



# Journée régionale Virage ambulatoire en psychiatrie en Nouvelle-Aquitaine

**Pôle Performance Investissements**

*Direction de l'offre de soins et de l'autonomie*

CH Charles Perrens - 28 novembre 2017



# Ouverture

**Michel Laforcade**

Directeur Général

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine





# Les actualités de l'ARS Nouvelle-Aquitaine



# Actualités ARS Nouvelle-Aquitaine

1- Données régionales sur l'offre psychiatrique des ES en NA

2- La politique régionale de santé mentale

- La gouvernance
- Le PTSM
- Les orientations de la politique régionale de santé mentale



# 1- Quelques données régionales

- Données disponibles (RIMP ATIH, SAE ) déclaratives, essentiellement quantitatives (offre, activité, dms...)
- Peu de données relatives au parcours des personnes, même s'il constitue un élément de la performance en psychiatrie et en santé mentale
- Accessibilité aux soins psychiatriques à analyser au regard de l'offre libérale également disponible et des autres structures médico-sociales intervenant auprès des populations



# Un codage des données ambulatoires psychiatriques qui reste à améliorer

Des écarts constatés dans les pratiques de codage , des enjeux d'exhaustivité et de fiabilité des données saisies au sein des ES

Un groupe de travail Psychiatrie dans le cadre du COTRIM régional activé (11 établissements représentés )

**Pilotage ARS : Dr Isabelle JAMET**



# Une structure de l'offre psychiatrique en ES diversifiée en NA

**53 ES autorisés dont 29 en IJ** : de 1 à 17 établissements selon les territoires

	Public		Privé lucratif		Privé non lucratif		Ensemble	
	Nb d'établissements autorisés en psychiatrie*	Dont autorisés en Pédo-psychiatrie	Nb d'établissements autorisés en psychiatrie*	Dont autorisés en Pédo-psychiatrie	Nb d'établissements autorisés en psychiatrie*	Dont autorisés en Pédo-psychiatrie	Nb d'établissements autorisés en psychiatrie*	Dont autorisés en Pédo-psychiatrie
16 Charente	1	1	1	-	-	-	2	1
17 Charente-Maritime	3	3	2	-	1	1	6	4
19 Corrèze	3	1	-	-	1	-	4	1
23 Creuse	1	1	1	-	-	-	2	1
24 Dordogne	3	2	-	-	1	-	4	2
33 Gironde	3	4	4	-	10	5	17	9
40 Landes	2	2	1	-	1	1	4	3
47 Lot-et-Garonne	1	1	-	-	1	-	2	1
64 Pyrénées-Atlantiques	2	2	5	1	-	-	7	3
79 Deux-Sèvres	2	2	-	-	-	-	2	2
86 Vienne	1	1	-	-	-	-	1	1
87 Haute-Vienne	1	1	1	-	-	-	2	1
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>53</b>	<b>29</b>

\* sont comptabilisés les EJ détentrices d'une autorisation de psychiatrie dans le secteur public et les EJ pour les associations détentrices d'une autorisation



# 30 secteurs de psychiatrie infanto juvénile (de 1 à 7 par département)

## 291 lits sur 10 départements, 1058 places en HJ

	Hospitalisation à temps plein				Prise en charge à temps partiel			
	Nombre de lits				Nombre de places			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
16 Charente	12	-	-	12	82	-	-	82
17 Charente-Maritime	16	-	15	31	119	-	-	119
19 Corrèze	-	-	-	-	23	-	-	23
23 Creuse	-	-	-	-	26	-	-	26
24 Dordogne	6	-	-	6	51	-	-	51
33 Gironde	43	-	-	43	221	-	115	336
40 Landes	10	-	65	75	50	-	10	60
47 Lot-et-Garonne	17	-	-	17	71	-	-	71
64 Pyrénées-Atlantiques	37	-	-	37	90	-	-	90
79 Deux-Sèvres	14	-	-	14	58	-	-	58
86 Vienne	28	-	-	28	95	-	-	95
87 Haute-Vienne	28	-	-	28	42	5	-	47
Nouvelle-Aquitaine	211	-	80	291	928	5	125	1 058
France métropolitaine	1 697	210	421	2 328	7 453	84	1 687	9 224

