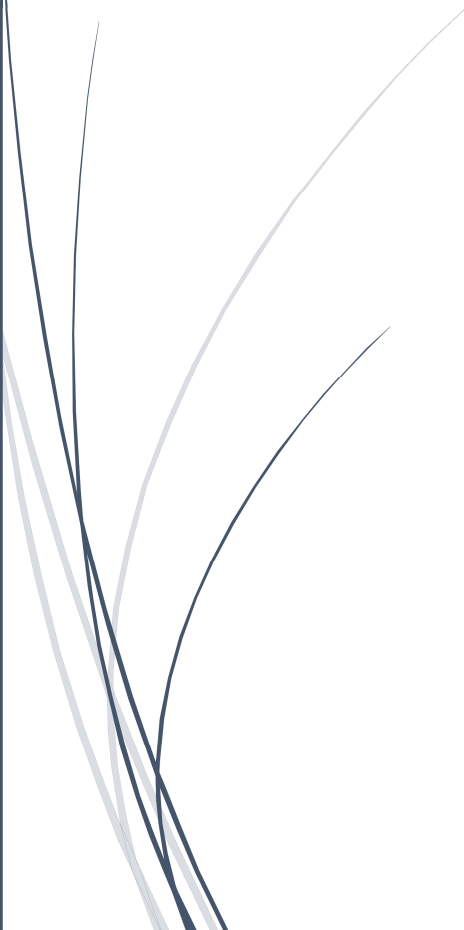




22/11/2019

Diagnostic partagé et projet territorial en santé mentale

Communauté Psychiatrique du
Territoire 02 Grand Est



Sommaire :

Elaboration du diagnostic partagé territorial en santé mentale

Analyse des données territoriales

Méthodologie de la démarche avec les partenaires

La démarche de l'ANAP

Adaptation de la démarche sur le Territoire-02

Les objectifs du PRS

1^{ère} séance plénière : analyse des situations

2^{ème} séance plénière : détermination des causes

Proposition du diagnostic partagé territorial

3^{ème} séance plénière : Pistes d'actions

Projet territorial :

Préambule

Parcours de la personne handicapée psychique

Axe 1 Développer l'intégration sociale par le logement et l'emploi ou la formation

Axe 2 Favoriser un parcours de soins sans rupture pour les personnes souffrant de maladies psychiatriques

Information, formation et expertise

Axe 3 Développer les centres de ressources et d'expertise dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Axe 4 Diffuser la connaissance sur la santé mentale et former aux pratiques de soins psychiatriques

Promotion de la santé mentale

Axe 5 Appréhender les facteurs territoriaux influant sur la santé mentale

Axe 6 Développer un réseau des structures et des acteurs de proximité pour la promotion de la santé mentale

Développement de la e-santé mentale 3.0

Axe 7 Faciliter la circulation de l'information à travers les systèmes d'information des différentes structures contribuant à la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique

Axe 8 Développer la communication à travers le Web à destination des professionnels, des usagers et du public

Annexe :

- 1- Questionnaire pour le recueil des situations de ruptures du parcours de soins
- 2- Corpus des réponses sur les situations de rupture
- 3- Questionnaire pour l'analyse des causes

Les institutions qui ont participé à l'élaboration du PTSM :

Délégation territoriale de l'ARS Grand Est



Association d'appui aux professionnels de santé (Addica)



Association Jamais Seul

Centre de post cure psychiatrique L'Amitié



Centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes



CH de Châlons-en-Champagne



CHU de Reims



Clinique SINOUE



CMPP de Châlons-en-Champagne

Conseil Départemental de la Marne



Direction Départementale de la Cohésion Sociale
et de la Protection des Personnes



Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse



EHPAD de Vienne-le-Château



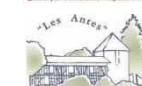
Elan Argonnais



Elisa 51



ESAT « le Antes »



EPSM de la Marne



Fondation Santé des Etudiants de France



ITEP le RESAC



Mairie de Châlons-en-Champagne



Mairie d'Epervay



Mairie de Reims

Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Marne

Maison des Séquoias FAM

Ordre des médecins de la Marne

Service du développement social urbain
De Vitry-le-François

UDAF Marne

UNAFAM

Union Régional des Professionnels de Santé



Vitry-le-François



Le diagnostic territorial partagé

Elaboration du Diagnostic Territorial Partagé en santé mentale

Analyse des données territoriales

Les données disponibles correspondant au territoire de la Marne sont comparées avec celles en vigueur en France et en région GE.

Sources : DRESS - Atlas de santé Mentale France – Département de la Marne 2018 – carte d'identité 2018 des territoires ARS GE - indicateurs; Dossier en annexe.- Bulletin de santé publique GE – les conduites suicidaires février 2019. STATISS 2018 – ARS GE

Le contexte démographique et socio-économique : les principaux constats.

- la population générale du département représente un peu moins de 11% de la population du Grand Est en 2014 selon l'INSEE. A l'avenir, elle progressera peu, environ 2000 habitants supplémentaire par an soit en 5 ans + 10 000 habitants et sur 13 ans environ 50 000 habitants. Ce n'est pas le cas de tous les territoires du Grand Est dont le nombre d'habitants diminue quelquefois dans des proportions importantes.
- La proportion des moins de 20 ans dans la Marne (24,7) est supérieure à la moyenne régionale(23,7) et proche de la moyenne Nationale (24,3). Il est aussi supérieur à celui de territoires de la région plus peuplés que la Marne.
- La population des plus de 65 ans est proche de la moyenne régionale (16,7) mais inférieur à celle en vigueur en France(17,1). En revanche l'indice de vieillissement est plus important dans la région (70,7) et en France (70,4) que celui en vigueur au sein du département de la Marne (64,9)

Le contexte sanitaire

- Le taux de mortalité par suicide pour 100 000 h dans la Marne (18,9) est l'un des plus importants en région GE mais 3 autres territoires en GE enregistrent des résultats encore plus préoccupants. Le taux Marnais est en tout état de cause supérieur aux moyennes régionale(16,5) et Nationale(15,6)
Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 100 000 h est 208,5 dans la Marne pour 136 en Région proche du résultat enregistré au niveau National. Toutefois 2 autres territoires en région GE enregistrent des résultats encore plus préoccupants.
Enfin le taux de suicidant récidivistes dans la Marne soit 7 % alors qu'il est de 8,6% en GE 4 territoires dans la Région enregistrent des Résultats moins favorables que la Marne.
- A noter également un niveau de surmortalité prématurée pour les moins de 64 ans dans la Marne (210,4) supérieur à la moyenne régionale (191)mais aussi Nationale(191)

Le niveau d'équipement en psychiatrie dans la Marne et dans la Région

L'analyse réalisée au sein du présent paragraphe a été conduite avec les sources d'information précitées.

La Pédopsychiatrie

** Nombre de secteur de Pédopsychiatrie*

3 inters secteurs de pédopsychiatrie sur le territoire

** L'équipement en lits d'hospitalisation complète*

Il convient de rappeler que le nombre de lits autorisés par le passé avait pour vocation à desservir la totalité de l'ex région Champagne Ardenne et pas exclusivement le département de la Marne.

Or il apparait que les taux d'équipement pour 1000 h. en vigueur pour une population locale et régionale de moins de 20 ans s'établissent ainsi qu'il suit :

- Marne = 12 lits/ 140 295 h. = **0,085** pour 1000 habitants de moins de 20 ans
- Grand Est = 0,1 pour 1000 habitants de moins de 20 ans.
- France = 0,2 pour 1000 habitants de moins de 20 ans

Le département de la Marne dispose donc du taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale avec une proportion de jeunes de moins de 20 ans qui ne diminue pas au regard de la population globale. Par ailleurs si l'on transposait mécaniquement le taux d'équipement actuellement en vigueur dans certains territoires plus peuplés que la Marne à ce département le nombre de places supplémentaires à créer serait de l'ordre : **10 places supplémentaires à créer**

** L'équipement en places d'hôpital de jour et CATTP*

En hospitalisation partielle, on peut observer un taux d'équipement estimé de :

- Marne 48 lits/ 140 295 h = 0.34 pour 1000 habitants de moins de 20 ans
- Grand Est = 826 / 1 316 450h = 0.62 pour 1000 habitants de moins de 20 ans

Là encore le niveau d'équipement de la Marne est inférieur à la moyenne régionale .Par ailleurs si l'on transposait mécaniquement le taux d'équipement actuellement en vigueur dans certains territoires plus peuplés que la Marne à ce département le nombre de places supplémentaires à créer serait de l'ordre : **20 places supplémentaires à créer**

La psychiatrie adulte ou Générale

**Le nombre de secteur et de CMP*

Le nombre de secteur de psychiatrie sur le territoire de la Marne est de : 10

Le nombre de CMP pour la population de plus de 20 ans n'est pas pléthorique dans la Marne en effet il peut être 2 fois supérieur au nombre des CMP Marnais sur d'autres territoires de la Région. Pour autant ils ne disposent pas d'une population à desservir 2 fois supérieure à celle de la Marne.

**L'équipement en lits d'hospitalisation complète*

Il apparaît que les taux d'équipement pour 1000 h en vigueur pour une population locale et régionale de **+ 16 ans** s'établissent ainsi qu'il suit :

- Marne = **0.9** pour 1000 habitants de +16 ans
- Grand Est = 0,9 pour 1000 habitants de +16 ans
- France = 1,1 pour 1000 habitants de +16 ans

** L'équipement en places CATTP et d'hospitalisation à temps partiel*

La densité en CATTP est la suivante en région GE :

- Marne = **2,2** pour 1000 habitants de +16 ans
- Grand Est = NC

Cette valeur est parfois équivalente ou supérieur pour certains territoires au sein du GE où la population est supérieure à celle de la Marne.

En ce qui concerne l'hospitalisation partiel pour les plus de 16 ans voici les niveaux d'équipement estimés :

- Marne = **52 / 430 522** pour 1000 habitants de + 16 ans = 0.12
- Grand Est = 1 316 lits / 4 238 195 pour 1000 habitants de + 16 ans = 0,31

Ici encore le niveau d'équipement du territoire accuse un retard d'équipement.

** Les appartements thérapeutiques*

- Marne = **20 lits en 2016**
- Grand Est = **93 en 2016**

La proportion de ce type d'équipement au regard de la population à desservir est favorable au département de la Marne au regard du nombre de places disponibles dans la région.

** le postcure*

La capacité d'accueil du territoire de 30 lits pour une capacité totale d'accueil en Région de 61 lits. Il convient toutefois de souligner qu'il n'existe pas dans certains territoires d'équipement de ce type pour autant des alternatives ont été mises en œuvre en préservant les objectifs de prise en charge qui sont ceux d'un centre de post cure.

** les équipes mobiles - psychiatrie précarité et de géro-nto-psychiatrie*

Il existe sur le département une équipe mobile de psychiatrie précarité et 3 équipes mobiles de géro-nto-psychiatrie qui couvrent le territoire.

Les ressources en effectif soignant en psychiatrie

La psychiatrie adulte ou Générale en nombre d'ETP hospitalier en moyenne hors interne

Cet indicateur est à interpréter avec beaucoup de précaution dans la mesure où par exemple il ne tient pas compte des postes budgétisés mais vacants...

- Marne **0.11 psychiatres pour 1000 hab. de + 20 ans (estimation)**
- Grand Est 0,10 pour 1000 habitants de + 20 ans (estimation)

Toutefois dans la Marne tous les emplois finançables ne sont pas occupés par un titulaire.

En pédopsychiatrie

Cet indicateur est à interpréter avec beaucoup de précaution dans la mesure où par exemple il ne tient pas compte des postes budgétisés mais vacants...

- Marne = **0.10 pédopsychiatres pour 1000 hab. de - 20 ans**
- Grand Est 0.09 pour 1000 habitants de - 20 ans

Toutefois dans la marne tous les emplois finançables ne sont pas occupés par un titulaire.

Âge moyen et densité des psychiatres

- Marne âge moyen = **49,1 en 2016**
- Grand Est âge moyen = 51,2 en 2016
- France âge moyen = 52,7 en 2016

Pour le département de la Marne l'âge moyen des praticiens demeure inférieur à la moyenne régionale et nationale.

- Marne densité tous modes d'exercice = **20.08 en 2016**
- Grand Est densité tous modes d'exercice = 17,7 en 2016
- France densité tous modes d'exercice = 23.3 en 2016

La densité en psychiatres permet de constater que la Marne dispose d'une densité en psychiatres tous modes d'exercice confondus plus favorable de celle en vigueur dans la Région et en France.

Toutefois les postes demeurant vacant n'ont pas été pris en compte dans le décompte.

Nombre d'infirmier psy et psychologue.

Aucune distinction n'étant opérée entre ceux exerçant auprès des enfants et adolescents et ceux exerçant auprès des adultes, c'est la population totale qui est prise en compte afin de définir le nombre d'habitants pour un IDE ou un Psychologue.

Par ailleurs, on part de l'hypothèse que tous les postes budgétisés sont pourvus... ce qui reste à vérifier.

- Pour les psychologues
 - Marne **0.21 psychologue pour 1000 hab.**
 - Grand Est **0.168 psychologue pour 1000 hab.**

La Marne se trouve dans une position plus avantageuse ...

- Pour les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE)
 - Marne **0.42 IDE pour 1000 hab.**
 - Grand Est **0,59 IDE pour 1000 hab.**

La Marne accuse a contrario un retard particulier en nombre de postes IDE budgétisés par rapport à la moyenne régionale.

Taux d'équipement en structures médico-sociales et autres

Les ITEP, les IME pour personnes déficientes intellectuelles avec troubles des conduites et du comportement et autistes, et les structures types FAM ou MAS accueillant des autistes sont des structures qui ont des liens fréquents organisationnels et fonctionnels avec les services de psychiatrie dont le taux d'équipement n'est pas détaillé y compris dans STATISS.

Les GEM, CARUD, CSAPA

Le nombre de CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement en Addictologie) est de 3 dans la Marne. Les CARUD (Centre d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) ont 2 structures. Les GEM (Groupe d'entraide Mutuelle) sont au nombre de 4 : 2 à Reims, 1 à Epernay et 1 à Vitry-le-François.

Le nombre de ses structures paraît suffisant au regard de la taille de notre territoire. En tout état de cause, le niveau d'équipement est en proportion comparable à la moyenne régionale.

La localisation des établissements et services de psychiatrie et des établissements et services médico-sociaux (ESMS)

La cartographie correspondante est annexée au présent document. Les ESMS recensés sont ceux dont l'agrément prévoit l'accueil de personnes en situation de handicap ayant pour déficience des troubles du comportement et/ ou psychopathologiques.

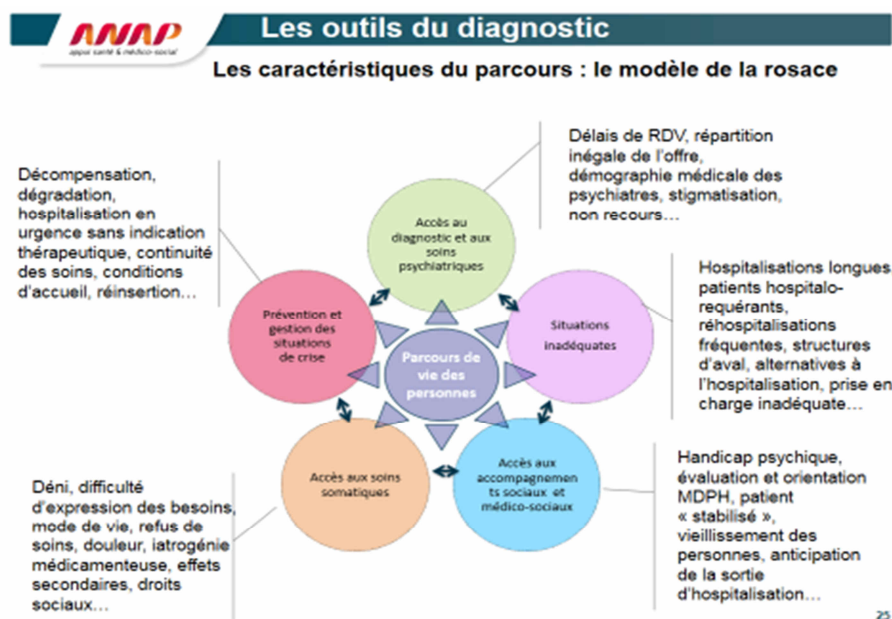
Méthodologie de la démarche avec les partenaires

Le territoire 02 (Marne) a été retenu avec 2 autres territoires par l'ARS Grand Est pour mettre en place une démarche promue par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance). Cette démarche devra être répliquée ensuite vers les autres territoires de la Région Grand Est. L'objectif est « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

La démarche de l'ANAP

Dans un premier temps, la démarche consiste à élaborer un diagnostic territorial partagé en utilisant les banques de données sur la santé mentale en partenariat avec l'ARS et recueillir l'expérience des membres de la communauté sur les difficultés que rencontrent les patients dans leur parcours de soins en identifiant particulièrement les situations susceptibles d'entraîner des ruptures de soins. A partir du diagnostic partagé, dans un deuxième temps, des propositions seront faites dans un but constructif en fixant des objectifs pour tisser de nouveaux liens et de nouveaux projets partenariaux.

En termes de méthodologie, la démarche repose sur la création des conditions d'une concertation entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et les usagers en prenant en compte la carte d'identité du territoire à travers les données disponibles. L'ANAP propose de compléter cette analyse en l'illustrant par des situations cliniques de rupture de parcours vécues par les membres de la communauté psychiatrique de territoire afin d'ancrer dans la discussion la reconnaissance du problème puis la recherche des causes de rupture et au final, les pistes d'action pour améliorer le parcours des patients. Dans l'expérience de l'ANAP, les situations de ruptures se retrouvent autour de 5 thèmes : l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques, les situations inadéquates, l'accès à l'accompagnement social et médico-social, l'accès aux soins somatiques, prévention et gestion des situations de crise.



Adaptation de la démarche sur le territoire-02

Pour permettre le déploiement de la démarche sur le territoire-02 avec les préconisations de l'ARS Grand Est, il a été institué sur proposition de la direction de l'EPSM de la Marne et de la Délégation Territoriale de l'ARS :

- Un Groupe projet avec la sollicitation :
 - Des ambassadeurs représentant les différentes parties prenantes de la communauté psychiatrique de territoire et chargés de témoigner de la démarche poursuivie :
Sylvine Polin, centre de post-cure L'Amitié, secteur sanitaire,
Jean Luc Bourdon, Elan Argonnais, secteur médico-social,
Jean Claude Chaise, UNAFAM, les usagers ;
Dr Sébastien Bateau, Ordre des médecins, la médecine de ville
 - De la Délégation Territoriale de l'ARS : Eric Clozet
 - De la Direction de l'EPSM : Mme Marie-José Mouchot
Dr François Ihuel

- Un comité de pilotage territorial qui définit la stratégie et participe aux groupes de travail qui permettront d'établir le projet territorial et sa mise en œuvre. Les participants sont issus des directions des structures partenaires qui ont souhaité œuvrer dans la communauté psychiatrique de territoire :

Les directions des institutions partenaires, de l'URPS, de l'ARS, le Conseil Départemental, la MDPH, les structures sanitaires, médico-sociales et sociales, l'Université (voir les annexes) ...

- Un comité plénier ouvert à l'ensemble des acteurs de terrain travaillant dans les institutions membre de la communauté psychiatrique de territoire (voir les annexes).

Le déroulement de la démarche s'est effectué selon le calendrier qui a été prévu sur 6 mois :

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Comité de pilotage:	3 séminaires du Comité de pilotage élargi pour l'étude des 5 portes d'entrée:				Comité de pilotage:
Mise en place de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des problèmes - Analyse causale - Formalisation des pistes d'action 				Validation du projet territorial en santé mental pour soumission à l'ARS
Cadrage des groupes de travail sur l'étude des portes d'entrée					

Comité de pilotage :

Jeudi 8 février 2018 de 15h30 à 17h
Mercredi 13 juin 2018 de 14h30 à 17h

Séminaire de travail :

Vendredi 23 février 2018 de 9h30 à 12h
Mardi 10 avril 2018 de 9h30 à 12h
Mardi 15 mai 2018 de 9h30 à 12h

1ère séance plénière de la communauté psychiatrique de territoire:

Analyse des situations de rupture de parcours de soins

Pour la préparation de la séance, il a été demandé aux membres pressentis de la communauté psychiatrique du territoire d'adresser au groupe projet des situations cliniques de rupture de parcours de soins des patients suivis en psychiatrie (voir questionnaire en annexe).

Après avoir exposé à l'ensemble des participants de cette première séance les motifs qui ont présidé à l'élaboration du projet territorial en santé mentale et avoir donné quelques repères chiffrés de la psychiatrie du territoire, les participants ont pu entendre la restitution des situations cliniques concernant les ruptures du parcours de santé des patients ayant des troubles psychiques, qui ont été remontées par l'ensemble des acteurs participant à leur prise en charge et membres de la communauté psychiatrique de territoire. A travers les 5 thèmes de rupture du parcours de santé proposé par l'ANAP, 68 situations cliniques ou expériences ont été rapportées, réparties comme suit :

Typologie des ruptures de parcours	Nombre de cas rapportés
Situations d'inadéquation	30
Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	22
Accompagnement social et médico-social	15
Prévention et gestion de crises	13
Accès aux soins somatiques	6

Quelques situations ont fait l'objet d'une classification multiple.

Origine des situations cliniques rapportées	Nombre de cas rapportés
Etablissements sanitaires	34
Etablissements médico-sociaux	14
Etablissements sociaux	7
Usagers	3
Autres: Contrat local de santé, Association d'appui aux professionnels de santé	7

Pour animer le débat avec les membres présents de la Communauté Psychiatrique de Territoire, le fil conducteur suivi a été de reprendre le parcours du patient à travers 4 points clés :

1- le 1^{er} contact

L'analyse des situations a fait ressortir des difficultés liées aux patients comme la barrière de la langue et de la culture, ou encore son opposition nécessitant la mise en œuvre de soins sans consentement. Du point de vue de l'offre de soins, les délais de primo consultation sont sources de retard à l'accès aux soins et d'une utilisation inappropriée des Urgences. Des difficultés apparaissent aussi pour la détection précoce des troubles faute de structure suffisante ou de coordination des centres pour des secteurs à la frontière de 2 territoires (CAMPS à Vitry).

