

Les situations inadéquates

Compte-rendu final des séances de travail :

31 mai 2018

14 juin 2018

25 juin 2018

Sommaire

- Objectifs de chaque séance
- Organisation des séances
- Éléments de définition
- Les problématiques citées par les participants :
 - Les représentations de la santé mentale et la stigmatisation retardent le recours aux dispositifs par les personnes et les professionnels
 - Comment les personnes et leur entourage exercent-elles leurs droits à la santé et à la citoyenneté?
 - L'absence de coordination, la méconnaissance des dispositifs existants en psychiatrie et ceux des partenaires, le secret partagé sont à la sortie d'hospitalisation autant de freins à la continuité du parcours de santé
 - Les délais d'accès, l'organisation de l'offre et les problématiques de mobilité causent des ruptures de parcours
 - L'offre de soins et de services n'est lisible ni pour les personnes ni pour les professionnels, et les informations entre professionnels circulent mal
 - La coordination entre professionnels et dispositifs est insuffisante ce qui freine l'accompagnement des personnes dans leur globalité

Objectifs de chaque séance

Séance 1	Séance 2	Séance 3
<p>Répertorier les problématiques rencontrées susceptibles de causer ou causant des ruptures de parcours</p> <p><i>Quels sont les problèmes ?</i></p>	<p>A partir des problématiques relevées, identifier les différentes causes de celles-ci</p> <p><i>Par quoi ces problèmes sont-ils causés ?</i></p>	<p>Proposer, pour chaque axe problématiques, des pistes d'améliorations</p> <p><i>Quels sont les leviers d'action ?</i></p>
18 participants	18 participants	19 participants

Organisation des séances

- Lors de chaque séance, les participants se sont répartis en 3 sous-groupes :
 - **Séance 1 : Sous-groupes non thématiques**
 - **Séance 2 et 3 : Sous-groupes thématiques :**
 - **Sous-groupe 1** : Représentations de la santé mentale+ Place des personnes et de leur entourage + Organisation de l'offre et disponibilité des réponses
 - **Sous-groupe 2** : Lisibilité de l'offre + Hospitalisations sans consentement + Coordination

Éléments de définition

/!\ Nous pouvons retenir que ce ne sont pas les « situations » qui sont inadéquates, mais les réponses qui sont apportées aux situations.

- **Constats :**
 - Si 80% des personnes présentant des troubles psychiatriques sont suivies en ambulatoire, 25% des personnes hospitalisées le sont pour des raisons qui ne sont plus strictement médicales : volume important de capacités hospitalières
 - La durée moyenne de séjour en psychiatrie est de l'ordre de 30 jours (soit six fois plus qu'en médecine, chirurgie, obstétrique).
 - La longue durée n'est pas nécessairement signe d'inadéquation de l'hospitalisation, mais elle doit attirer l'attention des équipes soignantes sur les conditions de prise en charge du patient : il importe de limiter les risques de « désaffiliation » inhérents à une hospitalisation de longue durée

La question des **hébergements inadéquats** se pose également :

- Orientations MDPH
- Souplesse entre les structures
- Hébergement dans les familles.
- Adéquation de la vie au domicile

Exemples :

Hospitalisations longues, patients hospitalo-requérants, réhospitalisations fréquentes, structures d'aval, alternatives à l'hospitalisation, prise en charge inadéquate...

Recours aux hospitalisations sans consentement sans que la situation n'entraîne réellement de péril imminent. A cela s'ajoutent les longues procédures de sortie ou les craintes des acteurs car une hospitalisation sans consentement véhicule une image fautive, d'autres patients pourraient être en hospitalisation libre

Quelle est la sensibilité des équipes à cette question ? Quelle est leur connaissance des structures et services médico-sociaux du territoire ?

Quels liens à ce sujet avec la MDPH ?

Quelles sont les pratiques mises en place pour maintenir le lien entre projet de soins et projet de vie chez les personnes hospitalisées ? Existe-t-il une révision périodique des situations des personnes hospitalisées au long cours ? etc.

vision « structure » : quel lien est fait avec les structures d'aval ? Quels outils de prévention et de repérage sont mis en place pour le suivi au long cours en établissement médico-social ou au domicile ?

Pour les personnes : quelles conséquences pour la vie sociale d'une hospitalisation longue ? Pour les personnes hospitalo-requérantes, quels sont les facteurs conduisant à cette demande ?

