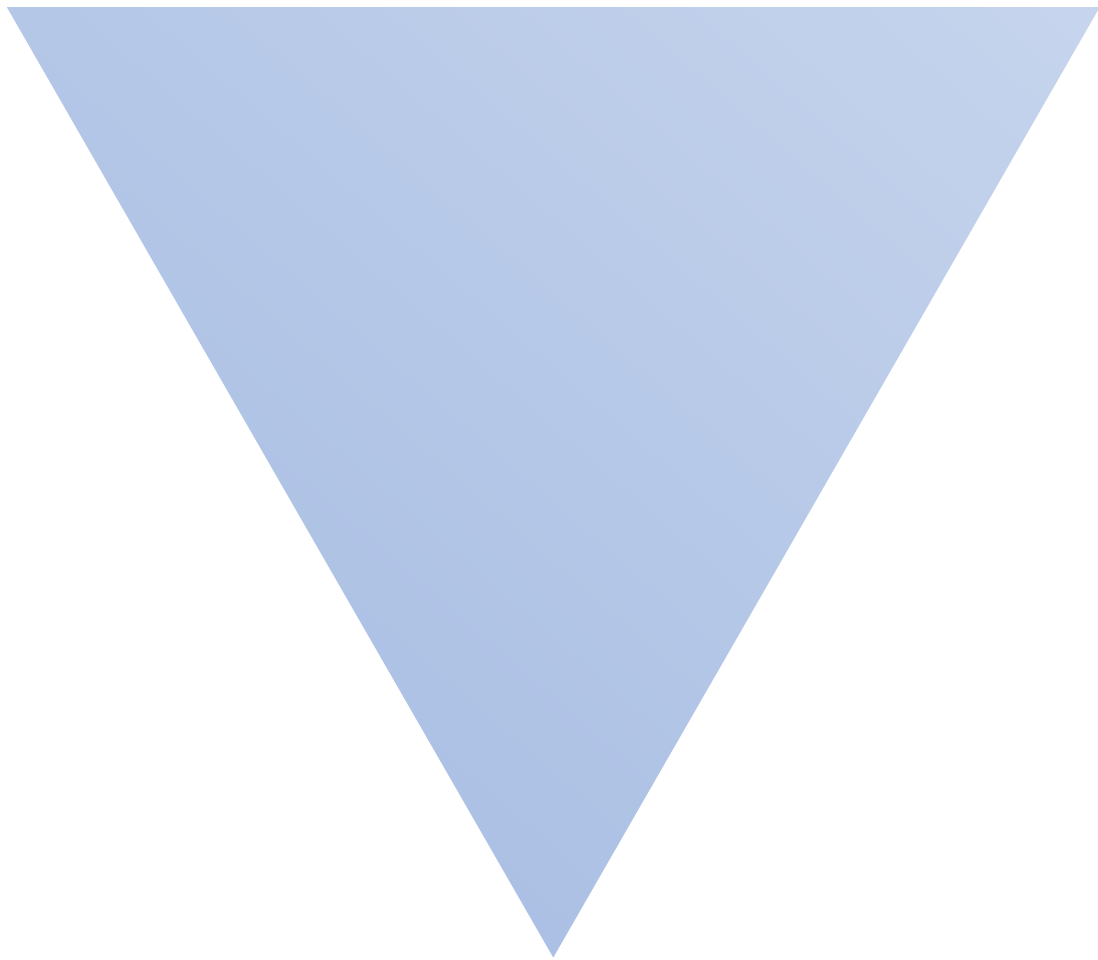


**LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL  
PARTAGE – PTSM de Rouen-Elbeuf**



# Table des matières du diagnostic territorial partagé

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>ACCÈS AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES</b>	<b>20</b>
ENFANCE ET ADOLESCENCE	20
ADULTES, PERSONNES EN PRECARITE, TROUBLES DE L'USAGE, PERSONNES PLACEES SOUS-MAIN DE JUSTICE	23
PERSONNES AGEES	24
<b>SITUATIONS INADEQUATES</b>	<b>26</b>
DES PUBLICS AVEC DES VULNERABILITES SPECIFIQUES	26
ORGANISATION D'UN SUIVI COORDONNE ENTRE LES ACTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX	28
ORGANISATION DE L'ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	30
ORGANISATION DU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT OU DE L'ACCES AU LOGEMENT	32
ORGANISATION DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU DE L'ACCES A L'EMPLOI	33
ORGANISATION DE L'ACCES A LA PARTICIPATION SOCIALE, A LA CULTURE, AUX LOISIRS ET AUX ACTIVITES SPORTIVES	34
ORGANISATION DU SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES AIDANTS	34
<b>ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICOSOCIAUX</b>	<b>35</b>
LES CONSTATS GENERAUX DES ACTEURS	35
MDPH	37
ACCOMPAGNEMENT	39
ETABLISSEMENTS	41
LOGEMENT	41
TRAVAIL	42
MOBILITE	43
L'INFORMATION	43
<b>PERMETTRE L'ACCES AUX SOINS GENERAUX</b>	<b>45</b>
LES CONSTATS GENERAUX DES ACTEURS	45
ANALYSE DES PISTES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE	47
EN SYNTHESE DES TRAVAUX, 5 PRIORITES IDENTIFIEES	48
<b>PROMOTION DE LA SANTE, PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE</b>	<b>51</b>
INTERVENTION SUR LES LIEUX DE VIE / « ALLER VERS »	51
PERMANENCES DES SOINS	53
GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE ET DE CRISE	53
ORGANISATION DES SORTIES DE PSYCHIATRIE ET RETOUR A DOMICILE	54
LA PROMOTION DE LA SANTE	55
EN SYNTHESE 3 ENJEUX IDENTIFIES	56
<b>CONCLUSION</b>	<b>57</b>

# 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.

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.

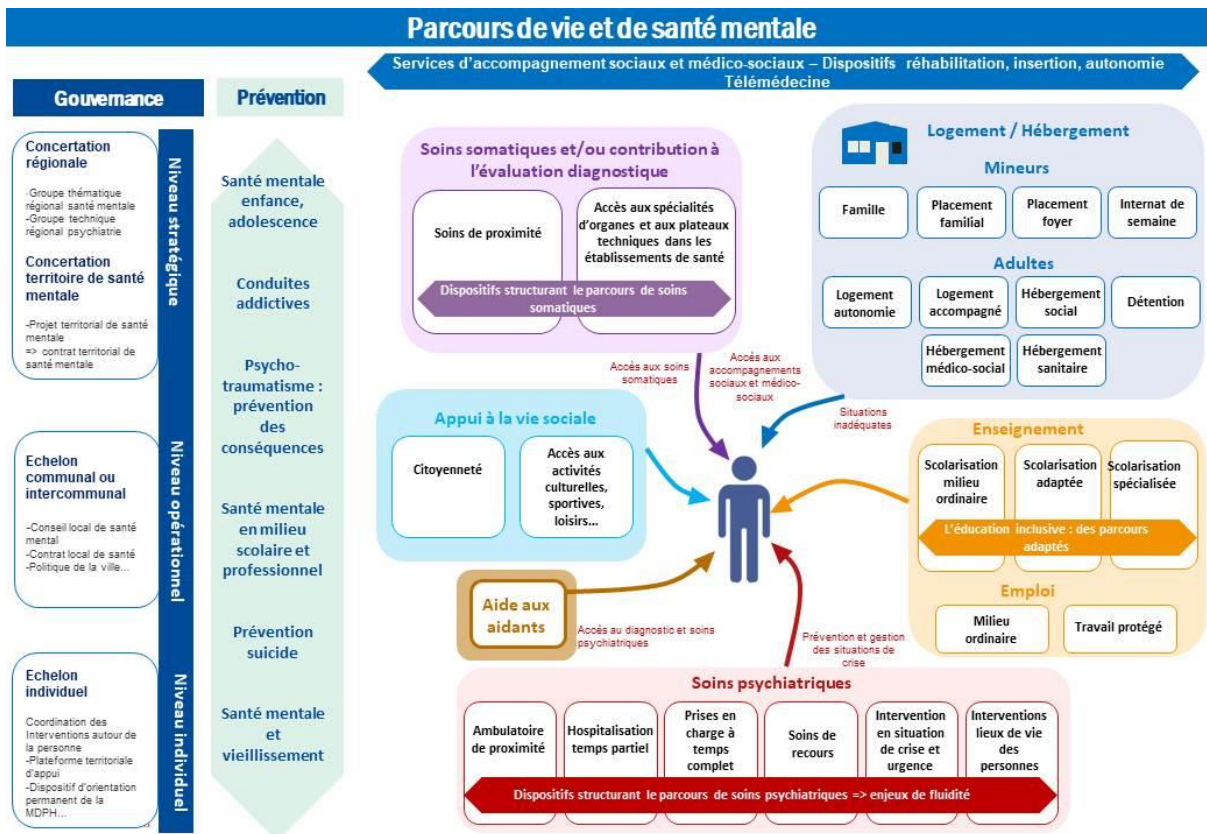
Il s'agit :

- 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 Regards Santé pour un appui méthodologique et une aide à la rédaction.

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

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

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

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

## SITUATION TERRITOIRE DE ROUEN-ELBEUF

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	Dr. HAOUZIR Sadeq	CH Rouvray	Président CME
Médicosocial	GOUNEL Eric	IDEFHI	Directeur général
Social	MARTIN Méderic	Association Emergence's	Directeur du Pôle Accompagnement Prévention Soins
Médecine libérale	Dr. JEGOU Isabelle	URPS	Médecin généraliste
<b>Bailleur social</b>			
Promotion de la santé	BOUCHER Marion	Promotion Santé Normandie	Directrice
	ALBY Jérôme	IREPS Fédération Addiction	Educateur spécialisé

La coordination de ce groupe-projet est assurée par la Coordinatrice de parcours du réseau RéPsy76, Madame Christel Dudout. Celle-ci assure, en collaboration avec Madame Ingrid Fontaine (Assistante de la CME du CH du Rouvray), l'organisation des réunions et la centralisation des comptes rendus des groupes de travail.

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

	Nom - Prénom	Structures	Fonction
Monsieur	ALBY Jérôme	Fédération Addiction	Educateur spécialisé
Monsieur	ANNET Jimmy	PJJ STEMO	Directeur stagiaire
Madame	AUVRAY Nicole	Mairie de Saint-Etienne-du-Rouvray	Conseillère municipale déléguée à la santé
Madame	AVENEL Sandrine	AID 76	Directrice
Madame	BALLERY Muriel	Mairie d'Elbeuf sur Seine	Directrice du CCAS
Madame	BANCZAK Virginie	SESAME Autisme Normandie	Chef de service MAS
Madame	BAUDE Claire	Rectorat de l'Académie de Rouen	Médecin conseillère technique
Monsieur	BAUS Laurent	Centre Hospitalier du Rouvray	Directeur des affaires générales, du système d'information et des finances
Madame	BERNARD Isabelle	MGEN Ets santé mentale	Directrice
Madame	BOCHET Béatrice	Mairie de Rouen	Conseillère municipale déléguée à la santé
Docteur	BONNEFOY Cécile	ARS Normandie	Chef de projet régional santé mentale
Madame	BOUCHER Ludivine	MDPH	Médecin
Madame	BOUCHER Marion	Promotion Santé Normandie - IREPS	Directrice
Madame	BRAJEUL Maria	Centre Hospitalier du Rouvray	Directrice sociale et médico-sociale
Madame	CARRERE Geneviève	DDCS	Responsable Pôle Hébergement
Madame	CASSÉ Salomé	Mairie d'Elbeuf sur Seine (CCAS)	Coordinatrice ASV
Monsieur	CHARASSIER Gérard	Mairie d'Yvetot	Adjoint au maire et Président de la communauté de commune
Madame	COLOMBEL Auriane	PJJ STEMO	Directrice
Madame	CONSTANTIN Bénédicte	MAIA	Pilote MAIA Elbeuf – Louviers
Madame	DARTOIS Caroline	Le Département 76	Sous-directrice de l'Autonomie
Monsieur	DELAPORTE Luc	Le Département 76 - UTAS Boucles de	Directeur UTAS
Monsieur	DELGAS Christian	CPAM	Sous-Directeur
Madame	DUFRANNE Aurélia	SESAME Autisme Normandie	Directrice générale

Monsieur	ELOLA Cheick	AARPB La Brèche	Directeur général
Docteur	FRICHET Jacques	Plateforme Territoriale d'Appui	Pilote
Professeur	GERARDIN Priscille	MDA - PEA (Centre Hospitalier du	Chef de Pôle Enfants-Adolescents
Madame	GOUBAULT Catherine	Education Nationale	Médecin conseillère technique
Monsieur	GOUNEL Eric	IDEFHI	Directeur
Docteur	GUIGUENO Sandra	EMPP Rouen (UMAPPP)	Médecin coordinateur
Docteur	HAOUZIR Sadeq	Centre Hospitalier du Rouvray	Président de la CME
Madame	IZAGIRRE Irati	Union pour l'habitat social de Normandie - Association régionale des bailleurs sociaux	Chargée de mission des politiques sociales
Docteur	JEGOU Isabelle	URPS Médecine de ville	Médecin généraliste
Monsieur	LABOURDIQUE J-Pierre	L'ADAPT	Directeur adjoint
Madame	LECLERC Stéphanie	MAIA	Pilote MAIA Caux-Austreberthe
Madame	LECONTE Sophie	ATMP	Responsable d'unité
Monsieur	LEFEBVRE Philippe	Association la Clé	Directeur
Madame	LEQUOY M-Clotilde	UNAFAM	Représentante des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques
Madame	LION Sophie	Association le Pré de la Bataille	Directrice générale
Madame	MANGANE M-Christine	UNAFAM	Représentante des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques
Madame	MARCOTTE Isabelle	Centre Hospitalier du Rouvray	Cadre socio-éducatif Responsable du service social
Monsieur	MARTIN Médéric	Association Emergence's	Directeur du Pôle Accompagnement Prévention Soins
Madame	MELOT Anne	Mairie de Rouen	Responsable service communal d'hygiène et de santé
Docteur	MERCIER-KERLEAU Karole	Centre Hospitalier du Rouvray (Médecine polyvalente)	Praticien hospitalier
Monsieur	MOY Pascal	PJJ STEMO de Rouen	Responsable d'unité
Monsieur	PLANQUAIS Alain	ARS Normandie	Adjoint au Directeur délégué départemental 76
Madame	RATAJ Martine	Association la Clé	Présidente
Monsieur	SAINT VINCENT David	CSAPA Elbeuf la Passerelle	Directeur
Madame	STEPHAN Chloé	Mairie de Saint-Etienne-du-Rouvray	Coordinatrice ASV
Madame	TOCQUEVILLE Angélique	SESAME Autisme Normandie	Directrice du Pôle adulte
Madame	TURQUIER Isabelle	UNAFAM	Représentante des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques
Madame	VANDEBULCKE Anne	MDPH	Responsable du pôle Accès aux Droits
Monsieur	VERBAERE Alexandre	Métropole Rouen Normandie	Direction de la solidarité
Monsieur	VICENZUTTI Lucien	CH Rouvray	Directeur général

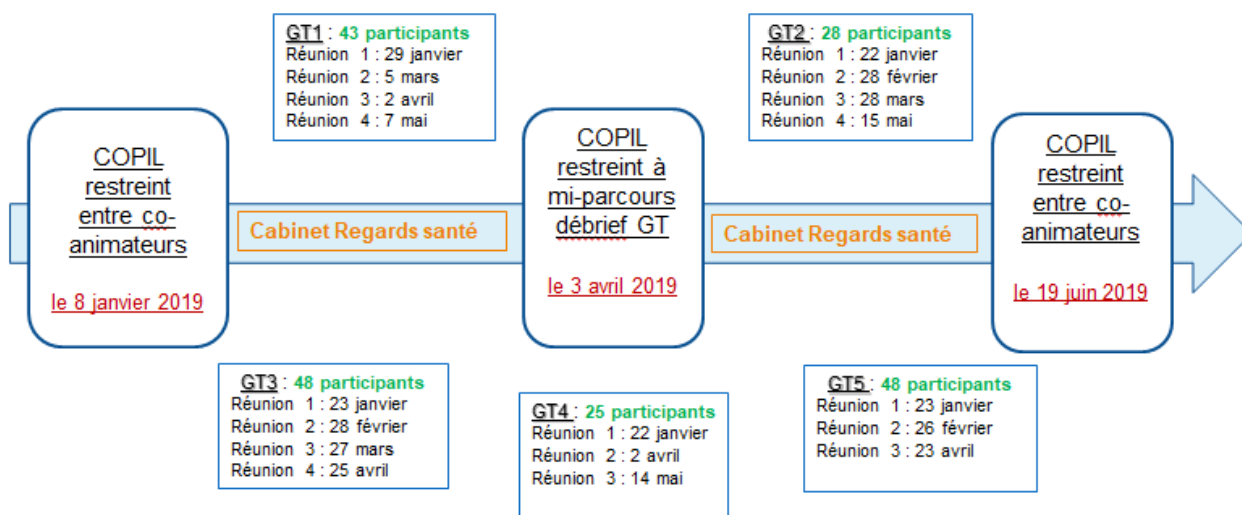
Le COPIL stratégique a arrêté la méthodologie de constitution de 5 groupes de travail selon les entrées proposées par l'ANAP :

- Groupe 1 : Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques piloté par M. ALBY (Fédération addiction) et Mme le Dr JEGOU (URPS)
- Groupe 2 : Situations inadéquates piloté par Mme MANGANE (UNAFAM) et le Dr HAOUZIR (CH Rouvray)



- Groupe 3 : Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux piloté par M. GOUNEL (Idephi) et M. LEFEBVRE (Association la Clé)
- Groupe 4 : Accès aux soins généraux piloté par le Dr KERLEAU (CH Rouvray) et Mme TURQUIER (UNAFAM)
- Groupe 5 : Promotion de la santé mentale, prévention, et gestion des situations de crise piloté par M. MARTIN (Emergence's), Mme CASSE (CCAS Elbeuf ASV) et Mme BOUCHER (Promotion Santé Normandie)

### Schéma des rencontres entre janvier et juin 2019 : 178 personnes ont participé aux groupes de travail



Lors du COPIL Restreint du 8 janvier, les copilotes ont retenu une méthodologie commune de travail pour l'ensemble des groupes.