2- l'élaboration du diagnostic et de la conduite thérapeutique

Dans cette étape qui va déterminer le projet thérapeutique, la reconnaissance de la dimension psychiatrique des troubles (patient borderline, origine psycho-sociale des troubles) et la priorisation des soins en cas de troubles somatiques associés jouent un rôle important dans les décisions prises. Elles se heurtent également à la disponibilité des moyens hospitaliers (lits, places, consultations, techniques diagnostiques et thérapeutiques...) et des équipes de secteur (pénurie médicale essentiellement). Le défaut de continuité de la prise en charge dans la même équipe peut conduire à des ruptures de parcours. En aval de l'hospitalisation, la conduite thérapeutique doit rester pluridisciplinaire et partenariale avec la structure qui accueille le patient. Les structures d'aval ne semblent pas toujours en mesure de suivre le niveau requis d'accompagnement des patients (trop lourd, environnement inadéquat...). Les soins des migrants se compliquent aussi par les obligations de quitter le territoire français qui empêchent ou interrompent l'élaboration du projet thérapeutique.

3- la mise en œuvre du projet thérapeutique

Le projet thérapeutique est conditionné par le niveau d'autonomie du patient et sa capacité à pouvoir rester dans un logement, d'accéder ou de poursuivre son travail, de participer à la vie sociale et pour les enfants de suivre les programmes scolaires. Le maintien au domicile ou le choix d'une structure sociale ou médico-sociale pour accompagner le patient relève de l'étape précédente. Pour autant, le résultat de l'étude ANAP montre la difficulté de la mise en œuvre du projet thérapeutique et fait part de façon importante (28 situations) de problèmes liés à l'inadéquation de la prise en charge. Le lien entre le sanitaire et le social d'une part et le sanitaire et le médico-social d'autre part, est posé à travers la nécessaire fluidité du passage des patients dans les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, la

communication des informations entre les structures et la coopération de l'entourage des patients.

4- le suivi du projet thérapeutique

L'évolution de la maladie sous la conduite thérapeutique retenue et le vieillissement du patient conditionnent le suivi thérapeutique. La capacité de détection des signes de dégradation par le patient lui-même, l'entourage et les professionnels qui l'accompagnent, doit permettre d'anticiper les situations de crises par une intervention appropriée. De fait, l'évaluation et le réajustement thérapeutique se retrouve confronté aux mêmes difficultés que dans l'élaboration de la conduite thérapeutique de l'étape 2.

Le débat a donné la possibilité aux participants de préciser les problèmes qu'ils rencontraient dans la prise en charge des patients :

1- Démographie médicale

Premier sujet qui a suscité une réaction face à la présentation d'une situation plutôt favorable de la démographie des psychiatres sur le territoire 02. Le nombre de postes vacants témoigne de la difficulté de recrutement d'autant plus que l'on s'éloigne de la métropole rémoise. En libéral, il n'y a pas eu à Châlons-en-Champagne d'installation de psychiatre depuis plus de 30 ans et les départs en retraite ne sont donc pas remplacés. Ce constat est également fait en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie avec pour cette dernière une vraie interrogation sur l'avenir de la profession avec une maquette de formation des internes qui n'est pas favorable à la pédopsychiatrie. La souffrance des psychiatres au travail est un phénomène nouveau qui engendre des arrêts de travail.

Le secteur public devrait pouvoir faciliter l'installation en libéral sur les secteurs défavorisés en allégeant les fortes contraintes (normes des cabinets) administratives, législatives et financières. Cette forme de coopération serait aussi un moyen d'éviter l'isolement des jeunes psychiatres en cabinet libéral.

Dans le diagnostic territorial, il faudra faire part d'une analyse plus détaillée sur les postes vacants et les ressources libérales en fonction des bassins rémois, Châlons-en-Champagne, Epernay et Vitry-le-François-Sézanne.

2- Les délais de consultation ou d'attente aux urgences

Une des traductions de ce problème démographique dans le secteur hospitalier et associatif, est le délai d'attente pour avoir une première consultation (à titre d'exemple : 6 mois en CMPP et en pédopsychiatrie) mais aussi pour mettre en place la prise en charge après le premier contact. Les Urgences sont souvent le « réceptacle » des demandes qui ne peuvent trouver de réponses rapides à travers les consultations des secteurs et du libéral. L'engorgement des urgences pédiatriques par des problèmes pédopsychiatriques est réel. Chez l'adulte, il est souvent organisé une première réponse dans les 24 à 48h avec un infirmier ou un psychologue au sein des secteurs mais la difficulté apparaît lorsque le patient nécessite une hospitalisation, l'avis médical est requis. Le manque de psychiatre ou l'absence de lit disponible du secteur (le taux d'occupation des lits étant supérieur à 100% sur Reims), le passage aux Urgences est nécessaire. Le mode de fonctionnement des urgences avec au préalable l'examen somatique systématique demande du temps. La forte sollicitation des Urgences psychiatrique contraste avec le nombre des situations qui, au final, n'en relèvent pas.

3- La demande accrue de soins psychiatriques

Les tensions ressenties sur l'accès aux soins psychiatriques sont aussi liées à une évolution de la demande avec la croissance des soins sans consentement qui, parfois, ne se caractérisent pas par « une crise de nature psychiatrique ». Toutes violences ou tous affects psychologiques (rupture sentimentale, deuil...) ne relèvent pas de la psychiatrie. Ce point de vue n'est pas toujours partagé par les acteurs sociaux ou médico-sociaux qui doivent gérer des crises type comportement suicidaire qui relèvent selon l'avis des psychiatres d'un suivi psychosocial et non psychiatrique.

Le recours à la psychiatrie apparaît régulièrement pour la prise en charge de mineurs en difficultés et qui se retrouvent en isolement dans les services d'adultes faute de structure adaptée à leur prise en charge

4- Relation entre le sanitaire d'une part et le social et médico-social d'autre part

Le secteur social et médico-social est en demande d'un plus grand soutien des équipes psychiatriques pour la prise en charge des résidents dans leur établissement. La pédopsychiatrie n'est plus en mesure de soutenir les établissements sociaux et médico-sociaux faute de moyens humains. Or même lorsque que les équipes médico-sociales sont formées et ont l'habitude de répondre à la violence des adolescents, il arrive que les ressources internes soient dépassés par la crise et sont obligées d'avoir recours à l'hospitalisation faute d'avoir un avis psychiatrique qui pourrait désamorcer la crise par une intervention plus précoce auprès du jeune et en accompagnement de l'équipe d'encadrement. Par ailleurs, dans ce contexte, le suivi des jeunes ayant des traitements médicamenteux pour des pathologies lourdes ne peut être fait correctement, les ajustements ponctuels ne sont pas satisfaisants s'il n'y a pas de prise en charge au long cours.

Chez les adultes, les établissements sociaux et médico-sociaux sont confrontés à l'hébergement de patients psychiatriques sans avoir des personnels qualifiés et compétents dans la gestion des crises. Même si les équipes de secteur font en général le suivi du patient, il paraît nécessaire d'avoir un investissement psychiatrique au sein de l'Institution pour accompagner les équipes qui œuvrent auprès des résidents-patients. Il faut pouvoir percevoir de façon globale l'impact de l'environnement (les autres résidents, le cadre de vie...) sur le patient mais aussi la possible déstabilisation de l'environnement par le patient. Un point de divergence est apparu sur l'intérêt des équipes mobiles qui sont perçues comme un saupoudrage de moyens sans réel investissement sur les établissements concernés. Il existe, cependant, d'autres territoires qui, ayant mis des équipes mobiles d'appui aux établissements, ont pu montrer leur intérêt. L'expérience châlonnaise montre la nécessité d'une réponse rapide lorsqu'un problème se présente avec une équipe de « confiance », de continuité et de connaissance des interlocuteurs sur le long terme, ce sont le plus souvent des infirmiers ou psychologues expérimentés qui interviennent. Sur Reims, la sectorisation de la psychiatrie et la non sectorisation des établissements sociaux et médico-sociaux entraîne des divergences sur la nécessité d'avoir un interlocuteur unique.

Il est rappelé également que les établissements sociaux n'ont pas la vocation non plus d'avoir du personnel spécialisé en psychiatrie.

5- L'inadéquation des structures

La non spécialisation en psychiatrie de structures sociales et médico-sociales et l'absence de soutien psychiatrique met en inadéquation l'accompagnement proposé surtout lorsque la personne n'est pas connue des services de santé ou qu'elle débute sa maladie. Il apparaît

nécessaire de trouver le moyen de mieux les soutenir. Les modalités de ce soutien sont encore à définir et peuvent prendre des formes différentes en fonction des structures (psychiatres référents, équipe mobile intersectorielle, équipe de confiance issue du secteur...). La demande de formation complémentaire des professionnels est également faite par ces structures pour permettre une meilleure prévention et gestion des situations de crise, un meilleur accompagnement du résident avec sa maladie.

Pour autant, les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont tous soumis à la prise en charge de personnes qui, sur le territoire, n'ont pas de solution satisfaisante de parcours de soins. En pédopsychiatrie, la gestion de la tentative de suicide et plus généralement de crise chez l'adolescent n'offre pas des conditions optimales de prises en charge à la fois de l'adolescent et des parents (l'isolement dans les services psychiatriques d'adultes ou l'hospitalisation en pédiatrie ne sont pas adaptés), l'offre d'exploration des troubles du spectre autistique est insuffisante (délai de 18 mois).

Chez les adultes, 50 à 60 patients du territoire sont pris en charge en Belgique faute de possibilité de trouver une structure en adéquation avec leur besoin. La diversité des besoins ne permettrait pas d'avoir les différentes structures recherchées viables sur le territoire départemental. Pour les structures médico-sociales, il serait nécessaire d'avoir des temps de rupture en ayant la possibilité d'envoyer les résidents ailleurs qu'à l'hôpital.

6- Délégation de tâches

Le manque de psychiatre dans le secteur hospitalier et associatif impacte le parcours de soins du patient du fait qu'il repose sur la décision médicale. Cela met en difficulté non seulement le patient et les équipes qui l'accompagnent et qui le soignent mais aussi la famille et l'entourage direct du patient. Le conseil territorial en santé mentale qui couvre les 4 territoires de l'ex-Champagne-Ardenne a fait la recommandation de veiller à éviter tout cloisonnement dans la circulation de l'information en respectant, bien sûr, la réglementation et l'intérêt du patient. Il n'est pas rare dans les EHPAD que les équipes ne disposent pas de toutes les informations concernant le patient lors de leur transfert et qu'ils aient des difficultés à orienter le résident en cas de crise. Le Conseil souhaite également que l'on puisse faciliter la prise en compte des analyses de l'ensemble des personnels qui interviennent auprès du résident-patient afin d'anticiper toute dégradation de la santé et pouvoir ainsi intervenir le plus précocement possible. De fait, il lui paraît nécessaire que l'on réfléchisse à utiliser certaines compétences existantes (infirmiers, psychologues, éducateurs ...) dans des délégations de tâches comme cela pu être fait en médecine du travail ou en santé scolaire.

7- Le vieillissement des patients

Bon nombre de patients sont aujourd'hui pris en charge par les familles, le plus souvent par les parents. Or le vieillissement du patient et de son entourage avec le probable décès des aidants est un véritable sujet d'inquiétude pour les proches. Cette question sensible est très peu abordée tant dans l'étude des besoins au niveau collectif qu'au niveau individuel.

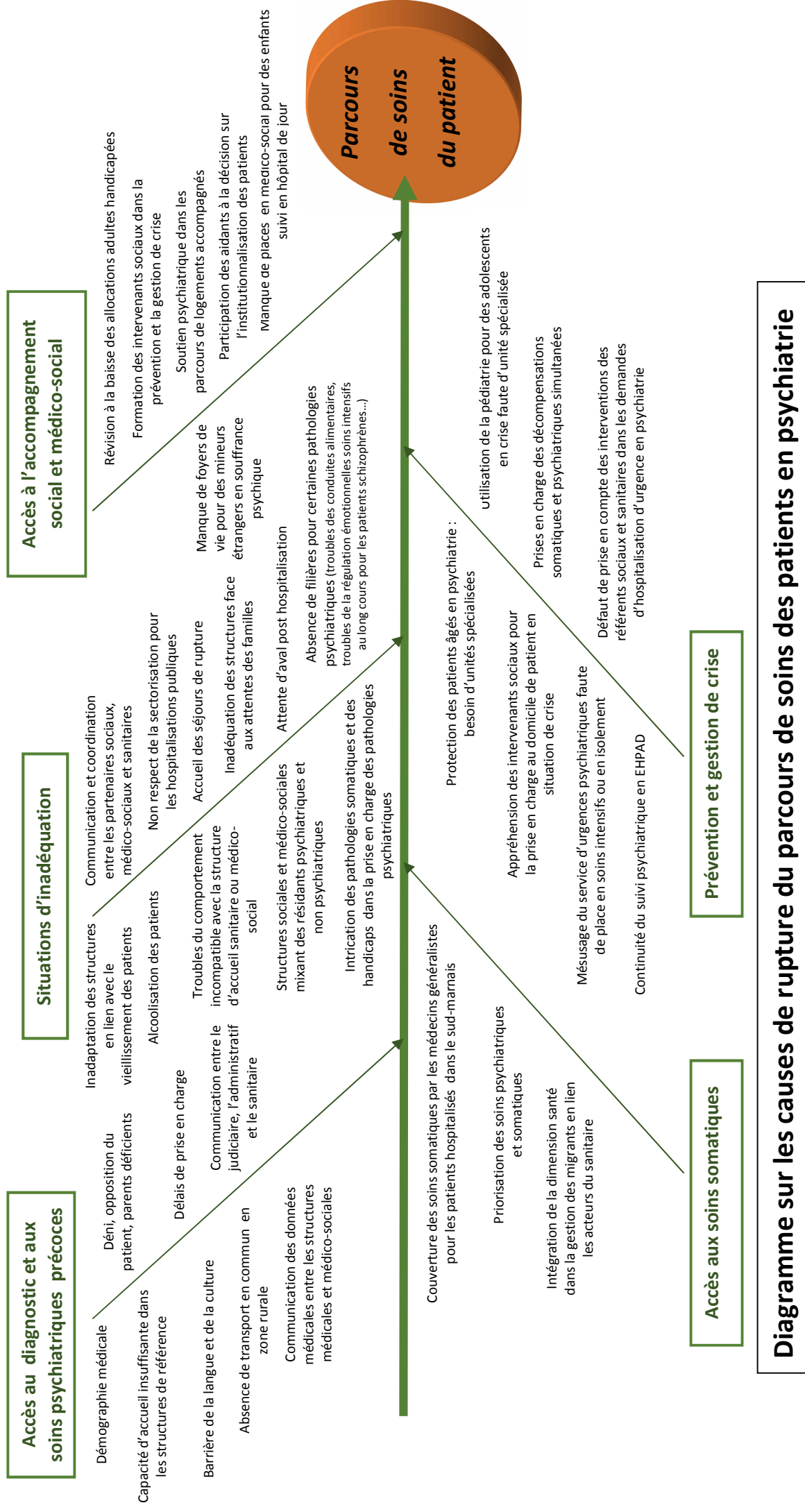


Diagramme sur les causes de rupture du parcours de soins des patients en psychiatrie

2ème séance plénière de la communauté psychiatrique de territoire:

Détermination des causes

Pour la préparation de la séance, une première analyse a été envoyée sous la forme d'un diagramme à tous les participants de la 1^{ère} séance pour proposer des causes de rupture de parcours de soins à partir des situations cliniques qui ont été recueillies. C'est une traduction qui n'avait pour but que de montrer le plus exhaustivement possible sans jugement «la représentation collective» des causes de rupture issues du recueil des situations (document annexe). Il était souhaité de compléter le diagramme et de réfléchir à 3 ou 4 thèmes fédérateurs des causes qui pourraient servir ensuite à tracer les objectifs d'action.

En termes de méthode, afin de permettre l'expression de chacun des participants de la 2^{ème} séance plénière, il a été proposé de constituer 4 groupes de travail autour d'un des ambassadeurs de la Communauté Psychiatrique de Territoire dont la vocation est d'être témoin de la démarche au titre d'une représentation des acteurs de terrain (usager, sanitaire, médico-social et médecine générale). Chaque groupe a formulé, en séance plénière, la synthèse de leurs échanges en approfondissant les causes de rupture du parcours de soins des patients et en mettant en avant les thèmes qui seront à la base des actions à monter.

Restitution du groupe 1:

Le groupe fait le constat d'une méconnaissance du réseau des acteurs qui interviennent auprès des patients psychiatriques. La diversité des partenaires sociaux et médico-sociaux est une richesse mal exploitée en raison d'une formation insuffisante des personnels qui se sentent démunis face au patient psychiatrique en crise. Le projet de la MDPH concernant les cas complexes apparaît comme un premier élément de réponse en proposant le plan d'accompagnement global (PAG) qui cherche à fédérer l'ensemble des acteurs autour du patient. Pour autant, devant une situation difficile, la question - « Qui alerter ? Comment alerter ? » - exprime le désarroi du personnel pour avoir une réponse et témoigne d'un défaut d'accompagnement de ces professionnels. Pour les personnes qui font l'objet d'un suivi psychiatrique, des temps de synthèse réguliers seraient nécessaires avec les acteurs sociaux et médico-sociaux pour permettre de mieux anticiper l'évolution de la personne accompagnée.

Le passage du monde de l'enfance à celui d'adulte est encore trop souvent marqué par la rupture du parcours de soins pour les patients psychiatriques. Il faut pouvoir préparer cette transition en créant les liens entre les différentes structures et les équipes de suivi.

L'amélioration de la communication entre les acteurs doit permettre aussi de résoudre les inégalités d'accès aux soins au niveau du territoire. L'éloignement des structures des grands centres urbains rend plus difficile le suivi des patients et le soutien des équipes qui les prennent en charge. En particulier, le lien avec l'hôpital doit être plus étroit lorsque la personne soignée sort d'un séjour psychiatrique.

Restitution du groupe 2:

La réflexion a beaucoup porté sur la fluidité du parcours de patients et notamment sur les facteurs d'organisation qui sont sources de rupture de parcours. Tout d'abord les aspects réglementaires ne permettent pas toujours de combiner des prises en charge complémentaires, à titre d'exemple il n'est pas possible pour un patient de bénéficier d'un appartement thérapeutique et d'une place en ESAT. La capacité de réponse des établissements sociaux ou médico-sociaux à la prise en charge de certains cas est aussi liée à une limitation des compétences disponibles au sein de ces structures (pas de possibilités d'embaucher des personnels spécialisés dans le domaine de la santé). Face aux difficultés liées à la prise en charge complexe des troubles psychiatriques, il manque actuellement au

niveau de l'accompagnement des professionnels et des aidants la possibilité d'avoir des formations adaptées et aussi de pouvoir aménager des temps de répit en partenariat avec d'autres structures. Le groupe a émis l'idée que la prise en charge devrait être centrée sur la personne soignée et non sur un parcours de structures. Cela implique un travail de collaboration plus étroit entre les intervenants et les structures. Le groupe a également souligné le manque de psychiatre et de pédopsychiatre au sein des établissements de santé et des structures médico-sociales mais aussi le manque d'alternative avec des professionnels non médicaux (infirmiers, psychologues) qui par leur expérience et par une formation complémentaire pourrait jouer un rôle de première ligne (délégation de tâches).

Restitution du groupe 3:

Le travail en amont de la maladie doit être une priorité à la fois dans le secteur enfant et le secteur adulte. Cela passe par une stratégie qui vise à développer une prise en charge préventive des patients, c'est-à-dire la détection la plus précoce possible des premiers signes qui annoncent la maladie, il faut en faire la porte d'entrée unique. Les acteurs de 1^{ère} ligne doivent être identifiés au sein des réseaux souvent méconnus et formés pour permettre le repérage et l'orientation des patients vers les différents niveaux d'expertise requis. Pour donner suite à cette démarche, il faut aussi une bonne lisibilité de l'offre de soins, clarifier le parcours et les rôles de chacun pour prendre en charge la personne repérée ou en souffrance et l'orienter dans le dispositif le plus adapté. La connaissance des structures et des acteurs est importante pour pouvoir développer une synergie institutionnelle propice à éviter les situations de crise et harmoniser le parcours du patient notamment pour les situations complexes et d'urgence. Le travail sur l'accompagnement social et médico-social doit renforcer les compétences des personnels pour prévenir et mieux gérer les hospitalisations des patients décompensés. Le travail de repérage et d'accompagnement des structures sociales et médico-sociales pose de façon aiguë le problème du déficit de psychiatre et de pédopsychiatre qui ne permet plus actuellement un bon étayage de ces structures. De fait, cela induit aussi une difficulté à promouvoir de nouvelles actions, de renforcer ou de créer de nouvelles structures (problème de délai de certaines consultations en pédopsychiatrie par exemple). Le problème de la fluidité du parcours et de la gestion du temps est aussi lié au manque de structures d'aval pour compléter l'offre de soins et d'accompagnement des patients tant dans le domaine de la pédopsychiatrie que de la psychiatrie adulte. Il faut de fait aussi réfléchir à l'optimisation de l'offre en travaillant sur la réponse organisationnelle en tenant compte de l'existant.

Restitution du groupe 4 :

Le groupe a partagé les mêmes discussions et constats que les autres groupes. Cependant, il souhaite souligner le rôle des aidants qu'il faut sortir du cloisonnement et intégrer dans la prise en charge des patients. Cela renvoie aussi à leur formation et aussi à celle des soignants. Il faudrait renforcer les compétences des professionnels à commencer par celles des médecins non psychiatres notamment lors de leur internat. Il y a une trop grande méconnaissance de la pathologie psychiatrique. Symétriquement, il apparaît nécessaire que les psychiatres ne perdent pas de vue les dimensions somatiques qui peuvent être aussi sources de troubles du comportement et de la conduite.