Source : Cour des comptes, décembre 2011, rapport sur [L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale \(2005-2010\)](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf

Les représentations de la santé mentale et la stigmatisation posent problème pour l'accès aux dispositifs

Problématiques repérées par les participants	Causes	Pistes d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> - Le handicap psychique est stigmatisé - Certains a priori vis-à-vis de la psychiatrie entraînent des clivages et un manque de réponse 	<p>Stigmatisation du handicap psychique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le handicap psychique n'était pas pris en compte avant 2005 - Psychiatrie fermée - La société n'est pas adaptée au handicap psychique (contrairement au moteur par exemple) - Méconnaissance des acteurs sociaux - Les personnes accompagnantes peuvent ne pas savoir comment « accrocher » avec la personne lorsque son discours n'est pas ancré dans la réalité (piste : travail pluridisciplinaire avec un regard extérieur) <p>Vision de la psychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médiatisation très négative, image obsolète - Manque de tolérance de la société, des employeurs - Appréhensions des travailleurs sociaux pour contacter les professionnels de la psychiatrie 	<p>Déconstruire les préjugés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer des rencontres (téléphoniques?) entre travailleurs sociaux et acteurs de la psychiatrie ▪ Ouverture des CMP sur l'extérieur ▪ Ne pas se focaliser sur les associations médico-sociales : sport, scrabble, journées Sport Sant » (AHB) <p>Objectif : démystifier les troubles psychiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuer les Semaines d'Informations sur la Santé Mentale (SISM) <p>Point de vigilance : touche surtout les professionnels déjà spécialisés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des conférences thématiques

Comment les personnes et leur entourage exercent-elles leurs droits à la santé et à la citoyenneté?

Problématiques repérées par les participants	Causes	Pistes d'amélioration
<p>Personnes concernées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines personnes en refus de soins alternent les hébergements d'urgence : comment faire le lien avec les EMPP quand il n'y en a pas ? - Il est difficile pour les personnes avec un handicap psychique de s'adapter aux autres types de handicap - Comment faire valoir les droits sociaux, de santé lorsque la personne est dans le déni de ses troubles ? <p>Familles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epuisement, difficultés à trouver des recours - Les parents vieillissent, développent des troubles, l'enfant est adulte et aucun soin n'est mis en place : comment faire ? - Patients sous mesure de protection, le tuteur ou curateur n'a pas toujours les bons comportements ou les réponses adaptées à la prise en charge <p>Familles d'accueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation insuffisante des familles sur le handicap psy - Elles n'ont pas assez d'informations quand les personnes sortent - Les familles d'accueil peuvent être seules, comment les accompagner ? 	<p>Déni des troubles, refus d'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes en milieu rural ont des difficultés de mobilité - Comment faire accepter le traitement au patient ? (Formation Fondation Bon Sauveur, ARSIMED) : écoute, empathie, accord, partenariat - Les droits à la santé peuvent ne pas être ouverts : 1 ordonnance mais pas d'argent pour les médicaments <p>Promotion des droits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment se situent les obligations des employeurs vis-à-vis de l'emploi des travailleurs handicapés ? (obligation de 6%) - L'expression n'est pas toujours suffisamment donnée aux personnes - Manque de GEM et de portage politique des associations de parrainage de GEM - Il ne faut pas penser à la place des personnes : en psychiatrie les patients ne sont pas toujours acteurs, citoyens - Comment faire cohabiter le projet de soins et le projet social, médico-social, en projet de vie? <p>Familles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parfois les familles peuvent être dans la surprotection, elles ne sont pas formées comme le sont les professionnels - L'hospitalisation n'est pas la seule réponse : parfois elle invalide plus qu'elle n'aide : cela peut être dû à un manque de compréhension des nouvelles modalités de prise en charge <p>Familles d'accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les formations sont insuffisantes : et si l'incident arrive le weekend ? - Méconnaissance des dispositifs, y compris en urgence (ex Ille et Vilaine) 	<p>1. Promouvoir les droits des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les personnes en soin sur la recherche de solutions Permet une meilleure adhésion Appui sur le guide CNSA des bonnes pratiques liées au handicap psychique : https://www.cnsa.fr/documentation/web_cnsa-dt-troubles_psy-2016.pdf ▪ Il faut respecter la volonté des personnes lorsqu'elles sont adultes et qu'il n'y a pas de mise en danger ▪ Quantifier le taux d'emploi des personnes vivant avec un handicap psychique ▪ Adapter les actions de communication liées au handicap à tous les types de handicap (dont psychique) ▪ Faire en sorte que les professionnels ne fassent pas « à la place de » ▪ Promouvoir la réhabilitation psycho-sociale et l'accompagnement vers les loisirs, le milieu ordinaire <p>Levier : bénévoles (aussi un point de vigilance pour les professionnels)</p> <p>2. Accompagner les familles</p> <p>3. Informer, former, sensibiliser</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagner l'accueil familial social (80 personnes sur le département) Proposer des solutions pratiques : pourquoi les personnes font ça, comment comprendre, qu'est ce qu'on peut faire? Comportements brutaux à dédramatiser pour avoir moins peur Modalité : formation initial + formation continue ; aide d'un professionnel qui connaît la personne ; s'appuyer sur les outils existants Cf Fascicule UNAFAM : Comment vivre avec un malade psychique Objectif : Etre en soutien des aidants Travailler en liaison, selon les recommandations de bonnes pratiques ▪ Proposer des visites à domicile du CMP ▪ Ouvrir des groupes dédiés aux familles pour qu'ils abordent les thématiques qui leur posent problème <p>Exemples : Café poussette ; ateliers d'entraide Prospect (UNAFAM, http://www.unafam.org/en-apprenant-a-vivre-avec.html)</p>

