

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

Les acteurs du territoire Yvelines Nord se sont réunis en 2019 autour des **six priorités** fixées par le décret

n°2017 – 1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

afin de partager les constats quant aux difficultés rencontrées lors des **prises en charge** et des **accompagnements** des personnes souffrant d'un trouble psychique.

Ensemble, ils ont proposé des pistes d'amélioration et des projets au service de parcours de soins, de santé et de vie coordonnés, gradués et sans rupture.

I. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

1. ENJEUX

La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des équipes de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

La prévention de la crise vise notamment les personnes en situation de grande souffrance psychique, n'exprimant pas une demande d'aide ou de soins, par la prise en compte des alertes de l'entourage.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Travail en cours d'élaboration porté par la DT ARS 78 : Protocole d'intervention coordonnée de prise en charge des urgences psychiatriques dans les Yvelines

Recours aux soins sans consentement

En Yvelines Nord, le taux de recours aux soins sans consentement, quels que soient les modes légaux, est globalement plus faible par rapport à la moyenne nationale. Seul les soins à la demande d'un tiers dans la zone d'intervention de Montesson semble être supérieur (99,3 versus 87,2 pour la moyenne nationale.)

Le taux de recours est très faible quel que soit les modes légaux dans la zone de Mantes-la-Jolie.

La part des patients en programme de soins parmi les personnes en soins sans consentement est inférieure par rapport au reste du pays.

Recours aux soins sans consentement pour 100 000 habitants					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Tous modes légaux	19,2	75,4	105,9	134,2	132,9
<i>dont SDRE</i>	9,6	21,9	22,5	21,9	23,1
<i>dont SDT</i>	6,4	49,9	80,5	99,3	87,2
<i>dont SPI</i>	2,1	3,6	7,3	14,4	28,5
Part des patients en programme de soins parmi les personnes en soins sans consentement					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
	27,4%	9,7%	24,0%	29,5%	40,5%

Données issues d'une hospitalisation en 2014, quantités calculées à partir des données nationales

A noter, que peu de mesures d'hospitalisation sans consentement initiées par les maires dans les Yvelines, (5%) qui pourtant peuvent faciliter l'engagement de la mesure.

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<p>I. Manque d'une équipe mobile d'intervention en situation de crise sur le territoire</p> <p>II. Difficulté à faire de la prévention dans le domaine afin d'éviter les situations de crise et d'urgence</p> <p>III. Les familles expriment une difficulté à gérer en cas de crise et d'urgence car elles ne savent pas à qui s'adresser, et « chacun se renvoie la balle »</p>	<p>1. Difficulté d'identification des cas pour faire de la prévention</p> <p>2. Pas assez de suivi sur les lieux de vie des personnes</p> <p>3. Complexité des démarches administratives : freins en cas de crise et d'urgence (agitation, mise en danger...)</p> <p>4. Problématique de l'évaluation psychiatrique d'un patient en crise ou en situation d'urgence</p> <p>5. Pas de protocole de coopération entre les différents acteurs sur le territoire (police, pompiers, Samu, centre 15)</p>

ANALYSE DES CAUSES

- 1. Difficulté d'identification des cas pour faire de la prévention**
 - a. Méconnaissance des signes avant-coureurs de la crise par les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment les acteurs de première ligne => insuffisance de formation de ces acteurs
- 2. Pas assez de suivi sur les lieux de vie des personnes**
 - a. Absence d'une équipe mobile dédiée
 - b. Insuffisance de moyens humains sur les CMP pour faire des visites à domicile
- 3. Complexité des démarches administratives : freins en cas de crise et d'urgence (agitation, mise en danger...)**
 - a. Difficulté à joindre les responsables légaux
 - b. Consentement de la personne
 - c. Difficulté à avoir une autorisation médicale : absence d'évaluation médicale sur place
 - d. Les limites de l'action des professionnels en cas de crise (ex. refus d'ouvrir la porte...)
- 4. Problématique de l'évaluation psychiatrique d'un patient en crise ou en situation d'urgence**
 - a. Evaluation psychiatrique repose toujours sur les psychiatres tandis qu'il y a une pénurie de psychiatre
 - b. Absence d'une évaluation médicale sur place en situation de crise
 - o Il y a un gap entre le danger que la famille ressent et le danger du point de vue de la police. => besoin absolu d'une évaluation médicale
- 5. Pas de protocole de coopération entre les différents acteurs sur le territoire (police, pompiers, Samu, centre 15)**
 - a. Depuis un an, et sous l'égide de la DTARS, un groupe travaille pour l'écriture d'un protocole entre les différents acteurs du territoire