Par ailleurs, le manque de place dans les structures d'aval de l'hospitalisation est un facteur de chronicisation des patients rendant plus difficile la réhabilitation sociale. Il faudrait aussi pouvoir mieux "fidéliser" les acteurs sociaux et médico-sociaux en limitant le turn-over des personnels qui fragilise les structures et la continuité de la prise en charge de la personne soignée.

A la suite de ces restitutions, un débat s'est engagé avec l'ensemble des participants dans le but d'une transformation opérationnelle de ces manques et insuffisances dans des pistes d'action avec à la fois une confrontation avec les données statistiques qu'il faut consolider et aussi avec l'expérience de terrain en prenant appui sur ce qui a montré une efficacité en psychiatrie et sur d'autres sujets (personnes âgées, cellule d'appui aux professionnels de santé...). On comprend que le parcours des patients est émaillé de séquences de soins dans différentes structures avec des intervenants sanitaires, sociaux, médico-sociaux qui doivent nécessairement coopérer. Doit-on se référer à un modèle intégré de service ou à un modèle partagé en réseau ? Dans l'un ou l'autre cas, le besoin d'un aiguilleur du parcours paraît inévitable. En fonction de la complexité des cas, l'aiguilleur peut être la personne soignée elle-même (rôle de l'éducation thérapeutique) ou un professionnel du champ sanitaire, social ou médico-social mais aussi un aidant familial. Les expériences dans ce travail existent sous les appellations case managers, référents patients, directeur de cure... Il faut rappeler que c'est le rôle premier du secteur mais que c'est extrêmement chronophage et que le secteur n'a pas suffisamment les moyens aujourd'hui de développer cette tâche pour la population dont il a la charge. On s'accorde sur le fait que face à l'évolutivité de la maladie et de la personne, il faudrait plus de souplesse dans l'utilisation des différentes structures, faciliter les transitions entre l'hôpital, le social et le médico-social, éviter de rendre "captif" la personne d'une structure en mixant les prises en charge par une approche d'emblée plurifocale (concertation des différents intervenants). Il doit se construire une équipe autour du patient qui le plus souvent doit s'affranchir des limites institutionnelles pour permettre la coordination et la construction de l'agenda de la personne prise en charge.

A l'image de l'expérimentation de la MDPH avec le plan d'accompagnement global des cas complexes, il est possible de réfléchir à de nouvelles actions innovantes d'autant que l'ARS Grand Est a souhaité promouvoir de nouvelles initiatives pour améliorer le parcours de soins. Une première proposition est faite d'articuler les projets d'action autour :

- 1- De la Promotion et du développement des soins et de l'accompagnement psychiatriques (Réadaptation psychosociale-prévention en santé mentale)
Formation
- 2- L'amélioration de la fluidité du parcours
Communication entre les acteurs
Conceptualisation d'un espace intégré ou coordonné sanitaire, social et médico-social autour du patient
- 3- Du renforcement ou de la création des structures manquantes
Redéploiement de moyens territoriaux
Péréquation inter et intra régionale
Recours raisonné à la télémédecine
- 4- Développement du pilotage territorial
Consolidation des données existantes
Evaluation des dispositifs par rapport aux projets

Proposition du diagnostic territorial

L'analyse des données disponibles montrent :

Les données disponibles montrent que la population marnaise restera assez stable dans les années à venir en préservant sa population jeune, ce qui limite l'indice de vieillissement par rapport aux autres territoires de la région Grand Est. Malgré un découpage sectoriel aussi important que les plus gros départements de la région, le nombre de structures ambulatoires (CMP et CATTP) est plus réduit. Pour l'hospitalisation complète, le nombre de lits apparaît à la hauteur des autres territoires sauf pour la pédopsychiatrie qui pourrait revendiquer 10 lits supplémentaires. En termes de moyens humains, le nombre de psychiatres par rapport à la population n'apparaît pas inférieur aux départements déjà cités mais leur installation n'est pas homogène sur le territoire (tropisme rémois). Toutefois le nombre de postes financés mais non occupés demeure très préoccupant sur le territoire notamment sur le sud du département, voire catastrophique dans certains pôles qui ont perdu la moitié de leur effectif..

La Marne se démarque par un taux de psychologues important et par un déficit infirmiers. En ce qui concerne, les structures sociales et médico-sociales ne sont pas inférieures en capacité mais la partie dévolue à la psychiatrie ne peut être évaluée. L'analyse plaide donc pour un renforcement des structures ambulatoires et des hospitalisations de jour.

La synthèse des 2 premières séances de la communauté psychiatrique de territoire et les conclusions relatives au contenu du diagnostic partagé :

A travers les échanges et les débats menés, de façon plus qualitative, il apparaît nécessaire de créer de nouvelles relations de travail au sein de la communauté psychiatrique de territoire en favorisant la diffusion des connaissances dans le domaine de la psychiatrie, l'amélioration de la communication entre les partenaires, l'intégration ou la coordination des dispositifs au service des patients, le renforcement ou la création de structures manquantes, et la mise en œuvre d'une instance de concertation pour le développement territorial de la psychiatrie et de la santé mentale.

Synthèse des constats issus du diagnostic partagé:

1-Développer, promouvoir les soins et l'accompagnement psychiatrique par l'information, la prévention, la réadaptation psychosociale et la formation.

Trop souvent méconnus même auprès des professionnels du champ sanitaire, les soins en psychiatrie ont besoin d'être promus pour qu'ils puissent s'intégrer plus facilement dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Parallèlement au développement de l'information et de la formation relative à la santé mentale au sens large, il est jugé nécessaire de développer la prévention et les approches psychosociales dans les domaines de l'insertion, du logement et de l'emploi en particulier. Les acteurs sociaux et médico-sociaux sont demandeurs de formation pour accompagner plus efficacement les personnes qu'ils suivent. On peut y inclure également l'éducation thérapeutique des patients et la formation des aidants.

2- Améliorer l'articulation entre le parcours de soins et le parcours de vie

Il s'agit de trouver une meilleure articulation entre les différents secteurs de prises en charge sanitaire, social et médico-social. Cela passe par une meilleure connaissance des ressources et par la communication entre les acteurs. La coordination par un référent ou le développement de services intégrés serait une solution pour faciliter les passages d'un secteur à l'autre en fonction des besoins du patient.

3- Une offre de santé mentale qui demeure parfois insuffisante, mal localisée, pas suffisamment diversifiée pour répondre aux projets de vie et de soins des malades et de leur famille

La sous dotation connue du territoire en soins psychiatriques nécessite d'être corrigée pour assurer une égalité de chance d'obtenir des soins de qualité. La connaissance des délais longs de prise en charge dans certaines consultations et le nombre de patients obligés de s'expatrier pour trouver des soins adaptés montrent la nécessité d'un réalignement de moyens pour hisser le territoire au même niveau que les autres de la Région Grand Est.

4-Le renforcement du pilotage territorial relatif à l'organisation des parcours de soins et de vie en santé mentale est nécessaire avec le concours de tous les acteurs institutionnels concernés.

Le parcours du patient repose sur la coopération entre les professionnels et sur l'implication des patients et de leurs aidants. La mise en place du projet territorial en santé mentale a permis de mettre à jour les difficultés dans la prise en charge des patients dans le cadre d'une réflexion ouverte entre les différents acteurs de terrain. La poursuite de cet échange dans l'instance de concertation que représente la communauté psychiatrique de territoire est à construire pour améliorer:

- 1- la connaissance des besoins qualitatifs et quantitatifs nécessaire à la prise en charge des patients
- 2- l'évaluation des actions qui seront entreprises
- 3- le travail partenarial en donnant à chacun la possibilité de rendre visible son action (meilleure connaissance de l'offre)

3ème séance plénière de la communauté psychiatrique de territoire:

Les pistes d'action

En prélude du travail de groupe, une double interrogation a été soulevée concernant le problème de la démographie médicale pénalisante pour le territoire-02 et l'annonce prochaine de mesures de restriction budgétaire. La situation démographique des psychiatres et des pédopsychiatres montre surtout une difficulté pour couvrir la partie sud de la Marne tant au niveau de l'EPSM que des institutions médico-sociales. La situation est tendue mais moins que dans les autres territoires qui ne disposent pas en leur sein d'une faculté de médecine. Le projet territorial en santé mentale doit être aussi un facteur d'attractivité pour fixer les jeunes générations en formation et attirer les professionnels expérimentés. Quant à la réduction de moyens, il faut considérer que le territoire bénéficie d'une péréquation régionale positive en raison d'une sous-dotation structurelle comparativement aux autres territoires de la région. Le budget de l'EPSM de la Marne a toujours été en croissance. La 2ème interrogation portait sur le sens du terme parcours. Doit-il se limiter aux soins du patient ou s'ouvrir au parcours de la personne qui intègre aussi la dimension sociale ? Le PRS indique clairement la volonté de construire le parcours du patient en prenant en compte à la fois la prévention, les soins, mais aussi les droits du patient à la citoyenneté en préservant ou en restaurant les capacités d'autonomie, d'accès au travail et au logement. Il s'agit bien de promouvoir la santé mentale.

A la suite de ce premier échange, 3 groupes de travail se sont constitués et ont restitué en séance plénière la synthèse suivante:

Groupe 1:

Le constat qu'un certain nombre de patients sont envoyés en Belgique faute de structure adaptée pour les accueillir au long court a généré un regard critique sur les moyens dont nous disposons sur le territoire mais aussi des remarques sur les prises en charge en Belgique qui dans certains cas manquent d'encadrement de soins. L'évolutivité de la maladie psychiatrique se marque par des périodes d'instabilité qui génèrent des difficultés pour le maintien des patients au sein des lieux de vie et entraînent parfois leur exclusion. Face à cette analyse, des propositions ont été discutées:

ADEF Résidences qui gère le FAM de Dormans souhaiterait développer un FAM spécialisé pour les cas complexes avec des temps d'accueil modulables en fonction des besoins de la personne. Leur expérience montre que la cohabitation de ces patients dans un FAM Classique s'avère difficile avec des rejets par les autres résidents et une majoration des troubles. Le besoin est établi mais cela demande aussi une parfaite coopération avec les équipes du secteur d'origine du patient et de composer le personnel de cette unité de vie avec une formation et une compétence éprouvée. Pour mémoire, le FAM de Dormans été ouvert, au départ, sur une enveloppe financière fléchée en direction des personnes handicapées psychiques. Il est apparu au niveau du recrutement des résidents, que le versant handicap intellectuel associé à des troubles du comportement et de la conduite a été privilégié. L'accueil de cette population problématique dans les établissements pour déficients intellectuels, était d'ailleurs plus en adéquation avec l'ensemble des activités proposées pour ce FAM. Le recrutement des personnels semble aussi plus en résonance avec la déficience intellectuelle qu'avec le handicap psychique. Cela explique maintenant, d'une part la demande de formation et d'autre part la proposition actuelle du projet.

L'association l'Amitié propose la création d'un service de liaison (mobile) pour le médico-social doté d'une unité de répit. La plupart des établissements sociaux et médico-sociaux sont confrontés à des patients présentant à la fois une déficience intellectuelle et des troubles psychiques associés à des troubles du comportement. Le souhait est de proposer un soutien précoce des équipes confrontées à ces difficultés pour désamorcer une situation pouvant évoluer en crise faute d'expérience (turn-over des personnels). En prenant appui sur le SAMSAH que gère l'association, l'équipe serait étoffée et

partagerait son expérience avec les autres institutions sociales et médico-sociales pour prévenir les crises et en offrant la possibilité de 6 places de répit ouvertes aux institutions comme aux familles.

Dans l'esprit de favoriser la prise en charge précoce des patients entrant dans la maladie, le pôle universitaire de psychiatrie de l'EPSM de Marne propose de mettre en place un centre de détection et d'intervention précoce à vocation intersectorielle dont le but de prendre en charge le plus tôt possible par des soins spécifiques par le biais notamment des techniques de la réhabilitation sociale, les troubles psychiatriques sévères (schizophrénie et trouble bipolaire) chez les jeunes de 18 à 25 ans et secondairement chez les mineurs en lien avec la pédopsychiatrie. En collaboration avec les secteurs, et un réseau de partenaires de médecine de ville, de l'éducation nationale, de la médecine préventive universitaire et de la médecine du travail, le Centre développera son expertise pour assurer le diagnostic, initier les soins et aider à la réinsertion socio-professionnelle en favorisant également l'accompagnement des familles et des aidants.

Ces projets donnent la possibilité de diversifier l'offre de prise en charge des patients du territoire dans un esprit de coopération entre les acteurs au bénéfice du patient. Cette coopération doit renforcer également l'échange des pratiques professionnelles et donner lieu à des formations. Il serait souhaitable que des stages puissent permettre aux professionnels de terrain de mieux connaître de l'intérieur, les partenaires. Les modalités de ces formations "in situ" sont à élaborer. Cela pourrait rejoindre la volonté de l'EPSM de la Marne de développer une plateforme de formations ouverte en fonction des programmes à des personnels internes comme externes.

Groupe 2 :

Le groupe a développé son intérêt pour une réflexion sur le parcours des adolescents et pré-adolescents avec la nécessité d'une graduation hospitalière pour la prise en charge des jeunes patients. En dehors de la Maison des adolescents de Reims, il n'y a pas de lit spécialisé d'hospitalisation pour les adolescents qui se retrouvent actuellement soit en pédiatrie soit en isolement dans des services de psychiatrie adulte. Pour compléter la Maison des adolescents, il faudrait pouvoir créer :

- une prise en charge en soins intensifs de courte durée, sur le modèle des UHT psychiatriques, adossée à une unité de pédiatrie ou de psychiatrie adultes
- une prise en charge programmée pour des pathologies spécifiques (du type de celles accueillies à la maison d'adolescents), avec un rôle de recours régional
- une prise en charge séquentielle pour les patients nécessitant des prises en charge de plus longue durée (pour ces soins, il faudra tenir compte des 80 lits de soins-études qui vont bientôt s'installer sur Vitry-le-François)

Le 2ème point d'intérêt s'est porté sur la nécessité de renforcer le Centre Ressources Autisme de Champagne Ardenne par la création d'une équipe mobile dédiée au diagnostic, à l'évaluation et à l'accompagnement des personnes adultes porteuses d'un trouble du spectre autistique. Si le réseau de niveau 1 et 2 est assez bien formalisé pour la prise en charge des enfants de - de 6 ans. Il reste encore à le construire pour les + de 6 ans et les adultes. Le choix de l'équipe mobile est de pouvoir se rendre sur les lieux de vie des patients et d'assurer aussi le soutien aux professionnels par l'expertise des situations et la formation. Il serait souhaitable de favoriser une dynamique d'échange d'expérience entre les acteurs de terrain et d'entraide entre les structures pour améliorer l'accompagnement de ces patients.

Le 3ème point d'intérêt a été de promouvoir le partage d'outils notamment de protocoles de prise en charge qui éviteraient de refaire de multiples fois le dossier du patient pour l'admission dans une structure. Un protocole pourrait aussi faciliter le retour des patients dans leur unité de vie après une hospitalisation en définissant les caractéristiques des comptes rendus de sortie qui doivent permettre à l'équipe en aval de l'hospitalisation d'être parfaitement informée et opérationnelle dès le retour du patient et dans le respect de ses droits. Ce sujet pose la question de la gestion du dossier

médical lorsque la prise en charge est partagée par plusieurs institutions ayant chacune des informations utiles pour l'analyse clinique du patient. Dans cette situation complexe pluri partenariale et pluridisciplinaire, il serait judicieux de bénéficier d'une personne référente (case manager) lorsque le patient n'est pas en mesure de maîtriser l'ensemble des informations et qui aurait la possibilité de créer du lien entre les structures qui suivent le patient. A travers ces exemples, on peut percevoir la nécessité d'une infrastructure d'échange et de coordination permettant d'aborder le parcours du patient dans sa globalité sanitaire, sociale et médico-sociale.

Groupe 3 :

L'objectif "Promouvoir les soins psychiatriques" interroge sur l'attractivité de la profession médicale et les conditions de son exercice. Quelle place est laissée à la clinique (toutes catégories professionnelles confondues)? La charge administrative, la nécessité d'avoir une traçabilité à visée de protection juridique... ne sont-ils pas freinateur de l'engagement...

Lorsque l'on parle de projets innovants, la question sur la réduction des moyens rejaille. On constate le déplacement de moyens du sanitaire vers le médico-social puis vers le social pour aboutir au final à la rue... On assiste actuellement à un débordement de la plupart des structures faute d'avoir suffisamment bien délimité les capacités d'accueil. En particulier, les structures d'accompagnement social et médico-social apparaissent sous dimensionnées par rapport aux besoins du territoire.

Au niveau de la pédopsychiatrie, il apparaît nécessaire de disposer d'une plateforme de répit comme prévu dans le 4ème plan Autisme pour permettre aux familles de bénéficier d'un repos. Il y a aussi dans ce domaine le besoin de mieux accompagner les jeunes adultes autistes qui peuvent suivre des études universitaires en leur permettant de bénéficier de logements accompagnés ou de colocation en logement social.

Dans les prises en charge des jeunes patients suicidaires, il faut améliorer l'accueil aux urgences pour eux et pour les parents. On constate des difficultés de communication, l'absence d'hospitalisation et les délais trop longs pour une consultation mettent les parents dans une situation d'incertitude et d'angoisse qui les mènent à enfermer chez eux leur enfant.

Il faut réfléchir aussi sur la question de la mobilité des patients en zone rurale. L'éloignement rend difficile l'accès aux soins faute de moyens de déplacement et crée une inégalité d'accès aux soins sur le territoire.

Le parcours du patient engendre parfois un parcours d'institutions lié à l'état clinique du patient. Un des moyens de limiter les ruptures de parcours serait de développer le travail interinstitutionnel pour une meilleure connaissance des pratiques des uns et des autres et faciliter l'adéquation aux besoins des patients qui peut requérir en fonction de son état un type de prise en charge spécifique pour un temps donné. Rendre plus aisé le passage d'une structure à une autre limiterait les ruptures par inadéquation.

A l'issue de ces synthèses, un débat plénier s'est engagé sur l'intérêt de la formation des personnels et des échanges de pratiques en facilitant l'immersion de personnels venant d'autres structures sur quelques journées. Cela doit être le nouvel instrument pour faciliter le dialogue interinstitutionnel par la compréhension des principes d'organisation des actions menées pour le patient. Lorsque le suivi est partagé par plusieurs institutions, il serait utile de co-construire l'agenda avec le patient et l'ensemble des intervenants afin d'éviter de l'écarteler sur plusieurs sollicitations en même temps. Cela exige des temps de coordination pour la gestion des cas complexes. L'innovation est là dans ce travail de collaboration qui peut paraître chronophage (en regard d'une pratique quantitative) mais indispensable pour la qualité des soins.

La difficulté est que face aux flux d'activité que l'on connaît, le temps manque...On assiste à une perte de "sens" dans le soin à cause de la saturation des activités. Pour autant, les équipes doivent être disponibles pour en permanence travailler avec le patient sur le réaménagement de sa vie intime.

Propositions de pistes d'action en fonction des objectifs

Promouvoir les soins et l'accompagnement en santé mentale par l'information, la prévention et la réadaptation psychosociale et la formation.

Centre d'expertises et de recours, de formation et de recherche universitaire

EPSM de la Marne et l'Université

L'arrivée au sein de l'EPSM du pôle universitaire de psychiatrie de l'adulte lui donne la responsabilité de développer et mettre en valeur l'ensemble des structures d'expertise et de recours de niveau régional en favorisant la formation qualifiante et la recherche :

- Centre de Ressources et d'Information sur les Auteurs de Violence Sexuelle
- La psychiatrie légale
- Santé des migrants, santé et précarité
- Psychothérapie Institutionnelle
- Niveau III d'addictologie
- Centre de Ressource Régionale de Psychiatrie de la Personne Âgée
- Diagnostics et prises en charge des entrants dans la maladie
- Centre d'expertise des processus cognitifs et de neurostimulation

Plateforme de formation des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux

EPSM de la Marne et les partenaires

En partenariat avec l'ensemble des partenaires confrontés à la prise en charge des patients psychiatriques, un catalogue de formation pourra être proposé en fonction des demandes en favorisant les partages d'expérience entre les structures en y incluant la participation des aidants et les stages d'immersion.

Formation des aidants Profamille

EPSM de la Marne

C'est un programme de formation destiné à un groupe de personnes confrontées à la maladie d'un proche. Il repose sur la combinaison de deux principes :

- Une information concernant la maladie et sa prise en charge
- Un apprentissage des techniques pour mieux faire face par une gestion du stress, un renforcement des habiletés en communication, un entraînement à la résolution des problèmes

Colloque annuel sur la psychiatrie et la santé mentale

Communauté psychiatrique de territoire

Temps fort de regroupement des acteurs du territoire sur la psychiatrie et la santé mentale, il doit permettre de faire le point sur les avancées du projet territorial en santé mentale et d'offrir des ateliers de formation et d'information vers les professionnels et les usagers

Film documentaire sur les aidants

Communauté Psychiatrique de territoire

Parole et vies des aidants à différents âges

A l'instar des Municipalités de Reims et Vitry le François promouvoir la santé mentale par l'intermédiaire des CLS sur l'ensemble du département

CLS de Vitry-le-François et futurs CLS dans la Marne

Il s'agit de développer sur l'ensemble du territoire, à partir des CLS, à l'instar des actions mises en oeuvre à Reims et Vitry Le François des actions d'information, de préventions, les lieux d'animation et d'écoute. Dans le prolongement de la semaine d'information sur la santé mentale, le CLS de Vitry-le-François souhaite développer l'accompagnement à la parentalité auprès des parents déficients, l'accompagnement des parents d'enfants déficients, et la sensibilisation aux addictions aux écrans

Création d'une clinique soins-études à Vitry-le François

Fondation Santé des Etudiants de France

En lien avec la reconversion de l'hôpital de Vitry-le-François, la clinique soins-études ouvrira à termes 80 lits d'hospitalisation complète et 5 places d'hospitalisation de jour en psychiatrie pour prendre en charge des jeunes patients de 15 à 25 ans suivis pour des pathologies psychiatriques sévères et pour la plupart en rupture scolaire. Ils bénéficieront d'une double prise en charge psychiatrique et scolaire leur permettant de poursuivre leur scolarité.