Plusieurs réunions ont été programmées dès le départ pour chaque groupe, un rapporteur a été nommé afin de restituer les travaux effectués.

Les 2 premières séances de travail avaient pour objectif commun :

- Détermination des attentes des participants par rapport aux groupes de travail
- Présentation de la démarche PTSM
- Définitions des thèmes abordés
- Identification des enjeux de chacun des groupes, pour analyser les dysfonctionnements et les situations pouvant poser problèmes mais également faire apparaître les initiatives qui doivent être valorisées par les acteurs.

Un COPIL restreint à mi-parcours, au mois d'avril, entre les co-pilotes du PTSM a permis d'analyser les grands enjeux retenus par les groupes de travail, de s'assurer que les six priorités du décret sont bien traitées.

Les séances de travail suivantes ont permis la réalisation de fiches enjeux en fonction des actions ou démarches qui pourraient être mises en partage pour l'écriture du PTSM.

## Composition des groupes de travail du PTSM de Rouen Elbeuf

### Groupe de travail Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Nom - Prénom	Structure	Fonction
ALBY Jérôme	Fédération Addiction	Educateur spécialisé - Copilote PTSM
JEGOU Isabelle	URPS Médecine de ville	Médecin généraliste - Copilote PTSM
ABRAHAM Laure	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Cadre de santé
AMOURIQ Sophie	PJJ STEM0 de Rouen	Educatrice
ANNET Jimmy	PJJ STEM0 de Rouen	Directeur stagiaire
BECQUET Christelle	Association le Pré de la Bataille	Psychologue
Dr. BELLONCLE Vincent	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Médecin responsable service adolescents
BOUDHAR Nouha	France Terre d'Asile	Intervenante sociale
BOURGEAUX Nathalie	GEM - Arc en GEM	Représentante des usagers
BUCHET Laurence	Education Nationale	Psychologue – CIO
BURON Sandrine	CH Rouvray - Service social	Assistante de service social
CASSÉ Salomé	Mairie d'Elbeuf - CCAS Elbeuf sur Seine	Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville
Dr. DESBORDES Marie	CH du Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite - Personnes âgées	Psychiatre, Médecin responsable psychiatrie personnes âgées
DUPONT Jérôme	CRA Normandie Seine Eure	Pilote régional Autisme
FOSSEY Soraya	PJJ EPE de Rouen	Psychologue
GIL Sébastien	Association la Boussole CAARUD la Boutik	Représentant des usagers
Dr. GIORNO Francine	MGEN Ets santé mentale	Médecin responsable
GOUBAULT Catherine	Education Nationale	Médecin conseiller technique
GUILLOTTE Julie	Association le Pré de la Bataille	Directrice du Pôle jeunes
HERY Matthieu	MAIA Nord de Seine	Pilote MAIA
LE COLLEN Sandrine	Association le Pré de la Bataille	Directrice adjointe du Pôle travail protégé
LE STER Carole	CH du Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite - Personnes	Cadre supérieur de santé
LAIR Sébastien	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Cadre de Pôle
LANGLARD Gaétan	Association Inser santé RAEP	Psychologue
LAVERSANNE Camille	Association le Pré de la Bataille	Directeur adjoint du Pôle travail protégé
LEANDRI Corinne	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Responsable de service – Psychiatre
LEBRET Virginie	Le Département - Direction de l'Enfance et de la Famille (sous-direction ASE)	Psychologue
LECROQ Marc	Association Emergence's	Chef de service
LEROY Pauline	CRA Normandie Seine Eure	Intervenant Pivot
LETAN Héléne	MAIA Rouen-Rouvray	Pilote MAIA
LOUESDON Isabelle	GEM - ARC EN GEM - Petit Quevilly	Coordinatrice animatrice
MANDEVILLE Mathilde	CH du Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite - Personnes âgées	Cadre de santé
MANGOT Sophie	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Cadre de santé
Dr. PASQUIER J-Michel	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Chef de Pôle - Psychiatre
PERZO-PIEL Catherine	Le Département - UTAS des Boucles de Seine	Responsable autonomie
PICOT Anne	SAVS AID 76	Accompagnatrice sociale
Dr. PODLIPSKI M-Antoine	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Médecin responsable I 01
QUEVAL Delphine	Mairie de Saint-Etienne-du-Rouvray - CCAS	Assistante de service social
SENET Coraline	Association la Clé	Psychiatre SAMSAH
TINTILLIER Celine	PJJ EPE de Rouen	
VIANDIER Céline	EMPP Rouen (UMAPP)	Cadre de santé

VILLENEUVE Sophie	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Cadre supérieur de santé
WILMORT Richard	CH du Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite - Personnes âgées	Cadre de Pôle

Le groupe de travail s'est réuni 4 fois entre janvier et mai 2019.

### Groupe de travail situations inadéquates

Nom - Prénom	Structure	Fonction
MANGANE M-Christine	UNAFAM	Représentant des familles et amis d'usagers – Co-animatrice
Dr. HAOUZIR Sadeq	CH Rouvray	Président CME - Médecin coordonnateur RePsy76 – Co-pilote PTSM
AVENEL Sandrine	Association AID 76	Directrice
Dr. BELLONCLE Vincent	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Médecin responsable service adolescent
BERTHÉ Véronique	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Cadre de pôle
Dr. BOUILLON Benoît	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Responsable de service – Psychiatre
BULTEL Mélanie	CH Rouvray - Service social	Assistante de service social
BURON Sandrine	CH Rouvray - Service social	Assistante de service social
CORRUBLE Agnes	Association le Pré de la Bataille	Directrice du Pôle Hébergement
Dr. FOLLET Mathieu	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Psychiatre responsable service soins psy non programmés
Dr. GOUBAULT Catherine	Education Nationale	Médecin conseiller technique
Dr. GUENA Céline	CSAPA Elbeuf la Passerelle	Médecin
GUILLOTTE Julie	Association le Pré de la Bataille	Directrice du Pôle jeunes
IZAGIRRE Irati	Association régionale HLM Normandie	Représentante de l'association
KANE Harouna	Association Emergence's (CAU Foyer Abbé Bazire)	Travailleur social
LAMOTTE Astrid	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Cadre supérieur de santé
LAVERSANNE Camille	Association le Pré de la Bataille	Directeur adjoint du Pôle travail protégé
LE COLLEN Sandrine	Association le Pré de la Bataille	Directrice adjointe du Pôle travail protégé
LEBRET Virginie	Le Département - Direction de l'Enfance et de la Famille (sous-direction ASE)	Psychologue
LEMOUSSU-PINGARD	SAAD Onela	Responsable
LESPLULIER Samuel	MAIA Nord de Seine	Pilote MAIA
MALBREC Véronique	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Cadre supérieur de santé
MANGANE Emmanuel	UNAFAM	Représentant des familles d'usagers
MARCOTTE Isabelle	CH Rouvray - Service social	Cadre socio-éducatif
MORIN Isabelle	Mairie de Barentin - CCAS	Directrice
PFAFF Sophie	Mairie d'Yvetot - CCAS Pôle gérontologie	Responsable
RATAJ Martine	Association la Clé	Présidente
SIGNOL Pauline	L'ADAPT 76 – CAJM – ESAT Hors-Murs	Psychologue

Le groupe de travail s'est réuni 4 fois entre janvier et mai 2019.

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

Nom - Prénom	Structure	Fonction
GOUNEL Eric	IDEFHI	Directeur général - Copilote PTSM
LEFEBVRE Philippe	Association la Clé	Directeur – Co-animateur
BALLEUX Shirley	Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du Pays de Bray	Chargé de mission santé et services à la population
BECTARTE Emilie	MAIA Caux-Austreberthe	Gestionnaire de cas
BERTRAND Béatrice	Maison des Lys : MAS de Malaunay (Adef Résidences)	Directrice
Dr. BOURGEOIS Valérie	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Responsable du SPAR – Psychiatre
CABOT Virginie	Association Inser santé	Coordinatrice
CONREAUX David	CMPP Sévigné	Directeur
DA COSTA Alexandre	GEM – Arc en GEM	Représentant des usagers
DELAUNAY Bertrand	Association Emergence's	Chef de service adjoint
DERMIEN Martin	Mairie de Saint-Etienne-du-Rouvray	Chargé de prévention (service tranquillité publique)
DIAW Fatimata	MDPH	Référente ESMS
DONNE-FRERE P.	Etablissement Public Départemental Grugny	Cadre supérieur de santé (FAM - MAS)
DUBUIS-VERQUIN Corinne	MGEN Ets santé mentale	Assistante de service social
DUCHENE Damien	GEM d'Yvetot	Représentant des usagers
DUFRANNE Aurélie	SESAME Autisme Normandie	Directrice générale
FOUQUE Nathalie	MGEN Ets santé mentale	Cadre de santé
GASCHER Annick	Le Département - UTAS des Boucles de Seine	Responsable accompagnement social
GIRAULT Thomas	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Cadre supérieur de santé
Dr. GUIGUENO Sandra	EMPP Rouen (UMAPP)	Médecin Coordinateur
GUILLERME Clémentine	GEM d'Yvetot	Représentant des usagers
GUILLOTTE Julie	Association le Pré de la Bataille	Directrice du Pôle jeunes
KACI Rahima	CSAPA Elbeuf la Passerelle	Educatrice spécialisée
KHIAR Jonathan	Association la Boussole CAARUD la Boutik	Infirmier
LAIR Sébastien	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Cadre de Pôle
LAMOTTE Astrid	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Cadre supérieur de santé
Dr. LARSON Myriam	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Médecin responsable
LATOURE Bertrand	Le Département - UTAS de Rouen	Responsable autonomie
LAVERSANNE Camille	Association le Pré de la Bataille	Directeur adjoint du Pôle travail protégé
LE BAIL Katia	GEM d'Yvetot	Représentante des usagers
LE COLLEN Sandrine	Association le Pré de la Bataille	Directrice adjointe du Pôle travail protégé
LE GOAREGUER Olivier	UDAF	Responsable de Pôle MJAGBF/MAJ/CUR
LECLERC Stéphanie	MAIA Caux-Austreberthe	Pilote MAIA
LECONTE Sophie	ATMP	Responsable d'unité
LEMONNIER Karine	Etablissement Public Départemental Grugny	Educatrice spécialisée
LOUESDON Isabelle	GEM - Arc en GEM	Coordinatrice animatrice
MANGANE Marie-Christine	UNAFAM	Représentant des familles d'usagers
MARANDET Josiane	GEM de Canteleu	Représentante des usagers
MARCOTTE Isabelle	CH Rouvray - Service social	Cadre socio-éducatif
MOINET Dorothée	Etablissement Public Départemental Grugny	Cadre de santé
MOUCHARD Lise	SAVS AID 76	Accompagnatrice sociale
Dr. PARISET Maud	Association le Pré de la Bataille	Médecin coordonnateur
Dr. PENVEN-CADET Pascale	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Psychiatre responsable filière réhabilitation
PITTE Philippe	L'ADAPT	Adjoint de Direction
SEMENT Adeline	GEM de Canteleu	Coordinatrice des GEM d'Yvetot et Canteleu
TOCQUEVILLE Angélique	SESAME Autisme Normandie	Directrice du Pôle adulte
VIGIER	Etablissement Public Départemental Grugny	Educatrice spécialisée
VIVIER Lucie	EMPP Rouen (UMAPP)	Ergothérapeute

Compte tenu du nombre très important de participants, ce groupe de travail a été séparé en 2 groupes qui se sont réunis respectivement 4 fois entre janvier et avril 2019.

## Groupe de travail Accès aux soins généraux

Nom - Prénom	Structure	Fonction
<b>Dr . MERCIER-KERLEAU Karole</b>	<b>CH Rouvray – Médecine polyvalente</b>	<b>Praticien hospitalier – Pilote</b>
<b>TURQUIER Isabelle</b>	<b>UNAFAM</b>	<b>Représentante des familles et amis d'usagers – Co-animatrice</b>
<b>Dr. ANQUETIL Laure-Elodie</b>	CHU Rouen (PASS)	Médecin
<b>BANCZAK Virginie</b>	SESAME Autisme Normandie	Chef de service MAS
<b>BERTHE Véronique</b>	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Cadre de pôle
<b>BRUDEY Corinne</b>	Association Emergence's (LHSS)	Infirmière de liaison
<b>CHEVALIER Annick</b>	CHI Elbeuf Louviers (EMED)	Infirmière
<b>CHEVOIR Delphine</b>	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Cadre supérieur de santé
<b>Dr. CLAY Mathilde</b>	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Psychiatre
<b>Dr. CLERET Eric</b>	MGEN Ets santé mentale	Psychiatre
<b>COUROUBLE Julie</b>	AARPB La Brèche	Chef de service FAM
<b>CRISTOBAL Emmanuel</b>	Association Emergence's (CHRS)	Chef de service
<b>DELGAS Christian</b>	CPAM	Sous-directeur
<b>DUFranne Aurélia</b>	SESAME Autisme Normandie	Directrice générale
<b>Dr. GUIGUENO Sandra</b>	EMPP Rouen (UMAPP)	Médecin Coordinateur
<b>HERIDA Samir</b>	Association Inser santé	Intervenant social
<b>LE STER Carole</b>	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Cadre supérieur de santé
<b>MARCOTTE Isabelle</b>	CH Rouvray - Service social	Cadre socio-éducatif
<b>MARTY Cloé</b>	Association la Clé	Chef de service SAMSAH
<b>MORLET Elodie</b>	CHI Elbeuf Louviers (MAIA)	Gestionnaire de cas
<b>Dr. NAVARRE Christian</b>	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Responsable de service – Psychiatre
<b>Dr. ROUSSEL Catherine</b>	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Médecin responsable I 03
<b>SAUDRAY Hélène</b>	CSAPA Elbeuf la Passerelle	Educatrice spécialisée
<b>VENET Béatrice</b>	SAVS AID 76	Accompagnatrice sociale
<b>VIGER Peggy</b>	CHI Elbeuf Louviers (MAIA)	Gestionnaire de cas

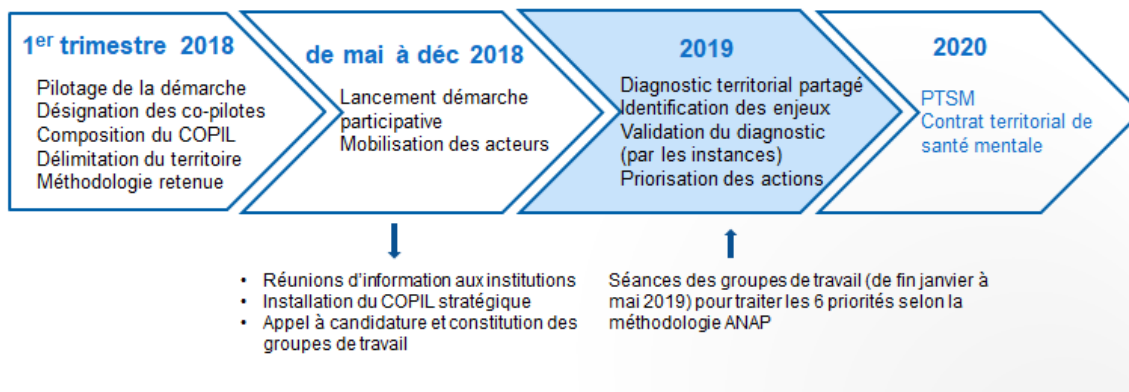
Le groupe de travail s'est réuni trois fois entre janvier et mai 2019.