L'absence de coordination, la méconnaissance des dispositifs existants en psychiatrie et ceux des partenaires, le secret partagé sont à la sortie d'hospitalisation autant de freins à la continuité du parcours de santé

Problématiques repérées par les participants	Causes	Pistes d'amélioration
<p>La sortie d'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispositifs d'accompagnement à la sortie peu/pas adaptés : Exemple : s'il doit y avoir un relais SAVS et que la sortie a lieu le vendredi, ce n'est pas possible de le mettre en place - Manque de communication et de transparence en sortie d'hospitalisation - Lorsqu'il y a des actes de violence, les personnes peuvent être hospitalisées, puis sortent sans accompagnement, ce qui les conduit à être ré hospitalisées - Le 115 peut être utilisé comme réponse par défaut en sortie d'hospitalisation, mais la réponse est rudimentaire : abris de nuit, certains sans présence la nuit, un abri de nuit géré par des bénévoles, hébergement de courte durée sur certains territoires etc. La réponse n'est pas adaptée pour une sortie d'hospitalisation, ce qui pose problème pour la personne, pour le collectif. Conséquences : peut générer de la peur, des situations de violence, exclusion du SIAO. - L'accompagnement médicamenteux n'est pas toujours adapté : associé à la prise de toxiques, parfois des reventes de médicament <p>Les modalités de recours aux hospitalisations sans consentement (HSC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le moment de l'hospitalisation peut être plus difficile: la nuit, le week-end... - Les modalités de contrôle des libertés sont plus une formalité qu'une vraie assurance du consentement : les personnes ne sont pas toujours en capacité de l'exprimer - La camisole chimique, la contention pour les jeunes sont très traumatisantes <p>Recours inadaptés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les HSC sont des motifs d'hospitalisations forcées - Un éduc peut être seul le week end avec un collectif sous sa responsabilité, s'il y a une crise la situation est angoissante pour les jeunes et les professionnels - Certaines hospitalisations sous contraintes « forcent la main » (personnes présentant des ivresses), hospitalisation rapide sans bilan somatique, transférés au CHS avec des problématiques physiques : des décès peuvent survenir - Personnes âgées en soins sans consentements pour forcer l'hospitalisation, pas de recherche de tiers - Pour soulager les équipes des structures médico-sociales qui sont épuisées, des séjours de rupture sont organisés en milieu hospitalier, qui peuvent parfois être en hospitalisation sous contrainte : quels échanges avec la psychiatrie de liaison ? (Questionne les modalités d'entrée dans les soins, Quel travail peut être mis en place avant l'épuisement ?) <p>Conséquences</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sortie après une HSC est difficile : les personnes peuvent rester hospitalisées longtemps car il n'y a pas d'alternatives correspondantes - Le recours aux urgences/HSC engendre des refus de soins - Il arrive que des patients soient réveillés la nuit car il faut une chambre d'isolement Exemple : intoxication alcoolique aigue - Le recours à l'urgence peut permettre l'entrée dans les soins 	<p>Articulation psychiatrie et relais à la sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes sortent car le problème psy est réglé, mais n'ont pas forcément de logement ou de perspectives <p>Modalités de recours aux hospitalisations sans consentement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parfois le recours à l'HSC est fait pour que les institutions n'explorent pas : elles ont leurs limites et leurs possibilités - Problème d'anticipation : méconnaissance des possibilités ? Négligence ? Repérage tardif ? - L'HSC devrait être le dernier recours : certains acteurs s'en saisissent comme modalité rapide et directe d'entrée dans les soins, et les CHS ne peuvent pas refuser - Certains professionnels ont recours à l'HSC mais en ignorent les implications, à quoi sert l'hôpital psy... Ces recours causent des problèmes au retour dans l'établissement - Le lien avec le tiers peut se déliter à la sortie d'hospitalisation : Ce n'est pas un rôle anodin, il est difficile d'hospitaliser quelqu'un contre son gré - Utilisation de l'HSC car on a pas pu mettre en place un accompagnement préventif - Comment amener des changements de pratiques hospitalières ? Mise en place de l'ambulatoire mais insuffisance des réponses 	<p>1. Formation et information</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer une formation commune aux 3 CHS A destination notamment des maires, en s'appuyant sur le guide régional ARS https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/ars_psy_v2.pdf ▪ Informer les professionnels du médico-social sur les HSC Modalité : hospitalisations programmées, séquencées et intervention en liaison, VAD ▪ Appuyer les médecins généralistes et mieux articuler les recours, identifier les interlocuteurs sur les créneaux d'urgence ▪ Relayer un site internet d'informations sur les HSC <p>2. Mise à disposition d'outils et dispositifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) et communiquer autour de ce dispositif Objectif : avoir un relais pour les partenaires, un interlocuteur qui coordonne 24h/24 ▪ Elargir l'amplitude horaire des CMP ▪ Mutualiser et distribuer un guide : arbre décisionnel pour l'orientation (documents faits à la FBS et à l'AHB) ▪ Conventonnement avec les CHG et appui sur les IDE psy présents aux urgences ▪ Mise en place d'équipes mobiles pour l'évaluation (notamment personnes âgées mais aussi adolescents et jeunes adultes) Objectif : éviter les HSC Argument aux financeurs : en développant les équipes mobiles, les hospitalisations sont réduites, ce qui coute moins cher au système de santé <p>3. Prévention des urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer les familles, les écouter, en faire des partenaires, groupe de paroles, éducation thérapeutique, habiletés sociales... ▪ Faciliter la flexibilité de l'offre et la réponse réactive (l'urgence est amplifiée par le sentiment de solitude) ▪ Utilisation du 116/117 pour avoir un médecin de garde

L'offre de soins et de services n'est lisible ni pour les personnes ni pour les professionnels, et les informations entre professionnels circulent mal