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Deux niveaux de réponses :*
 - 1- *La crise psychiatrique*
 - 2- *La crise psychosociale – qui sont les acteurs de terrain qui repèrent la crise psychosociale ? Ils ne sont pas forcément des médecins et des paramédicaux. Ce sont des acteurs de 1ere ligne (sociaux ou médico-sociaux)*
- *Difficulté d'avoir une autorisation médicale pour décider : absence de médecin qui constate sur place. Exemple d'une patiente délirante qui refuse d'être hospitalisée. => 3 semaines d'attente pour que le médecin se déplace à domicile pour faire un certificat d'hospitalisation sous contrainte.*
- *Qui intervient en cas de crise chez un patient ? (Police ? pompier ? services psychiatriques ?) Comment amener la personne aux soins ?*
 - *Dans certains cas, la police refuse d'intervenir car ce n'est pas son champ d'intervention. Les pompiers ou police n'ont pas de formation médicale et les CMP n'interviennent pas pour les patients qui ne sont pas connus.*
- *Il n'y a pas de médecin qui constate sur place et cela rend encore plus complexe la situation.*
- *Famille en danger : il y a un gap entre le danger que la famille ressent et le danger du point de vue de la police. Le danger réel et le danger ressenti : deux évaluations différentes => l'évaluation médicale sur place des patients en situation de crise et d'urgence est nécessaire !*

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

I. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

4. PISTES DE TRAVAIL

I. L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE SUR LES LIEUX DE VIE DES PERSONNES, EN PREVENTION DE LA CRISE ET EN CAS DE CRISE ET D'URGENCE

1. Formation des acteurs du médicosocial, curateurs, tuteurs, éducateurs, médecins libéraux pour permettre de distinguer la crise psychosociale de la crise psychiatrique.
 - Enseignement postuniversitaire EPU médecins : formation pour les médecins généralistes à la psychiatrie
 - Formation familles, aidants, groupes de parole d'aide aux aidants => qui fait cette formation ? comment on fait connaitre ? chaque établissement peut communiquer sur ce qu'il fait.
 - Formation sur les TSA, la crise et l'urgence = symptôme, le parcours de soins, Psychoéducation, guidance parentale
2. Avoir un réseau pour améliorer la fluidification des parcours
 - Organisation des formations
 - Communication et information auprès des acteurs
3. Anticiper les transitions aux différents âges (notamment chez les enfants et adolescents) ce point se décline dans différents points des priorités car présent à différent stade du parcours
4. Inclusion dès que le besoin se fait sentir par les professionnels et que c'est une prise en charge multidisciplinaire
5. Travail de réflexion en cours sur l'élaboration d'un protocole d'intervention coordonnée pour la prise en charge des urgences psychiatriques.
6. Prévenir les ruptures et pouvoir permettre la prise en charge précoce tout en valorisant le travail de la coordination
7. Améliorer l'accès aux soins en ville :
 - Augmentation des moyens,
 - Remboursement des soins psychologiques, psychomotricités en libéral,
 - Révision des salaires des orthophonistes, psychologues etc.
8. Développement de la télémédecine (envisageable pour les patients connus) et la téléconférence pour les réunions partenariales, et pour le travail de réseau

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

II. La permanence des soins et la réponse aux urgences psychiatriques

II. La permanence des soins et la réponse aux urgences psychiatriques

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale prévoit l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L.3221-5-1 du Code de la santé publique, afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la personne concernée.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. DONNEES CHIFFREES

Equipements

- ✓ 3 services d'urgences sur Yvelines Nord (Mantes-la-Jolie, Meulan-les-Mureaux, Poissy)
- ✓ 2 services d'urgences pédiatriques sur Yvelines Nord (Mantes-la-Jolie, Poissy)

Admission par les urgences

En Yvelines Nord, la part des admissions en psychiatrie après passage par les urgences est inférieure au niveau national aussi bien pour les troubles sévères et persistants que pour les troubles de l'humeur, sauf sur la zone d'intervention du CHIMM où cette part est plus élevée en ce qui concerne les troubles de l'humeur.