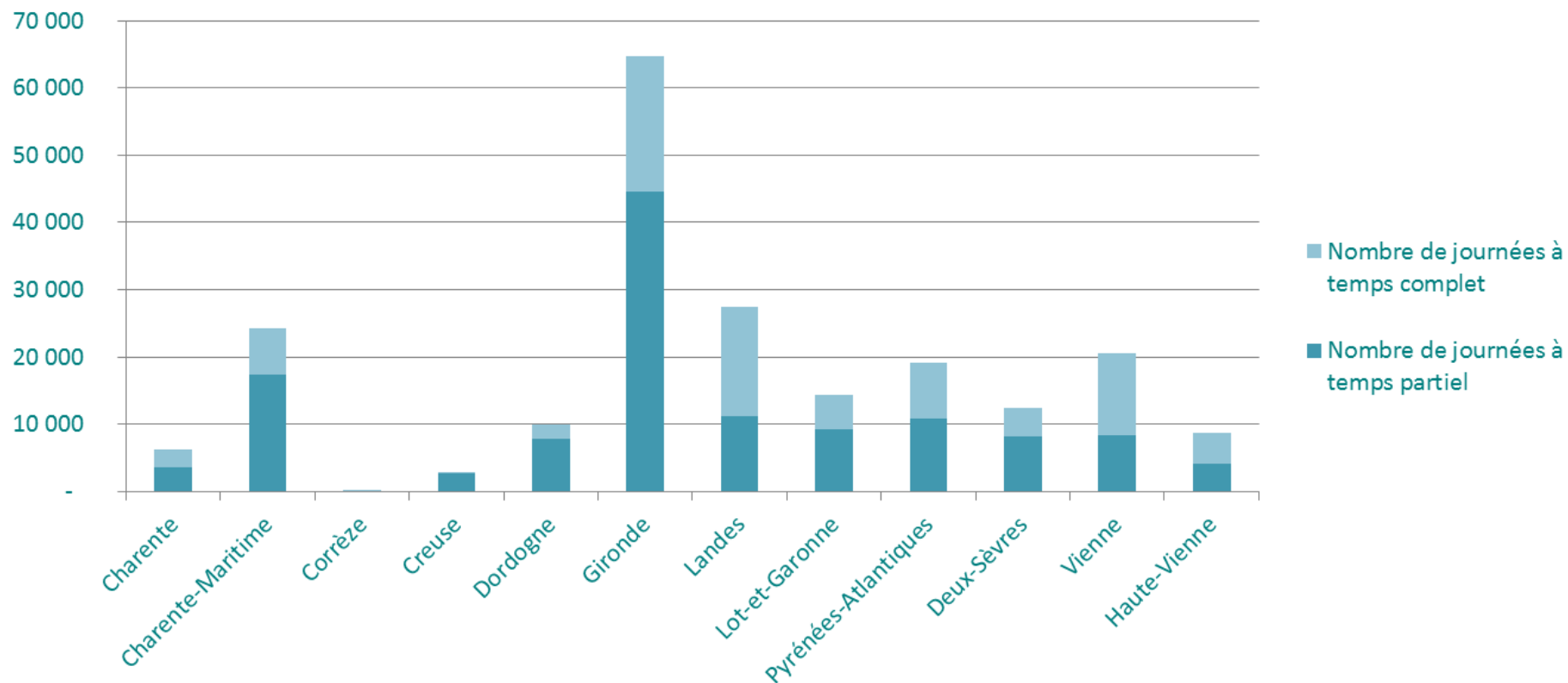
Source : DREES - Enquête SAE 2016 - Hors milieu pénitencier / Traitement ARS NA - PESE

Un taux d'équipement régional favorable

☛ Régional 2,49    ☛ National 1,57 (pour 10 000 enfants de moins de 18 ans)  
qui doit être regardé au regard de l'attractivité extra régionale (Landes);



→ Une offre structurée à partir des alternatives à l'hospitalisation TP, 2/3 de l'activité d'hospitalisation en infanto-juvénile réalisés à temps partiel