Problématiques repérées par les participants	Causes	Pistes d'amélioration
<p>Lisibilité de l'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problématique de lisibilité des possibilités de recours auprès de la MDPH <p>Interconnaissance et communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissance réciproque des limites et missions des structures - Manque de connaissance des réseaux liés à la pédopsychiatrie - Méconnaissance de la part des professionnels en psy des dispositifs d'hébergement d'insertion <p>Exemple : certaines personnes en places de stabilisation ont une orientation MDPH (biais : il y a peu de places) et sortent vers une solution de type logement qui n'est pas adaptée ou parfois orientée par défaut vers le dispositif pension de famille ;</p> <p>Biais : il y a peu de financements pour ce type de dispositifs en psychiatrie</p>	<p>Cloisonnement des secteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - La santé mentale est au carrefour des secteurs sanitaire, social, médico-social, judiciaire, éducatif : passer d'un secteur à l'autre peut nuire à la lisibilité - La méconnaissance fait qu'on ne fait pas appel aux dispositifs <p>Au sein des secteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - La superposition des dispositifs nuit à la lisibilité (ex : coordination) - Les CMP n'ont pas tous le même fonctionnement - Disparités territoriales pour la présence d'EMPP <p>Les recours auprès de la MDPH</p> <ul style="list-style-type: none"> - les dossiers vont changer, avec des titres plus clairs et une entrée par besoins : permettra aux personnes de cibler certaines parties, avec des questions plus simple. Problème : quid des personnes qui ont des difficultés avec l'écrit ? Cela nécessite quand même un accompagnement au remplissage - La MDPH fait des formations délocalisées par territoire du département (échelle MDD), ce qui correspond aux attentes, l'info est diffusée auprès des agents qui font descendre au terrain pour toucher le maximum de personnes ; supports diffusés sur site pour ceux qui ne peuvent participer 	<p>1. Favoriser l'interconnaissance</p> <p>Objectif : se faire confiance, prendre en compte la parole des autres</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps de formations inter-secteur sur des thématiques précises <p>Exemple : secret partagé, incidence réglementaires de la CNIL, accompagnement des aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps forts par territoire <p>Modalité : Relais avec les Animatrices territoriales de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Harmoniser les secteurs d'intervention <p>Levier : PTSM, inscription dans la durée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps de travail sur des projets communs avec immersion des professionnels <p>Modalité : s'inspirer de la CDAPH (3,4 fois / an), CLSM</p> <p>Associer les équipes, pas seulement les responsables de service</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer une plateforme collaborative avec communication en continu <p>Objectif : communication autour des dispositifs dématérialisés</p> <p>Point de vigilance : ne doivent pas être nominatifs, être accessibles à tous</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Systématiser l'envoi des synthèses à tous les partenaires (Education Nationale, PJJ) <p>Modalité : lien avec un IDE qui appellerait ? Définir en interne des services ce qui peut ou pas être dit</p> <p>→ Réflexion sur le Secret partagé</p> <p>2. Lisibilité des dispositifs de la MDPH</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer une nomenclature type « Info services » <p>3. Favoriser la clarté des missions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecrire dans l'organisation de chaque structure quelles sont les missions exactes des institutions et des postes des professionnels