Part des admissions en psychiatrie après passage par les urgences					
Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	4,2%	23,0%	1,9%	8,4%	15,3%
Troubles sévères et persistants	5,3%	15,3%	1,2%	12,3%	18,3%

Source : *Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales*

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<p>I. Problème de permanence de soins et d'accès à une évaluation psychiatrique sur le territoire</p> <p>II. Problème de réponse aux urgences pédopsychiatriques</p> <p>III. Difficultés rencontrées par l'ensemble des acteurs dans la prise en charge des urgences psychiatriques relatives à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sécurisation de l'intervention des professionnels, ○ Mobilisation d'un médecin pour le certificat médical, ○ Mobilisation d'un moyen de transport du patient ○ Mobilisation des forces de l'ordre pour les patients potentiellement dangereux ○ Sur-sollicitation du SAMU et du SDIS ○ Difficultés de prise en charge par les professionnels de santé au vu de l'augmentation de l'activité 	<p>1. Pénurie de psychiatres, de pédopsychiatres et de professionnels paramédicaux</p> <p>2. Difficulté à trouver une place d'hospitalisation en urgence</p> <p>3. Difficultés à gérer l'urgence et la fluidification du parcours de soin des enfants et adolescents</p>

ANALYSE DES CAUSES**1. Pénurie de psychiatres, de pédopsychiatres et de professionnels paramédicaux**

- Organisation du dispositif de soins qui repose « trop » sur les médecins (évaluations, gestion de lits etc.)
- Problème de l'attractivité lié à :
 - L'organisation médicale de l'établissement
 - Une « concurrence » financière. Certains établissements proposent des salaires concurrentiels, et attirent ainsi les médecins qui préfèrent postuler là où ils sont mieux rémunérés

2. Difficulté à trouver une place d'hospitalisation en urgence

- Absence de gestionnaire de lits
- Insuffisance de structures adaptées
 - Manque de lits d'hospitalisation post-urgences (UHCD) et de crise
 - Manque de structure psychosociale pluridisciplinaire proposant une prise en charge psychique, sociale, somatique et éducative...
- Limite de la sectorisation

3. Difficultés à gérer l'urgence et la fluidification du parcours de soin des enfants et adolescents

- Le passage aux urgences n'est pas adapté pour certaines situations de crises des ados avec des comportements agressifs.
- Absence d'équipes pédopsychiatriques aux urgences / de permanence pédopsychiatrique
- Insuffisance de lits d'hospitalisation de crise pour les jeunes en situation de troubles massifs et pour des enfants avec des troubles du comportement majeur avec agitation violence, besoin de structures psychosociales pluridisciplinaires
- Délais d'attente (3 mois) pour orienter les enfants des services de pédiatrie à des services psychiatriques. Il n'y a pas de date d'hospitalisation en psychiatrie infantile.
- Délais d'attente extrêmement long également quand il s'agit des demandes d'hospitalisations à partir des CMPI, ce qui est encore plus difficile à supporter car les patients sont maintenus à domicile, avec le risque que cela entraîne. La plupart des patients suivis dans les CMPI sont accueillis par les consultants en cas de crise/urgence pour éviter les passages aux urgences.
- Certains cas ne relèvent pas de la pédiatrie pour les pédiatres et pas de pédopsychiatrie pour les pédopsychiatres. Ce sont des situations pour lesquelles, il n'y a aucun débouché

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

II. La permanence des soins et la réponse aux urgences psychiatriques

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *La place de ces enfants n'est pas aux urgences. Au regard de leurs troubles du comportement, ils vont être contentonnés et leur traitement est plus maltraitant qu'autre chose au regard des moyens pour gérer ces crises au niveau des urgences pédiatriques. Ça aggrave leur situation.*
- *Problème de transfert, absence de psychiatre sur site. Obligé de transférer un patient pour voir un psychiatre*
 - *Clinique de Maisons Lafitte (Hôpital des courses) nous transfère des patients car ils n'ont pas de psychiatre.*
 - *Hôpitaux sans psychiatre la nuit*
- *Une dame âgée est venue pour être hospitalisée en psychiatrie (un pas vers la psychiatrie) mais elle ne relevait pas du secteur et était retournée au domicile tandis qu'il y avait des lits disponibles.*
- *Les enfants arrivent des fois sans les parents. Ils ne veulent plus les reprendre à la maison, car ils ne peuvent plus gérer le quotidien avec eux.*
- *En pédopsychiatrie, en dehors des heures de journée, il n'y a plus de permanence de garde. Pas de permanence de soins pédopsychiatrique. Les gardes psychiatriques adultes ne concernent pas les moins de 16 ans. Certains hôpitaux n'ont plus du tout de permanences psychiatriques.*

