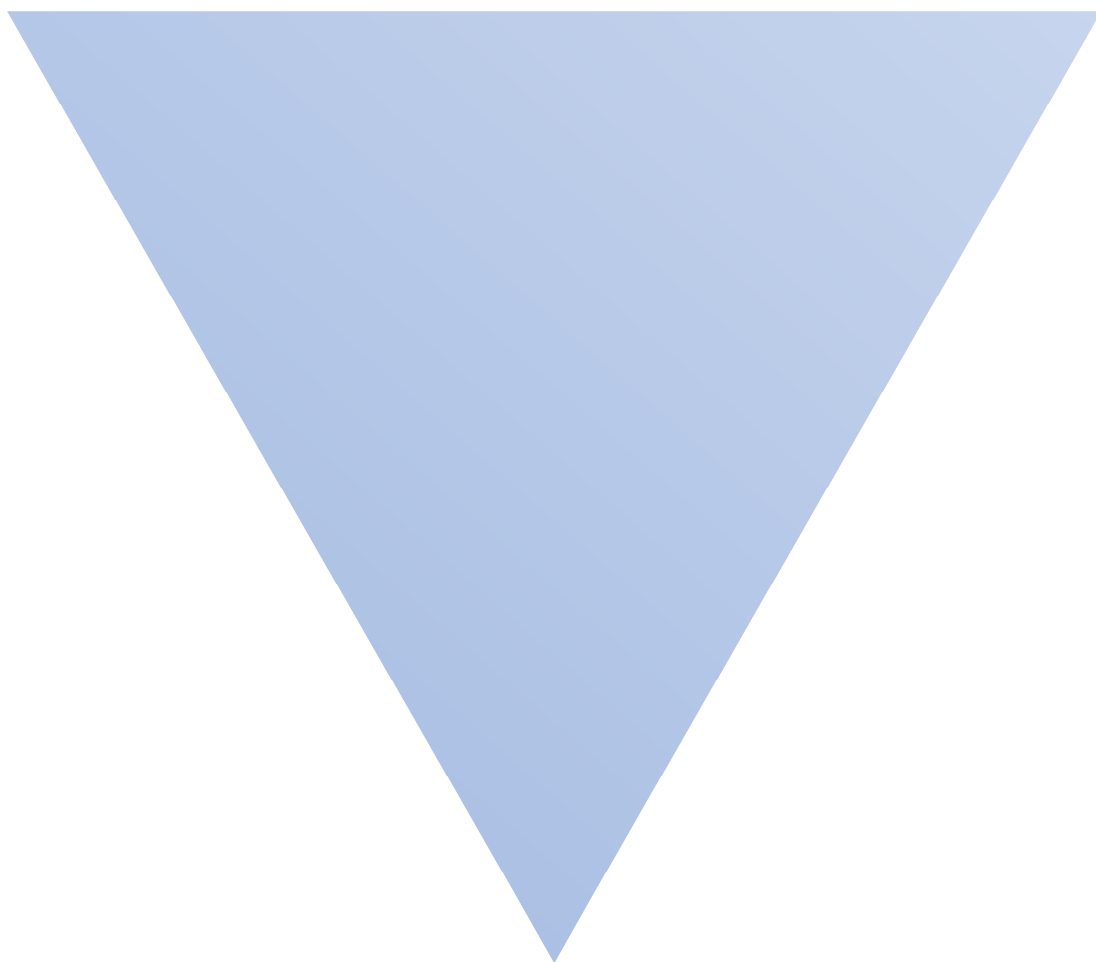


Table des matières du diagnostic qualitatif

SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS	17
Constats	19
SANTE MENTALE DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE	21
Hébergement	21
Réponse médicale sur les structures de l'administration pénitentiaire	21
Personnes détenues à la rue	22
Accès à l'emploi	22
SANTE MENTALE ET HANDICAP PSYCHIQUE	25
L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	25
Situations inadéquates	27
Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	29
Accès aux soins somatiques	31
Prévention et gestion des situations de crise	33
POPULATION GENERALE, PATIENTS EN ADDICTOLOGIE ET MIGRANTS	35
Population générale Constats	35
Migrants Constats	36
Addictologie Constats	36
Hébergement/logement Constats	37
Définitions	38
PERSONNES ÂGEES	42
Eléments de contexte	42
Diagnostic du Centre Psychothérapique de l'Orne	44
Diagnostic du centre hospitalier « Jacques Monod »	45
Différentes possibilités d'accès à l'expertise gériatrique	48

SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

La tranche d'âge définie concerne les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans.

Schéma départemental pour les personnes en situation de handicap (points sur les enfants) 2017/2021

- CIRCULAIRE CLUZEL : Objectif d'inclusion scolaire des enfants handicapés à 80% à échéance 2021. Réduction de 20 % par an des adultes maintenus en ESMS enfants, la part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire doit être au moins de 50% en 2021.
- ENEIS : travail de transformation de l'offre médicosociale pour les enfants dans l'Orne.
- Création d'une structure départementale pour une offre d'accueil 365 jours, développement d'équipes mobiles. Travail en cours
- - Depuis 2017, dispositif ITEP et SESSAD, fonctionnement en dispositif intégré, souplesse des changements de structure sans nouvelle notification de la MDPH. Objectif fluidifier les parcours des enfants notamment les cas complexes.

UGECAM : projet passerelle pour les 16-25 ans, dans le cadre de la garantie jeune

Schéma départemental de l'enfance et de la famille 2017/2021

- Axe important le repérage des troubles et diagnostic : circulaire 22 novembre 2018 : mise en place de Plateforme d'orientation et de coordination pour les enfants souffrant de troubles du neurodéveloppement. Un appel à projet est lancé pour 2019 dans l'ORNE
- Offre d'accompagnement médicosocial IME, SESSAD, dans l'Orne : manque de structures à l'ouest, création sur Argentan d'une unité d'enseignement maternelle septembre 2017
- Problématique de la fluidité du parcours des enfants autistes, (accueil en IME) , et du passage à l'âge adulte
- Développement de l'offre de répit (il existe une plateforme dans l'Orne)
- Unité de dépistage et de diagnostic pour les (0-3 ans) existe (CAMSP)
- En cours : recrutement d'un pilote régional autisme (coordination des parcours, lien, référence)
- Absence dans l'ORNE de PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Extérieures).

LES FREINS

- ▶ Démographie médicale
 - ▶ La démographie médicale actuelle 8 médecins (7 ETP) est fragile. (La piste d'un assistant spécialiste sur un projet précis type diagnostic autisme est suggéré !)
- ▶ Délais d'attente trop longs pour une prise en charge dans les C.M.P.
- ▶ Difficulté d'accès à certaines formes de prises en charge : peu de psychomotriciens,
- ▶ Au niveau des adolescents :
 - ▶ Locaux de l'UHA inadaptés
- ▶ Pas de possibilité d'hospitalisation des enfants en pédopsychiatrie dans l'Orne.
- ▶ Articulation médico-social / pédopsychiatrie pas toujours simple mais volonté des acteurs de faire évoluer les choses
- ▶ Beaucoup d'enfants et d'adolescents hospitalisés dans les services de pédiatrie pour une prise en charge de troubles psychologiques : problème de la reconnaissance de cette activité au niveau de la T2A.

LES MENACES

- ▶ Problématique des 16-25ans : risque de point de rupture au passage à l'âge adulte.
- ▶ L'évolution à la baisse de la démographie médicale à court et moyen terme oblige à une refonte de l'offre de soins en pédopsychiatrie sur le territoire ornais. Projet d'évolution de l'offre de soin du pôle PIJ du CPO lancé en janvier 2019.

LES LEVIERS

- ▶ Deux structures de prise en charge ambulatoire CAMSP/Pédopsychiatrie ont une organisation qui permet de couvrir tout le territoire de l'Orne
- ▶ Un dispositif pour adolescents se déclinant en 4 Maison des Adolescents (permettant une couverture du territoire ornais) et une unité d'hospitalisation pour les adolescents (5 lits).
- ▶ Parcours santé mentale ado plutôt satisfaisant (4 MDA + équipe mobile)
- ▶ Travail avec les services de pédiatrie (Flers, Alençon et Argentan)

LES OPPORTUNITES

- ▶ Mise en place d'un C.A.T.T.P. mobile pour adolescents permettant une prise en charge séquentielle des jeunes au niveau des 4 maisons des adolescents.
- ▶ Demande de prise en charge de plus en plus précoce des enfants (parfois dès 2 ans). Ce phénomène (qui demande à être précisé) peut être considéré comme inquiétant si c'est en relation avec des troubles d'apparition plus précoce. Mais ce peut-être aussi une opportunité, car traduisant dans nombre de cas un dépistage et une prise en compte des difficultés plus précoce (place du CAMSPP).