## Groupe de travail promotion de la santé mentale, prévention et gestion de la situation de crise

Nom - Prénom	Structure	Fonction
MARTIN Médéric	Association Emergence's	Directeur du Pôle - Accompagnement Prévention Soins - Copilote PTSM
CASSÉ Salomé	Mairie d'Elbeuf - CCAS Elbeuf sur Seine	Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville – Co-animatrice
BOUCHER Marion	Promotion Santé Normandie	Directrice IREPS Normandie - Copilote PTSM
ABRAHAM Laure	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Cadre de santé
AMOURIQ Sophie	PJJ STEMO de Rouen	Educatrice
ANNE Damien	Fondation Armée du Salut	Educateur spécialisé
ARGENTIN Myriam	Le Département - Direction de l'Enfance et de la Famille (Sous-direction ASE)	Coordinatrice ASE
BALLEUX Shirley	Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du Pays de Bray	Chargé de mission santé et services à la population
Dr. BELLONCLE Vincent	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Médecin responsable service adolescents
Dr. BROUTA Michel	Centre de Lutte Contre l'isolement Prévention du Suicide et de sa Récidive	Médecin
BUCHET Laurence	Education Nationale - CIO	Psychologue
CHOTARD Solène	EPD Grugny	Psychologue
CONSTANTIN Bénédicte	MAIA Elbeuf-Louviers	Pilote MAIA
COPIE Hélène	CH Rouvray - Pôle Enfants/Adolescents	Cadre de santé
COUROUBLE Julie	AARPB La Brèche	Chef de service FAM
DEPAUW Martine	CH Rouvray - Pôle Rouen Seine Caux Bray	Cadre supérieur de santé
DEPITRE Catherine	Le Département (élue)	Conseillère départementale
DONNE	EPD Grugny	Cadre supérieur de santé (FAM - MAS)
DUFranne Aurélie	SESAME Autisme Normandie	Directrice générale
Dr. FOULDRIN Gaël	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Chef de Pôle - Psychiatre
FREDJ	EPD Grugny	Psychologue
GAUTIER Marine	Maison des Lys : MAS de Malaunay (Adef Résidences)	Educatrice coordinatrice
GOUBAULT Catherine	Education Nationale	Médecin conseiller technique
GUEROT Anais	CHI Elbeuf Louviers (PASS)	Assistante de service social
HAYE Cécile	PJJ EPE de Rouen	Directrice
IZAGIRRE Irati	Association régionale HLM Normandie	Représentante de l'association
JAFFRES Isabelle	France Terre d'Asile	Intervenante sociale
JAN Olivier	EMPP Rouen (UMAPP)	Psychologue
LAGOUTTE Stéphanie	Maison des Lys : MAS de Malaunay (Adef Résidences)	Chef de service éducatif
LAINE Marie-Laure	CAARUD Agora Elbeuf la Passerelle	Educatrice spécialisée
LE BOUEDEC Bertrand	ANLAJT (Foyer jeunes travailleurs)	Chargé d'insertion (et éducateur spécialisé en formation)
LEBOUVIER Karine	Mairie d'Yvetot - CCAS Yvetot	Directrice générale
LECONTE Sophie	ATMP	Responsable d'unité
MAZAR Laurence	Association le Pré de la Bataille	Directrice adjointe du Pôle Hébergement et Vie Sociale
MELOT Anne	Mairie de Rouen	Responsable service communal d'hygiène et de santé
MICHEL Amélie	Association la Clé	Responsable de service SADS
MOINET Dorothée	EPD Grugny	Cadre de santé
MOY Pascal	PJJ STEMO de Rouen	Responsable d'unité
PATRY Nathalie	PJJ EPE de Rouen	Responsable d'unité
PECOT Bertrand	Mairie de Petit-Quevilly	
PERRIN Jeanne	IDEFHI	Directrice service Adoseine
PICOT Karine	Association Emergence (CHRS des Cèdres et des Sources)	Psychologue
POLLEFOORT Christelle	Association Inser santé RAEP	Psychologue
RENIER Roselyne	Le Département - UTAS entre Seine et Mer	Responsable accompagnement social
RICHENEUR Pierrette	ASAE (CHRS Hommes)	Aide-soignante
STEPHAN Chloé	Mairie de Saint-Etienne-du-Rouvray	Coordinatrice Ateliers Santé Ville
TURBET DELOF Bruno	UDAF	Responsable de Pôle Majeurs Protégés Milieu Ouvert
VILLENEUVE Sophie	CH Rouvray - Pôle Rouen Rive Droite	Cadre supérieur de santé

Ce groupe s'est réuni 3 fois entre janvier et mai 2019

## Calendrier du PTSM



### 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).**

PTSM Rouen Elbeuf

RéP1y76

Le PTSM

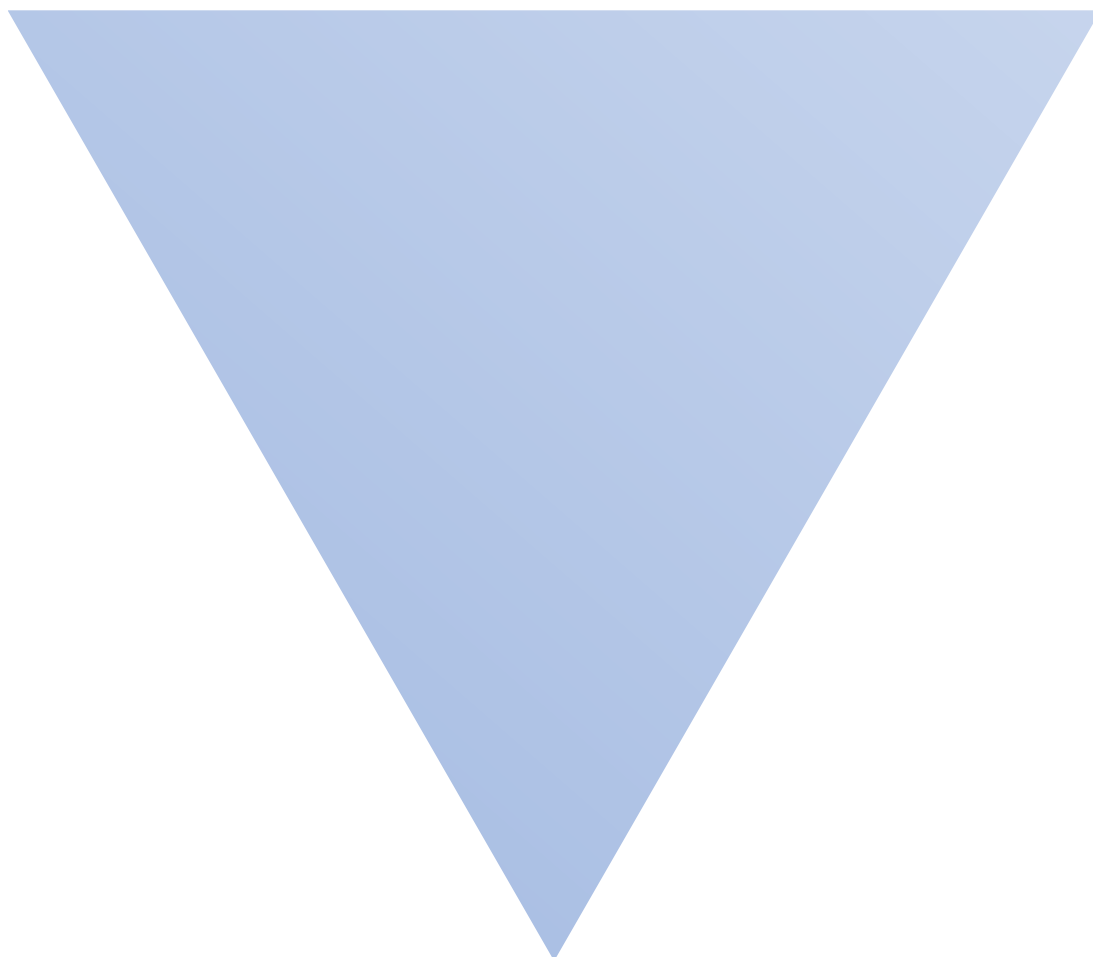
**Pourquoi ce projet ?**

- « l'amélioration continue de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture... » de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'inclusion sociale, en passant par le soin
- À partir d'un **diagnostic territorial partagé**

**Contenu du diagnostic :**

- Identification des ressources disponibles et des insuffisances dans :
  - L'offre
  - L'accès
  - La sécurisation des parcours : les coordinations et coopérations au sein et entre les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Priorisation des pistes d'améliorations pour y remédier

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





# Table des matières

## du diagnostic qualitatif des acteurs

<b>ACCÈS AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES .....</b>	<b>20</b>
ENFANCE ET ADOLESCENCE .....	20
<i>L'accès au diagnostic</i> .....	20
<i>La prise en charge</i> .....	20
<i>La continuité des parcours</i> .....	21
ADULTES, PERSONNES EN PRECARITE, TROUBLES DE L'USAGE, PERSONNES PLACÉES SOUS-MAIN DE JUSTICE .....	23
<i>Constats transversaux de difficultés de prise en charge coordonnée</i> .....	23
<i>Constats spécifiques</i> .....	23
PERSONNES AGÉES .....	24
<i>Diagnostic et prise en charge difficile sur les lieux de vie</i> .....	24
<i>Des formations et coopération à développer</i> .....	25
<b>SITUATIONS INADEQUATES .....</b>	<b>26</b>
DES PUBLICS AVEC DES VULNERABILITES SPECIFIQUES .....	26
<i>Les jeunes</i> .....	26
<i>Les personnes vieillissantes isolées</i> .....	27
<i>Les personnes avec des addictions</i> .....	28
ORGANISATION D'UN SUIVI COORDONNE ENTRE LES ACTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX .....	28
<i>Identification des acteurs de prise en charge</i> .....	28
<i>La spécificité des 18-20 ans</i> .....	29
<i>La prise en charge sanitaire</i> .....	30
ORGANISATION DE L'ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE .....	30
<i>Rappel préliminaire sur la notion de handicap psychique</i> .....	30
<i>L'offre de réhabilitation psychosociale</i> .....	32
ORGANISATION DU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT OU DE L'ACCES AU LOGEMENT .....	32
<i>L'accès au parc social</i> .....	32
<i>Logement thérapeutique, associatif</i> .....	32
ORGANISATION DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU DE L'ACCES A L'EMPLOI .....	33
ORGANISATION DE L'ACCES A LA PARTICIPATION SOCIALE, A LA CULTURE, AUX LOISIRS ET AUX ACTIVITES SPORTIVES .....	34
ORGANISATION DU SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES AIDANTS .....	34
<b>ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX .....</b>	<b>35</b>
LES CONSTATS GÉNÉRAUX DES ACTEURS .....	35
<i>Parcours global des personnes</i> .....	35
<i>Les freins dans le parcours</i> .....	36
<i>Pour les personnes en souffrance psychique et leurs familles</i> .....	36
<i>Le besoin de formation</i> .....	36
<i>Décloisonnement et coordination</i> .....	37
L'ACCES AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (MDPH) .....	37
<i>Problématique des parcours et leurs causes</i> .....	37
<i>Les réponses qui donnent satisfaction sur le territoire</i> .....	39
ACCOMPAGNEMENT .....	39
<i>Les réponses en termes d'accompagnement qui donnent satisfaction sur le territoire</i> .....	39

<i>Les points de rupture et leurs causes</i> .....	40
<i>Des publics avec des vulnérabilités spécifiques</i> .....	40
ETABLISSEMENTS.....	41
<i>Accessibilité des dispositifs</i> .....	41
<i>Le manque de dispositifs</i> .....	41
LOGEMENT .....	41
<i>Les réponses en qui donnent satisfaction sur le territoire</i> .....	41
<i>Les points de rupture et leurs causes</i> .....	41
<i>Les réflexions, point d'amélioration</i> .....	42
TRAVAIL .....	42
MOBILITE .....	43
<i>Les constats</i> .....	43
L'INFORMATION.....	43
<i>Les constats</i> .....	43
<i>Les réponses qui donnent satisfaction</i> .....	43
<b>PERMETTRE L'ACCES AUX SOINS GENERAUX .....</b>	<b>45</b>
LES CONSTATS GENERAUX DES ACTEURS .....	45
<i>L'accès aux droits et aux accompagnements des patients</i> .....	45
<i>L'accès aux soins somatiques</i> .....	45
<i>Les transports</i> .....	46
ANALYSE DES PISTES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE .....	47
<i>L'ouverture et le maintien des droits</i> .....	47
<i>L'opportunité d'une PASS psy</i> .....	47
<i>L'accompagnement dans les démarches</i> .....	47
<i>Le suivi somatique des patients avec TSA</i> .....	48
<i>Démographie médicale</i> .....	48
<i>Information-coordination</i> .....	48
EN SYNTHESE DES TRAVAUX, 5 PRIORITES IDENTIFIEES .....	48
<i>Accès aux droits</i> .....	48
<i>Accès aux soins somatiques</i> .....	49
<i>Coordination entre les structures de soins</i> .....	50
<i>Organiser les sorties d'hospitalisation</i> .....	50
<i>Patients avec TSA</i> .....	50
<b>PROMOTION DE LA SANTE, PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE .....</b>	<b>51</b>
INTERVENTION SUR LES LIEUX DE VIE / « ALLER VERS » .....	51
<i>Difficultés d'intervention et de repérage sur les lieux de vie</i> .....	51
<i>Mineurs non accompagnés (MNA) et tiers accueillants</i> .....	52
<i>Situations de crise</i> .....	52
<i>Coordination</i> .....	52
PERMANENCES DES SOINS .....	53
GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE ET DE CRISE .....	53
<i>Les urgences psychiatriques</i> .....	53
<i>La gestion des situations de crise</i> .....	54
ORGANISATION DES SORTIES DE PSYCHIATRIE ET RETOUR A DOMICILE.....	54
<i>Organisation de la sortie</i> .....	54
<i>Le suivi des sorties d'hospitalisation</i> .....	54
LA PROMOTION DE LA SANTE .....	55
<i>Personnes âgées</i> .....	55

<i>Jeunes</i> .....	55
<i>Personnes en situation de handicap</i> .....	55
EN SYNTHÈSE 3 ENJEUX IDENTIFIÉS .....	56
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>57</b>

# ACCÈS AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Pour chaque type de public jeunes, adultes et personnes âgées, les acteurs des groupes de travail ont identifié les réponses qui donnent satisfaction dans le parcours, les points de rupture (problématiques et dysfonctionnements), analysé les causes et proposé des pistes d'amélioration.

## Enfance et adolescence

### L'accès au diagnostic

- Acteurs du repérage insuffisamment formés ou ne sachant pas vers qui adresser
- Difficulté d'accès au diagnostic du trouble du neuro-développement et déconnexion entre l'expertise et la mise en place des soins
- Dissociation insuffisante entre le diagnostic et la prise en charge

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Mettre en place une plateforme de coordination et d'orientation des troubles du neuro-développement pour les enfants de moins de 7 ans.
- ➔ Améliorer le relai à la sortie de cette plateforme pour réduire les risques de rupture.

### La prise en charge

De manière générale, le territoire normand est impacté au niveau démographique par une demande importante de consultations et une diminution de spécialistes et de rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens....). Des demandes plus importantes des écoles pour des enfants, une modification de la clinique de la petite enfance est observée par les acteurs. Une amélioration du repérage qui entraîne une augmentation de l'adressage.