Développer l'accompagnement des patients et personnes en situation de handicap avec le concours du secteur médico-social et social dans le cadre d'une approche psychosociale favorisant leur inclusion.

L'accès au travail est un des éléments constitutif de l'insertion sociale des patients et du respect de ses droits à la citoyenneté. Dans ce but, le pôle de Châlons-en-Champagne propose de développer en partenariat :

- Le job coaching
- Un ESAT spécialisé en psychiatrie

Améliorer la fluidité du parcours du patient

Titre de l'action		Institution porteuse		Résumé	
Reconfiguration de l'offre hospitalière publique de Marne Nord	EPISM de la Marne			Les conditions d'hospitalisation ne correspondent plus aux attentes des usagers et des techniques de prise en charge actuelles. La reconfiguration des locaux amène à redéfinir l'ensemble des activités de soins afin d'améliorer la réponse aux demandes de soins dans des délais compatibles pour une prise en charge efficace des patients dans le secteur dont ils relèvent et dans des structures adaptées tant en ambulatoire qu'en hospitalisation.	
Création d'un service de liaison dans le secteur social et médico-social	Centre de post cure de l'Amitié			Pour aider à affronter les situations difficiles au sein des établissements médico-sociaux qui accueillent des patients déficients intellectuels et présentant des troubles psychiatriques associés à des troubles du comportement, la création d'une équipe mobile de soutien constituée de personnels expérimentés pourrait apporter une aide à la prise en charge précoces des troubles. Justifié par son expérience de SAMSAH, l'association L'Amitié est en mesure d'offrir cette aide et de l'appuyer par la possibilité d'ouvrir 6 lits de répit afin de faciliter de façon temporaire le soulagement des équipes et des familles en difficulté tout en offrant aux patients un accueil permettant l'apaisement et une possibilité de rupture encadrée avec une vocation sociale et thérapeutique.	
Développement dans le domaine du handicap psychiatrique des plans d'accompagnement global pour les cas complexes. Faciliter la coopération médecine de ville Hôpital	MDPH EPSM			Dispositif d'orientation permanent, le plan d'accompagnement global permet aux patients de trouver des solutions à leur prise en charge lorsque les décisions des CDAPH n'ont pu être appliquées. Cela suppose en temps réel de connaître les capacités et les modalités d'accueil, d'accompagnement disponibles sur le territoire, leurs éventuelles spécificités en termes de ressources pour mieux coordonner l'intervention respective des acteurs dans des situations complexes. L'objectif est qu'aucune personne handicapée ne se retrouve sans solution. Dans un cadre expérimental et par l'intermédiaire de l'association d'appui aux professionnels de santé, la PTA de Reims et ses coordinateurs de médecine générale pourrait favoriser l'échange d'information autour des patients dont l'accompagnement est complexe.	

<p>Infrastructure d'échange et de coordination sanitaire, sociale et médico-sociale pour faciliter le parcours du patient</p>	<p>Communauté psychiatrique de territoire</p>	<p>La médecine de parcours repose sur la coopération des professionnels et sur l'implication des patients et de leurs aidants (Stratégie Nationale de Santé 2013). Il convient donc de construire et de partager les outils qui facilitent la coopération entre les professionnels, les patients et les aidants. Parmi les outils qu'il serait nécessaire de partager :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocoles d'admission et de sortie des structures pour éviter les multiples dossiers à constituer et bénéficier des informations essentielles à transmettre en aval des soins. - Le partage du dossier du patient pris en charge dans plusieurs institutions - Définition de la personne référente (ou case manager) lorsque le patient n'est pas en mesure de maîtriser l'ensemble des informations lui permettant de faire le lien entre les différentes structures qui le suivent - Agenda du patient pour la bonne articulation des activités du patient et de ses rendez-vous de soins - La télémédecine
<p>Mobilité des patients en zone rurale</p>	<p>Communauté psychiatrique de territoire</p>	<p>En fonction de l'éloignement en zone rurale, des difficultés apparaissent pour l'accès aux soins psychiatriques. Il convient d'en apprécier l'importance et de rechercher des moyens pour y remédier. En ce domaine la télémédecine peut et doit y contribuer.</p>
<p>Amélioration de la prise en charge des jeunes patients suicidaires</p>	<p>Communauté psychiatrique de territoire</p>	<p>De la prise en charge aux urgences jusqu'au suivi en aval de l'hospitalisation, il convient de revoir les modalités de prise en charge du patient et d'accompagner des familles. Il s'agit d'éviter en particulier les récurrences dans le cadre d'une démarche incluant des actions psychosociales.</p>

Renforcer ou créer les structures manquantes

Titre de l'action	Institution porteuse	Résumé
Transfert de la clinique Merfy sur Cormontreuil	Groupe « Clinéa »	Le transfert des lits de Merfy à Cormontreuil s'accompagne de la création d'une unité supplémentaire de 38 lits de gérontopsychiatrie (Dossier d'autorisation)
Création d'un hôpital de jour psychiatrique de 20 places à Reims	Groupe psy pro	L'autorisation disponible de 20 places d'hôpital de jour en psychiatrique a été accordée au groupe psypro dans le but de créer sur offre dédiée à la prise en charge de la souffrance au travail. Le groupe Psypro s'est rapproché des deux psychiatres qui portaient le projet de Courlancy et ils vont travailler ensemble pour un HJ avec deux volets : souffrance au travail et réhabilitation psychosociale.
Création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé spécialisés pour des patients psychiatriques	ADEF Résidence	L'ADEF souhaite développer un partenariat avec la psychiatrie un foyer accueil médicalisé spécialisé pour les patients psychiatriques non déficients intellectuels.
Constitution de la filière de soins pour les adolescents	EPSM de la Marne et CHU de Reims	Les pôles de pédopsychiatrie des 2 établissements CHU et EPSM ont conjointement rénové et renforcé leur coopération au sein de la filière de prise en charge des adolescents. Désormais en sus des structures existantes : CMP, CATT, HJ, CATT, familles d'accueil et Maison des adolescents sont d'ores et déjà autorisés : Une unité d'accueil séquentiel de 12 à 14 lits sur le site de Chalons , la création de 4 lits de crises sur le site de Reims et sur celui de Chalons en campagne et des équipes mobiles communes d'intervention sur les lieux de crises extérieurs aux établissements hospitaliers.
Renforcement du Centre Ressource Autisme de Champagne Ardenne	CHU de Reims	Création d'une équipe mobile dédiée au diagnostic, à l'évaluation et à l'accompagnement des personnes adultes porteur d'un trouble du spectre autistique.
Repérage, diagnostics et prise en charge des entrants dans la maladie	EPSM de la Marne	La prise en charge précoce de la schizophrénie est le moyen de prévenir et limiter la toxicité de la maladie. La mise en place d'une consultation de recours doit permettre d'identifier très tôt l'entrée dans la maladie et proposer d'amorcer une prise en charge adaptée avec les techniques de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale.

Equipe mobile de prévention et de gestion de crises pour adultes	EPSM de la Marne	Rattaché à la Structure d'Urgence Psychiatrique (SUP) de Reims, l'équipe mobile pourra intervenir « in situ » pour désamorcer ou pour répondre à une situation de crise en évitant dans la mesure du possible le passage du patient aux urgences.
Développement de la filière de gérontopsychiatrie	EPSM de la Marne	Pour compléter le dispositif d'équipes mobiles sud et nord Marne, le pôle de gérontopsychiatrie souhaite : <ul style="list-style-type: none"> - Créer 20 lits d'hospitalisation à Châlons-en-Champagne et 15 lits d'hospitalisation complète à Reims. Cette proposition est actuellement en cours d'examen. - Consulter par télé-médecine avec les EHPAD - Création du Centre Ressource Régionale de Psychiatrie de la Personne Âgée
Développement de la filière d'addictologie	EPSM de la Marne	Le pôle d'addictologie en lien avec le pôle universitaire de psychiatrie de l'adulte souhaite développer : <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau III d'addictologie - Une unité SSR des troubles cognitifs en addictologie (remédiation cognitive pour des patients ayant des troubles cognitifs sévères mais avec une capacité de récupération)
Unité de soins intensifs à domicile	EPSM de la Marne	En lien avec le médecin traitant du patient et des infirmières libérales formées à la prise en charge psychiatrique, l'objectif est de pouvoir coordonner des soins psychiatriques au domicile du patient

Développer le pilotage territorial

Titre de l'action		Institution porteuse	Résumé
Créer la convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire		Communauté psychiatrique de territoire	Le but est de construire un dispositif pérenne qui permette à l'ensemble des institutions et des professionnels concernés de participer au développement de la prise en charge psychiatrique sur le territoire.
Observatoire territoriale de la santé mentale		Communauté psychiatrique de territoire	Constitution d'une base de données sur la santé mentale et les activités psychiatriques sur le territoire
Développement du projet territorial en santé mentale		Communauté psychiatrique de territoire	Mise en place des indicateurs de suivi et d'évaluation du projet territorial en santé mentale

Le projet territorial en santé mentale

Le projet territorial en santé mentale

Les actions

Définition du cadre de fonctionnement

Le projet territorial en santé mentale repose sur une dynamique partenariale donnant à chacun des membres de la communauté psychiatrique de territoire une vision d'ensemble des objectifs à atteindre et la possibilité de contribuer soit à travers l'évolution de leur propre projet d'établissement soit en coopérant avec d'autres institutions dans le cadre d'actions proposées par la communauté. Il doit être évolutif durant les 5 prochaines années et nécessite la poursuite des échanges entre les partenaires pour un ajustement permanent des actions en fonction des nouvelles données qui auront pu être établies et des réalités du terrain.

Les thèmes de travail qui constituent le projet territorial en santé mentale se décomposent chacun en 2 axes qui rassemblent les différentes actions nécessaires à l'atteinte des objectifs qui ont été définis. Sur chaque axe de travail, un ou deux pilotes issus de la communauté psychiatrique de territoire participeront à la cellule d'appui qui sera en charge de poursuivre l'animation de la communauté pour la réalisation du projet territorial. Les thèmes et axes de travail proviennent de la réflexion suscitée par l'analyse des situations cliniques de rupture de parcours qui ont fait l'objet d'un diagnostic partagé de l'ensemble des partenaires de la communauté psychiatrique de territoire. Les différentes actions du projet sont rassemblées sous les thèmes et axes de travail suivant :

Parcours de la personne handicapée psychique

- 1- Préserver le lien social des personnes en situation de handicap psychique à travers le logement, l'emploi-formation et les Groupes d'entraides Mutuelles (GEM)
- 2- Favoriser la synergie durable des acteurs et des institutions sanitaires, médico-sociales et sociales pour éviter les ruptures de parcours des personnes handicapées psychiques

Information et formation

- 3- Promouvoir les centres de ressources et d'expertise en psychiatrie auprès des usagers et des acteurs de terrain dans les domaines de la prévention, du diagnostic des situations complexes et de l'orientation des usagers et des familles
- 4- Développer l'information et la formation pluri-institutionnelle sur les pratiques des soins et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques

Santé mentale

- 5- Appréhender les facteurs territoriaux influant sur la santé mentale
- 6- Développer un réseau de structures et d'acteurs de proximité pour l'information, la prévention et la promotion de la santé mentale

e-santé mentale 3.0

- 7- Faciliter la circulation de l'information entre les partenaires et vers les usagers à travers les systèmes d'information des différentes structures contribuant et facilitant l'accès à la prévention, l'accompagnement et les soins des personnes en situation de handicap psychique
- 8- Développer la communication à travers le Web à destination des professionnels, des usagers et du public

Constitution et rôle de la cellule d'appui au projet territorial

La cellule d'appui est constituée de l'ensemble de l'équipe projet qui a initié la démarche territoriale à laquelle s'adjoignent les pilotes des différents axes de travail. Cette cellule d'appui au projet territorial en santé mentale a pour objet de veiller au bon déroulement du projet territorial par le soutien des acteurs sur le plan méthodologique et sur la mise en relation avec des Institutions pouvant contribuer utilement à l'action au travers de la recherche, du renfort humain ou matériel, du financement ou de la valorisation médiatique. La cellule assurera la maîtrise d'ouvrage de l'évaluation du projet en se donnant la possibilité également d'une évaluation par un organisme extérieur.

La cellule d'appui sera animée par :

L'équipe de l'EPSM de la Marne chargée de la Communauté Psychiatrique de Territoire
et

Le représentant de la délégation territoriale de la Marne de l'ARS Grand Est

Les membres de la cellule d'appui se réuniront autant que des besoins avec un minimum d'une séance de travail tous les 2 mois soit en présentiel soit en téléconférence.

Modalité de présentation du projet territorial

Le projet territorial est issu d'une réflexion suscitée par les pistes d'actions qui ont été présentées lors de la 3^{ème} séance plénière du diagnostic partagé. Ces pistes faisaient part très souvent d'actions constitutives de priorité d'action ou de projets d'établissement des membres de la communauté psychiatrique de territoire. Ces actions qui marquent le dynamisme du territoire seront citées en mémoire de chaque axe auquel elles contribuent.

Le cœur du projet territorial est de soutenir les actions qui d'emblée s'inscrivent dans le maillage territorial des différents acteurs qui prennent en charge ou accompagnent les personnes en situation de handicap psychique. Se donner les outils nécessaires aux dialogues, à la compréhension des pratiques, à la synergie des acteurs a pour objectif de favoriser l'intervention précoce dans la maladie, une coordination optimum du parcours de soins afin d'en éviter les ruptures et la meilleure intégration sociale possible. A ce titre, le projet s'inscrit dans la démarche du « Territoires 100% inclusifs » du Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées que relaient l'ARS Grand Est et le Conseil Départemental de la Marne.

Pour chaque axe de travail, il sera mentionné les points de vigilance et d'actions de la cellule d'appui pour permettre le développement du projet territorial. Elle a en charge le soutien des acteurs et l'évaluation des actions.

Pour un parcours de soins et de vie sans rupture organisé et coordonné sur le territoire

Préambule

Dans le diagnostic partagé sur les ruptures de parcours dans la maladie psychiatrique, les facteurs limitant sont apparus liées à la méconnaissance de la maladie psychiatrique par les acteurs non spécialisés qu'ils soient issus du secteur sanitaire (non psychiatrique), du médico-social ou du social. Cette méconnaissance est un frein à la synergie entre acteurs. Le 2ème point était la rigidité du découpage en secteur sanitaire, médico-social et social avec des modes de financement distincts qui obligent à faire des dossiers spécifiques avec des délais d'instruction ou d'obtention de places qui s'accordent mal avec la situation clinique de la personne handicapée psychique. La maladie psychiatrique est souvent marquée par une évolution erratique qui nécessite des allers et retours entre différentes structures. Les conditions administratives et organisationnelles ne sont pas facilitantes d'autant que l'offre apparaît inférieure à la demande. Le 3ème aspect relève de la tolérance du milieu dans lequel vit la personne handicapée psychique face aux désordres que peut entraîner sa maladie. La peur à laquelle peut se rajouter le rejet sont renforcés par la médiatisation qui ne fait place qu'à l'évènement tragique et ignore la réalité de la maladie psychiatrique. L'intervention reste trop souvent tardive faute d'un repérage précoce des signes annonciateurs d'une décompensation. Là encore, l'information du public et la formation de relais de proximité à travers les aidants ou toutes les personnes susceptibles de côtoyer des handicapés psychiques seraient propice à faciliter l'intégration dans le milieu et à éviter les passages en milieu hospitalier. Enfin, le dernier point consiste à créer du lien avec les outils d'aujourd'hui pour faire état des structures et de l'organisation territoriale mais aussi mettre en relation les acteurs, les usagers et le public qui doivent constituer le fondement de la communauté psychiatrique de territoire. Le net avec les réseaux sociaux, les communautés de dialogue, la télémédecine seront l'objet d'une appropriation au bénéfice de la diffusion des connaissances et du partage des expériences.

Parcours de la personne handicapée psychique

Axe 1

Développer l'intégration sociale par le logement et l'emploi ou la formation

Le logement et l'emploi sont 2 marqueurs de l'intégration sociale. Les personnes présentant un handicap psychique sont particulièrement en difficulté sur ces 2 domaines du fait de leur maladie et aussi des préjugés que véhicule leur handicap. Il est difficile d'avoir de l'information au niveau territorial tant au niveau de l'emploi que du logement en considérant l'ensemble des actions menées par les institutions sociales, médico-sociales et sanitaires. Les actions d'accompagnement sont à développer car les organismes logeurs, les promoteurs ne doivent pas rester seuls face à ceux et celles qui souffrent de maladies psychiques aux risques de ruptures de parcours.

Il apparaît important sur le territoire d'avoir une parfaite articulation autour de la personne souffrante du handicap psychique, sur 3 niveaux d'intervention : l'évaluation des besoins de la personne, les dispositifs de soin et d'accompagnement, et le milieu ordinaire ou protégé (logement et emploi-formation) dans lequel vit la personne.

Proposition pour le pilotage

Mme Camille Treillard pour le logement, UDAF

Mme Nadine Nonain pour le travail, Association les Antes

Action 1.1

A partir des travaux des secteurs psychiatriques en particuliers de Vitry-le-François et de Châlons-en-Champagne, définir les éléments constitutifs de l'évaluation des capacités et de la préparation et du suivi des personnes handicapées psychiques dans l'accès à un emploi en milieu ordinaire ou protégé, ou à une formation.

Constat	Pilote
L'accès à l'emploi ou à une formation peut être une source de difficulté voire d'échec faute d'une préparation suffisante ou d'absence d'évaluation des aptitudes	Mme Nadine Nonain, Association les Antes
Action	Contributeurs
Partage de l'expérience des pôles de psychiatrie, des acteurs médico-sociaux et sociaux sur l'insertion professionnelle (emploi ou formation) et les associations d'usagers dans le but de définir la place du sanitaire dans l'évaluation des aptitudes, la préparation et le suivi des personnes en situation d'handicap psychique. Identification et développement sur le territoire des acteurs s'inscrivant dans cette dynamique tant en milieu protégé qu'en milieu ordinaire. Création d'un réseau d'entreprise et de services publics acceptant d'accueillir des personnes handicapées psychiques soit en stage soit en emploi adapté	Les Antes, l'Elan Argonnais, Elisa 51, les pôles de psychiatrie de Vitry-le-François, de Châlons-en-Champagne et le pôle universitaire de psychiatrie de Reims, UNAFAM, Cap emploi, la permanence du Jard

2019		2020		2021		2022		2023	

Action 1.2

Créer un Restaurant ESAT handicap psychique sur Châlons-en-Champagne en substitution du self du personnel de l'EPSM de la Marne dans une perspective de maintien du lien social et de développement de la réadaptation psychosociale et contribuant à l'expérimentation de l'initiative « territoire 100% inclusif ».

Constat	Pilotes
Difficultés d'accès à l'emploi protégé ou non des personnes en situation de handicap psychique	M. Jean-Luc Bourdon, L'Elan Argonnais
Action	Contributeurs
Mise en place d'un partenariat de l'EPSM de la Marne avec l'Elan Argonnais pour installer un ESAT restauration à la place du self du personnel. Recherche de conditions de déploiement de ce type de structure sur le territoire notamment à Reims.	Elan Argonnais, EPSM de la Marne

2019		2020		2021		2022		2023	

Action 1.3

Promouvoir l'accès aux logements sur le territoire et l'insertion dans les quartiers des personnes en situation d'handicap psychique

Constat	Pilote
Manque de logements accompagnés pour les personnes handicapées psychiques	Mme Camille Treillard, UDAF
Action	
Partage de l'expérience des pôles de psychiatrie, des acteurs médico-sociaux et sociaux sur l'accès aux logements ou au maintien dans les logements sociaux de personnes en situation d'handicap psychique dans le but de définir la place du sanitaire sur l'évaluation des aptitudes, la préparation et le suivi des personnes en situation d'handicap psychique Promouvoir auprès des mairies la nécessité notamment via les contrats locaux de santé de disposer sur la commune de logements accompagnés sur le plan social pour les personnes handicapés psychiques. Sensibilisation des associations de quartier pour l'intégration dans le paysage urbain de ces logements et des personnes handicapées psychiques, Recherche et accompagnement des promoteurs de projet de logement pour les handicapés psychiques	UDAF, Club de prévention d'Epernay, bailleurs sociaux, Contrats locaux de Santé, Association l'Amitié, l'EPSM de la Marne, UNAFAM, Association Jamais Seul, ADEF résidences

2019	2020	2021	2022	2023

Action 1.4

Développer en lien avec les missions locales, la plateforme pour l'insertion professionnelle des 15-25 ans (anticipation de la fin de l'obligation scolaire jusqu'à l'âge d'éligibilité au RSA socle) souffrant de handicap notamment psychique

Constat	Pilote
Les professionnels se sentent démunis face à certaines situations de jeunes en situation d'échec ou de rupture de parcours et qu'ils ne peuvent accompagner seuls.	Mme Chantal Legoux, MDPH
Action	Contributeurs
Avec les missions locales de Châlons-Ste Ménéhould, Vitry le François, Epernay-Sézanne, Reims, Fismes-Bazancourt, mise en place de réunions trimestrielles multi-partenariales permettant un regard croisé sur les jeunes en difficulté avec leur accord pour les aider dans leur démarche d'insertion sociale et professionnelle. Accompagnement des jeunes par un référent Participation des centres médico-psychologiques pour les jeunes souffrant de troubles psychiques en lien avec l'action 1.2	Missions locales, Cap emploi, Permanence du Jard, Clubs de prévention, Circonscription Solidarité Département, CCAS, Education nationale, IME-SESSAD-ITEP-ESAT, EPSM de la Marne Service de pédopsychiatrie du CHU de Reims et le Centre de ressources sur l'autisme.

2019	2020	2021	2022	2023
■	■	■	■	■

Action 1.5

Promouvoir le « Duoday » qui consiste une journée par an à permettre la formation de duos entre des personnes en situation de handicap et des professionnels volontaires dans de nombreuses entreprises, collectivités ou association.