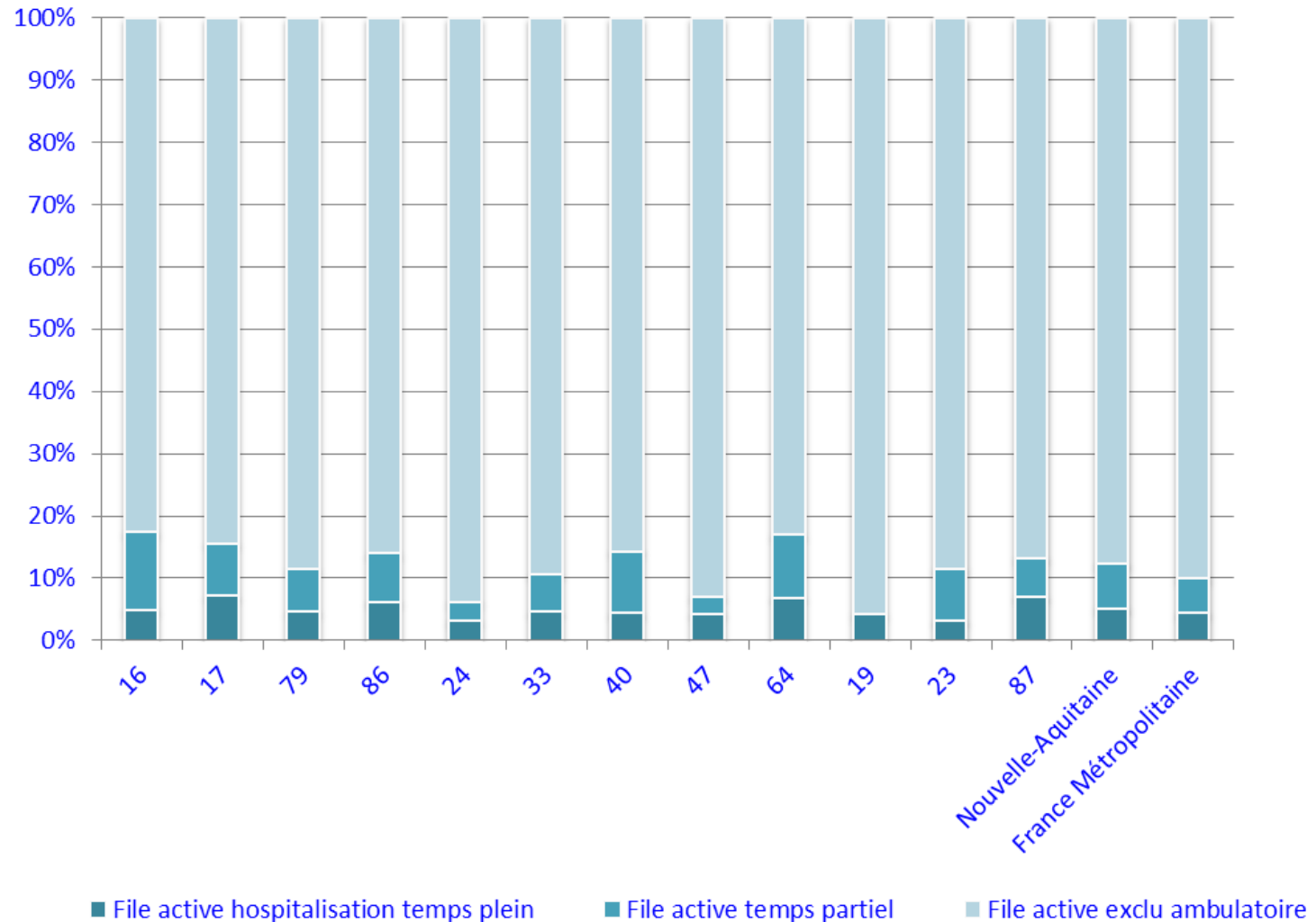
Source : ATIH, base sécurisée RIM-Psy 2016