- Prise en charge psychiatrique précoce et des enfants insuffisante : manque de moyens humains (professionnels pour évaluer, rééduquer), sachant que le libéral est saturé, voir inaccessible. Il existe un fossé entre le diagnostic que l'on peut réussir à avoir avec un peu d'attente ou de persévérance et la mise en pratique des soins effective. L'attente préjudiciable est liée à l'inadéquation de l'intensité des demandes et des moyens disponibles.
- Listes d'attente en CMPP, CMP, CAMSP importantes avec un manque d'accessibilité sur le territoire rural
- Saturation des hôpitaux qui font que les enfants ne sont pas dans les bons secteurs
- Absence d'unité psychiatrique pour jeunes (14-18 ans)
- Des pratiques qui interrogent, médecins ou psychologues en établissement qui ne voient pas les bénéficiaires
- Problématique de la double prise en charge en CMPP et CAMSP pour l'orthophonie et autres professionnels de la CPAM (revoir avec la CPAM, les règles)
- Manque d'accessibilité sur territoire rural
- Accès aux soins sur le plan des transports sur le territoire rural ou périurbain notamment et nouvelle norme un enfant par taxi avec le 76
- L'activité d'intérêt générale (AIG) de plus en plus difficile à mettre en place au CH du Rouvray et se traduit notamment l'absence de psychiatre dans certains ESMS et financement double pour l'ESMS pour un psychiatre hospitalier

## POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- Travail à la MDPH en cours sur l'évaluation et l'orientation.
- Partenariat avec Maison des adolescents
- Démarche d'Accompagnement Socio-Professionnelle des Personnes Handicapées 16/25 ans portée par l'association Le Pré de la Bataille
- Association d'aide aux proches, soutien
- Réseau de réhabilitation psychosociale (Repsy76) qui apporte des réponses aux besoins
- Handiconsult : premier sas pour l'identification des besoins et la réorientation vers le bon service si nécessaire
- Travail de réseau avec certains psychiatres de CMP
- Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Revoir la répartition territoriale des ressources sur le territoire en fonction de données épidémiologiques.
- ➔ Renforcer le maillage de la médecine scolaire et de la prévention (PMI)
- ➔ Augmenter les ressources humaines sur les territoires ruraux et augmenter l'attractivité des territoires ruraux.
- ➔ Développer des équipes mobiles sans impacter les équipes existantes pour couvrir les territoires ruraux.
- ➔ Revoir les règles de transport avec la CPAM.
- ➔ Création d'une unité psychiatrique pour adolescents au CH Le Rouvray
- ➔ Améliorer des pratiques professionnelles
- ➔ Créer des postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) pour renforcer la pratique dans les ESMS.
- ➔ Modifier la règle interne au CH Le Rouvray de double facturation pour les ESMS.
- ➔ Créer des lieux de stage en psychiatrie dans les ESMS

## La continuité des parcours

Des ruptures d'accompagnement lors du temps d'attente pour accéder à une nouvelle structure sont constatées en raison des procédures administratives complexes.

- La transmission et le suivi du dossier de la personne pour la continuité des soins sont nécessaires mais pas systématiques
- Le changement de département (déménagement) implique souvent des ruptures de parcours

Méconnaissance des structures et ressources existantes (il existe des organigrammes à l'hôpital, ou un livret d'accueil sur les CMP). Pas de maillage entre les divers secteurs sanitaire, médicosocial, PJJ, travail plateforme... manque de poste de coordination pour partage des informations sur les ressources existantes dans les services pour faire vivre un réseau pour les personnes de terrain permettant du lien entre les acteurs.

- Adhésion difficile de certains types de publics en raison des délais trop longs entre la prise de contact et l'intégration d'un dispositif (ex : adolescents en errance, conduites addictives, prostitution ...). Le relai de prise en charge questionne également.
- Notification MDPH n'est pas toujours effective, par exemple des jeunes PJJ sont en attente pour une entrée en IMPRO-SIPFP ou en ITEP. Des listes d'attente en ESMS trop longues pour l'entrée en ESMS, des notifications MDPH tardives.
- Trop faible perspective à la sortie des hôpitaux de jour. En dehors des situations critiques, l'accès aux ESMS est extrêmement compliqué et de manière indépendante de leur volonté d'accueil
- Des répartitions de mission insuffisamment claires entre les ESMS et les CMPP par exemple.

#### POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- *Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques (CASP) relai de suivi, réponse à l'urgence de jeunes de +de 16 ans, diagnostic psychiatrique posé pour réponse dans l'urgence uniquement (1er recours)*
- *Unité pour adolescents de 10 places en hôpital de jour*
- *MGEN : bonne orientation des patients, bonne coordination pour les indications entre psychiatres et Hôpital de jour*

#### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Mettre en place un pilote coordonnateur en lien avec la maison des adolescents pour améliorer le parcours de soin des adolescents.
- ➔ Améliorer la connaissance entre le soin, le médicosocial et les écoles.
- ➔ Mettre en place des réunions d'information sur les ressources par territoire.
- ➔ Améliorer les outils informatiques tels que "via trajectoire" pour les MDPH. Améliorer la lisibilité des listes d'attente des ESMS
- ➔ Améliorer l'accès au dossier des usagers.
- ➔ Améliorer l'accompagnement des personnes pour les primo-dossiers notamment pour la MDPH.
- ➔ Améliorer la formation des professionnels des centres médicosociaux (CMS)
- ➔ Simplifier le parcours administratif lors de déménagement hors département
- ➔ Augmenter le nombre de places en ESMS et en services.
- ➔ Revoir les règles de transport en fonction des secteurs géographiques.
- ➔ Créer de l'hébergement temporaire sur Rouen

## Adultes, personnes en précarité, troubles de l'usage, personnes placées sous-main de justice

### Constats transversaux de difficultés de prise en charge coordonnée

- Liste d'attente en CMP
- Absence ou manque de psychiatre en ESMS
- Financement double pour l'ESMS pour un psychiatre hospitalier
- Manque d'accessibilité sur territoire rural
- Transmission/suivi du dossier de la personne pour la continuité des soins nécessaires
- Représentation du sanitaire (stigmatisante) liée à une représentation culturelle ancienne de la psychiatrie
- Accès aux soins semble parfois plus facile que l'accès au diagnostic.
- Liens entre sanitaire et médico-social à la sortie d'hospitalisation
- Le cloisonnement entre la neurologie et la psychiatrie, chaque discipline se renvoyant l'une vers l'autre, avec des résidents « pris au milieu » : certains résidents peuvent à la fois avoir des problèmes neurologiques et psychiatriques...
- Des hospitalisations trop fréquentes parce que trop courtes : les résidents sortent du Centre Hospitalier du Rouvray alors qu'ils ne sont pas encore stabilisés. En outre, ces sorties prématurées peuvent avoir un effet négatif en parallèle : la tentation d'augmenter le nombre de Soins à la Demande d'un Tiers (anciennement HDT) pour s'assurer d'une hospitalisation plus longue...
- Des problèmes de communication lors des sorties d'hospitalisation (pas de compte-rendu des hôpitaux, sorties non organisées...)
- L'absence de places en Résidence Accueil ; Des critères d'admissions trop restrictifs en Résidence Accueil, notamment pour des personnes qui présentent des poly-addictions (alcool etc...) en plus de la pathologie psychiatrique.
- Difficulté d'hospitalisation du parent dans les familles monoparentales avec des enfants à charge

### Constats spécifiques

#### Migrants

- Accompagnement des personnes d'origine étrangère en voie de régularisation difficile (traduction, compréhension des représentations culturelles, transculturalité)
- Refus de personne de poursuivre les soins suite au manque de compréhension culturel

#### Aidants-Grand public

- Sensibilisation des aidants familiaux et de la société aux soins psychiatriques

#### Détenus

- Suivi du soin et préparation à la sortie du milieu carcéral

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Renforcer les formations sur les troubles psychiques des professionnels des parcours (travailleurs sociaux, psychologues, professionnels des ESMS...)
- ➔ Communiquer sur les territoires d'intervention des services de prise en charge ambulatoire de la psychiatrie, les équipes mobiles
- ➔ Articuler les travaux du PTSM avec la PTA pour les situations complexes
- ➔ Proposer des antennes des PASS sur les territoires ruraux
- ➔ Déstigmatiser en proposant des journées portes ouvertes sur les CMP, hôpitaux de jour

## Personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées en souffrance psychique est préoccupante, un axe spécifique devra être introduit dans le PTSM.

### Diagnostic et prise en charge difficile sur les lieux de vie

#### Accès à l'offre

- Problème de mobilité des personnes âgées pour bénéficier d'une évaluation psychiatrique en CMP ou à l'hôpital
- Nécessité d'évaluation au domicile pour les personnes âgées n'ayant pas la possibilité ou la volonté de consulter dans des lieux spécialisés.
- Manque de moyens pour déployer l'équipe mobile auprès de tous les EHPAD du territoire : 25 EHPAD sur liste d'attente pour bénéficier de l'expertise de l'équipe mobile
- Difficulté de symptomatologie psychiatrique des Personnes Agées en consultation

#### POINTS FORTS DU TERRITOIRE

- *Formation Psychiatrie Personnes Agées à destination des professionnels du GHT.*
- *Participation du service psychiatrie personnes âgées ou de certains CMP au sein des commissions pluridisciplinaires de certains CLIC (ceux de la Maia Rouen Rouvray, du Cailly et d'Elbeuf)*
- *Service psychiatrie personnes âgées (du centre hospitalier du Rouvray) composé de :*
  - *Centre de jour MONOD*
  - *Unité d'hospitalisation MATISSE*
  - *Equipe Mobile Psychiatrie pour Personnes Agées en EHPAD (des EHPAD bénéficiaires très satisfaits du soutien de l'équipe mobile)*
  - *Unité de liaison et de consultation*
- *Visite à domicile en résidence autonomie CCAS de Rouen*



## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Développer l'intervention de l'Equipe Mobile Psychiatrique Pour Personnes Agées (EMPPA) au sein de tous les EHPAD du territoire (avec télémedecine)
- ➔ Elargir les missions de l'EMPPA au domicile à l'échelle du territoire des 2 MAIA (avec appui de la télémedecine)

## Proposition

Faire le lien avec le projet d'une équipe médicale de territoire du groupement hospitalier de territoire (coordination des équipes mobiles existantes : gériatrie, soins palliatifs, PSY PA, EMED...)

## Des formations et coopération à développer

**Manque de formation auprès des professionnels intervenants auprès des Personnes Agées** sur la santé mentale et de connaissance des services de soins en psychiatrie.

- Saturation du service psychiatrie personnes âgées pour répondre à l'ensemble des besoins de formation (manque de temps)
- Selon enquête menée auprès des professionnels du domicile en 2017 (SSIAD, CLIC, services à domicile...), 71% éprouvent des difficultés dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles de santé mentale diagnostiqués ou supposés.

**Besoin de bénéficier de l'avis de la psychiatrie pour étudier les situations complexes** présentées dans les commissions pluridisciplinaires du territoire

- Distance et moyens humains ne permettant pas à la psychiatrie de participer à toutes les CP du territoire (notamment les CLIC concernés par la sectorisation psychiatrique : CLIC des MAIA Nord de Seine, Bresle et Bray et Caux Aistreberthe)

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Développer des sensibilisations
  - au repérage des troubles de santé mentale des personnes âgées et sur les services de psychiatrie aux professionnels du domicile pour personnes âgées.
  - Sur la reconnaissance des spécificités des services psychiatrie personnes âgées
- ➔ Généraliser la participation de la psychiatrie au sein des commissions pluridisciplinaires des CLIC (télémedecine ?)

# SITUATIONS INADEQUATES

## Définition

### SITUATIONS INADEQUATES

- « Personnes immobilisées dans une situation accompagnée ou non alors qu'un autre type de prise en charge serait plus adapté »
- « Identification des dysfonctionnements dans les prises en charge et dans les coordinations. En particulier, pour les personnes qui nécessitent une articulation entre plusieurs structures ou services »

Les acteurs du groupe ont analysé les situations d'inadéquation d'une part par thématique mais aussi par public. En effet, si certaines causes d'inadéquation sont communes, d'autres sont spécifiques pour certains publics comme les jeunes, les personnes âgées ou les personnes avec des addictions.

## Des publics avec des vulnérabilités spécifiques

### Les jeunes

Trois sous populations ont été identifiées avec des risques de rupture de parcours ou de situations d'inadéquation différents : les 13-18 ans, les 18 – 25 ans et les mineurs non accompagnés (MNA)

- **Interrogations préliminaires d'acteurs :**

L'éducation nationale repère chez de très jeunes enfants scolarisés une souffrance psychique, impression d'une montée en puissance de nouvelles situations qui mettent à mal les familles et les enseignants. Beaucoup d'enfants migrants sont traumatisés, la barrière de la langue ajoute une difficulté supplémentaire. Il est compliqué de réintégrer dans le cursus scolaire des enfants après une longue hospitalisation. Difficile également de favoriser l'accès aux soins d'enfants dont les parents sont eux-mêmes malades.

Les associations de famille et de représentants d'usagers constatent que beaucoup d'adolescents arrivent en service adultes. En effet, le pôle enfants-adolescents du CH du Rouvray comprend 3 services de pédopsychiatrie, une unité sur le CHU, une unité régionale d'hospitalisation de 8 lits pour toute la Seine-Maritime et l'Eure. Les soignants témoignent également de situations inadéquates avec des enfants qui arrivent aux urgences, par manque de consultation sur le secteur, des mineurs hospitalisés dans les services adultes, des enfants stabilisés mais qui attendent des places dans des structures adaptées.

- **Analyse des causes partagées :**

- Problèmes d'accès aux soins liés à l'identification des troubles psychiatriques, et aux difficultés multiples d'accès à l'enseignement, à la formation et à l'emploi.
- Accès et maintien dans le logement adapté difficiles

- Absence de coordination des acteurs du parcours
- Difficultés d'articulation avec le droit commun
- Problèmes d'ouverture des droits

#### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Prise en charge plus précoce des troubles
- ➔ Développer l'axe prévention
- ➔ Mettre en place une coordination des acteurs (en réseau), par la MDA coordonnateur réseau (chargé de mission) ou sur le modèle gestionnaire de cas des CLIC et des MAIA
- ➔ Développer des dispositifs d'accès au logement adapté
- ➔ Créer de nouvelles places en service d'accompagnement logement et vie sociale
- ➔ Améliorer l'offre de soins de réhabilitation

### Les personnes vieillissantes isolées

#### ■ Interrogations préliminaires d'acteurs :

Les acteurs de la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées sont confrontés régulièrement à des personnes présentant des troubles psychiatriques. Les équipes ne sont pas formées et donc très en difficulté au quotidien, Comment accompagner ? Comment s'articuler avec les services de psychiatrie ?

Les auxiliaires de vie interviennent sur le champ du handicap à domicile auprès d'un public de personnes âgées peuvent être en difficulté quand il n'existe pas de suivi ou que la personne refuse toute orientation vers le soin c'est difficile. Souvent ces personnes sont isolées sans étayage familial. En revanche, quand la personne est connue des services de psychiatrie et qu'il existe un suivi, la prise en charge ne pose pas de difficulté,

Beaucoup de personnes en souffrance accueillies en structure d'accueil d'urgence (CHRS) ne sont pas connues des services psychiatriques. L'Unité Mobile Action Psychiatrique Personnes Précarisées (UMAPP) peut proposer des consultations et des hospitalisations quand c'est nécessaire, mais pour d'autres personnes, l'orientation est difficile.

Des responsables de foyer d'hébergement qui accueillent déjà beaucoup de personnes malades et souvent des personnes vieillissantes avec un handicap mental. Les professionnels doivent demander des consultations en urgence à l'UNACOR. Comment prévenir ces situations ?

Un service du CH du Rouvray de 60 lits est confronté à des hospitalisations très longues par manque de places en EHPAD, en ESMS, en appartements....

Les services de psychiatrie sont saturés donc peine à répondre aux demandes.

#### ■ Analyse des causes partagées :

- Problèmes d'isolement des personnes âgées.
- Difficultés multiples d'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Homogénéisation de la prise en charge des personnes âgées autonomes sur l'ensemble du territoire

## Les personnes avec des addictions

### ▪ Interrogations préliminaires d'acteurs :

Dans les CSAPA le public cumule souvent des problèmes d'addiction et des troubles psychiatriques. Les sorties d'hospitalisation sont difficiles à gérer, la communication est souvent difficile.

Les unités de préparation à la sortie permettent un travail en amont, mais la problématique des addictions prend beaucoup de place, difficultés de réponses, multiplication des personnes qui consomment, intolérance du voisinage, situations très difficiles à gérer.

### ▪ Analyse des causes partagées :

Absence d'accès à un avis psychiatrique rapide qui permettrait le maintien dans le dispositif de suivi, d'hébergement ou de logement des personnes.

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Faciliter l'intervention d'équipe mobile de psychiatrie en addictologie (dans les CSAPA)
- ➔ Renforcer les CMP

## Organisation d'un suivi coordonné entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

### Identification des acteurs de prise en charge

Des situations ont été évoquées ou malgré une prise en charge en santé mentale, l'accompagnement sur un logement individuel nécessite d'identifier une structure pouvant mobiliser les capacités de la personne et l'accompagner à l'autonomie.