Les problématiques d'organisation et de disponibilité de l'offre

Problématiques repérées par les participants	Causes	Pistes d'amélioration
<p>Manque d'offre sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de médecins et de professionnels spécialisés en psychiatrie - Pas d'établissement dédié à la prise en charge des démences alcooliques : ce sont des patients qui n'ont leur place nulle part : Proposition : équipes relais handicap rare (Auray) - Du fait de l'absence de possibilité de sevrage complexe à l'hôpital, certains patients refusent d'aller chez les « fous » - Certains patients relèvent de plusieurs territoires psychiatriques : tout le monde se renvoie la balle. Une fois qu'il est dans un endroit, tout le monde se défause ; <p>Mineurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des mineurs sont pris en charge en hôpital psychiatrique (16-18 ans), ce qui les met en proximité de profils difficiles ; Les troubles du comportement peuvent être en lien avec l'entrée dans l'adolescence, or l'hospitalisation en psy adulte n'est pas forcément adaptée - Comment anticiper l'accès aux soins et l'accompagnement MS des mineurs ? Il y a des listes d'attente importantes et un manque d'anticipation vers la sortie quand un jeune rentre en IME <p>Lien entre le soin et la justice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients sous écrou en postcure peuvent avoir des problèmes judiciaires s'ils ne réintègrent pas la maison d'arrêt - L'obligation de soins prononcée par un juge n'est pas toujours reconnue par les psychiatres car le juge n'a pas les compétences pour définir l'obligation - Il n'y a pas de psychiatre à la PJJ - Manque de coordination et de connaissance réciproque entre sanitaire, judiciaire et social pour les problématiques addictives - Les usagers viennent chercher un carton de RDV en CMP mais ne sont pas dans une demande de soin, que faire? <p>Difficultés d'orientation vers le secteur médico-social</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'il n'y a pas de places en structure, les situations stagnent et « pourrissent » <p>Exemple : Enfants maintenus en IME car il n'y a pas de place en SAVS pour les accompagner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines personnes sont hospitalisées en longue durée suite à des problématiques au domicile et à l'absence de places en FOA/MAS/FAM - Les publics vieillissants en FOA/MAS occupent des places qui pourraient être attribuées à des jeunes sortant d'IME => Visibilité des Résidences autonomie ? - Des personnes à partir de 55 ans sont orientées en EHPAD où la moyenne d'âge est de 85 ans ce qui pose des problématiques d'activité, de formation des professionnels, de taux d'encadrement (0.4 contre 0.6 en FAM) - Il manque des structures adaptées aux besoins des territoires ; Conséquence : le relais est pris par la psychiatrie <p>Lien avec les intervenants à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines personnes restent à domicile faute de place - Isolement pour les auxiliaires de vie, aide-soignant-e-s : les encadrants ont très peu d'informations qui lorsqu'elles sont communiquées viennent des infirmiers libéraux ou du médecin traitant selon la confiance accordée - Les interventions peuvent être inadaptées aux besoins 	<p>Absence d'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnes vieillissantes : quid des personnes de plus de 60 ans en