Traitement : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE

Taux  Régional 60,6%  National 59,4%



# 87 % de la FA des enfants et adolescents exclusivement suivis en ambulatoire dans les 206 CMP et CATTP



# Données FA, activité, offre ambulatoire en IJ – Pôle PESE ARS NA

Département		File active globale	File active exclu ambulatoire	Part file active exclu ambulatoire	Nombre d'actes réalisés	Nombre de CMP déclarés	Nombre de CATTp déclarés
16	Charente	2 705	2 234	82,59	23 355	8	7
17	Charente-Maritime	5 767	4 866	84,38	69 642	8	5
79	Deux-Sèvres	3 520	3 116	88,52	313	3	-
86	Vienne	3 229	2 776	85,97	10 032	4	4
24	Dordogne	3 792	3 557	93,80	52 119	18	4
33	Gironde	12 015	10 736	89,35	136 092	41	10
40	Landes	3 995	3 421	85,63	46 984	21	7
47	Lot-et-Garonne	3 425	3 184	92,96	53 087	4	6
64	Pyrénées-Atlantiques	4 158	3 450	82,97	62 211	21	14
19	Corrèze	117	112	95,73	31 367	1	2
23	Creuse	820	725	88,41	32 375	8	-
87	Haute-Vienne	2 654	2 303	86,77	19 636	8	-
Nouvelle-Aquitaine		46 197	40 480	87,62	537 213	145	59
France Métropolitaine		514 323	459 818	89,40	5 849 070	1 477	669

# En psychiatrie générale, 71 secteurs ( de 3 à 17 par département)

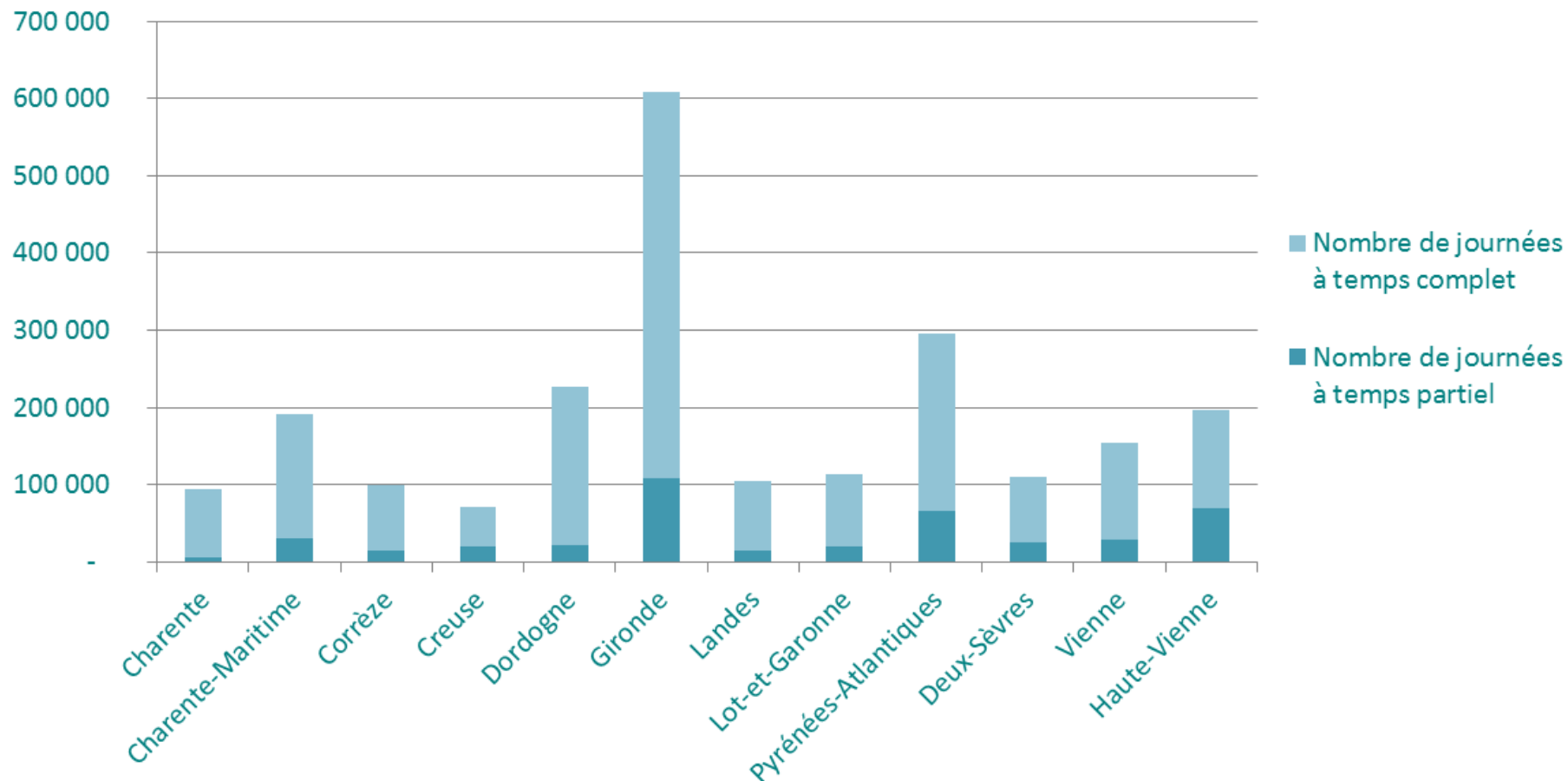
47 Etablissements de santé <---> 5 554 lits et 2036 places d'HJ