4. PISTES DE TRAVAIL

II. L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS ET D'UN DISPOSITIF DE REPONSE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

1. Coordonner la prise en charge par les différents acteurs dans l'objectif de :
 - Rendre les différentes interventions plus efficaces et de les faciliter
 - Sécuriser ces interventions, pour le personnel soignant et les proches notamment
 - Améliorer les conditions de prise en charge du patient
2. Connaissance mutuelle des acteurs, leurs modalités d'intervention et leurs contraintes et difficultés afin de favoriser le travail en commun.
 - Première phase de travail sur le partage des difficultés et la connaissance mutuelle des interventions
 - Deuxième phase de propositions d'organisation, sur la base du retex Normandie.
3. Création d'une équipe mobile de crise pour tout âge
4. Réflexion autour d'action coordonnée sur la permanence de soins sur deux bassins des Yvelines Nord
 - Poissy/ Montesson
 - Meulan-les-Mureaux/ Mantes
5. Créer une unité d'hospitalisation courte durée (UHCD) pour les enfants, ados et adultes
6. Renforcement des moyens humains en commençant par les postes vacants : travailler sur l'attractivité des médecins, des IDE et des professionnels paramédicaux
 - Proposer un temps d'intégration et de formation pour les nouveaux arrivants
 - ✓ Parcours d'intégration en psychiatrie : comment mener un entretien un patient psychiatrique ?
 - ✓ Mettre en place un tutorat
 - Proposer des formations des internes pour les médecins (ex. intervention sur un patient agité)
7. Avoir des questionnaires « non médical » de lits dans les hôpitaux
8. Avoir un numéro unique territorial sur deux bassins :
 - Poissy/ Montesson
 - Meulan-les-Mureaux/ Mantes

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

1. ENJEUX

La sortie d'hospitalisation doit s'accompagner de toutes les conditions permettant de maintenir les soins nécessaires et d'éviter le retour à une situation de crise. Une personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique doit ainsi bénéficier d'un suivi ambulatoire.

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités d'organisation pour que la personne bénéficie d'une continuité de son suivi, en lien avec les équipes intervenant ou étant intervenues dans son parcours de santé.

L'organisation du suivi et du maintien du contact au plus près du lieu de vie concerne particulièrement les personnes ayant été hospitalisées après une tentative de suicide.

2. DONNEES CHIFFREES

Suicide et mortalité

Le département des Yvelines a un taux de mortalité par suicide (11,44) inférieur au niveau national (15,53) pour 100 000 habitants, mais ce taux reste élevé dans l'ouest du département. Une vigilance spécifique à mettre en place dans cette partie du territoire.

Le taux de recours (18-64 ans) pour tentative de suicide est de 0,9 en Yvelines contre 1,5 en France.

Le taux de recours pour tentative de suicide des 65 ans et plus est de 4,1 pour 10 000 habitants en Yvelines, inférieur à la moyenne française (5,4) en 2015.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans est de 9,2 pour 10 000 habitants de 12 à 18 ans en Yvelines, également inférieur au taux national (16,1) en 2015.

Dispositif VIGILAN'S sur le territoire des Yvelines

Indicateurs	Yvelines	France
Taux de mortalité par suicide (période 2010-2013)	11,44	15,53
Taux de recours (18-64 ans) pour tentative de suicide (2015)	0,9	1,5
Taux de recours pour tentative de suicide des 65 ans et plus pour 10 000 habitants (2015)	4,1	5,4
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans (2015)	9,2	16,1

Source : PMSI-MCO-2015

Taux de réhospitalisation

Le taux de ré hospitalisation à 30 jours pour les troubles de l'humeur est proche du taux national avec une variation infra territoriale qui montre qu'au CHIMM et au CHTR ce taux est bien inférieur au taux national. En ce qui concerne les troubles sévères, le taux est élevé dans l'ensemble du territoire, notamment dans la zone d'intervention de Poissy-Saint-Germain. En effet, plus de 50% des patients sont ré hospitalisés dans les 30 jours suite à une première hospitalisation en Yvelines Nord, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (11,1%). Un patient sur deux ré hospitalisé, paraît un taux excessif et on s'interroge sur la qualité du recueil, ou bien sur l'existence d'un biais par exemple des sorties autorisées dépassant 48h ?