Dans le domaine de la prévention et de la formation: (Priorité 6)

- Campagne Handicap agir tôt : Vidéos (15 films). Campagne d'information et de sensibilisation à destination des parents
- Associations CROIX MARINE, PRISME, GRAFISM organisation de conférences, formation auprès des professionnels
- Formations du CRA gratuites pour les professionnels et les familles
- Conférence sur les jeux vidéo et les écrans – Serge TISSERON –CPO Novembre 2018
- Les MDA proposent avec l'IREPS des formations pour les professionnels du réseau
- sur la prévention de harcèlement, des temps de rencontres et d'analyse de pratique, regards croisés, avec les professionnels de l'adolescence du réseau, une formation est dispensée depuis 2 ans auprès des auxiliaires de vie.
- Une psychologue (Mme Marjorie ROQUES de l'UHSA de CAEN) propose un appui aux équipes et propose un travail sur la mentalisation (développer ses capacités)
- 30 professionnels de pédopsychiatrie formés à la PEC des psycho-traumatismes chez l'enfant et l'adolescent.

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ DEVELOPPER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE INTERPROFESSIONNELLE ET DEVELOPPER LES ECHANGES INTERPROFESSIONNELS AUTOUR DE PRISE EN CHARGE COMMUNE
 - Formations communes, synthèses, équipes mobiles, éviter les ruptures, s'appuyer sur les dispositifs ITEP, idée d'une plateforme d'échange
- ➔ EVITER LES POINTS DE RUPTURES DES PARCOURS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS
- ➔ COORDINATION DES PARCOURS :
 - S'appuyer sur les dispositifs et les outils existants
 - Formalisation de conventions partenariales conventionner un partenariat entre ITEP, IME , PJJ, Sanitaire afin d'éviter les inadéquations,
 - Fluidité des lits
- ➔ PREVENTION DEPISTAGE PROMOTION DE LA SANTE

Constats

- De multiples acteurs non coordonnés, par ailleurs il y a une rupture presque institutionnelle entre 18 et 20 ans. Nécessité d'anticiper la préparation à la sortie de la structure. Aggravation de la situation : plus de 100 jeunes mineurs non accompagnés (migrants) (MNA) en 2018 (surtout dans le dernier trimestre). En 2019, la demande explose avec déjà 186 arrivées à fin avril.
- Incompréhension par rapport à la justice : le juge peut lever une décision de placement de l'ASE ce qui met en difficultés le suivi et l'accompagnement du jeune.
- La PJJ accueille des jeunes qui devraient être pris en charge par d'autres structures au regard de leurs troubles du comportement (vécus traumatiques). Absence de respect du cadre légal par les jeunes migrants par méconnaissance du cadre réglementaire interculturel.
- Certains jeunes peuvent aller vers la radicalisation.
- L'ASE a des prises en charge à l'hôtel : ils errent dans les rues.
- Certains jeunes se disent mineurs or ils sont réellement majeurs.
- Ne pas oublier que pour beaucoup de jeunes cela se passe bien (hors migrants).
- Les migrants sont envoyés sur les territoires en fonction des places.

- Le dispositif des classes relais n'est pas utilisé à bon escient (pas de projet pour retour dans le droit commun).

SANTE MENTALE DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE

Hébergement

- L'association YSOS sur l'hébergement, initialement installée sur l'est du département, s'étend sur Alençon et propose un accompagnement notamment par de l'intermédiation locative dans des logements sociaux, avec un appui sur les soins (Suite d'hospitalisation, addictologie, etc...).
- Les bailleurs sociaux sont rassurés par l'intervention des associations qui louent le logement pour les premiers pas des personnes fragiles avec l'objectif d'un bail glissant après 6 à 12 mois d'accompagnement, font des rencontres régulières et créent le lien de l'accompagnement.
- Orne Habitat indique qu'un protocole a été signé avec le SPIP datant de 2016 (à réactualiser) et la DDCSPP, SAGIM-Logis Familial, permettant de travailler ensemble sur la sortie des détenus et c'est une aide pour identifier les quartiers souhaitables pour le détenu
- Pour la sortie, on contacte le SIAO ou le CHRS pour l'hébergement si on sait que la personne n'aura pas de famille pour l'accueillir.

Réponse médicale sur les structures de l'administration pénitentiaire

- 700 à 750 personnes sont détenus dans les 2 centres Ornais mais autour de 1100 personnes sont suivis en milieu ouvert y compris les obligations de soins. Dans les Yvelines, il existe une structure pour les situations de crise : CLIC ou ELIC, cellule ou équipe locale d'intervention de crise comprenant une équipe mobile avec un médecin.
- La rupture de soins peut arriver car les ordonnances ne sont pas toujours renouvelées ou comme il s'agit d'un public précaire (étiquette ex-détenu) cela représente un frein et il y a une crainte de la personne de frapper aux portes pour l'accès aux soins.
- Difficulté d'ouverture des droits sociaux par l'administration pénitentiaire : à la libération, il faut faire des démarches auprès de la CPAM.
- Il y a des changements importants pour l'immatriculation pendant la détention car la CNAM a décidé depuis le 1^{er} janvier 2018 que seuls 2 centres en France s'occupaient des détenus de toute la France : CPAM du Lot à Cahors (pour le sud dont l'Orne !) et la CPAM de l'Oise à Beauvais pour le nord. Cela complexifie l'obtention des CMU et CMUC.
- Le SPIP a beaucoup de démarches à faire : une fiche navette a été créée entre CAF et SPIP grâce à une convention établie entre les structures. Tous les détenus du CP de Condé bénéficient d'un recensement de leurs droits.
- Il est difficile d'éviter les ruptures de parcours : manque des personnels au SPIP (des postes sont vacants).

Personnes détenues à la rue

les plus difficiles à accompagner

- Nombre de détenus sortants sans hébergement et pris en charge par les CHRS :
 - 2017 : SPIP 61 = 28 DEMANDES
 - 2017 : SPIP 72 = 1 demande
 - 2018 : SPIP 61 = 24 demandes
- Données Ysos 2018 :
 - Maison Relais : 2 sur 20 soit 10 %
 - CHRS : 5 sur 45 soit 11%
 - Lits Halte Soins Santé (prestation médico-sociale) : 2 sur 10 soit 20%
- Dispositifs « sortant de détention d'Argentan » : 17 personnes prises en charge par Coallia. La structure a 8 places mais chambre double non souhaitable cela diminue la capacité de PEC.
- Sur le secteur Est, il est mentionné le délai pour accéder à une consultation de psychiatre : Mme Viot explique les départs de 3 médecins en moins de 6 mois qui sont remplacés partiellement.

Accès à l'emploi

- Préoccupation forte de Coallia ainsi que la formation pour la réinsertion sociale des personnes.
- C'est un élément essentiel avec toutes les associations intermédiaires pour travailler : pour un homme de plus de 25 ans, on vise la prise de travail.
- Sur Caen il existe des lits d'accueil médicalisés pour les personnes avec des pathologies lourdes.
- Sinon, les associations ont des lits « Halte soins santé ». Médiadom peut aussi travailler sur l'emploi.
- Intégration sociale : les CHRS comme Coallia incite les personnes hébergées à utiliser les structures dans les maisons de quartiers, le théâtre, le CCAS, les équipements sportifs,...
- A l'Aigle, les lits halte soins santé sont en lien avec les MJC, inscription à Jazz sous les platanes, financé par la DDCS
- Travail avec la famille de la personne : sur la paternité, voir et recevoir ses enfants dans la structure,
- Priorité 5 : sur la déstigmatisation, les anciens détenus ont le travers de se présenter comme tels d'abord : la stigmatisation d'être un ancien détenu est encore plus forte que d'être malade psychiatrique.
- Culture au sein du CD d'Argentan : musique, cinéma, partenariat

LES FREINS

- ▶ Les modalités d'hospitalisation : en raison de l'insuffisance de places en UHSA et du délai nécessaire pour hospitaliser les patients détenus, le CPO reçoit dans le service Médavy les détenus du CD d'Argentan nécessitant une hospitalisation urgente et les détenus du quartier semi-liberté de Condé sur Sarthe. Les détenus sont systématiquement mis en chambre d'isolement.
- ▶ Problématique des horaires de sortie d'hospitalisation ou d'hospitalisation vers le CPO
- ▶ Absence d'infirmière psychiatrique à l'unité sanitaire du CD d'Argentan.
- ▶ Locaux de l'unité sanitaire du CD d'Argentan trop exigüe, cela limite le nombre de consultations possibles aux mêmes heures. Cependant une étude va être faite en 2019 sur l'extension des locaux.
- ▶ Vu la dangerosité potentielle des détenus du QMC du CP de Condé sur Sarthe et l'absence de surveillance policière au sein du CPO, il n'est pas possible de les recevoir en hospitalisation au CPO : cela entraîne des difficultés de mise en place de traitements médicamenteux.
- ▶ 0.20 ETP de psychiatre au CP de Condé sur Sarthe
- ▶ Préparation à la sortie du détenu souvent manque de coordination entre tous les acteurs (SPIP, social, psychiatrie, ...).
 - ▶ Difficultés des bailleurs sociaux pendant l'incarcération d'une personne : en fonction de la durée de l'incarcération, difficultés de paiement des loyers = création d'une dette, d'où le souhait de récupérer le logement au plus vite ; et pour les personnes écrouées, existe la crainte de la perte du logement et de se retrouver à la rue à la sortie.
 - ▶ Il manque des petits logements (mais autrement accès facile à des appartements) pour attribuer un logement en urgence aux personnes seules.
 - ▶ Obligation de mixité sociale dans l'attribution des logements par les ressources : attribution de logements en dehors des quartiers prioritaires.