	Hospitalisation à temps plein				Prise en charge à temps partiel			
	Nombre de lits				Nombre de places			
	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble	Public	Privé lucratif	Privé non lucratif	Ensemble
16 Charente	237	38	-	275	66	-	-	66
17 Charente-Maritime	376	113	-	489	142	-	-	142
19 Corrèze	97	-	181	278	64	-	15	79
23 Creuse	120	48	-	168	97	-	-	97
24 Dordogne	323	-	327	650	92	-	17	109
33 Gironde	1 081	253	147	1 481	308	35	172	515
40 Landes	206	41	-	247	65	-	-	65
47 Lot-et-Garonne	296	-	-	296	72	-	-	72
64 Pyrénées-Atlantiques	405	309	-	714	238	73	-	311
79 Deux-Sèvres	230	-	-	230	137	-	-	137
86 Vienne	336	-	-	336	112	-	-	112
87 Haute-Vienne	356	34	-	390	326	5	-	331
Nouvelle-Aquitaine	4 063	836	655	5 554	1 719	113	204	2 036
France métropolitaine	33 385	13 116	6 953	53 454	13 400	1 319	3 369	18 088

Source : DREES - Enquête SAE 2016 - Hors milieu pénitencier / Traitement : ARS NA - PESE


➡ Régional 11,80 ➡ National 10,86 (pour 10 000 personne de 18 ans ou plus)