Constat	Pilote
Initiative nationale récente à promouvoir pour l'insertion des handicapés dans le travail	M. Jean Luc Bourdon
Action	Contributeurs
Prendre part à la journée nationale en développant la spécificité du handicap psychique pour déstigmatiser la maladie psychiatrique et favoriser l'insertion professionnelle des handicapés psychiques. Médiatisation des rencontres et des témoignages des participants	Elan Argonnais, EPSM de la Marne

2019	2020	2021	2022	2023
■	■	■	■	■

Actions de la cellule d'appui

Formalisation et publication du tableau de bord sur le logement et l'emploi des personnes souffrant de handicap psychique.

Élargissement des partenaires au sein de la communauté psychiatrique de territoire pour ouvrir le marché du logement et de l'emploi aux handicapés psychiques.

Aide à la médiatisation des actions pour promouvoir leur développement

Axe 2

Favoriser un parcours de soins sans rupture pour les personnes souffrant de maladies psychiatriques

Dans les débats sur les ruptures de parcours de soins, Il est apparu nécessaire que l'ensemble des institutions puissent continuer à se rencontrer dans le but d'une meilleure connaissance des actions des uns et des autres. Certaines pistes de travail proposées nécessitent d'être approfondies ou expérimentées avant d'être mises en œuvre définitivement. Le découpage entre secteurs sanitaire, médico-social et social est souvent ressenti comme un facteur limitant à la prise en charge globale d'une personne qui, parfois, peut avoir besoin, en même temps, de l'intervention des 3 secteurs d'activités. Avec le dialogue et la compréhension des pratiques, il est possible de repousser des limites que chacun s'était fixées sans pour autant déroger à la législation ni porter atteintes à la sécurité des personnes soignées et accompagnées. C'est l'état d'esprit qui préside aux actions présentées ci-dessous. L'opportunité de la communauté psychiatrique de territoire offre une plus grande visibilité des actions entreprises et donne l'occasion d'élargir certains groupes de travail qui existaient avant la mise en place de la communauté. L'objectif est de créer un espace si ce n'est intégré, au moins de soins et d'accompagnement coordonnés qui puissent répondre sans rupture aux besoins multiples des personnes dont la maladie psychiatrique source du handicap peut évoluer de façon erratique entre décompensation et rémission.

Proposition pour le pilotage

Dr Julien Eutrope, pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes

MDPH pour les adultes

Action 2.1

Etudier l'expérience des Antes, d'une unité d'hébergement d'urgence et de répit de 5 places en médico-sociale pouvant accueillir notamment des personnes ayant un handicap psychique avec le soutien du secteur psychiatrique.

Constat	Pilote
L'évolution erratique de la maladie psychiatrique peut conduire à la nécessité de trouver un point d'accueil transitoire dans le cadre de l'hébergement d'urgence ou de répit sans avoir recours à l'hospitalisation et en maintenant le lien avec le médico-sociale.	Madame le Dr Chantal Liling EPSM de la Marne <u>ou</u> Mme Nadine Nonain, Association les Antes
Action	Contributeurs
Expérimentation de la démarche Etude de faisabilité d'une diffusion sur d'autres structures du territoire	, Conseil Départemental de la Marne, MDPH Le service de pédopsychiatrie du Chu de Reims

2019	2020	2021	2022	2023

Action 2.2

Soutenir les équipes médico-sociales et sociales confrontées à la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles du comportement des déficients intellectuels (adolescents et adultes)

Constat	Pilote
Les équipes médico-sociales accompagnant des déficients intellectuels sont en difficulté lorsque ceux-ci présentent des troubles psychiatriques et des troubles du comportement	Mme Sylvine Polin, Association l'Amitié
Action	Contributeurs
A partir d'une équipe expérimentée dans la prise en charge de ces situations : <ul style="list-style-type: none"> - Constitution d'une équipe pour le soutien des professionnels, voire des familles en difficulté dans la prise en charge ou l'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle et des troubles sévères du comportement - Création de lits de répit pour des séjours de rupture « encadrée » avec une double vocation sociale et thérapeutique 	Association l'Amitié, IME ITEP, ESAT, SESSAD, Foyers de vie, EPSM de la Marne, UNAFAM, Conseil Départemental de la Marne Service de pédopsychiatrie du CHU de Reims.

2019	2020	2021	2022	2023

Action 2.3

Développer le programme PAG (Plan d'Accompagnement Global) de la MDPH pour les situations complexes pour les personnes, en particuliers les jeunes, souffrant de troubles psychiques.

Constat	Pilote
<p>Les situations complexes se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'indisponibilité ou inadaptation des réponses connues, - Complexité de la réponse à apporter ou risque de rupture de parcours de la personne. 	M. Jean Claude Lauvaux, MDPH
Action	Contributeurs
<p>Poursuite du développement du programme permettant la réalisation du Plan d'Accompagnement Global sur le territoire de la Marne avec pour chaque patient bénéficiant du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification nominative des établissements, services ou dispositifs répondant aux besoins, - La nature et fréquence de l'ensemble des interventions requises qui devront répondre à un objectif d'inclusion, - L'engagement des acteurs chargés de la mise en œuvre opérationnelle, - La désignation d'un "coordonnateur de parcours". 	MDPH, IME, ITEP, EPSM de la Marne, MAS, Foyers de vie, ... les services de psychiatrie enfants adultes du département

2019	2020	2021	2022	2023

Action 2.4

Structurer et renforcer la filière pour une prise en charge graduée des adolescents difficiles en partenariat avec les institutions sociales et médico-sociales

Constat	Pilote
<p>La recrudescence des troubles du comportement et des troubles psychiques des adolescents notamment en Institution épuisent les équipes médico-sociales qui les suivent, et entraînent des hospitalisations dans des secteurs adultes inadaptés pour des adolescents.</p>	M. Xavier Dousseau et M. Frédéric Espenel, + Comité de pilotage entre l'EPSM de la Marne et le CHU de Reims
Actions	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une unité de soins intensifs pédopsychiatriques pour adolescents en crise à vocation départementale en lien avec les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie et la constitution d'une équipe territoriale de pédopsychiatrie - Mise en place d'une unité d'hospitalisation séquentielle pédopsychiatrique alternant des séjours en hospitalisation et des séjours dans le milieu de vie familiale ou institutionnelle (UHSP) - Création d'une Unité mobile d'Orientaion Pédopsychiatrique (UMOP) - Création d'une Unité Médico-Sociale Renforcée pour adolescents difficiles - Reconfiguration des lits de la Maison des adolescents en Unité de soins et d'évaluation Pédopsychiatrique (USEP) 	<p>Services de pédopsychiatrie et directions du CHU et de l'EPSM de la Marne, Services de pédiatrie du CHU et des Centres hospitaliers d'Epernay et de Châlons-en-Champagne, MDPH, ACPEI, IMEs, ITEPs, Foyers de vie, Fondation Santé des Etudiants de France, services de psychiatrie adulte de l'EPSM de la Marne</p> <p>La plateforme départementale d'orientation et de coordination</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Intégration de la clinique soins-études à vocation régionale Grand Est dans le dispositif territorial de prise en charge des adolescents et des jeunes adultes - Développement des relations institutionnelles (rencontre semestrielle ?) entre le secteur social, médico-social et sanitaire pour améliorer le suivi individuel des adolescents et favoriser les actions en faveur de l'adolescence - Renforcement du maillage pour faciliter la transition des patients entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte 	TND. Le Conseil Départemental de la Marne
---	---

2019	2020	2021	2022	2023

Action 2.5

Renforcer auprès des maternités le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques de la femme en période pré et post natale.

Constat	Pilote
Les périodes pré et post natales peuvent être révélatrices ou compliquées des troubles psychiques avec un risque pour l'enfant à naître et pour la mère.	Service de pédopsychiatrie du CHU de Reims
Action	Contributeurs
Repérage et prise en charge de la dépression post natale sur les maternités du territoire Développement des consultations d'addictologie pour la prise en charge des femmes polyaddictives	Réseau de périnatalité de Champagne Ardenne, Pôles de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte et d'addictologie de la Marne, la PMI, les maternités et les centres périnataux de proximités

2019	2020	2021	2022	2023

Action 2.6

Faciliter, en l'absence d'un environnement étayant pour les adultes, les enfants et les adolescents, le maillage par un référent de cas, des différents acteurs intervenant pour la prise en charge complexe et l'accompagnement d'une personne souffrant de troubles psychiques.

Constat	Pilote
Le parcours des personnes prises en charge pour un handicap psychique est complexe lorsqu'il y a une nécessité d'intervention de plusieurs acteurs de structures différentes. Si la personne est isolée ou si l'étayage familial ou environnemental est insuffisant, l'organisation des soins peut être mise en échec faute d'une gestion des contraintes sociales (appartement, animaux domestiques, famille à charge, revenus...) et d'une capacité limitée à gérer le temps et à répondre aux interventions des différentes structures	Dr Julien Eutrope, service de pédopsychiatrie de CHU de Reims et/ou la MDPH.
Action	Contributeurs
<p>Définition du profil de postes des référents de cas pour le handicap psychique et des modalités de leur développement sur le territoire de la Marne</p> <p>Organisation de la Coordination des interventions, de l'échange d'informations relatives à des patients ou des personnes en situation de handicap dont l'accompagnement est complexe entre : EPSMS – CHU – Association d'appui aux professionnels de santé (PTA de Reims) – gestionnaires ESMS et Sociaux, la plateforme TND et la MDPH. Cette action s'inscrira dans un cadre expérimental pour une durée de 3 ans et sur le territoire de Reims.</p> <p>Les modalités de la gouvernance des cas dits complexes devront également être définies.</p> <p>Elaboration et mise en place des indicateurs d'activité</p> <p>Mise en place d'un outil de communication du référent de cas vers les institutions partenaires et vers la personne prise en charge (agenda partagé ?)</p>	<p>Association d'appui aux professionnels de santé (PTA de Reims) médecins libéraux (généralistes et psychiatres), MDPH, EPSM de la Marne, Service de pédopsychiatrie du CHU, Association l'Amitié, association les Antes, l'Elan Argonnais, Elisa 51, IME, ITEP, Foyers de vie UDAF 51- CD51 ASE</p> <p>La plateforme départementale d'orientation et de coordination TND</p>

2019	2020	2021	2022	2023

Action de la cellule d'appui

<p>Contribution par les actions entreprises à formaliser un espace coordonné des soins et d'accompagnement dans lequel les personnes handicapées psychiques peuvent suivre sur le territoire un parcours sans rupture.</p> <p>Mobilisation des partenaires pour structurer la filière de prise en charge graduée des adolescents difficiles.</p> <p>Evaluation de l'expérimentation des logements avec accompagnement renforcé dans le cadre médico-social pour éviter des hospitalisations et des ruptures de parcours</p> <p>Aide à la reconnaissance et l'intégration des référents de cas dans le dispositif territorial de soins et d'accompagnements des personnes handicapées psychiques (enfants, adolescents et adultes)</p>

Information, formation et expertise

Axe 3

Développer les centres de ressources et d'expertise dans la prise en charge des pathologies psychiatriques

Le territoire de la Marne bénéficie de la présence universitaire ce qui lui confère une responsabilité pour la diffusion des connaissances au-delà même du territoire pour le bénéfice de la région. Sa vocation est aussi de participer à l'édification de cette connaissance par le développement de la Recherche. Les centres ressources sont indissociables de l'activité d'expertise clinique et constituent un point de référence pour l'ensemble des acteurs de terrain soignants et non soignants, et pour le public. Ils doivent s'inscrire le plus possible dans un partenariat public-privé et dans un réseau régional et national pour assurer leur légitimité et favoriser la recherche multicentrique. Enfin, les centres ressources peuvent aussi en fonction des thématiques intégrer « les pairs aidants » avec un rôle de médiateur auprès du public et des personnes souffrantes.

Proposition pour le pilotage
Professeur Arthur Kaladjian

Action 3.1

Mettre en place une antenne du CREHPSY Grand Est

Constat	Pilote
Initié en Alsace, le CREHPSY a pour vocation dans le cadre du Programme Régional de Santé à s'étendre sur la région Grand Est à travers des antennes locales pour proposer d'informer les patients ou les familles de patients ou tous les professionnels sur les dispositifs de prise en charge de la maladie sur le territoire soit par contact téléphonique anonyme ou par rencontre au sein de l'antenne	CREHPSY Grand Est
Action	Contributeurs
Elaboration des modalités d'implantation sur le territoire de la Marne sur le plan géographique, logistique et humain Détermination de l'institution qui portera l'antenne Constitution du dossier support pour les personnes chargées de l'accueil téléphonique ou de l'accueil dans les locaux de l'antenne	ARS – DA ; UNAFAM, MDPH, institutions sanitaires, médico-sociales et sociales de la Marne Service de pédopsychiatrie du CHU de Reims.

2019	2020	2021	2022	2023

Action 3.2

Promouvoir et renforcer les centres de ressources et d'expertise avec le volet formation et recherche

Constat	Pilote
La diversité des pathologies psychiatriques, le développement des connaissances scientifiques, la prise en charge des situations complexes amènent à développer des approches spécifiques dans lesquelles se lient l'Expertise, la Recherche et la Formation	Pr Arthur Kaladjian, EPSM de la Marne, Pr Anne-Catherine Rolland, CHU de Reims
Action	Contributeurs
<p>Renforcement et réorganisation le cas échéant des Centres de Ressources et d'Expertise existants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles - Le Centre Ressource Autisme pour l'ex Champagne-Ardenne avec notamment la création d'une équipe mobile d'évaluation et de prise en charge de l'Autisme chez l'adulte, et la définition d'une organisation interne permettant la coopération, l'échange d'information et de pratiques entre les secteurs de l'enfant et de l'adulte. Evolution de la plateforme départementale en fonction du nouveau cahier des charges national - La Criée : Collectif de Recherche sur l'Institutionnel et l'Ethique - Santé des Migrants et Santé Précarité <p>Mise en œuvre des créations récentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau 3 d'addictologie - Le Centre de Ressource régional pour la psychiatrie du sujet âgé - Dépistage, diagnostic précoce et prise en charge des entrants dans la maladie - Centre d'Expertise pour l'exploration des processus cognitifs <p>Créations à formaliser</p> <ul style="list-style-type: none"> - La psychiatrie légale - Antenne du Centre de Ressources et de Résilience de Strasbourg pour la prise en charge des psychotraumatismes - Recherche en pharmacologie sur l'impact des traitements sur la santé physique 	EPSM de la Marne, service de pédopsychiatrie du CHU de Reims, la Justice

2019	2020	2021	2022	2023

Action 3.3

Développer le réseau des pairs aidants

Constat	Pilote
<i>Le concept de « pair-aidant » considère que les personnes qui ont vécu et surmonté un problème de santé mentale peuvent apporter une expertise spécifique pour soutenir leurs pairs dans leur rétablissement. C'est l'expertise par le vécu de l'utilisateur.</i>	MDPH
Action	Contributeurs
Soutien et développement des Groupes d'entraide mutuelle Mettre en place une formation des pairs aidants pour accompagner des personnes souffrantes moins avancées dans leur capacité à gérer leur maladie. Initiation dans le cadre des GEM des expériences de réhabilitation psychosociale selon le modèle Clubhouse	UNAFAM-EPHM de la Marne, les Groupes d'Entraide Mutuelle du territoire, associations d'utilisateurs,

2019	2020	2021	2022	2023

Action de la cellule d'appui

Médiation avec l'ARS Grand Est et le CREHPSY pour l'implantation d'une antenne sur le territoire
Mise en place d'un plan de communication sur les centres ressources à destination des professionnels de santé
Elaboration des modalités d'accès au statut de pairs-aidants et de leur programme de formation pour accompagner des personnes souffrantes moins avancées dans leur capacité à gérer leur maladie.

Axe 4

Diffuser la connaissance sur la santé mentale et former aux pratiques de soins psychiatriques

L'insertion sociale des patients passe par un double effort : celui de la personne malade pour acquérir les connaissances et les moyens de surmonter son handicap, sa maladie, et celui du milieu dans lequel vit la personne où les intervenants professionnels ou aidants non spécialisés en psychiatrie doivent accepter la différence, la comprendre et s'adapter. La prise en compte de l'avis des proches (parents, conjoint, fratrie...) et de leur vécu auprès de la personne malade participe aussi à son inclusion sociale.

L'accessibilité des espaces publics aux handicapés n'est pas seulement une question architecturale mais concerne aussi la qualité de l'accueil et de la relation qui peut être nouée. La sensibilisation du public aux difficultés du handicap psychique doit ouvrir les portes à la personne handicapée d'une pleine citoyenneté. L'objectif de l'information et de la formation est de contribuer aussi à la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.

Proposition pour le pilotage

Dr Céline Béra-Potelle, la formation des patients et des aidants

M. Stéphane Donot, pour la formation interinstitutionnelle

Action 4.1

Développer les actions d'éducation thérapeutique envers les patients et les aidants

Constat	Pilote
La psycho éducation est reconnue dans la réhabilitation psychosociale comme un moyen de permettre à la personne de reprendre une capacité à agir pour soi (empowerment) en apprenant les symptômes de la maladie et les moyens d'endiguer la décompensation par un comportement adapté par rapport à ces symptômes. La formation des aidants a pour but d'acquérir les compétences d'une aide adaptée et plus précise à la maladie de leur proche	Dr Céline Béra-Potelle, EPSM de la Marne et Dr Mireille Wazen, EPSM de la Marne,
Action	Contributeurs
Reconnaissance des programmes de psycho-éducation sur les principales pathologies psychiatriques notamment les troubles bipolaires et la schizophrénie, auprès des autorités administratives et des professionnels adresseurs. Mise en place d'une formation des aidants de patients schizophrènes selon le modèle PROFAMILLE. Mise en place d'actions d'accompagnements des familles selon le modèle PROSPECT Education thérapeutique – « habiletés parentales » / TDAH	Les pôles de psychiatrie de l'EPSM de la Marne, UNAFAM, Clinique de Merfy, psychiatres libéraux Service de pédopsychiatrie du CHU de Reims

2019	2020	2021	2022	2023

Action 4.2

Promouvoir les actions de formation continue interinstitutionnelle et de stage par immersion

Constat	Pilote
Méconnaissance des maladies psychiatriques et des pratiques de soins auprès des intervenants non spécialisés en psychiatrie provenant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Méconnaissance des soignants psychiatriques sur les pratiques des intervenants sociaux et médico-sociaux	M. Stéphane Donot, l'Elan Argonnais
Action	Contributeurs
Définition des thèmes de formation en collaboration avec les responsables de la formation des différentes institutions Protocolisation des formations pluri-institutionnelle et des stages d'immersion. Mise en place des groupes et du calendrier de formation avec les institutions volontaires	EPSM de la Marne, service de pédopsychiatrie du CHU de Reims, les centres hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux

2019	2020	2021	2022	2023

Action de la cellule d'appui

Soutien pour la reconnaissance des programmes de psychoéducation auprès des autorités administratives

Aide aux recrutements des patients et des aidants participants aux formations (plan de communication auprès des adresseurs, des usagers et des familles)

Mise en place et animation d'un collectif de responsables des ressources humaines et de la formation des différentes institutions parties prenantes de la formation interinstitutionnelle

Promotion de la santé mentale

Axe 5

Appréhender les facteurs territoriaux influant sur la santé mentale

Si l'objectif général de la santé mentale n'est pas différent de celui de la Santé comme un état de bien-être physique, psychologique et social, il spécifie néanmoins une approche plus intégrative et plus large des facteurs contributifs à la santé que l'approche par la maladie psychiatrique. L'intérêt de développer une approche territoriale est d'être au plus près des besoins de la population en tenant compte de ses ressources et des représentations culturelles et socio-économiques de la santé. Le taux élevé de suicide sur le territoire et plus encore le taux de mortalité prématurée sont des indicateurs qui interrogent sur le fonctionnement de la société comparativement à d'autres territoires où les taux sont nettement plus faibles (exemple : écart de 10 à 31 suicides pour 100 000 habitants avec pour le territoire de la Marne un taux de 18 pour 100 000h).

Toute volonté d'améliorer la situation exige la mise en place d'action dont l'évaluation requiert une analyse systémique que seules des équipes qualifiées peuvent réaliser. Il s'agit de se doter de moyens de pilotage indispensables pour la validité des programmes proposés.

Proposition pour le pilotage :

Délégation territoriale de l'ARS Grand Est

EPSM de la Marne

ORS et IREPS

Développer une infrastructure pour l'étude des facteurs territoriaux influant sur la santé mentale

Constat	Pilote
Le développement des actions sur la santé mentale oblige à développer des évaluations qui requièrent à la fois des connaissances techniques et méthodologiques et une connaissance du terrain permettant de formuler des hypothèses sur les facteurs territoriaux influençant la santé mentale. Or l'antérégion Champagne Ardenne ne dispose plus sur son territoire d'équipe spécialisée pour faire ces études.	Pr Arthur Kaladjian, EPSM de la Marne
Action	Contributeurs
<p>Recherche d'un partenariat universitaire pour développer des études en santé mentale (Psychiatrie, pédopsychiatrie, santé publique, sciences humaines, sciences économiques, sciences politiques...)</p> <p>Appui à l'implantation d'une antenne de l'Observatoire Régional de la Santé du Grand Est</p> <p>Création d'une unité de santé publique en santé mentale en liaison avec le pôle de psychiatrie universitaire de l'adulte de l'EPSM de la Marne et du service de pédopsychiatrie universitaire du CHU de Reims</p> <p>Analyse des forces et faiblesses des réponses existantes sur l'accès et leur évolution dans le temps en milieu protégé ou ordinaire au niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du logement • Des formations • De l'emploi ou de stages <p>Concevoir et mettre en place à partir des expériences de Vitry-le-François et de Reims les observatoires permettant d'appréhender la santé mentale au sein des quartiers d'une commune en prenant appui sur les contrats locaux en santé mentale</p>	<p>Délégation territoriale en lien avec l'Observation Régionale de la Santé (ORS) et l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) Grand Est</p> <p>ARS Grand Est, EPSM de la Marne, CHU de Reims, Université de Reims Champagne Ardenne, Conseil Régional du Grand Est, Conseil Départemental de la Marne, Contrats locaux de santé, collectivités territoriales (mairies, communautés de communes...)</p> <p>Le service universitaire de pédopsychiatrie</p>

2019			2020			2021			2022			2023		

Définir et mettre en place l'évaluation du Projet territorial en santé mentale de la Marne

Constat	Pilote
Le projet territorial en santé mentale comme tout projet se doit de développer ses outils d'évaluation	Dr François Ihuel, EPSM de la Marne
Action	Contributeurs
Définition du cahier des charges permettant d'analyser chaque année les avancées du projet territoriale en santé mentale Choix du prestataire pour la production des données et leur analyse Publication annuelle de l'évaluation	Cellule d'appui, Les membres de la communauté psychiatrique de territoire ARS

2019	2020	2021	2022	2023
■ ■ ■ ■ ■		■	■	■

Action de la cellule d'appui

Elaboration du partenariat avec l'Université et l'ensemble des institutions pouvant participer à l'analyse des facteurs territoriaux influant sur la santé mentale
Définition du cahier des charges pour la sous-traitance des études
Recherche des cofinancements pour les études

Axe 6

Développer un réseau des structures et des acteurs de proximité pour la promotion de la santé mentale

Le maillage territorial par des structures et des acteurs est essentiel pour développer la promotion de la santé mentale auprès de la population. L'aide des communes dans l'organisation de ce maillage est déjà effective pour certains à travers les contrats locaux de santé qui consacrent une part de leur activité à la santé mentale. Le rôle de relais des structures et des acteurs de proximité en promotion de la santé mentale est de faire un repérage précoce de personnes en souffrance psychique et d'aider à les orienter vers les soins. C'est aussi de promouvoir des actions qui visent des groupes de population dans le milieu familial, scolaire, professionnel, ou de loisirs. L'objectif est de favoriser le bien-être individuel et de vivre ensemble pour réduire la prévalence des troubles mentaux et l'incidence du suicide (INPES).