LES LEVIERS

- ▶ Dans le cadre du projet médico-soignant du CPO, une filière spécifique santé justice a été créée regroupant les soins psychiatriques à l'unité sanitaire du quartier maison centrale du CP de Condé sur Sarthe, à l'unité sanitaire du CD d'Argentan et les obligations de soins en milieu ouvert.
- ▶ Sur l'unité sanitaire du CD d'Argentan :
 - ▶ Des postes de psychologues ont été créés concernant le volet spécifique des soins aux agresseurs sexuels.
 - ▶ Le temps de psychiatre a été porté à 1 ETP depuis 2015.
 - ▶ Financement pour l'ouverture d'un CATT sur le CD d'Argentan : mise en place au 1^{er} trimestre 2019.
- ▶ Sur l'unité sanitaire du quartier maison centrale du CP de Condé Sur Sarthe :
 - ▶ Augmentation du temps infirmier avec 1.5 temps plein.
 - ▶ 2 journées de psychologues
 - ▶ Les obligations de soins font l'objet d'un projet de déploiement sur le territoire du CPO dans le cadre des fiche-actions du projet médico-soignant.
 - ▶ Formation à destination des agents du CPO pour la prise en charge des détenus en hospitalisation.
 - ▶ Visite en automne 2017 : 3 agents hospitaliers venus au CP de Condé.
- ▶ Préparation à la sortie au CP de Condé : depuis décembre 2017, elle se fait très en amont : CP, CPO et SPIP, pour le logement : travail avec les associations, la maison relais sur Alençon, l'association YSOS, placements à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire de détenus non hébergés mais restant écroués (ex : cure de désintoxication), convention avec Emmaus
- ▶ Préparation à la sortie du CD d'Argentan : 15% de la population pénale de l'Orne, reste à risques, Coallia intervient avec 6 logements Orne Habitat,
- ▶ L'arrivée d'une association « Habitat et humanisme » du père Bernard Devert sur l'Orne qui s'occupe des nouveaux arrivants sur le secteur qui travaille déjà avec Orne Habitat et loue 2 logements sur Alençon.

LES MENACES

- ▶ Risque suicidaire : des suicides ont déjà eu lieu au sein des centres de détention.
- ▶ Risque d'augmentation des récidives par une préparation insuffisante à la sortie.

LES OPPORTUNITES

- ▶ Hospitalisation de courte durée sur le CH d'Argentan permettant de recevoir le patient détenu au CD dans la journée jusqu'à 3 jours.
- ▶ Sensibilisation du personnel pénitentiaire à la connaissance des pathologies psychiatriques.
- ▶ Formation de 2 agents et projet de développement de l'ETP au CD d'Argentan.
- ▶ Travail sur les obligations de soins pour un maillage du territoire.
- ▶ Développement de la télémédecine ?

ENJEUX I PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Enjeu n°1 : Optimiser la présence et la réponse médicale sur les structures de l'administration pénitentiaire (centre pénitentiaire de Condé, centre de détention d'Argentan, service pénitentiaire d'insertion et probation...) : relais pendant les congés, la nuit, le week-end avec l'appui de la télémédecine
- ➔ Enjeu n°2 : Ouvrir une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) sur le territoire normand.
- ➔ Enjeu n°3 : Développer une meilleure connaissance réciproque et champs de compétences et d'action des acteurs (secteurs sanitaires, associatifs, SIAO, CAF, CPAM, bailleurs sociaux, communauté de commune, ...) et une meilleure coordination du parcours.
- ➔ Enjeu n°4 : Permettre la mise sous contrainte du détenu de façon temporaire au sein des établissements pénitentiaires afin de lui administrer des médicaments.
- ➔ Enjeu n°5 : Favoriser l'accès à l'habitat par une meilleure intermédiation locale.
- ➔ Enjeu n°6 : Améliorer le parcours locatif lors de l'incarcération et dans la perspective d'une sortie.

SANTE MENTALE ET HANDICAP PSYCHIQUE

Constats

- La méconnaissance des dispositifs
- Les difficultés de collaboration entre le médico-social et le sanitaire
- Le manque d'expertise
- La nécessaire relation de confiance
- L'orientation permanente
- L'inadaptation de l'offre aux besoins des personnes sur le territoire
- La difficulté de définir le handicap psychique et d'avoir un diagnostic précis
- Les moyens humains et financiers pour permettre un accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans nos établissements médico-sociaux
- Le défaut de diagnostic partagé
- La stigmatisation des personnes ressortissantes du CPO
- Les relais et référents du sanitaire auprès des établissements
- La gestion des situations de crise
- L'offre de formation adaptée
- La prévention des situations de crise
- La lourdeur administrative et délais de gestion des dossiers pour passer d'un dispositif à un autre
- La fluidité des parcours
- L'absence d'évaluation partagée et d'outil communs
- La collaboration entre établissement social, médico-social et le sanitaire
- Le secret médical et le partage d'information
- L'accompagnement à la transition
- Les équipes mobiles et les relais possible
- Le rôle de l'infirmière coordinatrice du CPO et le renforcement de ses missions dans le cadre du projet du service transversale au sein du CPO
- La difficulté de définir le handicap psychique

L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Méconnaissance des dispositifs existants sur le territoire

Manque de lisibilité sur les dispositifs

- La difficulté à définir la maladie mentale et le handicap psychique ce qui complique pour orienter vers les bons dispositifs.
- L'organisation de l'offre sur le territoire est peu lisible notamment sur le secteur de Domfront la ferté Macé.
- Le manque de communication sur l'organisation interne du CPO et du projet d'établissement

LES PISTES DE TRAVAIL

Identifier un interlocuteur du secteur de la santé mentale pouvant être interpellé par (CMP et futur service transversal du CPO) par les établissements, les écoles et le milieu professionnel CAP emploi et mission locale

Actions à développer

- ➔ Nommer un référent santé mentale au niveau de chaque établissement
- ➔ Développer le partage d'un langage commun par des rencontres régulières inter établissement
- ➔ Développer des outils d'évaluation partagés

Les Délais RDV (que ce soit au niveau des généralistes que des CMP)

- La tension sur la démographie médicale
- Le peu d'attractivité du territoire
- Les délais de RDV de suivi (après la permanence d'accueil et de crise) qui entraîne une rupture dans le parcours de soin.
- Une certaine hétérogénéité des pratiques entre les services de psychiatrie
- L'absence de personnes identifiées sur le CPO pour accueillir des demandes d'appui et d'accompagnement

LES PISTES DE TRAVAIL

Développer la télémédecine

Renforcer les actions en cours, d'accueil d'interne sur le territoire et développer les stages

Etudier la mise en place de Dispositifs de Réponses Rapides.

Harmoniser les pratiques et les réponses.

Organiser une réponse permettant la réactivité dans la mise en place d'un accompagnement adapté

Actions à développer

- ➔ Déployer sur le territoire la télémédecine.
- ➔ Déployer des équipes mobiles relais handicap psychique sur le territoire

Difficulté à coordonner et collaborer dans le projet de soin du patient –résident.

- La méconnaissance de nos expertises médical et médico-social.
- Le manque d'articulation entre les dispositifs aux périodes charnières – adolescent/adulte- vie active/ retraite dans les SMS).
- Le turnover important des médecins
- Le partage d'information secrète dans le cadre de la prise en charge

LES PISTES DE TRAVAIL

Favoriser le partage d'expériences pluriprofessionnelles

Co-construction de projet avec l'ensemble des partenaires et l'utilisateur.

Organiser la coordination pour éviter les ruptures de parcours.

Mettre en place des formations au bénéfice des professionnels du médico-social et du sanitaire.

Assurer la continuité des soins par la mise en place de relais identifiés

Actions à développer

- ➔ Mettre en place d'une réunion « type café échange » médico-sociale (mis en place sur Flers)
- ➔ Mettre en place des formations adaptées pour l'ensemble des partenaires piloté et financé par l'ARS.
- ➔ Informer les médecins généralistes et les associer au suivi du patient.

Difficultés d'accès aux soins spécialisés dans les établissements du secteur de la santé mentale tant pour le suivi ambulatoire que pour les hospitalisations complètes

- La prise en charge ambulatoire est à organiser.
- Manque de lit sur certains services
- Le projet du CPO avec la volonté de réduire les temps d'hospitalisation

Difficulté d'obtenir un diagnostic précoce

- Tension sur la démographie médicale.