MAS ? - Manque de moyens pour réduire les délais d'attente - Manque de psychiatres et de pédopsychiatres : les délais d'attente sont dissuasifs pour le recours - Pas de places à temps plein pour les mineurs en CHS, manque de places à l'UTPEA, les enfants vont en pédiatrie - Les CMP ne sont pas tous ouverts le samedi - Comment faire remonter les dysfonctionnements aux établissements pour y remédier ? (ex : un site internet où les professionnels pourraient poser des questions ?) - Les institutions se renvoient les situations complexes : manque de tolérance de l'environnement et de formations <p>Urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de réactivité : le soutien psychique doit pouvoir intervenir rapidement sur l'étayage d'une situation : personne, famille, établissement ou service en difficultés, afin d'aider à la gestion de la crise et éviter une rupture et un recours aux urgences - L'aiguillage des personnes se fait trop facilement vers les hôpitaux psychiatriques - Quelles autres solutions que l'hospitalisation ? La porte d'entrée peut être le CMP et les antennes aux urgences avec présence IDE Psy en dehors des heures d'ouverture des CMP - Manque de connaissance des dispositifs <p>Intervenants à domicile</p> <p>Les intervenants à domicile (auxiliaires de vie) peuvent avoir peur de se rendre chez les personnes</p> <p>Partage d'informations</p> <p>Manque de partage avec les enseignants</p> <p>Les bailleurs sociaux sollicitent des interventions mais n'ont pas de retour et ne sont pas associés aux réflexions</p>	<p>1. Problématique de la sectorisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Propositions d'accueil multi partenariales <p>Point de vigilance : qui coordonne ?</p> <p>2. Anticiper les changements dus à l'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Être vigilant sur l'extension des âges charnières (6 ans, + 18ans, +60 ans) <p>Sensibiliser sur les niveaux selon l'âge, l'information à communiquer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer l'accueil adéquat des personnes handicapées de plus de 60 ans <p>Créer des moyens adaptés, harmoniser les financements</p> <p>3. Proposer des services de repérage et d'accompagnement de proximité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer les moyens des CMP, ouvrir des lieux d'accueil ▪ Réfléchir à des extension d'ouverture des Hôpitaux de Jour au-delà de 5jours/7 ▪ Obtenir des dérogations pour accueillir en EHPAD, avoir des passerelles entre les différents orientations MDPH ▪ Créer un lieu unique avec les différents professionnels <p>Exemple : Dreux : la MDJA est un guichet unique pour les familles, les professionnels, il n'y a pas de salle d'attente, c'est un lieu ouvert ; permet de faire le lien entre la justice et la psy</p> <p>4. Mettre en œuvre le principe du secret partagé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apporter une aide juridique sur le partage d'informations, l'aide éthique pour éviter la rétention d'informations et favoriser le secret partagé <p>5. Elargir l'utilisation du répertoire opérationnel des ressources (ROR)</p> <p>Objectif : permettre une meilleure lisibilité de l'offre de soins et améliorer les délais d'accès</p> <p>Interrogations : jusqu'où insérer les données?</p>

La coordination entre professionnels et dispositifs est insuffisante ce qui freine l'accompagnement des personnes dans leur globalité