Taux de réhospitalisation à 30 jours					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	11,5%	5,9%	10,8%	7,0%	11,0%
Troubles sévères	15,6%	12,0%	50,0%	20,6%	11,1%

Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

Suivi aval – consultation ambulatoire

Moins d'un patient sur deux hospitalisé pour un trouble de l'humeur et moins d'un sur 3 hospitalisé pour un trouble sévère a eu une consultation ambulatoire, en ville ou en CMP dans les 15 jours suivant la sortie de l'hospitalisation. Ces taux, relativement bas sont inférieurs à la moyenne nationale et soulignent un effort à faire dans ce champ par rapport à ce qui se fait notamment dans le champ somatique.

Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins une consultation ambulatoire (psychiatre ou médecin généraliste ou CMP) dans les 15 jours suivant la sortie de l'hospitalisation

	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	39,4%	47,8%	39,3%	49,4%
Troubles sévères	N/A	27,9%	32,5%	37,5%	43,4%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Suivi aval – consultation spécialisée (psy ville ou CMP)

En Yvelines Nord, plus de 44,2% des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur n'ont eu aucune consultation spécialisée en psychiatrie dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (41,8%).

La part est également plus élevée pour des troubles sévères, sauf la zone de Poissy (CHIPS-38,3%), par rapport au niveau national (40,0%).

Ce taux est le plus significatif dans la zone de Meulan-les-Mureaux (61,1% pour troubles de l'humeur et 67,4% pour troubles sévères).

Cela souligne une amélioration à faire en termes de suivi psychiatrique en sortie d'hospitalisation.

Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation spécialisée (psychiatre ou CMP) en psychiatrie dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation

	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	61,1%	44,2%	44,5%	41,8%
Troubles sévères	N/A	67,4%	38,3%	49,7%	40,0%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Suivi aval – consultation avec un professionnel de santé pour un problème de santé mentale (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes)

En Yvelines Nord, environ 11% des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur et 18% pour des troubles sévères n'ont pas eu une consultation avec un professionnel de santé (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes) pour un problème de santé mentale 1 an après la sortie d'hospitalisation.

Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation pour un problème de santé mentale (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes) dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation

	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	12,0%	8,3%	13,1%	N/A
Troubles sévères	N/A	20,4%	15,4%	18%	N/A

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

On constate également que les personnes vont plus vers les médecins généralistes pour un problème de santé mentale que les soins spécialisés (psy ville ou CMP) après l'hospitalisation en psychiatrie.

Priorité 4

La prévention et la prise en charge
des situations de crise et
d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y
compris suite à une tentative de suicide)

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
Difficulté d'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance de lien avec les médecins généralistes et les médecins référents du patient 2. Problèmes de sortie sans RDV ou sans orientation 3. Absence de coordinateur du parcours patient après l'hospitalisation 4. Insuffisance de solutions pour les enfants et adolescents à la sortie d'hospitalisation

ANALYSE DES CAUSES

1. Insuffisance de lien avec les médecins généralistes et les médecins référents du patient

- a. Insuffisance de temps et de moyens pour le travail de coordination (organisation de la sortie, lien avec le médecin généraliste etc.)
- b. Absence de médecins traitants
- c. Absence de médecins dans la structure d'hébergement du patient

2. Problèmes de sortie sans RDV ou sans orientation

- a. Insuffisance de temps pour préparer la sortie du patient
- b. Refus de suivi à sa sortie
- c. Patient sans domicile fixe. Quelle réponse à apporter ?
- d. Peu de libéraux, problème financiers (remboursement)

3. Absence de coordinateur du parcours patient après l'hospitalisation

- a. Qui va coordonner pour ces patients ?

4. Insuffisance de solutions pour les enfants et adolescents à la sortie d'hospitalisation

- a. Pas d'aval pour d'autres lits d'hospitalisations pour toute une partie des patients relevant de la pédopsychiatrie et qui ne peuvent pas être maintenus à domicile, ni foyer....
- b. Absence de solution suffisante dans le secteur médico-social en amont et en aval : Accès difficile au médico-social par la MDPH : démarches très longues, listes d'attentes
- c. Manque de structure psycho-sociale pluridisciplinaire qui puisse prendre en charge ces enfants dès le passage aux urgences, voire avant.