Situations inadéquates

Méconnaissance des dispositifs et des structures et manque de fluidité dans le parcours de l'utilisateur

- L'offre de territoire inadaptée aux besoins actuels.
- Les lieux d'accueil en établissement SMS pas adaptés pour l'accueil de résident avec troubles psychiatriques non stabilisés ou présentant des troubles envahissant tout le champ de leur personnalité.
- Pas de professionnel médical ni paramédical dans certaines structures de type FH- FV

LES PISTES DE TRAVAIL

Redéfinir l'offre médico-sociale en lien avec les nouveaux besoins

Faire évoluer la coopération entre établissements médicosociaux et établissements de santé.

Faire évoluer les prestations des établissements avec des professionnels formés et des moyens humains adaptés.

Travailler sur le recueil de données dans le cadre d'une admission

Utiliser un Outil d'évaluations commun à tous (ex : SERAFIN)

Actions à développer

- ➔ Diversifier les offres d'accompagnement et d'hébergement (ex : Famille gouvernante, ...)
- ➔ Identifier un interlocuteur du secteur de la santé mentale au niveau de chaque établissement
- ➔ Partager un langage commun avec un outil d'évaluation commun

Manque de places

- Coopération Santé Mentale et ESMS pas suffisamment développée
- Le manque de souplesse en lien avec les agréments des établissements

LES PISTES DE TRAVAIL

Définir les modalités de coordination. Formaliser des conventions.

Revoir les agréments.

Créer des unités dédiées à la prise en charge d'usager en situation de handicap psychique non stabilisé sur le territoire pour permettre des temps de répit

Actions à développer

- ➔ Renforcer les collaborations et coopérations entre sanitaire et médicosocial

Les modalités de financement dans les établissements

- Mode de financement et logique de place des dispositifs qui ne permettent pas de souplesse

LES PISTES DE TRAVAIL

Systématiser les CPOM

Inadéquation entre contraintes administratives et réalité dans la mise en œuvre du projet

personnalisé de la personne en situation de handicap psychique

- La temporalité et la réactivité dans les réponses :
- Les délais d'instructions pour passer d'un dispositif à un autre
- Les contraintes administratives qui peuvent conduire à des situations de crises : ex :
 - démarche en lien avec l'arrêt de travail pour les ouvriers d'ESAT.
- Les difficultés d'obtenir le certificat médical lors de réorientation
- L'articulation avec les organismes de protection

LES PISTES DE TRAVAIL

*Associer l'ARS le CD et la DIRECT à une réflexion sur la simplification des démarches à des fins d'efficacité et de réactivité.
Travailler sur l'articulation entre les différents intervenants dans la constitution des dossiers*

Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

La liste d'attente

- Expériences malheureuses vécues par les Etablissements et les Services de Santé Mentale
- Manque d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation
- Offre de service pas adapté à la prise en charge

LES PISTES DE TRAVAIL

*Mettre en place de synthèses entre partenaires sur des situations complexes.
Organiser le soutien aux accompagnants par les équipes de psychiatrie
Décloisonner, mutualiser les ressources rares,
Partager des indicateurs et établir des conventions de partenariat.*

Actions à développer

- ➔ Accompagnement par des dispositifs relais transverses

Les agréments limitatifs

- Manque de fluidité dans les parcours

Les freins par les familles pour qu'une intervention se fasse à domicile

L'adhésion des adultes

Refus des familles de mettre en œuvre les notifications

- Représentations erronées de la maladie mentale.
- Manque d'information en direction des aidants ou proches sur les associations ou structures existantes pouvant leur venir en aide
- Cloisonnement des établissements et fonctions

LES PISTES DE TRAVAIL

*Informar les aidants / proches de l'existence d'association et de dispositif l'UNAFAM et des GEM
Sensibiliser tous les acteurs au handicap psychique.*

Actions à développer

- ➔ UTEP éducation thérapeutique sur le pôle transversal du CPO (atelier l'accompagnement à la prise du traitement) pour la famille et le patient

L'éloignement géographique

- Territorialisation des établissements et services de santé et des établissements médico-sociaux.
- Couverture territoriale des GEM pas complète
- Pas d'ESAT spécialisé psychiatrie

LES PISTES DE TRAVAIL

Conventionner avec les praticiens libéraux.

Actions à développer

- ➔ S'appuyer sur les PCPE (RSVA)

Stigmatisation des patients sortant du CPO et de la psychiatrie Monod

Actions à développer

- ➔ Créer d'une équipe handicap psychique pour faciliter le lien pour permettre la réactivité et la fluidité.

Société pas suffisamment inclusive pour nos malades

- Culture de la non-inclusion trop présente

LES PISTES DE TRAVAIL

Sensibiliser tous les acteurs publics et privés

Actions à développer

- ➔ Mener des campagnes via ARS, ministères.

Place insuffisante des lieux de vie à la santé mentale

- GEM secteur Alençon non financé par l'ARS et GEM secteur Argentan inexistant et non programmé prochainement
- Besoin d'ESAT spécialisés psychiatrie ou au minimum encadrants formés pour l'accueil des malades atteints de troubles psychiatriques

LES PISTES DE TRAVAIL

Organiser la mobilité des ESAT pour l'accompagnement et l'insertion des travailleurs en milieu ordinaire

Accès aux soins somatiques

Manque de médecins référents et spécialistes

- Démographie sanitaire

Offre de soins adaptés au besoin des adultes (anesthésie)

LES PISTES DE TRAVAIL

Se rapprocher du RSVA

Actions à développer

- ➔ Camion mobile

L'hospitalisation dans les établissements sanitaires.

LES PISTES DE TRAVAIL

*Adapter l'accueil à la situation du résident.
Proposer des accueils personnalisés*

Actions à développer

- ➔ Mise en place d'un protocole spécifique d'accueil au niveau des urgences et autres services.

Accompagnement aux soins

- Manque de connaissance du public accueillis

LES PISTES DE TRAVAIL

Organiser des formations en intra regroupant des professionnels de la santé et des professionnels du médico-social

Absence de parcours de soin coordonné

- Pas de lien entre les différents professionnels de santé

LES PISTES DE TRAVAIL

Mettre en place le dossier unique du patient

Prévention et gestion des situations de crise

Repérage précoce des troubles insuffisants

- Cloisonnement des fonctions et manque de sensibilisation envers les parents.
- Manque de sensibilisation et /ou formation des enseignants, éducateurs sportifs, encadrants d'enfants...

LES PISTES DE TRAVAIL

Sensibiliser les parents ou futurs parents

Sensibiliser / Former les enseignants et encadrants d'enfants sur le repérage précoce des troubles psychiques.

Actions à développer

- ➔ Organiser des campagnes via ARS, ministères...
- ➔ Contrats, protocoles à faire vivre dans les écoles, clubs de sports ...Faire intégrer par les rectorats et OGEC, ces sujets spécifiques dans la formation des enseignants.

Prévention des crises encore insuffisante

- Manque d'information envers les malades et les proches

LES PISTES DE TRAVAIL

Renforcer la psychoéducation pour les malades et les proches.

Actions à développer

- ➔ Développer les formations « profamille » ...

Points d'entrée des accueils pas suffisamment clairs ou inexistant

- Informations « noyées » dans la masse des services hospitaliers

LES PISTES DE TRAVAIL

Mettre à jour les coordonnées des accueils de jour, de nuit et urgences psychiatriques

Identification de l'intensité des troubles comportements pour définir les limites d'intervention pour passer le relais

- Problème de diagnostic.
- Problème de définition sur ce qu'on entend par handicap mental
- Difficulté à définir ce qui relève du soin, de l'éducatif , du soin thérapeutique

LES PISTES DE TRAVAIL

Définir les prestations dans chaque établissement et préciser les limites d'intervention.

Identifier un coordinateur de parcours.

Ecrire un projet qui soit coordonné partagé par l'ensemble des partenaires

Manque de partenariat entre la médecine de ville, psychiatres libéraux et la psychiatrie de service public

LES PISTES DE TRAVAIL

Développer un accès direct des généralistes aux psychiatres.