Proposition pour le pilotage

IREPS Champagne Ardenne

ARS - DT

Action 6.1

Développer la formation des acteurs de proximité relais pour la promotion de la santé mentale

Constat	Pilote
L'amélioration de l'insertion sociale et professionnelle des personnes ayant un handicap psychique passe aussi par la prise en compte de la place et de la participation de la population et des usagers. La méconnaissance de la maladie psychiatrique au sein du grand public est un frein souvent associé à la peur. Elle convie malheureusement trop souvent au rejet, à la stigmatisation et la discrimination.	ARS- DT
Action	Contributeurs
<p>Dans le cadre des contrats locaux de santé et des comités locaux de santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation de la population, recueil et analyse du besoin perçu concernant la maladie psychique, formalisation des actions pour promouvoir la santé mentale - Formations pour le public aux Premiers Secours en Santé Mentale sous la forme d'un module complémentaire au brevet de secourisme. - Développement ou appropriation des outils existants pour mieux communiquer auprès du public sur la maladie psychiatrique et le handicap psychique. 	IREPS Champagne Ardenne EPSM de la Marne, les collectivités locales à travers leurs contrats locaux de santé, les entreprises privées, la fonction publique d'Etat et des collectivités territoriales, les associations sportives et culturelles Service de pédopsychiatrie du CHU de Reims.

2019	2020	2021	2022	2023

Action de la cellule d'appui

Cahier des charges des formations avec validation du contenu des formations
Sous- traitance des formations
Recherche de cofinancement

Développement de la e-santé mentale 3.0

Axe 7

Faciliter la circulation de l'information à travers les systèmes d'information des différentes structures contribuant à la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique

Les différentes institutions sanitaires, médico-sociales et sociales disposent le plus souvent d'un système d'information concernant la personne prise en charge. Si le support de l'information est souvent spécifique de l'institution, il est, cependant, possible de spécifier les contenus pour qu'ils soient partageables et opérationnels par les parties prenantes et tout particulièrement le médecin traitant dans le respect de la confidentialité. La personne handicapée psychique a aussi le droit de bénéficier du dossier médical partagé entre lui, les médecins et les soignants, dont l'appropriation doit aussi être le but de la psychoéducation. L'usage également de la messagerie sécurisée doit être la règle pour tout transfert d'information entre les acteurs. Dans l'évolution des pratiques, la téléconsultation est une pratique reconnue dans les prestations de l'assurance maladie et nécessite un accompagnement des acteurs de terrain pour son déploiement. C'est aussi une réponse pour donner un accès aux soins pour les personnes en zone rurale ou dont la mobilité est réduite. C'est un moyen également de favoriser les échanges entre professionnels.

Proposition pour le pilotage

M. Martial Vuillaume, Elan Argonnais

Action 7.1

Développer la messagerie sécurisée et les outils de communication avec la médecine de ville

Constat	Pilote
Les envois de courriers médicaux ne peuvent être dématérialisés que si la messagerie est sécurisée	Dr François Ihuel, EPSM de la Marne
Action	Contributeurs
Déploiement de la messagerie sécurisée et des outils de communication dans les établissements du GHT de la Marne au profit de la médecine de ville	Les établissements du GHT de la Marne M. Christophe Amann et Jean Luc Oudart, EPSM de la Marne Dr Sébastien Blateau, Ordre des médecins

2019		2020		2021		2022		2023	

Action 7.2

Protocoliser les modalités d'admission, de sortie et de transfert en unifiant sur le territoire les procédures dans les structures sanitaires, médico-sociales et sociales pour que les informations utiles concernant la personne suivie puissent être en phase avec son parcours

Constat	Pilote
L'hétérogénéité des dossiers d'admission en fonction des structures, le défaut de communication avec les médecins traitants, le retard voire l'absence de courriers médicaux suite à une consultation, un bilan réalisé ou une hospitalisation sont préjudiciables à la continuité et la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes suivies pour leur handicap psychique	Mme Hélène Caulier, Association l'Amitié
Action	Contributeurs
<p>Du point de vue des professionnels Structuration des échanges en vue de leur dématérialisation et faciliter leur intégration en temps réel dans les différents systèmes d'information des structures qui participent aux soins et à l'accompagnement de la personne handicapée</p> <p>Du point de vue de la personne suivie Définition et transmission dans le cadre du dossier médical partagé des informations et des documents concernant le suivi et les actes réalisés lors de la prise en charge de la personne handicapée psychique</p>	EPSM de la Marne, Service de pédopsychiatrie de Reims, les établissements médico-sociaux et sociaux, UNAFAM

2019	2020	2021	2022	2023

Action 7.3

Développer l'usage de la télémédecine en psychiatrie pour le suivi des personnes handicapées psychiques et pour faciliter l'interaction des équipes de soins et d'accompagnement

Constat	Pilote
La télémédecine est une autre manière de soigner, avec les mêmes exigences de qualité et de sécurité que des actes classiques. Elle est reconnue par la loi et les actes de consultations peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Elle est un vecteur important d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales éloignées des grands centres urbains. Elle permet une meilleure prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue aux prises en charge coordonnées par les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social. Elle constitue aussi un facteur d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des soins.	Dr Anis Dammak, EPSM de la Marne
Action	Contributeurs
<p>Expérimentation et développement de la télémédecine à travers les 5 actes reconnus par la loi (<u>article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Téléconsultation - Téléexpertise - Télésurveillance - Téléassistance - Régulation médicale 	<p>ARS DT Dr Sylvie Peters, M. Martial Vuillaume, l'Elan Argonnais</p> <p>EPSM de la Marne, Service de pédopsychiatrie de Reims, les établissements médico-sociaux et sociaux, ARS Grand Est, Conseil Régional, UNAFAM</p>

2019				2020				2021				2022				2023			

Action 7.4

Développer un programme d'éducation thérapeutique faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (agenda virtuel personnel, e-training, e-learning, e-coaching...) pour la personne handicapée psychique

Constat	Pilote
L'éducation thérapeutique à travers la psychoéducation est un axe de développement important dans la prise en charge de la maladie psychique dans le but de rendre la personne le plus autonome avec son handicap. La gestion du temps est centrale dans l'appropriation du parcours en santé mentale tant pour les rendez-vous pluri-institutionnels que pour la prise des médicaments. Le développement des objets connectés mesurant le niveau d'activité et le rythme veille-sommeil, les applications de coaching, de formation, d'entraînement en fonction de l'état clinique de la personne constituent une 2 ^{ème} raison d'un package qu'il faudrait pouvoir expérimenter avec les usagers pour en déterminer l'impact et l'intérêt.	Dr Béra-Potelle, EPSM de la Marne
Action	Contributeurs
Mise en place d'un living-lab pour élaborer et expérimenter une application participant à l'éducation thérapeutique, enrichie par l'utilisation d'objets connectés et d'applications de formation, de coaching, d'entraînement et de liens social. Développement des outils numériques du service de pédopsychiatrie de CHU de Reims : ANOTERV- et guidance interactive/ vidéo feedback	Groupe de volontaires constitué par des usagers, des professionnels et des universitaires, des financeurs et un industriel porteur de l'application à construire.

2019				2020				2021				2022				2023			

Action de la cellule d'appui

Mise en place d'un groupe technique pour le développement des systèmes d'information et de la télémédecine
Recherche de volontaire pour le living-lab sur l'agenda personnel amélioré de la personne handicapée psychique
Recherche de co-financement

Axe 8

Développer la communication à travers le Web à destination des professionnels, des usagers et du public

La communauté psychiatrique de territoire doit faire état des avancées de son projet territorial, montrer l'ensemble des activités réalisées au bénéfice des usagers et promouvoir la santé mentale en relayant les dynamiques du terrain. Il faut être présent sur les réseaux sociaux et contribuer à diffuser une information de qualité qui témoigne des savoir-faire et permettre aux publics de s'orienter à bon escient dans l'offre du sanitaire, du médico-sociale et du social.

Proposition pour le pilotage
Mme Stéphanie Gruss - EPSM

Action 8.1

Etablir un plan de communication sur les 5 années pour animer et valoriser les activités de la communauté psychiatrique de territoire

Constat	Pilote
La communauté psychiatrique de territoire doit être le lieu du partage des expériences et de la diffusion des connaissances avec les outils de communication d'aujourd'hui.	Mme Stéphanie Gruss, EPSM de la Marne, Cellule d'appui
Action	Contributeurs
Mise en place d'un site Internet faisant état des dispositifs accueillant des personnes handicapées sur le territoire et relatant les actions menées en leur faveur. Valorisation des sites d'e-learning et de la production de formation du territoire Création d'un temps fort de rencontre type Université d'Eté de psychiatrie et de santé mentale permettant de fédérer les professionnels et les usagers du territoire	Les membres de la communauté psychiatrique de territoire

2019	2020	2021	2022	2023

Action de la cellule d'appui

Appel aux sujets de communication sur le site de la communauté psychiatrique de territoire ou en relai du site de ses membres.

Elaboration du programme de l'Université d'Eté, choix des conférenciers et appui logistique

Annexes

1- Questionnaire pour le recueil des situations de rupture de soins psychiatriques

Nom de la Structure	
Nom du participant	
<p>Exprimez ci-dessous la ou les situations que vous avez rencontrée(s), susceptible(s) ou ayant entraînée(s) une rupture du parcours de soins dans la prise en charge psychiatrique des patients atteints de troubles psychiques avec ou sans reconnaissance de handicap.</p>	
<p>Pour chaque situation, merci de préciser dans quelle catégorie de risque de rupture de parcours, vous placez cette situation :</p> <p>1 Accès aux diagnostics et aux soins 2 inadéquation de la prise en charge 3 Accompagnement social et médico-social 4 Soins somatiques 5 Prévention et gestion de crises</p>	
<p>Situation 1</p>	

2- Recueil des réponses sur les situations de rupture de soins

Structure	Type de rupture de parcours	Situation clinique
UNAFAM	1	Un jeune adulte suivi dans un secteur rémois se sent très mal, il demande à être hospitalisé. Il se rend aux Urgences, au bout de 3h d'attente, il lui est indiqué qu'il lui faut encore attendre 5h (!) avant d'être reçu. La mère appelle le service d'hospitalisation du secteur, qui les renvoie vers les Urgences, même pas la possibilité d'avoir un entretien... Ensuite..., il sera question de rechercher les meilleures relations dans le cadre d'une alliance thérapeutique (!) lorsqu'il sera reçu 4 jours après....
UNAFAM	2	Problèmes des personnes hospitalisées en psychiatrie vieillissantes, orientées vers des structures médico-sociales, alors que les soins dont elles ont besoins, que le type de prise en charge... n'est pas le plus adapté.
UNAFAM	3	Lors de la révision des situations à la MDPH, nombre de personnes voient une baisse de catégorie entraînant la suppression de l'AAH alors que leur situation n'a pas évoluée, voire s'est aggravée avec l'âge... CF : 11 dossiers concernés sur 2 mois sur le secteur de Châlons.
UDAF Marne	3	Nos principales difficultés sont liées avant toute chose au maintien de ces personnes dans un parcours de logement mais aussi à l'accompagnement au quotidien et à la prise en charge des pathologies pour les salariés intervenant pour lesquels le niveau d'information et donc de prévention et gestion des crises reste faible. Notre collaboration avec la psychiatrie est aujourd'hui très bien construite et fluide sur CHALONS mais reste plus complexe sur le bassin Rémois par le manque d'identification d'interlocuteurs privilégiés en lien avec la sectorisation existante.
DDCSPP	2	Il s'agit du cas d'une personne hospitalisée à l'EPSM alors qu'elle était accueillie dans un centre d'hébergement d'Urgence (CHU). Elle est sortie de l'hôpital contre l'avis médical. Le centre d'hébergement n'a été informé de cette sortie que lorsque la personne a contacté le 115 pour être de nouveau hébergée. Elle a donc été réorientée vers ce centre d'hébergement où son comportement, dû à l'alcool, est vite devenu instable et violent. La personne a commencé à se mutiler avec des lames de rasoir. Le veilleur de nuit du centre d'hébergement et la personne ont appelé le 15 mais le médecin régulateur n'a pas pris immédiatement conscience de la gravité de la situation. C'est le veilleur de nuit (non formé à la gestion de crise) qui a dû gérer la situation. A leur arrivée, les ambulanciers ont été surpris car les informations transmises ne correspondaient à la situation rencontrée. La personne a été de nouveau hospitalisée à l'EPSM. Une meilleure communication entre partenaires (EPSM, CHU et SIAO) aurait pu éviter cette rupture de parcours et proposer une solution plus adaptée à la situation de la personne (exemple : information du SIAO et du CHU par l'EPSM de la sortie d'hospitalisation de la

		personne)
DDCSPP	2	<p>Il s'agit d'un homme qui verbalise un profond mal-être (idées morbides, fatigue psychique intense, moments de confusion, troubles de la mémoire, troubles physiques tels qu'une altération de l'équilibre). Il se rend régulièrement au service des urgences du centre hospitalier de Reims pour réclamer une hospitalisation d'office. Il sollicite également le 15 ou les pompiers pour des ingestions médicamenteuses. Son médecin traitant a demandé à plusieurs reprises une hospitalisation à la demande d'un tiers, en vain.</p> <p>Monsieur a un traitement médicamenteux qu'il ne respecte pas ou au contraire, il en abuse.</p> <p>Il agresse ou menace les personnes qu'il rencontre. Il se met en danger lors de bagarres de rue. Il peut également avoir un comportement harcelant : il est capable d'interpeller 10 à 15 fois par jour le personnel de la structure qui l'héberge pour des démarches administratives inutiles.</p> <p>Il ne respecte pas le règlement intérieur de la structure et devrait donc être prochainement exclu. Il sera donc à la rue car il a déjà été exclu de la plupart des centres d'hébergement de l'agglomération.</p> <p>Un signalement a été envoyé au Procureur de la République et une main courante a été déposée par une salariée du centre d'hébergement pour injures et menaces.</p>
Secteur Châlons-en Champagne	- 1	Important délai d'accès aux consultations psychiatriques au CMP. En raison de la pénurie importante de Psychiatres sur le territoire de Châlons-en-Champagne, l'offre de soins psychiatriques est très réduite aussi bien dans le secteur Privé (1 seul Psychiatre à temps partiel) que dans le secteur Public (1,45 ETP) pour une population de 112 127 habitants. Le délai pour obtenir un premier rendez-vous en consultation auprès d'un Psychiatre est de plusieurs mois.
Secteur Châlons-en Champagne	- 2	Hospitalisation à Châlons-en-Champagne de patients rémois faute de lits disponibles à Reims. Cette situation entraîne des ruptures dans les prises en charge, un éloignement du cadre de vie habituel, des difficultés à construire un programme de soins qui sera mis en œuvre par une autre équipe après l'hospitalisation, une surcharge de travail pour les équipes de Châlons dans un contexte de grande pénurie de Psychiatres dans ce territoire.
Secteur Châlons-en Champagne	- 3	Les institutions médico-sociales qui reçoivent des patients psychiatriques sont souvent placées dans de grandes difficultés face aux problèmes comportementaux rencontrés avec ces patients. Le personnel de ces institutions est souvent démuné et peu formé aux prises en charge spécifiques à développer auprès de ces patients. Il s'en suit parfois des demandes d'hospitalisation qui pourraient être évitées par un travail institutionnel plus développé au sein des institutions médico-sociales.
Secteur Châlons-en Champagne	- 4	Le Pôle châlonnais est particulièrement démuné en Médecin généraliste puisqu'un seul Médecin intervient de manière très ponctuelle dans l'unité de moyen et long séjour. Aucun Médecin généraliste n'intervient dans l'unité d'admission. Le faible nombre

		d'internes renforce encore les carences en termes de prise en charge somatique.
Secteur Châlons-en Champagne	5	Faute de lits en Gériopsychiatrie, des patients âgés se trouvent admis régulièrement dans les unités d'hospitalisation pour adultes. Cette situation génère souvent des difficultés dans la prise en charge, dans la mesure où les personnes âgées se trouvent confrontées à des pathologies psychiatriques et à des comportements de patients adultes qui les mettent parfois en danger.
Secteur 5 Reims	2	<p>Les situations d'inadéquation de la prise en charge sont trop nombreuses pour pouvoir être détaillées précisément.</p> <p>En l'absence de structure d'hospitalisation de moyen long séjour sur Reims (unité Sholem assez inaccessible) et de solution d'aval dans le médicosocial, rien qu'en 2017, sur 29 lits occupés dans le service, 15 l'étaient pour des patients en attente d'une place dans le MS (FAM, MAS, EHPAD), et étant hospitalisés sur une unité d'admission depuis plus de 6 mois jusqu' à 2 ans.</p> <p>Pour éviter de ne pas répondre à nos missions primaires d'unité d'admission, nous avons activé le réseau belge où 6 de nos patients sont partis depuis 10/2017; d'autres patients étant partis sur des dispositifs dont nous attendions une place, à ce jour; cette situation concerne maintenant beaucoup moins de patients, et l'unité d'admission retrouve sa fonctionnalité. Cependant, une patiente attend une admission au Pré St Jacques depuis plus d'un an (accord obtenu depuis longtemps), une autre, microcéphale attend une place en MS en Belgique mais elle relève sans aucun doute d'une unité de suite ... sans énumérer les autres situations, il y a également la situation de ce patient qui est sortant de chez nous depuis plusieurs semaines, qui était dans le dispositif SAVS UDAF avant son hospitalisation, et qui attend une place dans une autre famille du dispositif alors qu'une synthèse avec l'UDAF a eu lieu il y a plus d'un mois et qu'ils sont favorables pour le reprendre ...</p> <p>Je pourrai aussi évoquer la situation d'une jeune patiente, Mme B Jessica, placée par le secteur ZCH sur le foyer l'ENVOL à Reims, sans que le CMP ZR5 ne soit informé, et dans le cadre d'un projet ESAT sur Reims que la patiente n'a jamais désiré. De plus, elle présente une grande instabilité comportementale liée à un trouble grave de la personnalité faisant qu'elle n'avait probablement pas sa place dans cette structure. Ainsi, à ce jour, elle erre d'hébergement en hébergement, de situations de mise en danger à d'autres situations de mise en danger, avec des fugues répétées des services de psychiatrie où elle est hospitalisée, et alors qu'il n'existe aucune accroche possible avec le CMP dont elle dépend aujourd'hui.</p>
Intersecteur addictologie	2 et 4	<p>JO *patient adressé en pré-admission au SSRA via une structure d'addictologie dépendante d'un CHG avec un dossier peu renseigné. Mise en évidence d'un état physique précaire, pas de possibilité de « rétrocéder » le patient à la structure d'adressage ; Passage donc à Edelweiss</p>

		<p>J1* screening somatique et biologique à l'EPSM mettant en évidence des anomalies de l'ECG en lien avec une hypokaliémie profonde documentée + une pancréatite. Patient transféré en SMUR via le 15 au CHG.</p> <p>J2 *retour dans le service après correction isolée du trouble ionique. Examen somatique de retour retrouve un patient hyper-thermique et qui présente une douleur abdominale discrète.</p> <p>J4 * Biologie de contrôle montre une hyponatrémie sévère, la réapparition de l'hypokaliémie, la persistance de signe de pancréatite. Le patient est fébrile et présente une douleur abdominale durable. Le patient est à nouveau transféré au CHG aux urgences puis en médecine interne.</p> <p>Le patient décède des suites d'un syndrome para-néoplasique d'un cancer.</p>
Intersecteur addictologie	5	<p>Mme P. âgée de 45 ans, présente une alcoolo-dépendance sévère associée à un trouble de personnalité borderline.</p> <p>Elle est suivie de manière discontinue par le CAMP après avoir été rencontrée par l'ELSA lors de précédentes hospitalisations en psychiatrie (crises suicidaires, syndromes dépressifs, mises en danger répétées).</p> <p>Elle est sous curatelle et bénéficie d'un étayage social important suite au placement de son fils en famille d'accueil secondairement à ses alcoolisations et troubles du comportement.</p> <p>Elle est par ailleurs en obligation de soins.</p> <p>Le 26 janvier dernier, j'ai été interpellé par une travailleuse sociale en charge de Mme P. qui s'inquiétait de la dégradation de son état de santé: alcoolisations massives et propos suicidaires. Compte tenu du tableau clinique et de ses antécédents (antécédent de TS par défenestration), je lui ai conseillé de l'accompagner aux urgences et, en cas de refus de la part de la patiente, de faire intervenir son médecin généraliste afin d'établir un premier certificat de SPDT. J'ai contacté la SUP afin de leur faire part de la situation en insistant sur l'importance d'hospitaliser la patiente.</p> <p>Lors du passage de la travailleuse sociale à son domicile (foyer), un homme hébergé par la patiente était présent et s'est opposé à son accompagnement aux urgences, menaçant les professionnels à l'arme blanche.</p> <p>Mme P. a finalement été admise aux urgences, après intervention du médecin généraliste au domicile, qui aurait établi un premier certificat de SPDT.</p> <p>Mme P. a été réévaluée sur le plan psychiatrique le lendemain (pendant le week-end) et une sortie a été décidée, la patiente ayant pour consigne de reprendre RDV au CAMP pour reprise du suivi ambulatoire. L'accompagnement social n'a pas pu être repris à sa sortie des urgences, laissant la patiente en situation de vulnérabilité pendant le week-end.</p>