- L'orientation pour des personnes présentant des besoins spécifiques en matière d'autonomie reste complexe
- Une inadéquation de certaines orientations au sein même des dispositifs médico-sociaux est constatée
- La complémentarité des prises en charges et des accompagnements pose question

## PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Améliorer le niveau d'information des professionnels quant aux structures alternatives à l'hospitalisation
- ➔ Créer et diffuser un annuaire commun qui regrouperait l'ensemble des structures (type celui d'Asso santé)
- ➔ Inciter le conventionnement entre structures/organismes pour éviter la personification des liens et du travail de réseau (arrêt au changement de personne)
- ➔ Favoriser le partage et la mutualisation des informations lors des partenariats
- ➔ Généraliser les structures type atelier st claire
- ➔ Créer une commission mixte sanitaire, sociale et médicosociale (type guichet unique ou élargissement des compétences de la Commission de l'Orientation vers le Logement Adapté)

## La spécificité des 18-20 ans

- La situation des personnes entre 18 et 20 ans sortant de l'Aide Sociale à l'Enfance, est parfois difficile. Les jeunes sont souvent confrontés à la réalité du secteur adulte de manière brusque. En effet, la prise en charge ASE est constituée de présence éducative renforcée alors que le secteur adulte offre moins de temps de présence médico-social ou soignant.
- La qualité de la transmission des informations entre les secteurs enfants, adolescents et adultes est interrogée. Un travail sur la transition est nécessaire. En effet, un jeune adulte sortant de l'ASE, sans réelles expériences d'autonomie préalables, peut être directement confronté «au monde du travail» via un accès en ESAT ou à une prise d'autonomie rapide via l'accès à un logement (protégé ou non).
- Concernant la politique du Département en matière d'aide sociale à l'enfance pour qui «ces jeunes sont l'affaire de tous » mais renvoie le plus souvent vers les missions locales insuffisamment outillées pour les accueillir.
- Pour l'ouverture des droits, les délais sont souvent longs et fastidieux, notamment quand il s'agit de l'obtention d'une mesure de protection juridique ou de l'attribution d'allocations comme l'Allocation Adulte Handicapé Il s'agit pourtant de préalables nécessaires afin d'éviter l'inadéquation de certaines demandes (demandes de logement protégé/associatif ou non, sans ressources, sans mesure de protection pour des personnes jeunes et souvent en grandes difficultés quant à la gestion d'un budget. De plus, une ouverture de droits plus précoce permettrait d'éviter la mise en danger de ce public (prostitution...).
- Il semble que de nombreux jeunes majeurs sortants de l'ASE se retrouvent à la rue : jeunes majeurs sans ressources et sans activités professionnelles. Comment recenser en amont ces situations ? A-t-on une idée du nombre de jeunes majeurs, entre 18 et 21 ans, actuellement sans domicile fixe, à la rue ? Existe-t-il des statistiques à ce sujet sur le territoire ?

## PISTES DE REFLEXION ET D'AMELIORATION

- ➔ Créer un service de soins de suite ou d'un service d'accompagnement renforcé en matière de logement pour répondre aux besoins spécifiques de ce public. Aujourd'hui la réponse du Département repose sur les services existants tels que le SAVS ou le SAMSAH (qui ont des durées d'accompagnement limité)
- ➔ Mettre en place des logements en ALT (allocation logement temporaire/DDCS) pour de jeunes majeurs sans solutions (arrivent au CCAS avec leurs valises) ou possibilité de nuitées d'hôtels. Identification de populations/familles fragilisées ou qui vont rencontrer de telles difficultés dans leur environnement direct qu'elles risquent de développer des troubles.

## La prise en charge sanitaire

- Le pôle de psychiatrie est confrontée au quotidien à la sur occupation des unités de soins et la difficulté de trouver des places en aval de l'hospitalisation. Expérience de travail sur le secteur, nécessité de créer des liens avec les structures médico-sociales pour développer des partenariats au bénéfice des patients
- Des patients sont hospitalisés faute de place dans le médicosocial
- Difficultés de prise en charge somatique des patients suivis en ambulatoire avec des problématiques de santé mentale et de handicap psychique
- Isolement des personnes âgées avec des troubles psychiques qui limite l'accès aux soins
- Accès difficile à la prise en charge des personnes cumulant des vulnérabilités psychique et d'addiction

### ACTIONS REMARQUABLES

*Un CCAS a mis en place un service de logements en allocation logement temporaire (ALT/DDCS) pour de jeunes majeurs sans solutions (arrivent au CCAS avec leurs valises) ou possibilité de nuitées d'hôtels. Identification de populations/familles fragilisées ou qui vont rencontrer de telles difficultés dans leur environnement direct qu'elles risquent de développer des troubles.*

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Renforcement des CMP, des équipes mobiles de psychiatrie (notamment en addictologie)
- ➔ Homogénéisation de la prise en charge des personnes âgées autonomes sur l'ensemble du territoire

## Organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale

### Rappel préliminaire sur la notion de handicap psychique

La notion de handicap psychique défendue par l'Unafam, a été retenue dans la loi du 11 février 2005 dite loi sur le handicap. Elle permet aux personnes malades, et à leur entourage, de sortir d'une longue période où la maladie et le handicap n'étaient pas reconnus

## Définition

**Le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales.**

Le handicap psychique se distingue du handicap mental de la façon suivante :

- le **handicap mental** résulte le plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évolue pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérée.
- le **handicap psychique**, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est non stable et son évolution reste sujette à de très nombreux paramètres. Si aucun médicament n'a montré d'efficacité sur le handicap psychique, la maladie mentale qui lui est associée, nécessite dans la quasi-totalité des cas d'un traitement psychotrope. Par contre, de nombreuses techniques et stratégies non médicamenteuses permettent la réadaptation de différentes fonctions intellectuelles (réhabilitation psychosociale).

Le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies :

- les psychoses, et en particulier la schizophrénie
- le trouble bipolaire
- les troubles graves de la personnalité (personnalité border line, par exemple)
- certains troubles anxieux graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs)
- parfois des pathologies comme les traumatismes crâniens, les pathologies vasculaires cérébrales et les maladies neurodégénératives peuvent s'accompagner du handicap psychique.

Dans le handicap psychique, c'est l'utilisation des fonctions intellectuelles, comme l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'un acte, la possibilité de communiquer de façon participative, de mémoriser, de concevoir les réactions des autres... qui est en cause. Ceux-ci, associés à la non reconnaissance des troubles, à la dénégation (le déni), à l'absence de participation sociale compliquent la prise en charge.

- La situation de handicap rend la vie difficile pour la personne malade et son entourage. Cinq domaines de la vie courante sont à prendre en considération au quotidien pour évaluer l'importance du handicap :
  - la capacité à prendre soin de soi
  - à établir des relations durables
  - à se former et à assurer une activité
  - à se maintenir dans un logement
  - à organiser une vie sociale et des loisirs
- La connaissance des particularités de la situation de handicap psychique permet d'aider la personne malade à faire des projets et à retrouver une place parmi les autres.

- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) gère l'ensemble des prestations accordées aux personnes handicapées, enfants ou adultes.
- Concernant le traitement médicamenteux, aucun traitement n'aura d'impact sur le handicap. **Toutes les stratégies de soins vont donc se concentrer sur des entraînements pour tenter de récupérer « ce qui a été perdu », c'est-à-dire les compétences de la personne lésées par la maladie et c'est le sujet de la réhabilitation psychosociale.**

### L'offre de réhabilitation psychosociale

- L'offre de réhabilitation reste très peu homogène sur le territoire ce qui entraîne des difficultés et une inégalité d'accès à la réhabilitation psychosociale. Une cartographie de l'offre de réhabilitation serait utile, les travailleurs sociaux semblent avoir une connaissance très partielle du handicap psychique et peu accès à l'information sur l'offre territoriale de soins.
- Les liens partenariaux entre les médecins psychiatres des établissements et les médecins généralistes semblent insuffisants. Il en découle un manque d'informations sur le parcours santé de l'utilisateur. L'organisation d'un suivi coordonné autour du dossier médical partagé est importante

#### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Permettre l'accès à la réhabilitation psychosociale de tous les patients en besoin de celle-ci

## Organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

L'accès au logement est un droit fondamental.

### L'accès au parc social

Pour les bailleurs sociaux, il existe une paupérisation du public locataire du parc social. Dans les années 30, c'était les familles ouvrières qui constituaient la quasi-totalité du public accueilli dans le parc social.

Les travailleurs sociaux chez les bailleurs publics ont peu de liens avec les équipes soignantes ou les travailleurs sociaux des autres structures, hormis quand il s'agit de demandes de logements.

Certains bailleurs sociaux s'interrogent sur la responsabilité sociale de maintien dans le logement de personnes malades qui perturbent la collectivité. Etablir des partenariats est nécessaire pour favoriser le maintien dans le logement.

### Logement thérapeutique, associatif

Concernant le logement thérapeutique, il est précisé que ni le CH du Rouvray ni l'association la Clé ne sont dotés de l'outil d'appartement thérapeutique notamment en raison du prix de journée important (la personne est considérée comme hospitalisée, temps de présence soignant en continu...). Il s'agit d'appartements associatifs, protégés ou renforcés en soins (passage infirmier régulier) et la thérapeutique est organisée par les services de soins, via le projet de soins de la personne (Hôpital de jour...).



Les appartements situés au Centre Hospitalier du Rouvray ou sur les Hauts de Rouen ainsi que la totalité des logements de l'association la Clé ne sont pas des logements thérapeutiques à proprement dit, même s'il y a un temps soignant important et continu (présence sur WE) sur certains de ces logements (HDR, Le Relai...). Les appartements sur les Hauts de Rouen ont fait l'objet d'un projet de service sur le constat qu'il était très difficile de faire accéder à un logement de droit commun des personnes suivies en psychiatrie et pour lutter contre la situation chronique de sur occupation au CH du Rouvray. Un travail de partenariat a été engagé avec l'association La Clé, Le CH du Rouvray et Habitat 76, le bailleur (pour 6 logements).

Certains logements sont dotés de temps d'ergothérapie. Il s'agit d'un travail essentiel qui permet d'éviter des ré hospitalisations et permet aux bénéficiaires de travailler sur les praxies quotidiennes.

La question de la stigmatisation du public accueilli demande un accompagnement, un travail a été mis en place par l'équipe soignante sur les Hauts de Rouen avec le gardien de l'immeuble afin d'éviter toutes stigmatisations des sous-locataires. (Réunions régulières avec le gardien, dans les locaux d'habitat 76, travail organisé par la cadre de santé du CMP). Les travailleurs sociaux de l'association la Clé sont aussi régulièrement confrontés aux problèmes de stigmatisation du public (troubles du voisinage, pétitions pour demander l'exclusion de personnes dans certaines résidences ou immeubles, incompréhension de certains comportements...). Le travail de lien reste très difficile à mettre en place sur le parc privé, avec des agences immobilières, pas de possibilité de trianguler avec un travailleur social dans le privé. Il est plus facile de travailler dans ce cadre avec les bailleurs sociaux (présence de CESF chez la quasi-totalité des bailleurs sociaux).

#### PISTES D'AMÉLIORATION

- ⇒ Eviter les ruptures de soins psychiatriques dans les logements.
- ⇒ Equipe mobile ?

## Organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi

- Manque de connaissance et de visibilité des partenariats existant (ex du partenariat entre l'ADAPT, CAP Emploi et le CH du Rouvray)
- Certaines entreprises d'insertion seraient prêtes à émettre des offres à conditions que l'accompagnement des personnes soit contractualisé avec les différents partenaires/intervenants qui accompagnent déjà la personne.
- Les personnes demandeuses et en situation de handicap psychique sont souvent stigmatisées dans le cadre de l'accès à l'emploi, parfois même par les propres professionnels chargés de l'accompagnement.
- La complémentarité soin/travail reste une question.
- La loi sur les 6% d'obligation d'emplois adaptés pour certaines entreprises ne semble pas toujours appliquée. Les acteurs de terrain pensent que cette loi est «en danger» ou qu'elle sera remaniée. L'exemple de l'entreprise Ferrero est cité.
- Les chargés d'insertion ont la mission de travailler au plus près avec les grands groupes ou les entreprises pour favoriser l'accès à l'emploi du public en situation de handicap psychique.
- L'UNAFAM témoigne d'une visite d'un établissement sur Paris qui accueille un public jeune en situation de handicap psychique avec un axe fort de travail autour de l'accès à l'emploi.

## **Organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives**

Les structures qui peuvent accompagner ces accès à la citoyenneté et à la culture, loisir et sport sont notamment les Gem (groupe d'entraide mutuelle) sur Yvetot et sur Elbeuf, les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale), les Samsah (Service d'accompagnement médico-social pour adultes Handicapés -Rouen Elbeuf Yvetot) et les SADS (service d'aide à domicile spécialisé). Mais certains de ces services sont saturés

Une cartographie de ces services serait utile.

## **Organisation du soutien aux familles et aux proches aidants**

Les associations d'aides aux proches et aux familles telles que l'UNAFAM semblent bien identifiées. Néanmoins, il y a un manque de représentants sur le territoire.

Un travail de partenariat est mis en place avec les équipes soignantes et les médecins du CH du Rouvray pour aider à faire connaître ces associations auprès des familles de personnes hospitalisées / suivies en psychiatrie.

Il n'existe pas d'annuaire identifié qui recense toutes les associations de ce type sur le territoire.

### **PISTES D'AMÉLIORATION**

- ➔ Elargir l'accès aux programmes tels que Profamille, autisme...
- ➔ Informer, former pour déstigmatiser
- ➔ Généraliser les offres de répit

# Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

## Les constats généraux des acteurs

### Parcours global des personnes

Il y a beaucoup d'inquiétudes sur le suivi du parcours global des personnes. La collaboration est assez positive entre le sanitaire et le médico-social. Il y a des enjeux de compréhension mutuelle pour avoir un suivi coordonné. Une dynamique entre les associations est à établir dans l'intérêt des personnes que nous accompagnons.

Les liens sont encore insuffisants mais il y a beaucoup de changements depuis la loi de 2005. Des liens restent à construire pour les personnes vieillissantes.

Il y a néanmoins un problème de fluidité dans le parcours de soins. Les partenaires de terrain sont limités. Le réseau est saturé parce qu'on sollicite souvent les mêmes personnes.

Il y a de manière générale une meilleure collaboration entre les structures.

L'appui des organismes de tutelle est précieux pour faire avancer les dossiers.

L'inclusion des personnes porteuses d'un handicap psychique se fait assez bien.

Le secret médical partagé est une avancée qui permet d'améliorer et d'accélérer l'efficacité des prises en charge.

On peut être réintégré en milieu ordinaire même avec une pathologie installée.

- Une nécessité de poursuivre l'information sur l'ensemble des structures existantes ainsi que leurs orientations. Chaque acteur ayant une connaissance partielle du réseau mais pas total. Etablir une cartographie exhaustive et actualisée des différents partenaires et communiquer sur les parcours possibles pour les usagers
- La nécessité de fluidifier le parcours de la personne a été évoquée de nombreuses fois : gagner en réactivité et éviter les ruptures de prise en charge sont des enjeux partagés par tous. Différents freins sont évoqués : contrainte de tarifications (cloisonnement des financements), complexité du dispositif, problème de manque de passerelles d'une structure à l'autre, complexité d'accueil de population avec des handicaps divers (cohabitation de publics différents), contraintes d'efficacité de certaines structures, difficultés de partage d'informations (secret partagé) dans un souci de meilleure prise en charge...
- Les difficultés liées au manque de structures d'aval à tous les niveaux entraînant une saturation des capacités d'accueil de toutes les structures et des délais d'attente importants dans l'obtention d'une place.

Les publics ont évolué dans les structures, notamment dans les ESAT (établissement et service d'aide par le travail). Il y a plus de MAS (maison d'accueil spécialisée) aussi. Les pratiques quotidiennes ont changé. Il y a davantage de personnes relevant de suivis psychiatriques. Les publics d'ESAT nécessitent du temps aménagé mais les places sont limitées. Il y a un besoin de professionnel formé à la psychiatrie. Le public se retrouve en échec d'inclusion faute d'un accompagnement adapté. Les personnes reviennent alors dans les structures.

Les personnes suivies en psychiatrie ont besoin d'être stabilisées avant l'emploi. Le monde du travail doit s'adapter à leur fonctionnement. Il y a beaucoup de fausses représentations.