POPULATION GENERALE, PATIENTS EN ADDICTOLOGIE ET MIGRANTS

Population générale Constats

- Difficultés pour obtenir la PCH (prestation de compensation pour handicap financé par la CNSA) par exemple pour entrer dans une structure type Familles gouvernantes.
- Difficultés avec les psychiatres au sein de la MDPH
- Cloisonnement entre somatique et psychisme
 - Il est plus facile d'adresser un patient sur le CH d'Argentan que sur le CH d'Alençon. Manque de formation et crainte d'accueillir un patient psychiatrique
 - Besoin de formaliser des organisations entre somatiques et psychiatrie
- Flux des patients aux urgences du CHICAM.
- Dans le cadre d'un cahier des charges régional, un travail est mené sur Santé mentale et Réhabilitation psychosociale afin de diffuser des outils et d'avoir une animation territoriale.
- Importance des contrats locaux de santé mentale, nécessité de portage par un élu.
- Création des plateformes territoriales d'appui
- La PASS : s'occupe des personnes précaires en difficultés, qui n'ont pas accès à la SS (ou ont perdu leur accès) y compris de migrants, personnes ayant un psycho traumatisme lié au parcours de leur migration (tortures, etc...)
- Difficile d'accompagner vers le soin : ce n'est pas dans la culture, difficile de prendre leur traitement, idée de demander à l'IDE libérale de venir administrer le traitement à domicile.
- La barrière de la langue est un obstacle à un accès aux soins, impossible d'avoir accès à un RDV psychologue avec un interprète.
 - Sur Alençon, il y a possibilité de faire recours à Assises Orne qui a des personnes permettant d'aider à la traduction.
- Difficultés pour avoir accès à un médecin généraliste : le département va commencer à ouvrir des consultations dans le département, la mairie a le projet d'ouvrir des consultations dans un centre santé à Courteille en septembre, Star tech médecine est ouvert par le CD et association Pierre Noal qui gère le centre de santé de la rue du Puits au Verdier, un projet de mise en place d'une plateforme téléphonique avec les médecins généralistes.
 - Le CHIC va mettre en place des consultations de médecine générale à l'automne.
 - Accès aux soins somatiques pour les patients du CMP, les patients en addictologie : difficiles pour renouvellement des prescriptions pour des pathologies chroniques (cardiologie, diabétologie, pneumologie, ...), certains patients de toute façon ne vont pas d'eux-mêmes voir le médecin généraliste.
- YSOS : Manque d'accompagnement pour des personnes avec pathologie psychiatrique restant à leur domicile. Si reconnaissance MDPH, possibilité d'avoir SAMSAH. Si non reconnaissance MDPH : équipe mobile qui va au domicile.

Migrants Constats

- Pas de personnels formés à l'Ethnopsychiatrie dans l'Orne : exemple : un patient Soudanais problématique de la langue, pas intégré dans la population, peut arriver aux urgences. Problématique de la décompensation à la sortie d'une structure : difficultés rencontrées dans le quartier : trafic de stupéfiants, paupérisation, hospitalisés depuis plusieurs mois en psychiatrie à Flers souffre de psycho traumatisme.
 - Concernant l'ethnopsychiatrie, il apparaît nécessaire d'avancer sur cette thématique malgré l'absence de ressource en Normandie. Proposition de contacter le Dr Tobie Nathan du Kremlin Bicêtre pour organiser un séminaire (Santé mentale, journée Prisme,...).
- Très rapide stigmatisation du patient, il suffit de prendre un peu de Tercian, c'est toute l'histoire de la psychiatrie. L'établissement psychiatrique est là pour soigner le patient qui souffre de pathologie psychiatrique. Mettre un patient non psychiatrique en psychiatrie c'est le bloquer dans sa vie avec le risque de le psychiatriser. Plusieurs cas d'inadéquation au CPO.
- L'Orne bénéficie de 462 places d'hébergement pour les demandeurs d'asile : Argentan, Flers, Sées, Alençon, Cerisé, la Ferté Macé, Domfront. Possibilité de rester 3 mois renouvelable 1 fois dans l'hébergement après l'obtention du statut. Migrants avec troubles psychiques liés au vécu, psycho traumatisme.
- Réinstallation de familles vulnérables identifiées dans les camps par le HCR, accueil de 10 familles en 2018 dans l'Orne accompagnée par France Terre d'asile, 8 familles depuis janvier 2019 accompagnées par COALLIA.
- Lits halte soins santé concernent les migrants, les SDF et les personnes sortant de prison.
- ALTHEA : sur Alençon, 1 Centre d'accueil (CADA) avec 162 places pour demandeurs d'asile en partie, aide sur le plan administratif, aide à l'insertion délai de plus en plus court (3 mois pour quitter les structures c'est court) avec difficulté pour renouveler + pour l'autre partie un lieu d'hébergement et accueil des jeunes travailleurs.

Addictologie Constats

- Nombre de personnes souffrant de problèmes d'addiction :
 - En maison-relais : 10 sur 20 soit 50%
 - EN CHRS : 7 sur 45 soit 15.55%.
 - EN Lits Halte Soins Santé : 3 sur 10 soit 33%
- Sur le secteur de Flers, il existe un groupe d'échange entre professionnels qui se réunit autour de la thématique santé mentale et addiction. Ce groupe permet le partage d'expérience et le regard croisé sur cette population, soit de former les acteurs de santé et les acteurs sociaux et éviter la stigmatisation. Proposition d'inviter des professionnels d'autres secteurs pour intégrer le groupe et/ou le dupliquer à l'ensemble du territoire de l'Orne.
- Il existe un groupe de travail similaire à Alençon avec la MDA. Le besoin de maintenir ou de structurer des équipes de proximité entre somatique et psychiatrique est une nécessité pour éviter les ruptures de parcours évoquées. La difficulté des liens avec le médico-social est d'autant plus marqué par le manque d'assistantes sociales.
- Pour certains patients en addictologie : refus des médecins de s'en occuper, stigmatisation de cette population.

Hébergement/logement Constats

- Nombre de personnes souffrant d'une problématique psychiatrique avérée :
 - En maison-relais (sous-location pour des personnes isolées disposant de ressources financières + activités collectives –pas de durée de séjour) : 5 sur 20 personnes hébergées soit 25%
 - En CHRS (Hébergement temporaire pour des personnes cumulant les problématiques - durée 6 mois renouvelable) : 5 sur 45 soit 11.11%. La plupart des hébergés sont en souffrance psychique.
 - En Lits Halte Soins Santé : 5 sur 10 (50%)
- Sur les Appartements de Coordination Thérapeutique (hébergement temporaire avec coordination médico-sociale pour des personnes souffrant de maladies chroniques somatiques : depuis l'ouverture de ces logements en 2018, nous recevons régulièrement des demandes pour des personnes souffrant de pathologies psychiatriques (7/18 demandes). Nécessité d'ACT psy ?
- Insalubrité de certains logements.
- L'association Lehugeur Lelièvre développe des maisons relais qui sont accessibles aux personnes solvables sans limitation de durée ; ce dispositif est donc différent de celui des CHRS. Celle de Flers propose 20 lits, celle d'Alençon 25, celle de L'Aigle 20 et celle en projet à Argentan en proposera 30.
- Il y a des logements vacants mais ce sont des grands logements or il faut des logements de petite dimension.
- Résidence accueil n'existe pas dans l'Orne (pour personnes isolées avec des activités proposées + accompagnement psychique).
- Il manque dans l'Orne un centre provisoire d'hébergement (CPH) permet d'héberger les migrants ayant le statut, ce serait une étape intéressante dans le parcours du migrant.
- Nécessité de petites structures.
- Il faudrait un mixte avec chacun un studio et des espaces collectifs.
- Difficultés pour héberger des personnes en addictologie qui sont incapables d'être autonomes dans leur logement (personnes qui ont des troubles neurologiques).

ENJEUX | PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Fluidifier le parcours : équipes mobiles.
- ➔ Un logement adaptable tout au long du parcours de la population concernée.

Définitions

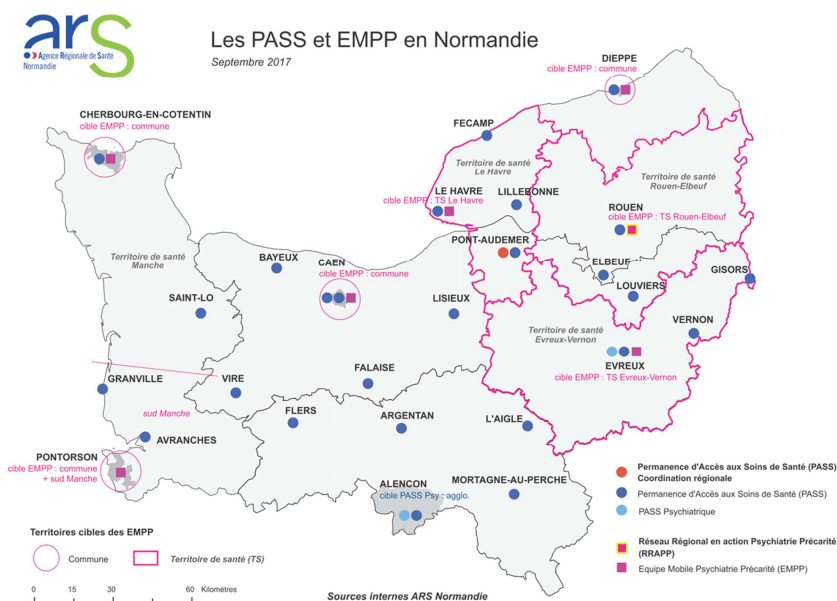
EMPP

- Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité répondent à un cahier des charges nationales (Circulaire n°512 du 23/11/2005).
- Elles ont 2 missions principales :
 - Aller au-devant des publics en situation de précarité et d'exclusion ;
 - Assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales.
- Dans ce cadre, elles doivent mettre en œuvre des permanences (CHRS, hébergement d'urgence, lieux de vie, accueil de jour), réaliser des entretiens individuels sur l'évaluation des besoins, avoir des fonctions d'accueil, d'orientation et d'accompagnement vers des prises en charge hospit et/ou libérale...
- Par ailleurs, elles doivent également avoir des actions de formations croisées à destination des PS et des travailleurs sociaux, d'échanges de pratiques et de savoirs, de développement du travail en réseau et de soutien aux équipes de 1ère ligne (info, conseil, supervision).