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *EX. Un jeune homme a fait une tentative de suicide chez ses parents. Il a été hospitalisé en psychiatrie. A sa sortie sa famille ne souhaite plus reprendre le jeune homme. Il se retrouve en MAS.*
- *Un patient sorti de l'hospitalisation, est hébergé dans une structure éloignée de son CMP. S'il y aura une situation d'urgences, qui interviendra sachant que son CMP est trop loin.*
- **Pas de périmètre bien défini :**
Qui va coordonner pour ces patients ? Qui fait le lien avec le médico-social ? On ne sait pas qui fait quoi. Les patients sortent sans suivi. Il n'y a pas de coordinateur à l'externe.
 - *Insuffisance de coordination ville-hôpital quand il est en hospitalisation. Quand il est chez lui, qui coordonne ? Est-ce que c'est le médecin traitant ?*
- *Peu de psychologues qui acceptent de travailler compte tenu des responsabilités => attractivité (moins en moins présents à l'ASE etc.) (Dans certains pays, les psychologues font les évaluations et les médecins interviennent en cas de besoin) => peu valorisé le travail des psychologues.) => améliorer l'offre*

4. PISTES DE TRAVAIL

III. L'ORGANISATION DU SUIVI EN SORTIE D'HOSPITALISATION (Y COMPRIS SUITE A UNE TENTATIVE DE SUICIDE)

1. Développer les programmes de psychoéducation pour permettre aux patients de consolider la prise de conscience. Notamment, il faut travailler en intra hospitalier pour éviter la rupture de soins en ambulatoire.
2. Evaluation sociale systématique pour tous les patients hospitalisés dès le début de leur hospitalisation par une assistante sociale qui coordonne aussi la sortie du patient avec le médecin traitant, le médecin psychiatre, le CMP, les partenaires
3. Eviter les sorties de l'hôpital sans RDV extérieur
 - Soit un RDV au CMP avec un médecin ou IDE
 - Soit en libéral
 - Soit en addictologie etc.
4. Prévoir des visites à domicile pour les patients connus si le patient ne revient pas à son RDV => 'Ne pas laisser pourrir la situation'
5. Création d'un poste non médical de « Coordonnateur de parcours » ou « gestionnaire de cas » (s'inspirer du modèle MAIA) qui met du lien entre l'hôpital, l'extérieur et la famille dans le suivi médical, social et médico-social du patient
6. Prévention des tentatives de suicide :
 - Dispositif VIGILANS
 - Eviter les sorties sans entretien familial ou avec l'entourage du patient
 - Développement des équipes mobiles, exemple : équipe mobile pour les personnes qui sont en rupture de soins
7. Avoir un réseau numérique (internet, intranet qui permet de diffuser les informations) de façon à construire un réseau et à diffuser les informations

ACTIONS PROPOSEES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL**Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)**

- Création d'un poste non médical de « Coordonnateur / référent Parcours de soins »
- qui est en lien avec la famille dans le suivi médical, social et médicosocial du patient. (Ex. réseaux oncopédiatrie). Ce poste pourrait être rattaché à une association ou à la maison des ados ou à une instance (à créer)
- Création d'une équipe mobile qui permettrait de définir et d'évaluer la crise (crise médicosociale ou crise psychiatrique) et d'orienter
- Hospitalisation post urgence UHCD (24h-72h) sur le territoire. Par ex. Unité de médecine pour adolescents. Cela permettrait de faire une évaluation globale du symptôme qui est très bruyant. Des fois l'hospitalisation en pédopsychiatrie n'est pas adaptée. Cette unité peut être dans un hôpital général avec un pédopsychiatre (par ex. mis à disposition par une convention). Il faut les deux compétences : pédopsychiatrie et pédiatrie. Il y a beaucoup de crise médicosociale => Il faut ouvrir des structures d'aval pour ne pas emboliser l'hospitalisation d'urgence. Les crises médicosociales peuvent générer de la souffrance psychique...
- Formations à destination des médecins généralistes : Les EPU, des formations en présentiel avec des organismes qui sont autorisée par l'OGDPC permettant une indemnisation de 21h de formation par an par médecin indemnisé, des formations en e-learning...
- Monter un réseau PTSM pour la communication => ex. un site internet où on trouve des formations