## Les freins dans le parcours

- Chaque structure a ses propres contraintes. Il serait bénéfique qu'elles soient identifiées afin d'améliorer la coopération.
- Les prix de journée sont des leviers qui pourraient être levés assez facilement s'il y avait une cohérence entre les structures. Il pourrait y avoir une amélioration financière en étudiant les temps d'accueil médico-sociaux et les temps de prise en charge hors les murs.
- Une des pistes d'amélioration serait le temps partagé de professionnel mieux organisé.
- Le handicap psychique est différent de la déficience mais ils sont associés aux mêmes problématiques parce qu'il n'y a pas d'autres solutions.
- Pourquoi refaire les dossiers MDPH tous les deux ans ? Les procédures sont des freins qui pourraient être faciles à lever. Certains troubles ne changeront pas et c'est inutile de refaire les dossiers.
- Les personnes sont souvent très mal accueillies dans le droit commun. Heureusement que des travailleurs sociaux accompagnent les personnes aux rendez-vous.
- Comment viennent les personnes dans les structures ?
- Le premier interlocuteur est souvent le médecin, le pharmacien. Il y a des incompréhensions sur où aller pour se faire aider. Il devrait y avoir un stage obligatoire en psychiatrie en médecine générale.
- Quand il y a une situation de crise, le sanitaire prend en charge les limites du médico-social qui est tellement embolisé qu'il n'a plus le temps de prévention. Plein de situations peuvent être prises en charge sans psychiatre.
- Plus de places dans les MAS. Il y a de plus en plus de départ pour le Belgique.

## Pour les personnes en souffrance psychique et leurs familles :

- L'explication aux malades de quelles pathologies ils souffrent pour mieux comprendre et accepter est insuffisante.
- Les familles attendent beaucoup.
- Les prises en charge en ambulatoire sont insuffisantes.
- La reconnaissance des taux d'invalidité est à revoir au vu des conséquences au quotidien pour les personnes. Le handicap psychique est une spécificité invalidante.

## Le besoin de formation:

- Nécessité de travailler sur les représentations du handicap psychique, de la pathologie psychiatrique afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge de ces populations. Ce travail est évoqué comme nécessaire au niveau sociétal mais également au niveau des professionnels du réseau, des besoins en formations spécifiques pour les professionnels de terrain semblent également importants.
- Besoin identifié de formation pour les intervenants ou les aidants. Compétences à développer, points de vigilance sur l'isolement de professionnels qui interviennent au domicile des personnes – difficultés multiples – problématique neurodégénérative / violence / refus de soin... Accompagner les intervenants auprès des publics notamment les personnels peu diplômés (aides à domicile, auxiliaires de vie...).
- L'importance des formations est unanime.
- Créer une plaquette d'information.
- L'ARS (agence régionale de santé) devrait mener une politique vers le grand public, l'opinion publique.

## Décloisonnement et coordination

- Attentes exprimées concernant la création pour certains services de professionnels type « gestionnaire de cas ». Le « case management » qui existe dans la gestion de situations complexes pour les personnes âgées semble peu ou pas développer dans la prise en charge des situations de handicap. A développer – là encore mise en avant d'inégalité des territoires : Pays Caux / Pays Bray / Agglomérations Rouen / Le Havre.
- Constat de cloisonnement entre le médical / le social : dans certains cas, tendance à apporter une réponse médicale rapide au détriment d'un travail social – Notamment dans la prise en charge des enfants en difficulté. Trop peu d'interventions éducatives – il est plus facile d'orienter les situations vers une réponse médicale !
- Réflexion autour des durées d'hospitalisation : certains diront des durées parfois trop longues, et d'autres des durées parfois trop courtes. Nécessité de travail partenarial en amont, pendant et après les hospitalisations. Besoin important de suivi sur l'après hospitalisation. Nécessité de coordonner plusieurs acteurs : le médecin hospitalier, les dispositifs qui accueillent les personnes (exemples les structures d'hébergements – CHRS / Centre d'accueil d'urgence / CSAPA...)
- Besoin identifié par les participants de créer de la coordination entre les acteurs, fluidifier les relations professionnelles, rendre lisible les partenariats, les réseaux.

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Populations vulnérables
  - Les « invisibles » - Comment travailler auprès de ceux qui ne demandent pas d'aide, qui ne renouvellent pas leur demande, qui sortent des dispositifs (parfois avant même d'y être entré) ?
  - Les populations migrantes : Quelle offre de soins spécialisés / prise en compte de problématiques particulières / accès aux droits / les mineurs isolés... Problématique de la langue, de situations administratives bloquées...
- ➔ Différents niveaux de territoire
  - Territoires métiers (sanitaire / éducatif / médical / psychiatrique / travail adapté / hébergement...).
  - Territoires administratifs: la ville / le département / l'hôpital / les territoires ruraux...
  - Territoires versus mobilité: des usagers, des professionnels
- ➔ Lourdeur administrative : besoin de simplification, d'homogénéisation
- ➔ Saturation et lisibilité des dispositifs

## L'accès aux droits des personnes en situation de handicap (MDPH)

### Problématique des parcours et leurs causes

- Le problème de fluidité est récurrent pour les structures
- Les périodes d'évaluation sont à recommencer à chaque demande de notification
- Il est indispensable de faire plusieurs demandes de notifications différentes dans certains cas au vu du parcours, des possibilités et du temps de maturation du projet de vie des personnes suivies. En effet, les projets de vie adulte engagent sur du long terme et le choix d'orientation se veut être au mieux pour la personne

- Mise en avant de la notion de temporalité, la longueur des instructions / attente longue de réponses qui bloquent la mise en place des projets pour la personne (exemple demande MDPH, délais d'entrée dans les dispositifs après notification MDPH...). Ces délais impactent directement les personnes dans l'accès aux droits, aux orientations. D'autant que les situations évoluent.
- La complexité, la lourdeur de l'instruction des démarches (exemple l'instruction du dossier MDPH qui comprend 28 feuillets – très techniques). Nécessité que la demande soit accompagnée par un professionnel, ce qui pose des difficultés pour par exemple des adhérents d'un GEM qui ne sont pas toujours accompagnés dans les différentes démarches qui sont souvent complexes et associent plusieurs administrations – exemple dans le domaine de l'insertion professionnelle : qui est mon référent / qui est le bon interlocuteur / qui fait quoi ?
- En lien avec cette lourdeur : le constat que les dossiers pour les demandes d'établissements spécialisés ne sont pas harmonisés. Aujourd'hui, chaque établissement demande son propre dossier. Question autour de la possibilité de mise en place d'un DOSSIER UNIQUE.
- Les familles démunies rencontrent des difficultés de constitution et d'accompagnement des dossiers.
- Les délais d'accès aux CMP / CMPP peuvent être dus au temps médical qui peut être pallié en partie par des entretiens avec des paramédicaux. Cela reste variable d'un CMP / CMPP à un autre voire en fonction du lieu sur le territoire. Il faut se poser la question de l'orientation : tout doit-il être adressé aux CMP ?
- La priorité 1, donnée par la MDPH, est prise en compte pour l'admission. Cependant, des fois le handicap ne correspond pas à l'agrément. Il semble y avoir un manque d'identification (et/ou de connaissance) des structures.
- Notifications MDPH sont multiples – Pour les structures accueillantes quelle notification retenir ?
- Lenteur de la procédure MDPH pour APA et PCH
- Sortie d'hospitalisation peu préparée en raison de l'absence de consentement, du manque de coordination entre CMP, psychiatre et les médecins généralistes
- Il y a des difficultés à mettre fin aux prises en charge du SAMSAH parce que les personnes sont rassurées avec cet accompagnement et elles vont devoir faire « seule » ou avec l'aide d'un SAAD.
- Le temps d'approvisionnement au travail est plus long avec un handicap psychique même pour les interventions journalières d'un service à domicile.
- Le service de tutelle se retrouve sans solution dans certaines situations.
- Difficultés de compréhension pour les familles en fonction des choix d'orientation de la MDPH.
- Il est important que les dossiers soient détaillés pour que la MDPH puisse décider avec le plus d'éléments possibles. C'est à la personne référente du dossier de s'assurer que le dossier est suffisamment complet, sans devinette, en exposant même les évidences pour une totale compréhension de la situation et des besoins de la personne. Il serait peut-être souhaitable que tous les documents soient centralisés par le référent pour être ensuite transmis à la MDPH pour éviter les pertes de temps d'égarement des documents.
- Il faut rester vigilant à la discrétion concernant les dossiers quand ils sont ouverts.
- Avoir des outils d'évaluation communs permettrait d'acquérir une compréhension mutuelle tout en évitant de multiplier les dossiers à remplir

## Les réponses qui donnent satisfaction sur le territoire

- Mise en place de l'outil DEFACTO de la MDPH

L'outil DEFACTO (logiciel de saisie des entrées, de suivi et de sorties). Il a été enrichi depuis les 5 dernières années. Il donne accès à l'établissement (IME, SAVS, SAMSAH...) et aux listes d'attente par établissements. Cela demande aux établissements de 'jouer le jeu' et de bien le renseigner pour garantir l'exhaustivité des renseignements. Il rappelle aussi l'état de la notification. Il rappelle le parcours de l'usager ce qui peut faire gagner du temps. La demande d'accès au logiciel (départemental) se fait auprès de la MDPH. On trouve des similitudes avec l'outil TRAJECTOIRE, plus pour les personnes âgées. Il pose les mêmes problèmes de mise à jour. Sur cet outil seul le médecin peut notifier la sortie, ce qui demande une communication importante. Le dossier est instruit sur TRAJECTOIRE contrairement à DEFACTO. Il serait intéressant de prévoir un lien entre ces deux outils similaires. Il manque donc un outil d'instruction des dossiers. Les informations n'y sont pas détaillées, ce qui interroge sur la pertinence de son utilisation. Les freins de cet outil sont les écarts de listes entre les structures et la MDPH. Il est limité au 76. Le dossier est fastidieux à remplir avec tous les renseignements (dates de stages...). La multiplication des dossiers à déposer pour chaque demande serait peut-être à alléger.

- Pour les situations critiques, il y a une réactivité à deux semaines.
- L'outil GEVA est un guide d'évaluation des besoins pour les 16-20 ans. Une structure l'utilise pour le suivi des enfants à partir de 6 ans afin de gérer au mieux la cohérence des informations à collecter, pour optimiser la communication et faciliter l'instruction des dossiers qui se trouve ainsi plus précis. La couleur de la MDPH est noire et la structure complète en bleu sur le même document.
- Service d'Aide à Domicile Spécialisée créé en 2018, spécifique et rare qui a besoin de soutien financier

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Besoin d'instruction des dossiers afin de combler le manque d'information pour les professionnels
- ➔ Mise en place d'une plateforme nationale ou départementale dans le cadre d'une recherche d'hébergement adapté tel que « Trajectoire »
- ➔ Priorisation des situations à la MDPH, travail sur une identification des structures au moment de l'instruction des dossiers
- ➔ Former les professionnels de la MDPH
- ➔ Suivi ambulatoire en sortie d'hospitalisation incluant le soin et les dimensions médico-sociales et sociales création de duo sanitaire et social

## Accompagnement

### Les réponses en termes d'accompagnement qui donnent satisfaction sur le territoire

- Sur le territoire il y a des SAMSAH spécialisés en psychiatrie (La Clé et APF) et des SAVS. Il y a un SAMSAH spécialisé autisme à l'IDEFHI. Prise en charge du SAMSAH en institution, peut-être possible si projet de sortie. En revanche, il y a beaucoup de demandes et peu de place malgré le tun-over. Temps de suivi est renouvelable. Un SAMSAH spécialisé jeune pourrait être innovant.
- Lien entre les équipes et les proches pour soutenir la personne dans la réalisation de son projet de vie. Le partenariat est indispensable pour atteindre les objectifs fixés pour la personne
- L'UMIT est réactif quand ils sont interpellés par les tuteurs par exemple

## Les points de rupture et leurs causes

- File active importante mais il est nécessaire de limiter le nombre de personnes suivies pour continuer à faire le travail
- Expliquer régulièrement les particularités de chacun pour mieux travailler ensemble
- Augmenter les collaborations entre structures
- Manque de souplesse pour revenir en arrière en cas d'échec dans l'évolution des prises en charge. Il faut attendre de nouveau une place.
- La toxicomanie est un frein pour accéder aux soins somatiques, psychologiques ou de logement. Quand les personnes sont hospitalisées, il n'y a plus de lien. Le travail via le CARRUD sur la consommation s'arrête. C'est alors un cercle vicieux qui ne résout rien avec une perte de confiance dans les parcours de soin qui ne sont jamais complétés.
- Difficulté de maintenir les consommateurs sur les structures.
- Les différents points de vue entre réductions des risques, abstinence... sont parfois mal perçus
- Il y a un problème de communication et de structures relais
- Situations complexes avec le voisinage : manque d'hygiène, violence, trouble cognitif

## Des publics avec des vulnérabilités spécifiques

- **Les personnes avec des conduites addictives :**

Les constats sont les mêmes que pour les personnes vieillissantes. Il y a beaucoup de préjugés. La méconnaissance du public fait que le parcours ne tient pas.

Il n'y a pas d'établissement adapté sur tous les secteurs géographiques pour les situations complexes (poly-addictions, syndrome de Korsakoff.)

Nombreuses personnes accompagnées cumulent des problématiques de santé mentale et d'addictions. Il manque de places de suivi mais souvent les organismes s'occupent des troubles psychiques ou des addictions mais rarement des 2

- **Les personnes vieillissantes :** accompagner une personne malade psychique en EHPAD est compliqué. Par manque de place les personnes se trouvent éloignées géographiquement de leurs proches

Les ré-hospitalisations en psychiatrie sont difficiles, une fois que la personne est prise en charge dans un EHPAD, d'où la nécessité d'être très vigilant à qui l'établissement accueille

Dans les établissements classiques, les personnes vieillissantes ont des besoins spécifiques auxquels les structures ne peuvent pas répondre

- L'accompagnement **des femmes victimes de violence conjugale**
- L'accompagnement **des personnes sortant de prison**

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Augmenter les places de SAMSAH pour les personnes avec un handicap psychique
- ➔ Décloisonner les accompagnements
- ➔ Poursuivre les accompagnements pendant les hospitalisations
- ➔ Faciliter la mutualisation sur les pratiques entre les structures
- ➔ Sensibiliser aux problématiques addictives, ouvrir des structures adaptées aux besoins,
- ➔ Développer des plateformes pour les situations complexes (psy et addiction)



## Etablissements

### Accessibilité des dispositifs

- Saturation des dispositifs existants : domaine de l'hébergement spécialisé, domaine du travail adapté. Les listes d'attente sont très longues. Ces attentes sont d'autant plus complexes que les situations évoluent durant ces temps d'attente : un adolescent peut devenir majeur, un aidant familial peut connaître des difficultés particulières qui impactent fortement la prise en charge, une situation peut se dégrader d'un point de vue sanitaire, de l'autonomie, de l'évolution de la pathologie...
- Des inégalités de territoire : problématiques de la mobilité, des offres disponibles. Le territoire « Pays de Bray » est mal pourvu en dispositifs.

### Le manque de dispositifs

Les acteurs constatent l'absence de dispositifs pour plusieurs catégories de publics qui reflète l'absence de places ou de formation des professionnels

- L'accompagnement des personnes en situation de dépendance (personnes vieillissantes et personnes en situation de dépendance) qui est lié à l'absence de structures d'accueil et de formation des soignants
- Pas assez d'accueil dans les résidences privées pour aînés, pour les problématiques de santé mentale
- Accompagnement des familles séparées dans différents foyers d'hébergement d'urgence avec enfants scolarisés ; enfants parfois à la rue déficit de structures permettant d'accueillir les familles au complet
- Accès à un logement adapté aux personnes en situation de handicap lourd : manque de structures d'accueil type MAS
- Accompagnement des personnes migrantes déboutées : manque de structures d'accueil et de personnels formés aux problématiques liées à la migration. Climat de peur instauré (préfecture/police..)

## Logement

### Les réponses qui donnent satisfaction sur le territoire

- Des maisons relais du secteur comme par exemple Mesnil Esnard, La Boussole, Emergence's. Le listing serait à établir.
- Le logement adapté : La Clé a 130 logements spécialisés adaptés, le contrat impose un suivi médical, partenariat avec le CHR au niveau du soin pour des collectifs

### Les points de rupture et leurs causes

- L'accompagnement des jeunes adultes avec parcours ASE qui se retrouvent à la rue en raison de l'absence de relai entre les structures enfance/âge adulte.
- Des parcours avec ruptures, méfiance des jeunes, plus de suivi amendement «CRETON»
- Difficultés sur le logement : hygiène, dettes locatives, alcool... en lien avec l'isolement, des ruptures familiales et l'absence de ressources.
- Besoin d'hébergement type foyer/résidence accueil : apraxie nécessitant une stimulation quotidienne
- Manque d'alternative à l'hospitalisation, l'hospitalisation longue fait obstacle au processus de "rétablissement"
- Engorgement des hôpitaux, pas de structure relais à la sortie d'hospitalisation, peu de LHSS

## Les réflexions, point d'amélioration

- Les associations ne sont pas limitées en nombre de logement mais plus il y a de logements, moins les travailleurs sociaux ont de temps de suivi des personnes
- L'une des problématiques est le maintien dans le logement. Le maintien à l'autonomie dans le logement se gère aussi via la résolution des petits soucis techniques du quotidien parce qu'une décompensation peut arriver très rapidement lorsqu'un évier est bouché ou une ampoule à changer, par exemple
- Ses jeunes ne sont pas prêts.
- La solitude est pesante.
- Il faut plus d'éducateurs pour faire sortir les personnes de leurs logements.
- Une fois que les jeunes sortent d'une structure, il n'y a plus de lien. Pas de service de suite sauf bonne volonté des équipes.
- Il y a un problème de fluidité de parcours.
- D'où vient le manque d'envie de vivre dans un studio ? C'est une immense dépense d'énergie pour une personne autiste par exemple de vivre son quotidien. En plus du travail où on demande déjà de canaliser ses particularités, assumer son logement, ou autre, demande beaucoup aux personnes.
- Comment gérer au mieux l'équilibre entre l'institution et l'habitat inclusif ?