Elles sont pluridisciplinaires et obligatoirement coordonnées par un psychiatre : temps médical, temps de cadre IDE, IDE psychologues et secrétariat.

PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont constituées d'une équipe pluridisciplinaire intra-hospitalière ou externalisée facilitant l'accès aux soins des personnes démunies. Elles doivent évaluer les situations, orienter et prendre en charge lorsque c'est nécessaire. Elles ont recours à un travail en réseau institutionnel ou associatif pour recouvrir, activer des droits comme pour définir un parcours de santé et aider aux démarches administratives.



CLS

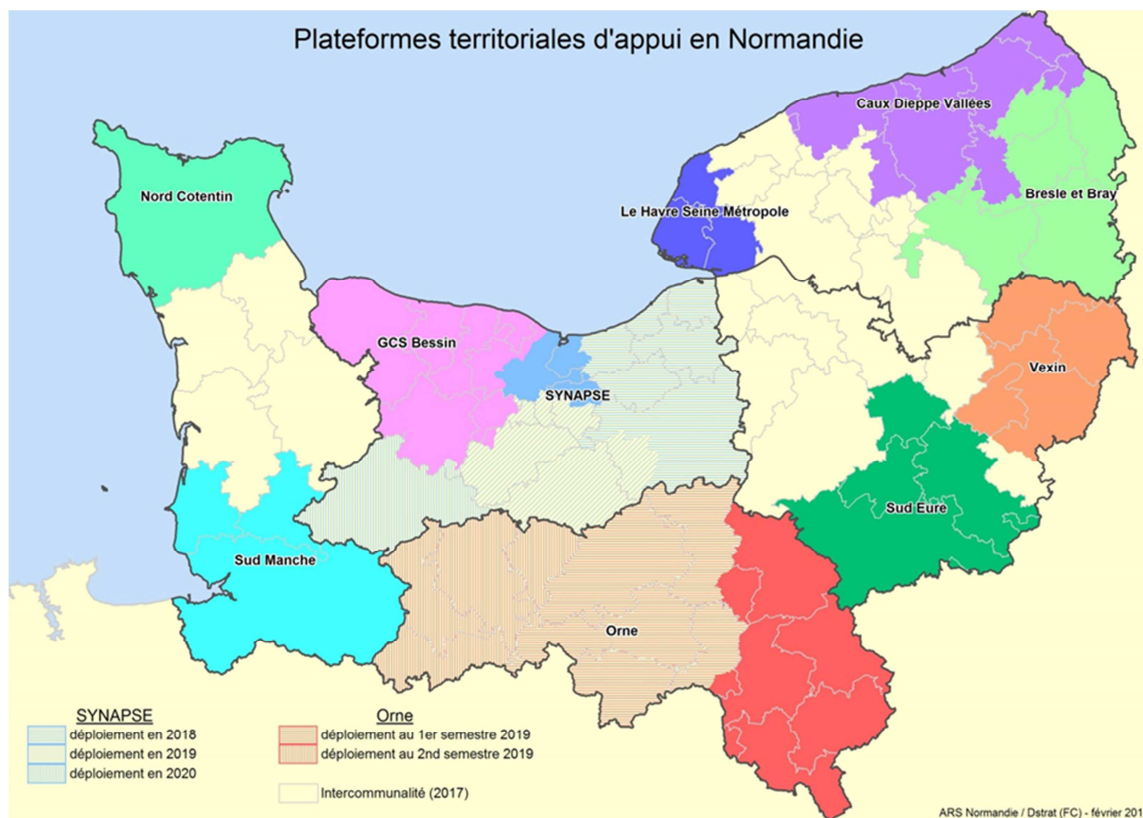
- L'article L.1434-17 du code de la santé publique dispose que : « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. ».
- Cet outil de contractualisation, souple et novateur, introduit par la loi HPST, constitue l'un des leviers à la main des ARS pour la territorialisation de leur stratégie régionale, notamment dans un objectif de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.
- La signature d'un contrat est l'aboutissement d'un long et complexe processus de définition de son périmètre et de ses objectifs, de choix des actions à mener et de négociation sur les moyens à mobiliser par les partenaires.

CLSM

- Le comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté du 6 mars 2015 a fixé l'objectif d'assurer un suivi social et de santé renforcé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.
- Sa mise en œuvre passe par la consolidation et la généralisation des conseils locaux de santé mentale.
- La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), en positionnant les conseils locaux de santé mentale dans la politique de santé mentale, donne un cadre à ce déploiement qui pourra aussi bénéficier à d'autres territoires que ceux de la politique de la ville.
- Les conseils locaux de santé mentale sont une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie, les usagers et les aidants. Ils définissent des actions de lutte contre la stigmatisation, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'insertion sociale et de participation des aidants, des usagers et des habitants.
- Par ailleurs, lorsqu'ils existent, ils participent à l'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale prévus par la LMSS et ils constituent le volet santé mentale des contrats locaux de santé ou des contrats de ville.

PTA

- Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ont été définies par l'article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et par le décret 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.
- Ce dispositif a pour objectif d'apporter un appui aux professionnels de premier recours, en particulier les médecins traitants, pour les situations complexes, sans distinction d'âge, de handicap ou de pathologies.
- Ainsi, les PTA ont vocation à :
 - simplifier et rendre plus lisible la coordination des parcours complexes notamment par la mise en place d'une porte d'entrée unique ;
 - intégrer l'ensemble des fonctions d'appui sur leur territoire d'intervention ;
 - être polyvalentes.
- Le parcours de santé est dit « complexe » lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux..



ARTICLE 80

- L'article 80 de la LFSS pour 2017 a pour objet la prise en charge par les établissements de santé des dépenses de transports et comme objectif d'unifier les modalités de prise en charge des dépenses de transports inter et intra-hospitaliers et de préciser les règles concernant la prise en charge des transports des patients bénéficiant de permissions de sortie.
- Aujourd'hui, les transports de patients entre établissements sont financés d'une part, par l'enveloppe des soins de ville (transferts provisoires pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie / transferts définitifs entre deux entités juridiques) et d'autre part, par le budget des établissements de santé (transferts provisoires hors séances / transfert entre deux entités géographiques d'une même entité juridique).
- La réforme prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble de ces transports, inter et intra hospitaliers.
- Les bénéfices attendus de cette mesure sont les suivants :
 - inciter les établissements à structurer l'organisation de la commande de transport, fondée sur la prescription médicale ;
 - favoriser une meilleure adéquation entre le mode de transport et l'état de santé du patient.

PERSONNES ÂGÉES

Éléments de contexte

Les éléments de contexte s'inscrivent dans la lignée des textes de référence du territoire.

Besoins de santé : Focus Santé Mentale

L'Orne est le département ayant la plus forte proportion de personnes atteintes de troubles psychiatriques de la région¹

Tableau de significativité des écarts

	troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	autres troubles psychiatriques	troubles psychotiques	déficiences mentale	troubles névrotiques et de l'humeur	troubles addictifs	total
Calvados	--	-	--	--	--	++	--
Dieppe	NS	++	--	++	++	--	NS
Evreux/Vernon	--	--	+	NS	NS	--	--
LE HAVRE	++	+	--	--	--	--	--
Manche	NS	NS	++	+	++	++	++
Rouen/Elbeuf	++	+	NS	NS	++	++	++
Orne	++	NS	++	NS	++	++	++

Note de lecture: les cases en rouge '++' correspondent à une proportion très significativement plus élevée (<1%) que la région, les '+' à une proportion significativement plus élevée. Les cases vertes '--' correspondent à une proportion très significativement moins élevée que la région et les cases '-' à une proportion significativement moins élevée

¹ Diagnostic régional sur les besoins de santé, page 24, publié dans le cadre du Projet Régional de Santé, 10 juillet 2018

Plan Maladie-Neuro Dégénérative 2014-2019

Polypathologie des personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) en 2013 en France :