FAS-FAM Elan Argonnais	2	<p>Nous accueillons depuis 4 ans dans le cadre de l'accueil médicalisé, une jeune femme de 24 ans présentant des troubles psychiques accompagnés d'une déficience intellectuelle moyenne. Cette personne a des troubles du comportement, (agressions physiques sur les membres du personnel et les autres personnes accueillies, de l'automutilation et depuis 1 ans une régression de son autonomie non dû à des problèmes physiologiques, mais dû à ses troubles psychiques). Elle ne répond plus aux divers accompagnements éducatifs et surtout au traitement.</p> <p>Suite à des incidents répétés qui ont fait l'objet de signalements auprès de l'ARS et à la demande de son médecin traitant, elle a été hospitalisée à l'EPSM de Châlons en Champagne secteur U3 au mois d'octobre 2017 et U4 au mois de janvier 2018 (sans parler des autres hospitalisations sur 2015/16/17).</p> <p>Elle est revenue dans notre service et continue de présenter des moments d'agitation importants et une diminution grave de son autonomie.</p> <p>Sur le plan somatique, l'infirmière de l'établissement a mis en place une surveillance médicale étendue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance quotidienne de l'hydratation ▪ Surveillance quotidienne de l'alimentation (Elle se nourrit très peu) ▪ Surveillance de la tension 2 fois/jour ▪ Surveillance de la température 2 fois/jour ▪ Surveillance du poids tous les jours <p>Cette personne est suivie sur le plan psychiatrique 2 fois par mois par un psychiatre externe et si besoin par un psychiatre de l'EPSM.</p> <p>De plus, nous rencontrons des difficultés avec sa mère qui est aussi sa tutrice. Cette dernière remet en cause régulièrement le traitement de sa fille, et s'oppose aux hospitalisations sur la psychiatrie châlonnaise.</p> <p>La personne accueillie est suivie par la MDPH dans le dispositif une réponse accompagnée pour tous. L'établissement ne peut plus répondre, pour sa sécurité, à sa situation de handicap. Malgré les hospitalisations, les changements de traitements, elle présente une involution aggravée de son comportement la mettant en danger quotidiennement. Elle ne peut bénéficier d'un PAG où le secteur psychiatrique est le partenaire essentiel car celui-ci ne peut apporter de réponse adaptée. Cette personne aujourd'hui relève du secteur sanitaire et non du secteur médicosocial.</p>
Elan Argonnais	2	<p>Nous accompagnons un jeune homme de 21 ans présentant une psychose avec troubles du comportement. Cette personne a régulièrement des accès de violence imprévisibles, mettant en danger les membres du personnel et les autres personnes accueillies. Malgré</p>

		<p>plusieurs hospitalisations et modifications de son traitement il continue à avoir des accès de violence. Il est suivi tous les quinze jours par un psychiatre privé. Ce dernier nous a confié qu'il était au maximum du dosage de neuroleptiques qu'il pouvait prescrire. Cette personne accueillie bouleverse la vie de l'établissement car tous en ont très peur.</p> <p>La plupart du temps lors de ses hospitalisations il est calme et ne présente pas ou peu de difficultés. Ce qui n'est pas le cas quand il revient sur l'établissement. Il est très difficile de démontrer au secteur psychiatrique l'aspect dangereux de cette personne. Nous avons parfois le sentiment que le secteur psychiatrique a une véritable méconnaissance de notre milieu professionnel (plateau technique, impossibilité de mettre en place des contentions, établissement ouvert, etc). Cette personne peut-elle pour le moment rester sur le secteur médicosocial ? Au regard de sa situation elle semble relever du secteur sanitaire tant qu'elle n'est pas stabilisée.</p>
Secteur de Psychiatrie légale	1	<p>Sur la maison d'arrêt, la date de libération d'un détenu suivi par le SMPR n'est pas toujours mise à la connaissance du service. Il est donc impossible d'envisager pour ceux-ci de préparer la sortie. Les détenus sont libérés à 8h00, sans avoir pris leur traitement (TSO) et sans ordonnance. Cette disposition entraîne des ruptures involontaires de soins chez des patients susceptibles d'adhérer aux soins.</p>
Secteur de Psychiatrie légale	2	<p>Rupture de la continuité des soins au décours d'un séjour prolongé en UMD : patient qui, après 5 années de soins intensifs à Sarreguemines puis Châlons, se retrouve dans son unité de secteur dans les mêmes conditions qu'avant son transfert. Ne peut bénéficier d'aucune médiation thérapeutique, manque de disponibilité soignante, absence de repère structurant. En conséquence, exacerbation anxieuse majeure et nouveau passage à l'acte hétéro-agressif sur cadre et médecin. D'où... retour en UMD sans perspective de sortie par défaut de moyen matériel et humain sur l'hôpital d'origine. A noter, que le patient est demandeur de son maintien en UMD pour cette raison.</p>
SAVS-SAMSAH- l'Amitié	3	<p>Cas d'un patient qui est resté dans notre structure pendant 3 ans, alors que les objectifs de soins étaient atteints au bout de 18 mois.</p> <p>Une demande de logement avait été réalisé 12 mois après son arrivée (la mise en œuvre du projet fut longue, avec des changements successifs) mais cette demande n'a jamais abouti.</p> <p>Le patient est sorti en appartement via un propriétaire privé 3 ans après son admission.</p> <p>Le risque d'institutionnalisation est présent avec une durée de séjour aussi longue.</p> <p>Cette situation concerne plusieurs patients avec des durées de séjour variables mais toujours longues (supérieure à 2 ans)</p>
SAVS-SAMSAH- l'Amitié	2	<p>Cas d'un patient pour lequel nous avons dû faire une rupture de séjour après 2 ans et demi de présence dans la structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le patient était difficile à maintenir au sein du collectif (respect du cadre, ...),

		<ul style="list-style-type: none"> - Pas de projet à court ni à moyen terme => inadéquation des lieux de vie, - Pas d'hospitalisation envisageable <p>Fin de séjour prononcée avec un accompagnement à la sortie en hôtel Le patient s'est rapidement retrouvé en rupture de soins : arrêt du suivi du traitement, plus de suivi par le CMP (le patient ne se rendait plus au rdv), ... Le patient a finalement été réhospitalisé.</p>
Centre de Post Cure -l'Amitié	2	<p>Cas de patients qui sortent « par défaut » dans des structures inadaptées à leur problématique suite à un séjour long Ces patients n'ont pas tous le même profil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les jeunes qui nécessitent un étayage particulier, - Les patients âgés, ...
Centre de Post Cure -l'Amitié	2	<p>Cas d'un patient accueilli pour les vacances à la demande d'un CMP pour un séjour de rupture (hébergement) pendant l'absence de ses parents</p>
Centre de Post Cure -l'Amitié	2	<p>Cas d'un patient en irrégularité administrative qui a provoqué un allongement important du séjour du fait des démarches sociales à mettre en œuvre</p>
Centre de Post Cure -l'Amitié	2	<p>Cas d'un patient dont le projet a mis du temps à se mettre en place (9 mois : avec modifications successives du fait de la non adhésion du patient) et qui demeure cependant inadapté => le projet ne convient toujours pas au patient (pas d'adhésion de celui-ci)</p>
Centre de Post Cure -l'Amitié	2	<p>Rupture de séjour du fait d'une incompatibilité entre les missions du centre et les attentes de la famille</p>
Centre de Post Cure -l'Amitié	5	<p>Rupture de séjour du fait d'une sortie sans autorisation médicale pour lequel nous n'avons pas réussi à reprendre le contact avec le patient</p> <p>=> le patient se retrouve en rupture de soins</p>
Centre de Post Cure -l'Amitié	2	<p>Dégradation physique et cognitive d'un patient suite à des alcoolisations répétées qui ont provoqué plusieurs chutes avec pose d'un fixateur externe sur un poignet. Le patient qui se déplaçait en déambulateur jusqu'alors (fracture du rocher suite à une chute précédente), a été hospitalisé plusieurs semaines et demeure complètement alité depuis à son domicile.</p> <p>Le projet initial était de travailler autour de la réinsertion sociale mais les difficultés inhérentes au déplacement du patient rendent le projet impossible à mettre en œuvre.</p> <p>Aujourd'hui le service est en attente d'un projet en foyer d'accueil médicalisé (FAM) parce que le patient continue de s'alcooliser à son domicile.</p>

Centre de Post Cure -l'Amitié	2	<p>Demande d'admission d'un patient présentant des troubles psychiatriques associées à une myopathie. Le patient a déjà fait des démarches auprès de plusieurs services pour un accompagnement à domicile, qui n'ont pas abouti, les services estimant que les troubles psychiques étaient trop prégnants.</p> <p>Un projet est envisagé pour l'aménagement du logement avec nos services, ainsi qu'un projet autour de la pratique culinaire.</p> <p>Le patient se déplaçant en fauteuil roulant nos professionnels ne peuvent le véhiculer ni l'accompagner à l'extérieur.</p> <p>Le patient présentant des troubles à la relation, l'utilisation des services tels que Tréma ou Mobulis n'est pas envisageable (du fait du changement des conducteurs).</p> <p>Ainsi le projet d'insertion sociale est difficilement envisageable.</p>
IME-Elan Argonnais	2 et 3	<p>Jeune femme 18 ans, Placée en MECS depuis 3 ans et admise tardivement en IMPRO à 18 ans après une rupture de scolarisation durant deux ans. Cette jeune fille vient d'un département limitrophe. Son placement en Marne a provoqué une rupture scolaire/et de soins.</p> <p>Elle sera suivie par un psychiatre en libéral sur le territoire menehildien. Depuis une année, les troubles de la conduite et du comportements augmentent en nombre (raptus suicidaires/ crises/ scarifications journalières), elle est présentée une fois par mois minimum aux urgences sans pour autant bénéficier d'une hospitalisation (une hospitalisation EPSMM de qq jours en un an).les équipes de la MECS et de l'IME sont démunies.</p> <p>Pas de suivis psychiatriques efficaces (le suivi en libéral trouve ses limites, un suivi en hôpital de jour/CMP permettrait un passage en secteur adulte d'une part et un suivi plus efficace devant la dégradation de l'état de la jeune femme.</p>
Ass. d'appui aux professionnels de santé	3	<p>Monsieur L. vit en couple, 63 ans. Diagnostic : Démence + parano. Madame L. subit du harcèlement à longueur de journée + parfois des violences physiques. Ne veut pas laisser tomber M. et encore moins en informer les services judiciaires. Famille très peu présente. Madame a très peu d'espace pour elle et ne voit pas de solution...</p> <p>Proposition de mesure de protection pour travailler par la suite à une entrée en EHPAD ou autre. Mais Mme craint que malgré tout, il refuse. Monsieur suivi par psychiatre libéral mais pas de possibilité d'échange entre Madame et le professionnel.</p>
Ass. d'appui aux professionnels de santé	1	<p>Monsieur M. 50 ans vivant seul. Des sœurs présentent à ses côtés. Refus de toutes les aides à domicile. Aucune hygiène corporelle. Mange peu, fume beaucoup Maison à la limite de l'insalubrité. Alcool +++ . A été hospitalisé suite à une chute. Lien avec le service social de l'hôpital + cadre de santé pour demande de SSR. Contact pris avec SSR → accord. Entre temps, Monsieur M. change de service hospitalier, aucune communication effectuée. Résultat pas de SSR, Monsieur M. est rentré au domicile sans aucun accompagnement. 3 mois plus tard, retour au point de départ. Refus EHPAD car trop jeune.</p>
Ass. d'appui aux	1	<p>Madame B. 92 ans, vit seule dans un logement dont elle est</p>

professionnels de santé			propriétaire. Elle vit dans un environnement inconfortable dû à un manque de moyens (pas d'eau chaude, pas d'entretien du logement). Aucun soin d'hygiène et de soins envers elle-même. Elle ne se fait pas à manger, un restaurant lui livre parfois un repas. Mme met tout en échec (aides ménagères, portage des repas, téléalarme,...) Elle perd du poids. Son fils se décharge de la situation pour laquelle il s'était déjà mobilisé. Peut être agressive verbalement. Risques important de chute.
Secteur rémois	G10	5	<p>Monsieur L. est admis au sein de notre unité le 14/02, en SPDT, adressé par le CPAO de Sainte Anne pour prise en charge d'un épisode délirant de thématique de persécution.</p> <p>A son admission, le patient était calme sur le plan comportemental, accessible à la critique des éléments délirants et dans l'acceptation du cadre de soins et des traitements que nous lui proposons.</p> <p>Durant les premiers jours d'hospitalisation, le patient reste calme et adapté sur le plan comportemental, compliant aux soins malgré une certaine méfiance dans le contact.</p> <p>Le 17/02, l'état comportemental du patient se dégrade d'une manière brutale, du fait d'une extension des éléments délirants avec conviction du patient d'être en danger de mort au sein de l'unité. L'adhésion aux éléments délirants est alors totale, s'accompagnant d'un vécu anxieux intense, motivant le patient à fuguer à deux reprises de l'unité.</p> <p>Suite à sa seconde fugue, l'indication à un placement en chambre d'isolement est posée par le praticien d'astreinte. Faute de place disponible en secteur de soins intensifs, le patient est alors transféré à la SUP, où une chambre d'isolement était disponible.</p> <p>Le transfert et l'admission au sein de la SUP ont été difficiles, majorant le vécu anxieux et persécutif du patient, conduisant le patient à un passage à l'acte hétéroagressif envers deux soignants de la SUP.</p> <p>A ce jour (21/02/2018), le patient est toujours pris en charge au sein de la SUP, avec impossibilité pour nous de le réaccueillir au sein de notre unité faute de place disponible en secteur de soins intensifs.</p> <p>Il ressort de cette situation un parcours aberrant au sein du réseau de soins, avec une rupture en termes de continuité de prise en charge du fait d'un changement brutal d'unité, ayant certainement conduit à l'aggravation des troubles délirants et comportementaux du patient.</p> <p>Par ailleurs, cette situation met également en difficulté le fonctionnement de la SUP, avec un risque d'hospitalisation prolongée, dans cette unité normalement dédiée à la gestion des situations de crise et à des prises en charge de courte durée n'excédant pas 72h.</p>
Secteur rémois	G10	1	<p>Monsieur D. est admis en SPDRE au sein de notre unité le 04/02, en secteur de soins intensifs, pour prise en charge d'une recrudescence délirante associée à des troubles du comportement entraînant un danger pour la sécurité des personnes.</p> <p>Ce patient, dépendant du secteur 51ZR6, a été transféré au sein de notre unité faute de place disponible.</p> <p>Nous assurons depuis la prise en charge de ce patient, avec un travail</p>

		<p>conséquent réalisé autour de l'élaboration d'un lien thérapeutique solide, garant d'une qualité et d'une adhésion aux soins optimale.</p> <p>Ce patient, dont l'état clinique marque l'entrée dans un trouble chronique et invalidant, nécessitera de façon certaine une prise en charge au long cours, avec mise en place par la suite d'un étayage médical et infirmier assuré par l'équipe de son secteur de rattachement.</p> <p>Par conséquent, le projet de soins à court terme implique le transfert de ce patient au sein de son secteur de référence, dès qu'une place sera disponible en unité d'hospitalisation.</p> <p>La perspective d'un changement d'unité, impliquant un changement d'équipe, constitue un important risque de rupture en terme de continuité de soins, l'expérience nous ayant montré que de telles situations favorisaient la fragilisation d'un lien thérapeutique ayant déjà été établi avec une première équipe, ainsi qu'un risque pour le patient ne pas percevoir de cohérence dans ses soins, exposant à un risque de perte d'adhésion et de confiance.</p>	
Secteur rémois	G10	1	<p>Monsieur M. est régulièrement suivi par moi-même en consultation ambulatoire depuis plusieurs mois, suite à une première hospitalisation au sein de l'unité pour prise en charge d'un épisode dépressif.</p> <p>Ce patient a été hospitalisé en SPDRE le 09/02/2018, suite à un épisode hétéroagressif au sein de son lieu d'étude, sur le secteur ZR5, faute de place disponible en secteur de soins intensifs au sein de notre unité.</p> <p>Malgré une attention particulière portée sur la bonne transmission des éléments médicaux et d'échanges répétés avec l'équipe médicale de ZR5, la prise en charge de ce patient reste difficile, avec impossibilité à ce jour d'établir un lien de confiance avec l'équipe qui le prend actuellement en charge. A noter que le patient a mis en avant à plusieurs reprises le souhait d'être pris en charge au sein de notre unité, prise en charge actuellement impossible faute de possibilité d'accueil en secteur de soins intensifs. La cohérence et la continuité des soins est mise à mal, et risque de compromettre la prise en charge ultérieure de ce patient.</p> <p>Cette situation fait rappeler la situation 2 précédemment décrite, avec comme problématique de fond la nécessité d'accueillir les patients au sein de leur secteur de suivi, accueil parfois compromis par le fonctionnement actuel.</p> <p>Il s'avère que les patients les plus impactés sont bien souvent ceux qui sont admis en soins sous contrainte et nécessitant dans un premier temps une prise en charge en secteur de soins intensifs. Or, ce sont précisément ces patients qui pour la plupart, relèvent d'une prise en charge au long cours, et pour lesquels une attention particulière doit être portée sur la bonne cohérence des soins et sur la pérennisation du lien de confiance unissant le patient et son équipe de référence.</p> <p>La conséquence à ce jour est que de nombreux patients sont pris en charge en dehors de leur secteur de rattachement, avec impossibilité</p>

		pour les dits secteurs d'accueillir leurs patients à court terme, ce qui conduit à des hospitalisations hors-secteur en cascade lors de phases de forte affluence de patients.
EHPAD « La clé des Champs »	2	Un résident atteint de troubles psychotiques refuse de prendre son traitement. Une déstabilisation de son état mental s'observe au fil des jours jusqu'à souvent une décompensation de l'état psychique.
EHPAD « La clé des Champs »	5	Un résident psychotique présente une déstabilisation de son état psychique, avec un état de crise incompatible avec une prise en charge en EHPAD. En temps de présence du Dr Dammak, la situation se gère entre le médecin coordonnateur et le gérontopsychiatre. Mais hors de son temps de présence, qui contacter ? quelle procédure adapter ?
EHPAD « La clé des Champs »	3	Lors de l'entrée en EHPAD d'un patient suivi en psychiatrie, peu d'éléments de la connaissance de la personne et de son histoire de vie sont communiqués.
EHPAD « La clé des Champs »	1	Lors de l'entrée en EHPAD, d'un patient suivi en psychiatrie, les résultats des examens complémentaires, des bilans sanguins, des tests ne sont pas communiqués.
Résidence Accueil « Les petits jardins » UDAF	1	Problèmes de communication / compréhension d'une pharmacie : délivrance d'un traitement pour 31 jours au lieu de 5 jours (permission : long week-end d'un résident sur hôpital de jour). Conséquences : intoxication médicamenteuse volontaire de ce résident. Actuellement hospitalisé.
Résidence Accueil « Les petits jardins » UDAF	2	Situation vue en collectif : une résidente convaincue dans son idée qu'on lui vole la batterie de son portable, se met fortement en colère jusqu'à vouloir porter plainte à la police. Les accompagnatrices lui expliquant par A+B que cela reste normal, Madame reste en boucle, impossible de la raisonner. Situation compliquée à gérer lors d'activités collectives.
Résidence Accueil « Les petits jardins » UDAF	2	Rupture de traitement d'une résidente entraînant une hospitalisation de plus d'un mois. Cause : problème au niveau des interventions des infirmières à domicile : non surveillance de la prise de traitement ; pas de communication avec l'équipe de la Résidence-Accueil ; Refus de la personne pour aux infirmières : équipe pas au courant, par exemple.
UDAF	1 et 2	Dégradation crescendo de l'état de santé de Monsieur F. au niveau physique et psychique. =>devient inadapté au SAVS FG car mise en danger +++. Interpellation du service de tous les spécialistes du corps médical intervenant auprès de M. F. : M-T, psy. Constitution d'un dossier EHPAD non concluants (refus de certains EHPAD, demande d'infos complémentaires pour d'autres). Aucune possibilité d'hospitalisation. Le psychiatre décide d'investiguer d'autres pistes médicales auprès d'un gériatre. Mise en place d'une batterie d'examens à faire en hospitalisation. Sortie prématurée de Monsieur F. avant la fin des examens, le reste est finalement à effectuer en ambulatoire.