Problématiques repérées par les participants	Causes	Pistes d'amélioration
<p>La coordination pour trouver des réponses adaptées aux besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à trouver des réponses adaptées pour les personnes dont la situation relève du soin et du social <p>Exemple : manque de CHRS addicto pour les personnes qui sortent de post-cure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le public accueilli dans les dispositifs d'insertion (SIAO) rencontre des problématiques sociales et sanitaires, mais les champs sont cloisonnés, les personnes auraient besoin d'intervention pluridisciplinaires - Manque de coordination entre les services d'hospitalisation complète et de suivi ambulatoire - La RAPT demande une bonne connaissance des différents dispositifs, et la coordination des parcours en impliquant un référent <p>Exemple : 1 personne est orientée vers un accueil temporaire en MAS pour le weekend end, elle arrive le vendredi après-midi sans avoir été informée ni préparée à la démarche, ce qui a généré des difficultés pour l'institution</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment amener un collectif de professionnels à travailler ensemble (Groupe opérationnel de synthèse) - Les personnes âgées ont des difficultés à accéder aux soins spécialisés (La gestion de cas en MAIA peut permettre de dénouer certaines problématiques) - Les tutelles n'anticipent pas l'urgence, les réponses sont donc inadaptées faute de place - Les service de tutelles n'ont pas de permanence après 16h30. Difficultés les WE et après 17h. Ils veulent mettre en place des outils (cf Fiches actions) qui font doublon avec l'existant dans certains CHS (CREAI et DDCS porteurs),. <p>L'implication et l'interconnaissance des différents acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est lorsqu'il n'y a plus de solutions sur le terrain qu'on sollicite la MDPH - Qui accompagne les enfants/jeunes : MDD, foyers de l'enfance ? - Les personnes âgées agressives ou violentes sont renvoyées vers les services somatiques par les psychiatres - La méconnaissance des autres dispositifs engendre de l'isolement 	<p>Les dispositifs de coordination ne sont pas connus, lisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plateformes de coordination n'existent pas dans le soin - Les différents acteurs ne communiquent pas forcément assez sur leurs activités - Multiplicité des dispositifs, ils sont donc difficiles à identifier - La coordination demande des compétences - Multiplicité des critères pour pouvoir bénéficier des dispositifs : difficultés pour trouver LE dispositif : lié à la façon de structurer, mais aussi à la peur de ne pas savoir faire : manque de compétences ou rigidité administrative ? (ex : emploi accompagné accueille les personnes de -30 ans, sans trop d'invalidités) - Quels recours existent pour un professionnel qui est hors structure ? Comment se tourner vers la bonne personne ? enjeu : équité de traitement pour les locataires de logements <p>Travailler ensemble : un changement de pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - En psy, le passage de relais peut être compliqué car c'était un secteur fermé où les professionnels étaient habitués à tout faire, et aujourd'hui les professionnels essaient de se cantonner à leurs missions et demandent aux partenaires de prendre le relais, qui ne comprennent pas toujours que toutes les démarches ne puissent être réalisées. La psychiatrie a réduit ses lits et n'est plus un lieu d'hébergement mais de soin, avec une prise en charge de pathologies bien ciblées. - Les dispositifs ne sont pas adaptés aux prises en charge globales : le manque de moyens engendre des prises en charge inadaptées - Les pratiques professionnelles et les modalités d'accompagnement évoluent : les établissements seront à terme des supports de service, et plus des hébergements permanents - Les non-soignants peuvent se voir accorder moins de légitimité lorsqu'ils formulent une demande - Les professionnels peuvent s'imposer des limites, ne pas s'autoriser à aller vers les autres, ou sont réticents à donner des informations sur une personne <p>Ex : les forces de l'ordre demandent des informations : jusqu'où on peut aller ? Il faut oser demander de l'aide aux personnes compétentes Ex : intervenants à domicile qui ont demandé une formation sur les addictions</p> <p>Secret médical</p> <ul style="list-style-type: none"> - La protection du secret médical peut engendrer une grande solitude des autres professionnels : qui appeler pour désamorcer ou gérer une situation d'urgence ? - L'absence du passage d'informations empêche l'accompagnement global 	<p>1. S'appuyer sur les dispositifs existants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer la psychiatrie de liaison pour désamorcer les situations problématiques <p>La coordination demande des compétences bien spécifiques, cela va au-delà des professionnels de terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoriser les dispositifs existants et prioriser les acteurs à solliciter (MAIA, PTA, PCPE...) <p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel socle de connaissances doit être partagé? - Nécessité d'un temps d'appropriation pour la mise en place des tables rondes <p>Modalités : Echange sur les outils et l'organisation des différents dispositifs, dans une perspective collaborative Développer des outils communs aux plateformes</p> <p>3. Evolution des pratiques des financeurs</p> <p>Objectif : répondre aux cloisonnements de prise en charge dus aux lignes budgétaires (exemple : une personne de +60 ans, suivi SAVS)</p>