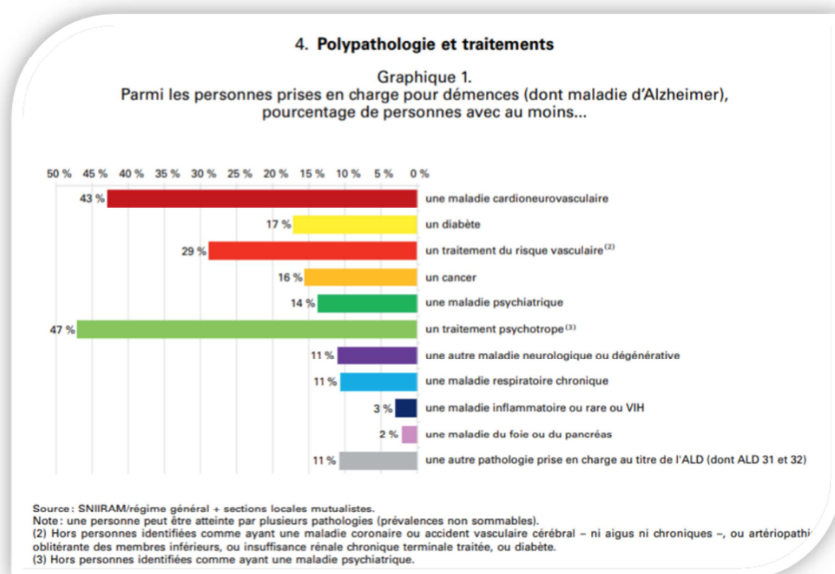


Tableau 2.
Effectifs, taux bruts et standardisés des personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer) par région en 2013

	HOMMES			FEMMES			TOTAL		
	Effectif	Taux brut	Taux standardisé	Effectif	Taux brut	Taux standardisé	Effectif	Taux brut	Taux standardisé
Alsace	5 100	6,69 %	7,20 ‰	10 800	12,52 ‰	13,60 ‰	15 900	9,80 ‰	10,54 ‰
Aquitaine	8 000	6,37 ‰	5,80 ‰	19 400	13,06 ‰	12,04 ‰	27 400	10,01 ‰	9,05 ‰
Auvergne	3 200	6,13 ‰	5,71 ‰	7 500	12,22 ‰	11,30 ‰	10 700	9,42 ‰	8,63 ‰
Basse-Normandie	3 500	6,27 ‰	6,39 ‰	8 000	12,43 ‰	12,22 ‰	11 500	9,57 ‰	9,44 ‰
Bourgogne	4 000	6,36 ‰	5,60 ‰	9 400	12,84 ‰	11,20 ‰	13 400	9,87 ‰	8,52 ‰

2

- Extrapolation des données du PMND (graphique précédent) pour la Normandie Occidentale :
 - 11 500 personnes prises en charge pour démences dont 14 % atteintes de pathologies psychiatriques => 1 610 personnes
 - 11 500 personnes prises en charge pour démences dont 47 % prennent un traitement psychotrope => 5 405 personnes
 - 7 015 personnes en Normandie Occidentale nécessitent potentiellement un double suivi : gériatrique et psychiatrique.

Schéma Départemental de l'Autonomie 2017-2021

² Graphique et tableau extrait de la circulaire n° 2015-281 du 7 septembre 2015 relative à la mise en œuvre du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019

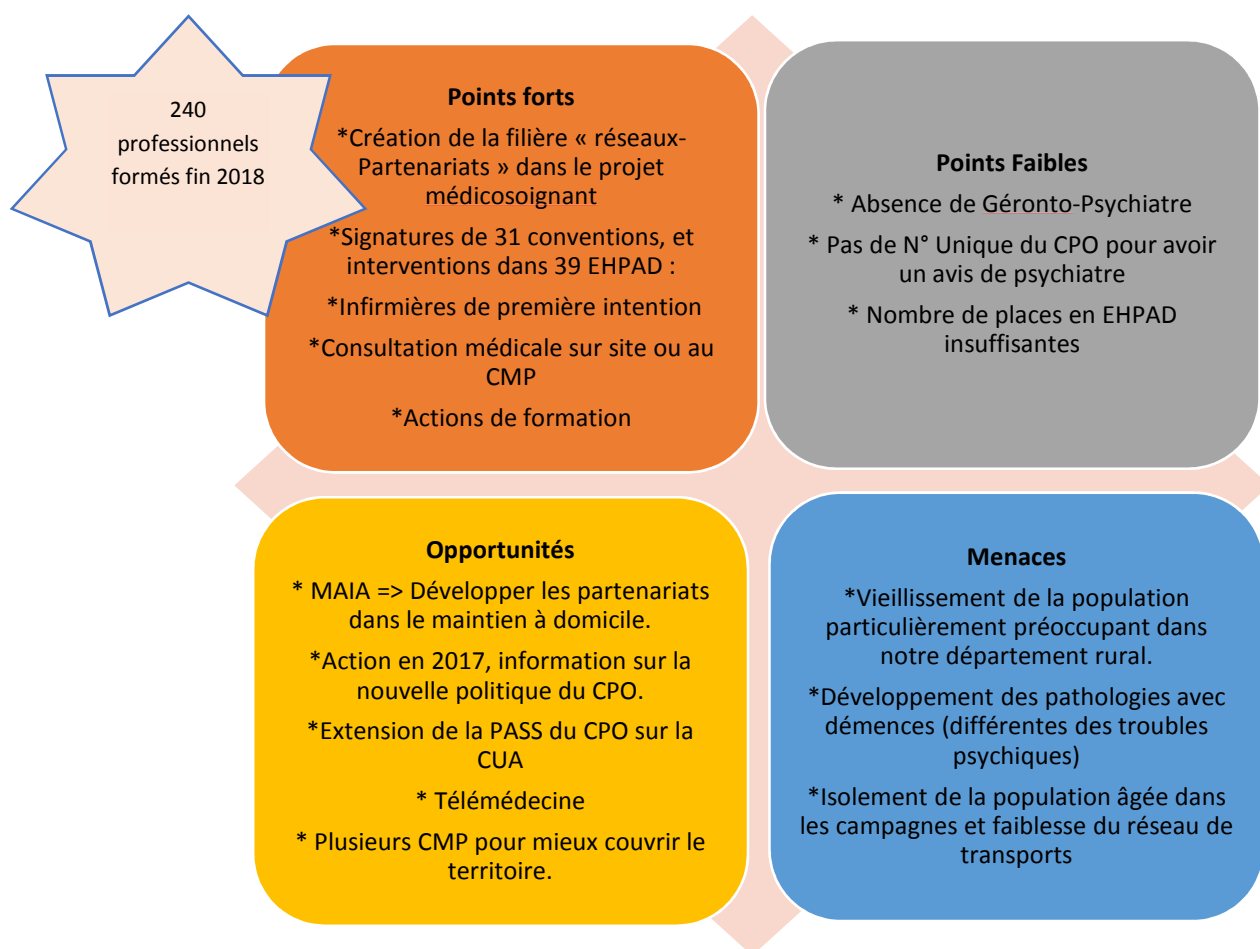
Action n° 11 : définir les modalités d'accompagnement, d'accueil et de prise en charge des publics atteints de troubles psychiques sur chacun des territoires

- Orientation n° 3 : adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-sociale pour fluidifier les parcours
 - Publics concernés : Personnes âgées et personnes en situation de handicap
 - Modalités de mise en œuvre et délais :
 - Poursuivre la structuration des partenariats entre le secteur psychiatrique et les acteurs médico-sociaux (cf. convention du CPO et du CH de Flers) pour mettre en place un dispositif d'appui aux ESSMS sur l'accompagnement aux troubles psychiques :
 - Intégrer, dans les conventions de partenariat, un objectif de formation des équipes médico-sociales des ESSMS dans le cadre de leur compétence médico-sociale.
 - Expérimenter des protocoles écrits d'engagements réciproques autour de situations « complexes ».
 - Faciliter le recours aux équipes mobiles et à la télémédecine psychiatrique pour les structures médico-sociales

Diagnostic du Centre Psychothérapique de l'Orne

Evaluation de la prise en charge des patients âgés de plus de 60 ans sur le secteur du CPO.

Utilisation d'une matrice SWOT pour combiner l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, avec celle des atouts et des menaces de son environnement.



Constats posés par un EHPAD



- Les CMP sont un atout pour le partenariat de proximité sur les territoires
- L'intervention d'infirmières du CMP dans les EHPAD est fortement appréciée. Elle permet d'accompagner les équipes et de les soutenir dans la prise en charge et en cas de décompensation
- L'action de formation/sensibilisation faite par le CMP-PA pour les équipes des EHPAD est très appréciée et est efficiente

- Besoin d'améliorer la transmission des informations lors d'une entrée en EHPAD d'un patient déjà suivi en psychiatrie
- Questionnement des EHPAD sur les possibilités d'hospitalisation de leurs résidents
- Besoin d'améliorer la transmission des informations lors d'un retour en EHPAD suite à une hospitalisation

Diagnostic du centre hospitalier « Jacques Monod »

Pôle santé mentale- Psychiatrie- addictologie- 61 G 03

Evaluation de la prise en charge des patients âgés de plus de 70 ans sur le secteur du pôle psychiatrie.