		Mauvaise circulation des infos => certains examens ne seront pas honorés par monsieur F. malgré lui.
Contrat local de santé – Vitry-le-François	1 et 3	Les équipes de la CSD observe de plus en plus de parents qui ont des soucis au niveau de leur santé mentale, de plus en plus de personnes déficientes deviennent parents. A Vitry-le-François il n’y a pas de structures d’appui qui permettent de faire face à cela. Les équipes observent aussi une montée des demandes de soutien à la scolarité lié à une problématique de trouble du comportement. Manifestation de mal-être par les enfants, lié à la relation parents/ enfants, ce qui développe des troubles et la déscolarisation. Les équipes ne savent plus s’il s’agit d’un problème d’ordre de santé mentale ou d’ordre éducatif
Contrat local de santé – Vitry-le-François	1	Concernant les troubles autistiques, la difficulté de Vitry-le-François à se retourner vers un CAMS (à St Dizier ils prennent prioritairement les enfants de Haute-Marne... ce qui ne laisse pas de place aux enfants de Vitry-le-François), la difficulté des différents département, sachant que selon une étude d’ADEVA (Pays Vitryat), les Vitryats sont plutôt tourné vers St Dizier.
Contrat local de santé – Vitry-le-François	1	Lors de la réunion du comité de pilotage de la Passerelle Jeunes, la problématique de la mobilité a été évoquée, en effet, les personnes de Pargny et de Sermaize ne peuvent plus être suivies par la Passerelle Jeune depuis l’arrêt de la navette spécifique qui était présente entre les territoires...
Contrat local de santé – Vitry-le-François	3	L’APEI fait donc remonter les besoins suivants : - La lisibilité des acteurs vitryats autour des acteurs de la parentalité et de leurs rôles - Une harmonisation des accompagnements au sein des structures vitryates avec l’adoption d’un discours et des pratiques communes : les discours entre le pédiatre, le médecin, la CSD, la Parent’aise ne sont pas les mêmes, et une personne déficiente n’arrive pas à faire la part des choses ou va écouter seulement le discours qui lui convient le plus. De plus les fascicules proposés restent trop complexes pour ce public.
Pédopsychiatrie-CHU de Reims	1	Délais excessifs d’accès au diagnostic et aux soins pour les enfants et adolescents présentant un trouble psychique, du fait de l’engorgement des consultations publiques et de l’absence d’offre libérale en pédopsychiatrie ⇒ entrée retardée dans le dispositif de soins, par les services d’urgences pédiatriques de manière croissante
Pédopsychiatrie-CHU de Reims	1	Accès au diagnostic et à l’évaluation pour les enfants de plus de 6 ans, adolescents et adultes présentant un Trouble du Spectre Autistique : pas de dispositif de niveau 2 (type plateforme de diagnostic de proximité) dans la Marne pour les plus de 6 ans, d’où report sur le Centre de ressources autisme de Champagne-Ardenne qui est engorgé (délai d’attente = 18 mois minimum)

Pédopsychiatrie- CHU de Reims	2	Manque de structure adaptée et spécifique pour la prise en charge des adolescents et des adultes présentant un Trouble du Comportement Alimentaire
Pédopsychiatrie- CHU de Reims	2	Absence de structure ambulatoire spécifique à la prise en charge intensive des patients adolescents ou jeunes adultes présentant troubles de la régulation émotionnelle (pathologies limites, borderline), s'inscrivant régulièrement dans des parcours de ruptures de soins et/ou sociales et dont le recours inadapté aux consultations d'urgences et aux hospitalisations temps plein est fréquent
Pédopsychiatrie- CHU de Reims	3	Difficulté d'accès aux structures médico-sociales (IME) à l'issue de prises en charge en hôpital de jour pour les enfants présentant un trouble psychique, faute de place (ou de place adaptée) dans ces structures
Pédopsychiatrie- CHU de Reims	5	Prise en charge d'enfants et adolescents « en crise » dans des structures d'urgences pédiatriques et psychiatriques pour des séjours parfois prolongés, faute d'unité d'hospitalisation adaptée
DDCSPP	1	<p>Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans en rupture familiale suite, notamment, à des violences. Il s'est donc retrouvé à la rue où il a été repéré par un éducateur. Il est actuellement accueilli en hébergement d'urgence. Monsieur est vite apparu fragile. Il a enchaîné les échecs professionnels et dans l'accès à la Formation. Par contre, il a donné satisfaction avec les chantiers éducatifs. Monsieur a estimé ne pas avoir besoin de suivi psychologique.</p> <p>C'est lors d'un stage en milieu professionnel que Monsieur a commencé à montrer un comportement inquiétant en suivant et en harcelant sa référente en formation. Il était persuadé de vivre une romance amoureuse avec cette personne, qu'ils avaient des enfants et qu'ils allaient tous partir ensemble. Ce comportement a entraîné l'arrêt de sa formation. La psychologue du réseau santé précarité a confirmé les inquiétudes sur la santé mentale de Monsieur.</p> <p>Monsieur a été informé qu'il pourrait intégrer une nouvelle formation à condition d'avoir un suivi psychiatrique, ce qu'il a accepté. Monsieur a obtenu l'AAH et une orientation en ESAT a été préconisée, ce qu'il a refusé. Il a adhéré au suivi psychiatrique pendant 8 mois puis a commencé à manquer ses rendez-vous. Son état s'est alors dégradé (hygiène négligé, restriction alimentaire). Son comportement est devenu également inquiétant (il errait la nuit dans la structure, il se</p>

		<p>coupait les cheveux, il ouvrait les robinets d'eau, il réalisait des sortes d'autels). Suite à cela, Monsieur a accepté de reprendre un suivi psychiatrique. Le médecin psychiatre a accompagné Monsieur aux urgences psychiatriques avec un courrier demandant sa prise en charge. N'ayant pu rester avec Monsieur. Le psychiatre est parti. Monsieur n'a pas été pris en charge et est donc ressorti de l'hôpital. Une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers a été réalisée par la structure d'hébergement accompagné d'un certificat médical du médecin traitant. Après discussion, Monsieur a accepté de retourner à l'hôpital avec le SAMU. Les Urgences ont été prévenues de l'arrivée de Monsieur. Malheureusement, Monsieur n'a pas vu de psychiatre à l'hôpital et est ressorti une heure après.</p> <p>A son retour, Monsieur est resté cloîtré, ne s'est presque plus nourri et a négligé son hygiène. Il a de nouveau rompu son suivi psychiatrique et n'a pas voulu de traitement.</p> <p>La mesure de protection a été décidée par le tribunal. Suite à cela, Monsieur a de nouveau été incité à se faire hospitaliser, ce qu'il a refusé. L'état de Monsieur est inquiétant car son état de faiblesse rend impossible la prise d'un traitement psychiatrique alors qu'il continue de tenir des propos incohérents.</p> <p>A ce jour, Monsieur refuse de voir son psychiatre et de se faire hospitaliser. Une curatelle renforcée a été préconisée. La structure d'hébergement qui l'accueille, est démunie et tente de garder un lien avec Monsieur pour éviter une dégradation de son état physique et psychique.</p>	
Secteur rémois	4	4	<p>Mme K. est une patiente d'origine géorgienne, âgée de 62 ans, adressée expressément par son médecin traitant après qu'elle eut débrouillé des problèmes somatiques graves liés aux suites d'un infarctus du myocarde avec une insuffisance thyroïdienne. Elle a été déboutée de sa demande d'asile par l'OFPRA et la CNDA. Elle a fui la Géorgie avec son fils pour échapper à une exécution pour avoir voulu contourner les codes de l'honneur en sauvant sa nièce d'une mort certaine.</p> <p>Malgré les certificats médicaux étayés décrivant la dégradation alarmante de l'état physique et psychique de la patiente rédigés par le médecin traitant et par moi-même, attirant l'attention que le fils présentait aussi une décompensation schizophrénique et sur le risque vital encouru en cas de refus de séjour pour étranger malade, Mme K. a reçu une OQTF et son fils, placé en centre de rétention et en est</p>

			ressorti.
Secteur rémois	4	3	<p>M. B.B. est originaire de Guinée Conakry. Il a 17 ans quand il est reçu à la consultation du Centre A. ARTAUD. Il a quitté son pays à l'âge de 15 ans pour Bamako au Mali où il va séjourner et travailler pendant un an. Il va ensuite traverser le Sahara pour remonter à Agades puis la Lybie. Il traverse encore la Méditerranée pour accoster en Italie et de là arrive en France par le train.</p> <p>Il est placé par l'ASE dans un foyer de l'enfance à Châlons en Champagne. Il va être admis en hospitalisation à l'hôpital général pour des douleurs abdominales aiguës. Les explorations ne révéleront rien de particulier hormis des sérologies d'HVB et d'HVC anciennes. D'autres examens sont prévus en ambulatoire mais M. B.B. est transféré dans un FJT à Reims en vue de la reprise de sa scolarité.</p> <p>A plusieurs reprises, les douleurs vont s'accroître mais les explorations reviendront toujours normales. Le patient sera reçu en urgence à la consultation à la demande son référent du FJT puis ensuite avec une assistante sociale de l'ASE quand il sera encore retransféré à l'UAE.</p> <p>Il aura fallu plusieurs entretiens psychothérapeutiques pour que le patient fasse la relation de ses maux avec le décès de sa mère d'un cancer abdominal, quand il avait 13 ans, mais aussi à une prématurité à laquelle il n'aurait pas dû survivre.</p> <p>Son délire hypochondriaque était accompagné d'impressions de délabrement du corps et de décharnement, ainsi que d'insomnies. L'acceptation d'un traitement neuroleptique injectable retard, qui aurait rendu l'observance médicamenteuse moins aléatoire, aura nécessité plusieurs séances encore.</p> <p>Mais à peine a-t-il été initié, le patient ayant tout juste repris la scolarité que, à nouveau, il est orienté vers un CADA à St Dizier où il se trouve actuellement.</p> <p>Mr B. est hospitalisé depuis maintenant deux ans dans notre service à la suite d'une éviction rapide du dispositif famille gouvernante de l'UDAF. Lors de sa présence dans cette résidence nous recherchions activement une place en foyer de vie. Malgré tout, Mr B. est coincé depuis une longue période à l'hôpital alors qu'un dispositif plus approprié à l'extérieur aurait été plus adapté et aurait permis à Mr de continuer à se soigner de manière plus autonome.</p>
Secteur rémois	4	3	Mr B. est hospitalisé depuis maintenant deux ans dans notre service à

		<p>la suite d'une éviction rapide du dispositif famille gouvernante de l'UDAF. Lors de sa présence dans cette résidence nous recherchions activement une place en foyer de vie. Malgré tout, Mr B. est coincé depuis une longue période à l'hôpital alors qu'un dispositif plus approprié à l'extérieur aurait été plus adapté et aurait permis à Mr de continuer à se soigner de manière plus autonome.</p>	
Secteur rémois	4	5	<p>Patient de 49 ans présentant un état dépressif sévère depuis plusieurs années et ayant interrompu sa psychothérapie au Centre Artaud. Il est hospitalisé suite à une IMV grave au CHU de Reims et transféré en réanimation à l'hôpital général de Châlons en Champagne.</p> <p>Dans les suites de cette hospitalisation, le patient qui relève d'une hospitalisation psychiatrique est déclaré sortant.</p> <p>Je le reçois en urgence au Centre Artaud. Il est fébrile et présente une infection urinaire symptomatique. Il est épuisé et à de graves troubles mnésiques en rapport avec l'ingestion massive de benzodiazepine lors de sa TS. On note un état dépressif sévère. La famille est très inquiète et ne comprend pas le refus d'hospitalisation qui a été signifiée au sortir de la réanimation.</p> <p>Le patient, affaibli par l'ingestion de son traitement complet du mois et présentant par ailleurs des complications somatiques en rapport avec la prise en charge en réanimation (sonde urinaire)</p> <p>Compte tenu des risques pour ce patient, je contacte le SSR de l'hôpital de Fismes, avec lequel nous travaillons depuis plusieurs années. Nous parvenons à programmer une hospitalisation dans ce service dans les prochains jours afin de mettre le patient en sécurité et qu'il puisse recevoir les soins somatiques nécessaires à son état. la famille a accepté de le garder quelques jours à domicile.</p>
Secteur rémois	4	2	<p>Patient souffrant d'une schizophrénie avec également une tendance forte à la mélancolie, adressé par sa psychothérapeute depuis l'hôpital psychiatrique de Belair dans les Ardennes.</p> <p>Nous l'avons pris en charge en appartement thérapeutique et au centre de jour Antonin Artaud de septembre 1997 à 2002.</p> <p>Après une amélioration des tendances suicidaires graves apparaissent qui empêchent la poursuite de la prise en charge en ambulatoire et me font l'adresser à une clinique de psychothérapie institutionnelle, où il reçoit des soins intensifs au long cours de très bonne qualité.</p> <p>Au bout de 14 ans, une décompensation brusque provoque un renvoi de cette institution et un retour dans mon service où il est hospitalisé</p>

		<p>depuis 1 an et 4 mois ; il a toujours besoin de soins intensifs au long cours et nous avons fait une demande pour une autre clinique de psychothérapie institutionnelle du Loir et Cher.</p> <p>En conclusion, il manque cruellement de structures de soins intensifs au long cours pour des patients schizophrènes, dont la pathologie reste active de façon prolongée, pour lesquels un établissement médico-social serait insuffisant.</p>	
Secteur rémois	4	1	<p>Patiente souffrant d'une psychose infantile avec déficit intellectuel important troubles du caractère associé.</p> <p>Elle nous a été dressée en 2009 par l'Institut Médico-Educatifs où elle était prise en charge, en attente d'une place au Foyer de Vie de Dormans.</p> <p>Dans cette structure elle présente des états répétitifs de violence et d'agitation malgré l'articulation que nous avons avec la structure.</p> <p>2 problèmes se sont posés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Obtenir l'accord et l'écoute de la SUP par rapport à la plainte justifiée du FAM et donc la demande d'un SDRE. 2) Le SDRE peut se lever dans notre service au bout de 15 jours. Reste le problème de l'attente d'une place de Foyer de Vie en Belgique et l'absence d'une telle structure sur place.
Secteur rémois	4	4	<p>Monsieur N. âgé de 29 ans, originaire de l'Angola, est arrivé à la consultation accompagné par un bénévole associatif. Le patient est en retrait dans son lieu d'accueil, il présente une dépression post-traumatique. Lors de l'entretien il verbalise un vécu traumatique grave avec notamment des menaces de mort et des tortures. Nous avons convenu d'un traitement psychotrope qui sera délivré par la PASS du CHU, le patient ne bénéficiant pas actuellement de l'Aide Médical d'Etat.</p> <p>Le traitement n'a pu être délivré au motif que l'ordonnance émanait d'un médecin de l'EPSMM, non du CHU.</p> <p>A l'heure actuelle le patient a été transféré au CADA de Charleville-Mézières, c'est un bénévole qui a payé le transport pour qu'il puisse revenir à la consultation suivante.</p>
Association Jamais Seul		5	<p>Depuis décembre 2013, Monsieur K est hébergé accompagné de sa femme sur notre structure d'hébergement. Auparavant hébergés en cohabitation sur un appartement éclaté, ils le sont depuis octobre 2017 sur notre site sécurisé en appartement seul. Depuis cette dernière date, nous constatons des problèmes de comportements tant envers les résidents que le personnel, s'autorisant des visites tardives chez des résidentes vulnérables. Des rappels au règlement et des avertissements ont été rédigés à l'encontre de Monsieur, ainsi qu'une interdiction d'accès aux appartements des autres résidents ;</p>

		<p>des restrictions non acceptées par Monsieur et qu'il exprime de manière virulente et agressive envers le personnel éducatif. Lorsque Monsieur manifeste pour la première fois son mécontentement de manière agressive, il exprime en parallèle ses angoisses, ses idées noires, ses scarifications. Suite à cela, Monsieur K a été conduit aux urgences. Cependant, faute de place au service psychiatrique, Monsieur a été déclaré sortant par le médecin urgentiste. De retour à domicile, nous avons mis en place le passage d'un IDE libérale pour l'administration du traitement. Monsieur a attendu son rdv psychiatre qui n'a pu être avancé malgré son passage aux urgences.</p> <p>Nos échanges téléphoniques avec les services psychiatriques, ont permis de savoir que Monsieur a déjà réalisé une tentative de suicide sur la période où le couple était hébergé en appartement éclaté.</p> <p>Février 2018, le couple déménage de nouveau. Un mouvement que Monsieur a difficilement accepté compte tenu de sa tentative de défenestration. Depuis cet évènement, Monsieur K hospitalisé en au service psychiatrique du CHU.</p>
Association Jamais Seul	1 et 2	<p>Madame B est arrivée au service LHSS de notre structure peu de temps après son arrivée en France. Elle est atteinte d'une ALD nécessitant des allers retours réguliers sur l'hôpital (3fois/semaine). Très rapidement, les professionnels de la structure ont constaté des difficultés quant à sa prise en charge médicale (non-respect des prises de traitement, non-respect des rendez-vous médicaux, comportement inadapté et immature, incapacité à s'auto gérer dans le quotidien..). Nous avons donc évoqué cette problématique au service hospitalier qui la suit. Cependant, après un entretien avec un médecin traducteur d'un service hospitalier, il a été précisé qu'il était n'était pas nécessaire de faire une consultation avec le psychiatre de liaison. Les difficultés ont néanmoins perduré, et nous avons sollicité un avis psychiatrique dans le cadre du Réseau Santé Précarité du fait du dernier passage à l'acte à savoir agressivité auprès d'une IDE de notre structure. De plus, du fait de la barrière de la langue et de la procédure du réseau santé précarité, une évaluation par l'infirmière et la psychologue du réseau était nécessaire pour obtenir un rendez-vous avec le psychiatre. (plusieurs semaines d'attente).</p>
Association Jamais Seul	1, 2, 3, 4, 5	<p>Depuis septembre 2017, la famille F est hébergée en CADA. La famille est composée de Monsieur et Madame F accompagnés de leurs deux enfants M. et D. âgés respectivement de 2 ans et demi et de 7 mois. D'origine afghane, la famille parle essentiellement dari rendant l'accompagnement médico-social difficile.</p> <p>En effet, 12/2017 Madame se défenestre du 4ème étage sous les yeux de son fils M. Après une intervention chirurgicale et période d'hospitalisation, Madame retourne au domicile avec HAD. Sur un plan orthopédique, Madame bénéficie de soins kiné/rééducation et doit revoir le spécialiste pour suite/consolidation. Sur le plan psychologique/psychiatrique, le psychiatre du CH a prescrit un traitement médicamenteux néanmoins sans mise en place d'un suivi à proprement parlé, la barrière de la langue ne facilitant pas.</p>

		<p>Notons également, que l'enfant M. n'a bénéficié d'aucun soin ou suivi psychologique.</p> <p>Depuis peu, la famille a déménagé en CHRS sur une autre ville. Tous les suivis sont à mettre ou remettre en place. Il est savoir que Madame n'a plus de traitement.</p> <p>La famille est dans un nouvel environnement sans personne ressource.</p> <p>Nous sommes en attente d'un rdv psy au CMP pour Madame, mais sommes sans solution pour trouver un tiers traducteur neutre.</p>
Association Jamais Seul	1, 2, 3, 5	<p>Monsieur T est hébergé dans le cadre de l'urgence 115 au sein de notre Association depuis le 18/08/2017. Depuis son arrivée au sein de notre Association, Monsieur montre des signes d'angoisses fréquentes et s'isole des autres résidents. Depuis Décembre 2017, les angoisses et les mises en danger de Monsieur T s'accroissent. Plusieurs incidents sont survenus au sein de l'Association. Il se présente régulièrement le soir à l'Association sous l'emprise d'alcool et de médicaments. Il peut parfois déclarer des propos suicidaires. Nous contacterons à plusieurs reprises le SAMU qui refusera de se déplacer au vu des propos « rassurants » de Monsieur T.</p> <p>Monsieur s'est déjà présenté au sein de l'Association en état d'ébriété et signale au veilleur de nuit avoir ingéré des médicaments. Nous contacterons SOS Médecin qui contactera les urgences afin qu'il y passe la nuit. A sa sortie, Monsieur bénéficiera d'une nouvelle ordonnance modifiant son traitement avec nécessité d'un passage infirmier. Monsieur ne nous l'apportera pas. Il ira chercher son traitement pour le gérer seul. Monsieur n'a aucune conscience des risques potentiels et effets secondaires du traitement.</p> <p>Monsieur confie qu'il peut en ingérer plus en cas d'angoisses majeures. Nous parviendrons néanmoins à mettre en place un passage IDE à domicile, et lors de certaine visite il se montrera agressif.</p> <p>Monsieur T nous fera part de son souhait d'être hospitalisé du fait de ses angoisses et idées noires. L'infirmière présente au sein de notre Association contactera son médecin traitant pour prendre rendez-vous en urgence. Sur conseil de son médecin, Monsieur T sera accompagné par un référent social et une infirmière aux urgences. Le médecin urgentiste n'a toutefois pas souhaité hospitaliser Monsieur en précisant que la prochaine fois ce serait possible. Nous sommes démunis face à la problématique de Monsieur T. Il ne répond plus à l'accompagnement type de l'hébergement d'urgence. Nous avons sollicité un soutien plus important de la part des professionnels soignants du réseau travaillant autour de la situation. Toutefois, nous sommes sans « solutions ». Un entretien avec les services d'alcoologie du CMP a été prévu. Dans l'intervalle nous avons admis Monsieur sur un autre dispositif.</p>

3- Questionnaire pour l'analyse des causes

Préparation de la 2^{ème} séance plénière de la communauté psychiatrique de territoire - 02

Suite à la 1^{ère} séance de la communauté psychiatrique de territoire, les situations problématiques à la source de rupture du parcours de soins en psychiatrie ont fait l'objet d'un recueil et ont pu être discutées. L'analyse de ces situations a permis de mettre en évidence un ensemble de causes qui ont été retranscrit sur un diagramme reprenant les 5 thèmes proposés par l'ANAP (Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance).

L'analyse des causes est une étape fondamentale pour définir le diagnostic territorial concernant le parcours du patient. La détermination des causes de rupture du parcours de soins doit permettre de définir ensuite des objectifs à atteindre dans les 5 ans à venir à travers des projets d'action. Ces derniers constitueront le programme territorial en santé mentale que devra approuver le directeur régional de l'ARS Grand Est.

Dans le diagramme, 35 propositions de causes de rupture sont citées. Certaines ont des liens entre elles, d'autres nécessiteraient d'être approfondies comme pour l'accès aux soins somatiques.

Dans un premier temps et afin de compléter le diagramme, avez-vous des causes de ruptures de parcours à ajouter ?

-
-
-
-

Dans un 2^{ème} temps, pouvez-vous indiquer, par ordre prioritaire, 3 ou 4 causes qui seraient, selon vous, à la racine des difficultés que l'on rencontre dans le parcours de soins en psychiatrie ? A titre d'exemple, le manque de médecins entraîne des délais longs, un manque de couverture de spécialisation, un défaut de suivi auprès des institutions sociales et médico-sociales... Mais le manque de médecins peut avoir aussi une cause plus profonde notamment dans la formation universitaire insuffisante.

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-