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Créer un SAVS pour les jeunes
- ➔ Accompagnement lié au Logement
- ➔ Créer un service de suite ou dédier un SAVS pour le suivi dans le logement
- ➔ Création de résidences accueil
- ➔ Plus de foyers de vie, d'appartements thérapeutiques, de logements partagés ou individuels, accompagnements au retour à l'emploi

## Travail

- Des dossiers cap Emploi sans réponse depuis plusieurs mois en raison de l'absence de conseiller disponible
- L'accompagnement au retour à l'emploi difficile pour de multiple raison : formation des accompagnants aux particularités psy + multiples interlocuteurs + peu de structures adaptées
- Insuffisance des places d'accueil en ESAT pour les problématiques de santé mentale (même si certains se sont ouverts à la maladie psychiatrique)

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Renforcer les places dans les ESAT pour problématique psy et / ou création d'ESAT psy
- ➔ Etablir des bilans de professionnalisation et une préparation adaptée = productivité équivalente au public habituel des ESAT
- ➔ Mettre en place des suivis de réhabilitation psychosociale plus systématiques avec ergothérapeute et autres professionnels pour stimuler les habiletés des personnes
- ➔ Développer des partenariats en ambulatoire pour ceux dont le maintien au travail est plus compliqué

## Mobilité

### Les constats

- Absence d'accompagnement liée avec la difficulté de mobilité de certains en raison de l'isolement social ou territorial
- Difficultés d'accès aux transports en commun et donc aux soins. Beaucoup de personnes suivies sont endettées à la TCAR parce qu'elles n'ont même pas le RSA (tarifs pour les sans-papiers et sans ressources)

### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Pourrions-nous envisager la gratuité via l'hôpital ? Une réduction via un partenariat avec la métropole ?
- ➔ Travail sur la mobilité de transport au sein des COMCOM

## L'information

### Les constats

- Stigmatisation des problématiques de santé mentale encore importante
- Peur de stigmatisation peut être un obstacle à la fluidité des parcours : difficulté d'accès aux structures par peur du regard des autres, manque d'information...
- Mauvaise orientation de certains acteurs du soin de 1<sup>er</sup> recours, même si certains médecins généralistes orientent vers les CMP
- Peu de soignants connaissent les Groupes d'Entraide Mutuelle (Gem),
- Difficultés des professionnels à accompagner les usagers de la psychiatrie, par manque de formation des acteurs du soin et du médicosocial et manque de formation en santé mentale des acteurs intervenant à domicile.
- Ruptures de soins des personnes âgées par absence de coordination, faible partage des informations
- Inexistence d'un accompagnement et/ou soutien des familles sur certains territoires en raison de l'absence d'antenne des associations (type UNAFAM)
- Méconnaissance des mesures de protection et du rôle du mandataire judiciaire
- Faible lisibilité des dispositifs existants, de leurs missions et des publics accueillis
- Les cartes mises en lignes devraient être interactives pour mettre à jour plus facilement
- Nécessité de sensibiliser sur la crise suicidaire
- Améliorer l'information sur les syndromes post traumatiques des migrants

### Les réponses qui donnent satisfaction

- Certains médecins généralistes travaillent en lien avec les CMP
- Une augmentation de l'information grand public sur la Santé Mentale (Affiches, spot télévision...)
- D'autres solutions que le traitement peuvent être proposées : GEM, groupe de parole...
- Le partenariat quand il existe

- Des documents existent ARAMIS a fait une carte des partenaires
- Le portrait des territoires ARS (agence régionale de santé) reprend des informations intéressantes. Il n'est toutefois pas suffisamment complet. Pourquoi pas une carte interactive ?
- Les journées portes ouvertes sont des bonnes idées pour mieux se connaître
- Avoir des personnes ressources dans les structures permet de faciliter le travail dans les équipes. Se solliciter au sein du réseau pour les situations urgentes fonctionne

#### PISTES D'AMÉLIORATION

- ➔ Faire connaître les GEM, proposer davantage de solution alternative
- ➔ Mettre en place plus de groupe de parole dans les CMP
- ➔ Mettre en place des campagnes de déstigmatisation des personnes en santé mentale
- ➔ Réaliser des campagnes d'information à destination des professionnels
- ➔ Proposer des actions de formations conjointes entre services
- ➔ Développer le partenariat et information
- ➔ Nommer un pilote qui regrouperait les informations
- ➔ Rendre lisible les dispositifs, leurs projets, les cartographier...
- ➔ Création d'antennes des associations (type UNAFAM) au niveau des zones dépourvues

# Permettre l'accès aux soins généraux

## Les constats généraux des acteurs

### L'accès aux droits et aux accompagnements des patients

- Absence de couverture sociale de nombreux patients (suivi par un CSAPA), la difficulté des démarches auprès de la CPAM qui reçoit uniquement sur rendez-vous et le fait que l'informatique est désormais quasiment indispensable pour chaque démarche.
- Assurance maladie explique que de nombreux patients en ALD renoncent à une mutuelle. L'assurance maladie accompagne ces patients dans le cadre de la lutte contre le non-recours aux dispositifs de droit commun (ACS).
- Un problème du retard d'accès aux droits et aux soins pour les mineurs étrangers non accompagnés et pour les patients en AAH qui n'ont pas accès à la CMU et doivent passer par les formalités complexes d'accès à une mutuelle via l'ACS (Aide Complémentaire Santé). Ce problème sera résolu au 1er novembre 2019 avec la mise en œuvre de la CMU contributive, plus simple d'accès.
- Les patients avec l'AME ne sont pas considérés comme assurés sociaux et n'ont donc pas accès à certaines prestations extra-légales. La carte vitale n'est plus délivrée aux demandeurs d'asile à leur arrivée (ils disposent cependant d'une attestation de droits - 70% d'entre eux étant déboutés avec des difficultés pour récupérer les cartes vitales).

### L'accès aux soins somatiques

- SAMSAH fait part de grandes difficultés pour l'accès aux rendez-vous somatiques **des patients handicapés psychiques**
- **Trouble du spectre de l'autisme** : Difficultés spécifiques d'accès aux soins somatiques des patients atteints de **trouble du spectre de l'autisme** (TSA) : les particularités de ces patients autistes sont parfois mal connues des généralistes, l'accès aux soins dentaires et aux examens complémentaires est difficile avec des délais d'attente de rendez-vous longs, des prises en charge compliquées.

Par ailleurs, lors des hospitalisations, les patients restent hospitalisés très peu de temps et sont renvoyés rapidement à la MAS. Pour ces patients, ont été mis en place des partenariats avec l'HAD, l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU, avec l'UMOSTED du centre hospitalier du Rouvray, de plus présence d'un médecin psychiatre une fois tous les quinze jours.

- **Les PASS** : la permanence d'accès aux soins de santé est un lieu destiné à accueillir, orienter et accompagner dans le parcours santé, toute personne majeure en situation de précarité, présentant une difficulté dans l'accès aux soins. La PASS est une unité du CHU de Rouen, 11 PASS sont rattachés aux hôpitaux, une mission mobile existe en campagne.
- Une interrogation subsiste, quant au public précaire pris en charge en psychiatrie qui échappe parfois, aux dispositifs existants. Ainsi, se pose la question de la création d'une PASS psy pour favoriser l'accès aux soins de ce public spécifique, très souvent stigmatisé. En effet, les équipes du CHR mais pas seulement, sont de plus en plus confrontées à la problématique de l'accès aux soins des patients avec des troubles psychiatriques en situation de précarité. On remarque également des ruptures dans les parcours de soins. Les troubles majorent l'isolement social (comportements souvent inadéquats), d'où des freins supplémentaires à l'accès aux soins somatiques et psychiques. Certains sont souvent bien plus en marge des dispositifs et des réalités et dans le déni des troubles.

- La **structure INSER SANTE** s'occupe du suivi des personnes avec addictions environ 50% d'entre eux souffrent de troubles psychiques. Ces patients ont également des difficultés à trouver un médecin traitant, certains sont confrontés à une perte d'affiliation, le suivi des malades non compliant devient alors d'autant plus difficile. Cette structure comporte 15 lits Halte Soins Santé ouverts pour les patients qui viennent des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et de l'unité mobile action psychiatrique personnes précarisées (UMAPP). Elle peut aussi assurer l'accompagnement aux rendez-vous. Le projet serait de constituer une équipe mobile avec une infirmière et un travailleur social qui pourraient intervenir dans les pensions de famille et aiderait les résidents à retrouver un médecin traitant. Un projet de création de 15 lits supplémentaires médicalisés est en cours
- **SAVS AID 76 : Ce service intervient auprès des personnes en souffrance psychique, dans l'accompagnement des actes de la vie quotidienne, sur l'agglomération rouennaise, comme dans l'accompagnement aux soins** médicaux pour leurs suivis en soins généraux, et / ou préparation à l'hospitalisation ou sortie d'hôpital. Concrètement, l'accompagnatrice assure la coordination, de la préparation de l'hospitalisation jusqu'au retour au domicile (par exemple pour le réveil de la personne, la vérification de ses justificatifs administratifs, le pilotage dans les services de soins ...). Le service veille également aux suivis post-hospitalisation.  
En effet, bon nombre de patients ne sont pas en mesure de prendre leur rendez-vous ou de s'y rendre puis de suivre les traitements prescrits. Leur souhait serait de travailler le plus possible en amont avec les assistants sociaux du CHU et du centre hospitalier du Rouvray afin d'améliorer la qualité des prises en charge.
- **MAIA CHI Elbeuf Louviers Le Neubourg** : Le rôle de ce gestionnaire est d'accompagner les patients âgés aux antécédents d'addictions, souvent polyopathologiques, lors des consultations, de leurs auditions au tribunal, mais également de vérifier la permanence de leur accès aux soins. La numérisation complique l'accès aux soins pour un public précaire ou âgé, la perte de l'attestation de carte vitale diffère parfois les sorties d'hospitalisation
- **SAS** : Il s'agit d'une plate-forme d'accès aux soins pour les soins de base (par exemple dentaires ou ophtalmologiques) qui accompagne les patients en renoncement de soins pour les prises de rendez-vous chez les praticiens, structure n'offrant aucun accompagnement social. Cette structure est actuellement présentée au conseil de l'ordre et est amenée à se développer.

## Les transports

- Les transports sont difficilement accessibles en milieu rural, ou hostiles en milieu urbain (accès aux parking).
- Il paraît plus judicieux de mobiliser les équipements existant plutôt que de demander des moyens supplémentaires.
- La plate-forme UDAF 76 intervient sur certaines communes. Cette aide cible pour l'instant plutôt les personnes âgées, l'UDAF 76 doit prochainement réaliser une cartographie des territoires couverts par la structure.

## Analyse des pistes d'amélioration de la prise en charge somatique

### L'ouverture et le maintien des droits

- Une cellule « numérique accompagnement solidaire » se monte à l'échelle du département pour accompagner toutes ces démarches.
- Depuis la loi de 2016 toute personne a des droits sociaux, pour l'accès aux droits il suffit de prendre un rendez-vous, les délais de rendez-vous sont inférieurs à 8 jours.
- Des permanences de CPAM sont réalisées au sein des PASS et il existe des conventions avec les PASS pour ouvrir les droits sans l'assuré.
- Le Dossier Médical Partagé pourrait à terme aider dans le suivi des patients. Actuellement 75 000 sont ouverts en Seine Maritime, l'information de cette mise en place n'est pas faite et ce dossier est méconnu. Par ailleurs, certaines pathologies peuvent ne pas y apparaître à la demande du patient.

### L'opportunité d'une PASS psy

- Intérêt de création d'une PASS Psy en lien avec le réseau santé précarité : ce type de structure permettrait un meilleur suivi administratif une facilité dans l'accès aux droits (permanence de la CPAM), la délivrance des traitements, le suivi des ordonnances en sortie d'hospitalisation, évitant une rupture dans la continuité des soins. Par exemple en s'inspirant du PASS de la ville de SAINT DENIS.
- La création d'une PASS dentaire est également suggérée, ou le renforcement de la structure existante à Saint Julien qui permettrait d'accueillir les patients précarisés. La difficulté de recours aux consultations ophtalmologiques est également abordée, pourquoi ne pas organiser de conventions avec le secteur privé comme la Clinique Mathilde ou Saint Hilaire où il existe un groupe ophtalmo.

### L'accompagnement dans les démarches

- La nécessité d'accompagnement des patients pour toutes les démarches semble indispensable, de ce fait le nombre de gestionnaires MAIA, SAVS, SAMSAH est grandement insuffisant non en adéquation avec les besoins des patients.
- L'accompagnement permet un lien avec les médecins traitants, les suivis en post-hospitalisation, le suivi des examens complémentaires, des questionnaires à remplir pour les anesthésistes en cas de chirurgie et l'accompagnement de sortie d'hospitalisation...
- A noter que la prise en charge par les SAMSAH ne dure que 2 ans au-delà les patients sont censés avoir accédé à une autonomie, les relais sont possibles avec l'aide à domicile. Cependant, la MDPH peut prolonger au-delà des 2 ans dans certains cas et sur demande.
- En ce qui concerne le SAVS il existe des listes d'attente de un an, actuellement 15 à 20 personnes sont en attente, un ETP s'occupe de dix patients, pour les SAVS il n'y a pas de limite dans le temps.
- Concernant les gestionnaires de cas MAIA, trois personnes sur le secteur Elbeuf-Louviers, un gestionnaire s'occupe de vingt patients leur action n'est pas limitée dans le temps, pour bénéficier de leur intervention il faut s'adresser au CLIC.
- Pour les autistes il existe des intervenants pivots qui travaillent sur le même modèle.

## **Le suivi somatique des patients avec TSA**

- Les patients autistes présentent des comorbidités somatiques lourdes, des troubles du comportement qui rendent difficile la réalisation d'examens complémentaires.
- Du fait de la démographie médicale, il n'y a plus de médecin intervenant dans les structures comme SESAME Autisme 76. Les examens cliniques et les examens complémentaires ne sont pas réalisés.
- La création de lits spécifiques pour les patients autistes au sein du CH du Rouvray permettrait d'organiser des hospitalisations de jour en lien avec le CHU et de réaliser en une journée les bilans nécessaires éventuellement sous anesthésie générale.

## **Démographie médicale**

- La démographie médicale est en baisse d'où la nécessité de créer des relais.
- On note une stigmatisation de la pathologie psychiatrique par les professionnels, une négligence des patients vis-à-vis de leur santé somatique.
- La formation des médecins quant aux pathologies somatiques fréquentes chez ces patients paraît nécessaire, en particulier sous forme de stages pour les internes en médecine générale.
- Il existe désormais un diplôme Master II d'infirmière en pratique avancée en psy, ces infirmières pourraient avoir un rôle sur le lien hôpital/ville, leur rôle reste cependant à définir.

## **Information-coordination**

- Il existe de nombreuses structures souvent mal connues ou méconnues des professionnels, et des familles, d'où un manque de coordination entre elles
- Il faudrait mettre en place un annuaire des structures existantes, leur rôle, leur modalité et leur secteur d'intervention (ARS ? département ? région ?)