Présentation et analyse de l'activité des CMP dans les EHPAD

Evolution de la patientèle de plus de 70 ans dans la file active globale du pôle psychiatrie.

File active 2014



■ Patients de plus de 70 ans
■ Autres patients

File active 2017



■ Patients de plus de 70 ans
■ Autres patients

- Le rôle des soignants du CMP intervenant en EHPAD :
 - Le suivi des résidents ayant ou non un psychiatre traitant
 - L'évaluation clinique à la demande de l'équipe de l'EHPAD avec accord du résident
 - Le travail en collaboration avec l'équipe qui accompagne le résident
 - Les transmissions écrites et orales aussi bien en EHPAD qu'au CMP
 - La famille doit être informée d'un suivi psychiatrique

	Résidents présentant 1 symptomatologie psychotique	Résidents présentant 1 symptomatologie anxiodépressive
Secteur Flers	13	12
Secteur Domfront	7	2

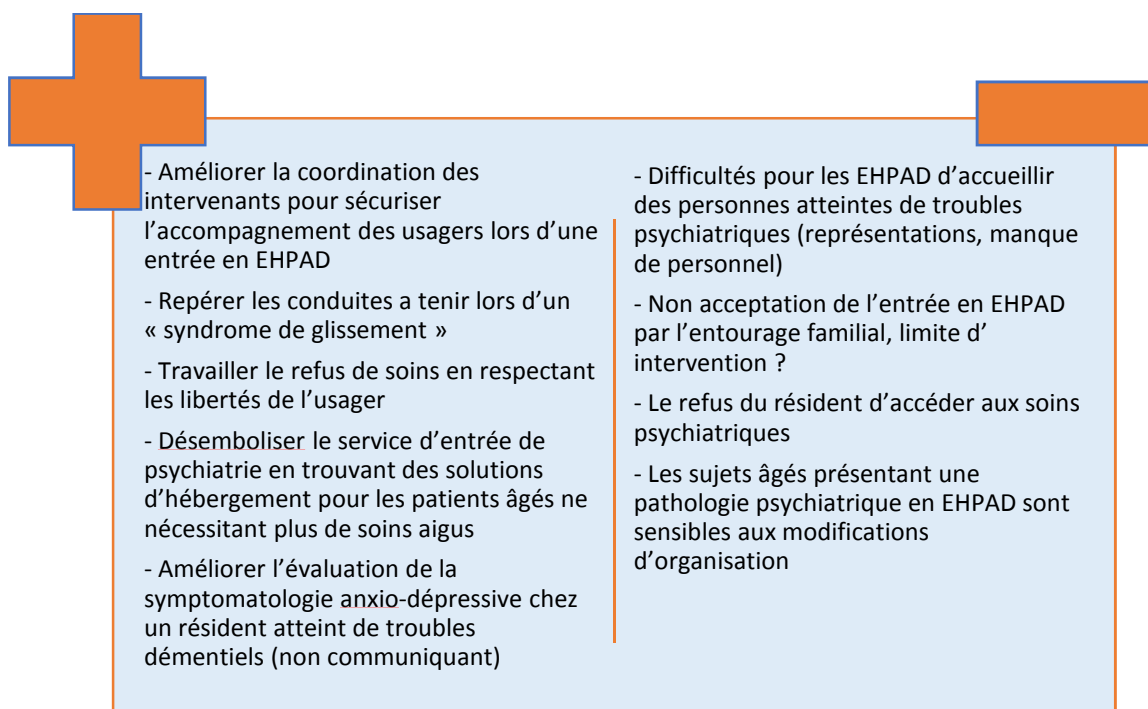
- Les moyens utilisés :
 - L'entretien infirmier en EHPAD ou CMP (dans le cadre d'un projet de soins défini en réunion médico soignante).
 - L'administration du traitement injectable en EHPAD ou en CMP.
 - Les réunions cliniques et d'articulation.
 - Les consultations médicales au CMP.

Nombre de VAD EHPAD	2013	2014	2015	2016
Secteur Flers	315	372	206	215

Secteur Domfront	95	124	173	140
------------------	----	-----	-----	-----

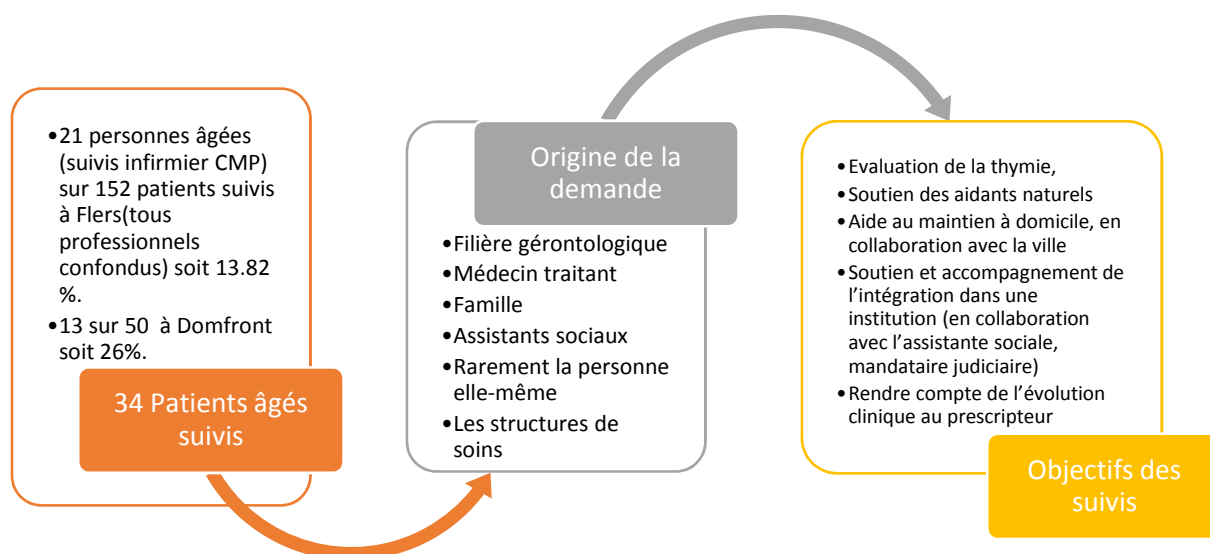
L'ensemble des EHPAD du secteur bénéficie d'un psychologue plutôt à orientation neurocognitive.

Analyse de l'activité des CMP



Présentation des suivis des patients âgés vivants au domicile

En 2017, diagnostic sur les patients de plus de 70 ans



Analyse des suivis des patients âgés



Différentes possibilités d'accès à l'expertise gériatrique

- Consultation mémoire
- CM2R diagnostic de maladie neuro dégénérative, centre mémoire recherche au CHU de Caen
- UCC : l'unité cognitivo-comportementale, Séjour à durée déterminée avec retour systématique dans le lieu de vie. Expertise + prise en charge adossées au SSR Gériatriques à Lisieux, Valognes, Bagnoles de l'Orne
- UHR unité d'hébergement renforcé en EHPAD, 1 à Alençon et 1 à Ecouhé
- UTAC, Unité des troubles aigus du comportement du CHU de Caen : évaluation complète du bio, psycho et socio, réévaluation du traitement par binôme médical psychiatre/Géronte. Plus de 62 ans.
- Sur le secteur de Flers, Equipe mobile de gériatrie, Dr Ameline
- Méconnaissance des dispositifs portés par l'Éducation nationale.
- Méconnaissance des réalités et des contraintes entre les professionnels.

Enjeux

- ➔ Priorité 2 : organisation d'un suivi coordonné
 - Préparer à l'admission en EHPAD, travail en amont des différents acteurs
 - Maintenir l'étagage entre services (partage d'informations et suivi des situations)
 - Formation aux troubles psychiatriques à destination des acteurs de terrain (EHPAD, hôpitaux (SSR...), acteurs du domicile)
 - Développer la télémédecine
 - Séjour de répit/de test pour l'entrée en EHPAD de personnes relevant de la psychiatrie
- ➔ Priorité 3 : L'accès aux soins somatiques reste compliqué avec la pénurie médicale.
 - Liens ville/Hôpital à améliorer. Nécessité d'un dispositif d'appui à la coordination.
 - En cas d'urgence psychiatrique, le patient arrive au SAU et doit bénéficier d'un examen somatique complet sinon perte de chance pour le patient.
- ➔ Priorité 4 : La prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence
 - Solution d'hospitalisation ou d'hébergement pour les séjours de rupture des patients âgés (EHPAD vers hôpital). Intervention de la psychiatrie après évaluation du gériatre ou médecin traitant ou médecin coordinateur.
- ➔ Priorité 5 : meilleur connaissance/interconnaissance
 - Dé stigmatisation des personnes relevant du domaine de la psychiatrie (travail des représentations, intérêt de l'interconnaissance des professionnels des domaines de la gériatrie et de la psychiatrie)

GLOSSAIRE

Annexe 1 : PORTRAIT DE TERRITOIRE – ORNE