## **En synthèse des travaux, 5 priorités identifiées**

### **Accès aux droits**

- La priorité initiale est celle de l'ouverture des droits administratifs, celle-ci revient aux services sociaux ou aux aidants.
- Concernant les SAVS, SAMSAH et MAIA, l'accès à ces différentes structures ne peut se faire qu'après acceptation des dossiers par la MDPH, or actuellement il existe des listes d'attente d'environ 8 à 10 mois en Seine Maritime, avant que le dossier ne soit examiné. Il serait donc souhaitable d'augmenter les capacités de traitement des dossiers par la MDPH éventuellement sous forme de contractualisation ou contrat d'objectifs et de moyens.
- Au sein de la MDPH, la création d'un service ou d'un interlocuteur dédié au travail en partenariat avec les services sociaux (à l'exemple de la CPAM et de la CAF) s'avère également indispensable.
- Il n'y a pas eu d'appel à projet depuis 2007 pour les SAVS et 2015 pour les SAMSAH.
- Il paraît important d'appuyer les créations pour les patients en souffrance psychique. Au total, pour cette priorité nous convenons de demander 30 places pour chacune des structures SAVS, SAMSAH et MAIA.
- Par ailleurs, il faudrait augmenter le temps de formation des travailleurs sociaux à l'évolution de plus en plus complexe de la législation et à l'utilisation de l'outil numérique.



## LES PISTES D'ACTION

- ➔ Meilleure diffusion des formations réalisées par la CPAM aux travailleurs sociaux
- ➔ Augmentation des places en SAMSAH SAVS et MAIA
- ➔ Interlocuteur dédié à la MDPH

## Accès aux soins somatiques

### Les constats

- Stigmatisation de la pathologie psychiatrique de la part des professionnels
- Difficultés à trouver un généraliste
- Négligence des patients par rapport à leur santé somatique
- Manque d'information et épuisement des familles

### Des propositions d'amélioration

- Stages en psy pour les internes en médecine générale
- Consultation somatique systématique pour chaque patient hospitalisé au CHR
- Formation des médecins libéraux aux pathologies somatiques des patients avec pathologies psy (par le CHS ?)
- Création et utilisation d'un carnet de suivi patient
- Aide à la prise des rendez-vous
- Accompagnement aux consultations
- Formation et mobilisation des familles
- PASS psy groupé au PASS somatique
- Création d'une PASS dentaire
- Convention avec ophtalmo

## LES PISTES D'ACTION

- ➔ Création d'une Pass Psy et Pass dentaire adossés à la Pass somatique existant rive droite. Cela faciliterait également l'accès aux droits administratifs et aux soins.
- ➔ Afin de lutter contre la stigmatisation des pathologies psychiatriques au niveau des professionnels, il faudrait prévoir davantage de stages pour les internes de médecine générale et former les praticiens libéraux aux facteurs de risques et aux pathologies somatiques des patients atteints de troubles psychiques (par le secteur universitaire du CH du Rouvray ?).
- ➔ Informer les professionnels de santé sur l'existence de la structure handiconsult.
- ➔ L'aide à la prise de RV, l'accompagnement aux consultations revient une fois encore aux SAMSAH, SAVS et MAIA et /ou aux aidants.

## Coordination entre les structures de soins

### Constats

- Très nombreuses structures ne se connaissant pas
- Difficile suivi des traitements psychiatriques et somatiques en sortie d'hospitalisation ou de consultation
- Rupture de traitement et ré-hospitalisation

### Des propositions d'amélioration

- Création d'un portail web interactif
- Plateforme territoriale d'appui (PTA)
- Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

#### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Faciliter la collaboration entre les psychiatres et les somaticiens par le biais d'un dossier médical partagé.
- ➔ Améliorer la coordination par la création d'un portail Web interactif régulièrement mis à jour (web manager).

En effet, il existe un flou sur les périmètres des activités, le champ d'intervention de chaque structure, le maillage territorial, l'évolution du périmètre d'activité...

## Organiser les sorties d'hospitalisation

- Rupture de soins
- Les patients relevant de l'AAH pourraient être sous mesure de protection et les situations gérées par le mandataire. Ainsi, il faudrait augmenter le nombre de mandataires et leurs missions.

#### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Création de poste d'infirmier en pratique avancée qui renforcerait le lien entre l'hôpital, le médecin traitant et les structures d'aval.
- ➔ Renforcer le rôle des unités de préparation à la sortie qui existent au sein des pôles.
- ➔ En sortie d'hospitalisation et en attente de la prise en charge par SAVS, SAMSAH et MAIA, il faudrait renforcer les compétences transférées à l'associatif (comme les lits d'hébergement Halte Soins Santé sur la structure Emergence's qui comportera prochainement une équipe mobile de travailleurs sociaux avec une infirmière pour les patients précaires). En créant des postes de « gestionnaires de cas ».
- ➔ Rencontre régulière entre les professionnels de chaque structure (hôpitaux, libéraux, ESMS et structures sociales)

## Patients avec TSA

- Problème d'accès aux soins somatiques des patients autistes

#### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Création de 5 lits ou places sur le Centre Hospitalier du Rouvray afin de réaliser les bilans somatiques de patients avec troubles du spectre autistique

# Promotion de la santé, prévention et gestion des situations de crise

## Intervention sur les lieux de vie / « aller vers »

### Difficultés d'intervention et de repérage sur les lieux de vie

- Peu d'intervention sur les lieux de vie de manière générale (domicile, ESMS, squat, rue...)
- Pas d'intervention sur les lieux de vie en cas de crise hormis les numéros d'urgence
- Peu d'aller-retour entre hôpital et lieux de vie / lieux de résidence et accès aux soins difficiles / équipes mobiles surchargées / Manque d'intervention à domicile des AS
- Manque de repérage des personnes en difficultés psychiques, ayant un mal-être profond
- Repérage difficile des situations spécifiques : MNA (lien avec ASE), personnes en logement social, jeunes réfugiés 18-25 sans ressource/sans logement, SDF...

### Analyse des causes

- Manques de moyens, de temps et de professionnels
- Manque de connaissance et d'expertise concernant les publics dits spécifiques (autisme, migrants, personnes radicalisées...)
- Difficultés à trouver des psychiatres pour intervenir dans des structures médico-sociales
- Manque de formations des professionnels de première ligne à l'évaluation de la mise en danger
- Manque de moyens des structures spécialisées pour l'« aller vers »

### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Développer des moyens humains : équipes mobiles (EMPP, EMED...), RAEP, accueil psychologique de 1ère intention...
- ➔ Redéfinir / Préciser le cadre et les missions des équipes mobiles, RAEP, accueil psychologique de 1ère intention...
- ➔ Etendre et développer /t des équipes mobiles/RAEP
- ➔ Développer l'accueil psychologique de 1ère intention (dans missions locales...).
- ➔ Mettre en place des gestionnaires de cas/case manager.
- ➔ Développer la Télémédecine
- ➔ Mettre en œuvre de formations de sensibilisation sur des sites d'accueil (ex : évaluation d'urgence, 1ers secours en santé mentale, langage commun...)
- ➔ Elargir les dispositifs type EMED sur les questions de santé mentale
- ➔ Développer des consultations MNA dans les Maisons de l'Ado.

## Mineurs non accompagnés (MNA) et tiers accueillants

- Manque d'intervention auprès des aidants / tiers accueillants pour informations/sensibilisations sur la psychologie des jeunes / les troubles post-traumas.

### LES PISTES D'ACTION

- Formation/sensibilisation sur le psycho trauma des exilés et MNA

## Situations de crise

- Difficultés de prise en compte des éléments apportés par les professionnels éducatifs, sociaux et médico-sociaux lors de situations de crise

### Analyse des causes

- Manque de reconnaissance de l'expertise et du savoir expérientiel des professionnels éducatifs, sociaux et médico-sociaux lors de situations de crise
- Psychiatisation rapide du mode de prise en charge de la souffrance en situation de crise
- Interconnaissance insuffisamment développée entre les acteurs de la psychiatrie et les intervenants non spécialisés

### LES PISTES D'ACTION

- Organisation de rencontres, de temps d'échange sur les prises en charge et sur les suivis des personnes (CHR, structures sociales et médico-sociales...) : Quelles formalisations ? Quelles opérationnalisations ? S'inspirer des commissions pluridisciplinaires MAIA (portées par les CLIC).
- Supervision, analyse de pratiques (interservices/inter-secteurs)
- Création de référentiels thématiques pour les acteurs de première ligne (accueil, orientation, hébergement, conseils...)

## Coordination

- Défaut de coordination

### Analyse des causes:

- Méconnaissance des personnes ressources, des dispositifs et de leurs champs d'intervention (UMAPP, CASP, RéPsy76, réseaux périnataux, PMI, médecine scolaire, UNACOR, CESC/CESCI...)
- Les organisations ne prévoient pas ou trop peu/ne quantifient pas ou trop peu de temps de coordination

### LES PISTES D'ACTION

- Développement de commissions pluridisciplinaires permettant de réfléchir de manière croisée sur des situations.
- Mise en place de case managers/gestionnaire de cas.
- Généralisation/ mise en œuvre effective des CESC
- Communiquer sur les MAIA/PTA...
- S'appuyer sur les coordinations existantes sur les territoires (ex : PTA, MAIA, RTPS/ASV...)
- Modélisation de la méthode MAIA dans le champ de la psychiatrie.
- Créer un annuaire des dispositifs présents sur les territoires

## Permanences des soins

- N'existe pas après 17h et le week-end
- CMP surchargés et les délais de rendez-vous sont trop longs
- Manque d'information sur les permanences des soins et sur les dispositifs d'accueil / d'accompagnement médico-sociaux
- Inégalité des territoires concernant la permanence des soins (SAMU ?)
- Eloignement des services et dispositifs

### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Communiquer sur et/ou déployer les dispositifs existants :
  - CASP (réponse aux urgences après 17h jusqu'à 20h au-delà de 16 ans)
  - Permanence des soins 24h/24 (convention existante, intervention du SAMU sur demande des médecins régulateurs du 15)
- ➔ Améliorer la qualité des liens entre médecine de ville et psychiatrie
- ➔ S'appuyer sur les dispositifs nouveaux ou en cours de développement qui ne sont pas connus (PTA, CPTS...)
- ➔ Créer un annuaire des dispositifs présents sur les territoires (Grafism ?)
- ➔ Permanence plus étendue via les nouveaux moyens de communication : visio-conférence, télémédecine.

## Gestion des situations d'urgence et de crise

### Les urgences psychiatriques

- L'organisation du transport sanitaire :
  - Difficultés pour les structures de gérer les situations de crise en amenant les usagers vers le soin (UNACOR)
  - Délai de réponse long des pompiers et/ou de la police lors de situation de crise
- La mobilisation du personnel des lieux de vie pour assurer les transports occasionne des problèmes d'effectif.
- Les équipes mobiles existantes n'ont pas mission que l'intervention en urgence

### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Convention multipartite visant à l'organisation d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques (01/06/15)
- ➔ Formation des professionnels du transport sur la gestion des situations de crise.
- ➔ Formation des professionnels du transport d'urgence : pompiers, ambulanciers...

## La gestion des situations de crise

- La gestion de situations de tension dans des structures de prise en charge collective (enfants/ados/Adultes)
- Manque d'accueil court (ou long ?) pour apaiser les tensions au sein d'un collectif/d'une famille et prévenir d'éventuelles situations de crise (structure intermédiaire/accueil de jour séquentiel/lieu d'apaisement/de repli/de repos)

### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Développer des collaborations et entraide inter établissement /service : échanges de pratiques...
- ➔ Créer de structures intermédiaires de proximité (structures à la croisée des 3 champs sociaux/médico-soc et sanitaires).
- ➔ Développer les interventions de professionnels de la psychiatrie vers les structures sociales/médico-sociales (soutien aux équipes, éclairages cliniques)

## Organisation des sorties de psychiatrie et retour à domicile

### Organisation de la sortie

- Sortie mal anticipée/non communiquée pouvant occasionner une fragilité chez la personne sortante et limiter l'observance des soins. Les temps de synthèse sont insuffisants sur les situations complexes
- Prise en compte insuffisante de la dimension sociale au cours de l'hospitalisation
- Long délai d'attente pour RDV en CMP à la sortie d'une hospitalisation en raison de la surcharge des CMP.

### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Case manager pour suivi à domicile
- ➔ Coordinateur de sortie (ex : plateforme gestion de situations complexes du CHU).
- ➔ Mettre en place des conventions/contrats de soins entre l'hôpital et le patient (engagement mutuel).
- ➔ Développer les liens avec la médecine de ville
- ➔ Créer des conventions entre le CHR et des psychiatres/psychologues libéraux (délégation de mission)

### Le suivi des sorties d'hospitalisation

- Absence de relais, manque de soutien en lien avec le retour à domicile
- Risque d'isolement de la personne, de carence des liens, l'isolement et l'épuisement des aidants.

### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Développer les compétences des SADS « type La Clé ».
- ➔ Former les aidants
- ➔ Développer des hébergements temporaires d'urgence/structure de ville ou rurale de délivrance de traitement pour SDF afin d'assurer la continuité de l'observance du traitement
- ➔ Développer des places en Famille thérapeutique
- ➔ Développer des places Maison relai/Pension de famille/résidence accueil/GEM.

## La promotion de la santé

### Personnes âgées

- Les chutes (risques de perte de mobilité, d'isolement, de dépression)
- Décès d'un aidant (conjoint, famille, voisinage, amical)
- Problèmes financiers
- Mobilités (sortir de chez soi, aller à un RDV...)
- Accès aux soins (départ en retraite médecins, retard du diagnostic médical)
- Hospitalisation prolongée (perte de repères, des habitudes de vie...)
- Isolement (géographique, familial et social)

#### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Promotion d'une démarche globale type « Ville amis des aînés »
- ➔ Sensibilisation au repérage des situations à risques des PA pour les professionnels/les acteurs des communes/le voisinage/l'entourage
- ➔ En cas de veuvage, proposer un accompagnement et/ou une orientation vers les acteurs concernés (caisse de retraite, assurance, banque...)

### Jeunes

- Carences affectives
- Sorties de l'ASE mal préparées/mal adaptées (rupture de prise en charge administrative)
- Epuisement des familles, désengagement des parents, parents isolés, déni des parents sur des situations nécessitant un diagnostic et un accompagnement (les « dys »)
- Carence culturelle, peu d'accès aux loisirs, aux activités physiques
- Mineurs non accompagnés ou mineurs isolés

#### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Formation des enseignants / professeurs au troubles dys, aux situations de harcèlement scolaire. Développement de la communication avec les familles.
- ➔ Actions de renforcement des compétences parentales
- ➔ Développement des compétences psychosociales des jeunes
- ➔ Déploiement de politiques sociales liées à la santé dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé (accès à la culture, aux sports...)
- ➔ Formation des professionnels et familles d'accueil accompagnant des mineurs au psycho traumatisme liée à la migration, la compréhension interculturelle

### Personnes en situation de handicap

- Accompagnement à la parentalité d'enfant en situation de handicap
- Ruptures liées :
  - Incarcération, mise en danger
  - Evènement traumatique (décès d'un parent...)

- Addictions
- Précarité, perte d'emploi, inadaptation, rejet des services de droit commun
- Passage à l'âge adulte
- Médicale, thérapeutique, manque de suivi de traitements.

#### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Formation des professionnels de la petite enfance, de l'éducation nationale etc.
- ➔ Développement des compétences psychosociales des personnes en situation de handicap
- ➔ Accompagnement à la parentalité de parents d'enfants en situation de handicap
- ➔ Plus de structures d'accueil de jour, combinée à l'aide aux aidants (soutien aux familles, répit...)

### En synthèse 3 enjeux identifiés :

#### LES PISTES D'ACTION

- ➔ Renforcer la permanence et la continuité des soins
- ➔ Faciliter la prévention et la gestion des situations complexes, de crises ou d'urgences
- ➔ Créer les conditions nécessaires au développement de la promotion de la santé



## Conclusion

« L'utopie n'est pas l'irréalisable mais l'irréalisé », a écrit Théodore Monod. Cette citation résume assez bien la novation que représente la construction des Plans Territoriaux de Santé Mentale.

En effet, la Loi prévoit que les PTSM soient laissés à l'initiative des acteurs pour une validation par la Direction Générale de l'ARS (après avis des instances de démocratie sanitaire des territoires) ainsi que cela a été présenté dans l'introduction de ce diagnostic.

L'ARS a accompagné la démarche mais n'a pas été partie prenante dans la réalisation du diagnostic.

Pour les co-pilotes du territoire Rouen-Elbeuf, il n'a pas toujours été aisé de comprendre la démarche proposée puis de l'expliquer aux 178 acteurs qui se sont mobilisés, avec une grande assiduité, sur les 5 groupes de travail. Mais aujourd'hui, la richesse de ce diagnostic territorial nous appartient ; les pistes d'amélioration sont nombreuses, reste à les décliner en actions concrètes après la validation de ce dernier.

Encore un grand merci à tous les participants qui nous ont accompagnés avec bienveillance. Il était difficile de faire mieux en termes de diversité d'acteurs, celle-ci nous donne une légitimité certaine pour finaliser le PTSM Rouen-Elbeuf.