# Moins de 20% de l'activité hospitalière en hospitalisation à temps partiel

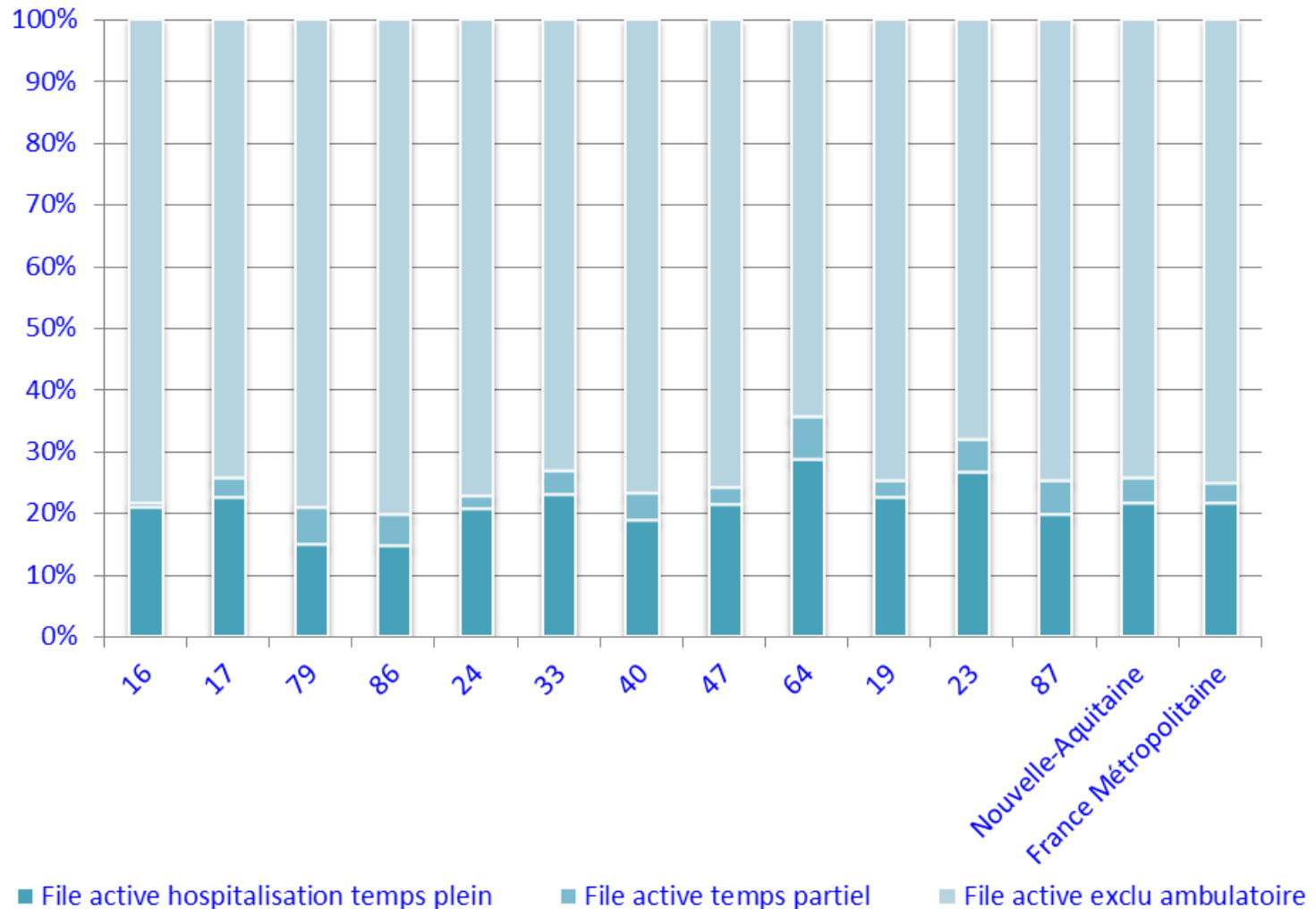


Taux ➔ Régional 18,8%

➔ National 17,0%

# ¾ de la FA exclusivement vus en ambulatoire dans le cadre des 400 CMP et CATTP ( de 15 à 73 structures par département)

File active 2016 en PG



# Données FA, activité, offre ambulatoire en PG – Pôle PESE ARS NA

Département	File active globale	File active exclu ambulatoire	Part file active exclu ambulatoire	Nombre d'actes réalisés	Nombre de CMP déclarés	Nombre de CATTTP déclarés
16 Charente	11 176	8 774	78,51	76 256	22	7
17 Charente-Maritime	17 938	13 363	74,50	135 142	20	16
79 Deux-Sèvres	10 722	8 487	79,16	54 152	12	3
86 Vienne	15 948	12 807	80,30	42 900	7	11
24 Dordogne	12 549	9 709	77,37	120 011	13	7
33 Gironde	39 566	28 990	73,27	346 716	58	15
40 Landes	9 358	7 189	76,82	80 569	47	3
47 Lot-et-Garonne	7 525	5 725	76,08	85 707	17	3
64 Pyrénées-Atlantiques	20 261	13 081	64,56	228 011	36	28
19 Corrèze	6 995	5 243	74,95	83 528	13	7
23 Creuse	4 419	3 008	68,07	114 961	14	4
87 Haute-Vienne	16 815	12 582	74,83	106 455	33	-
Nouvelle-Aquitaine	173 272	128 958	74,43	1 474 408	292	104
France Métropolitaine	1 754 849	1 321 075	75,28	16 245 796	2 131	1 188



# Un recours aux hospitalisations au long cours variable selon les territoires

Département	Nombre de patients dans l'année	Nombre de patients au long court (>=270 jours de présence)	Part de patients au long cours (>=270 jours de présence - %)
Charente	2 873	100	3,48
Charente-Maritime	5 476	133	2,43
Corrèze	1 757	73	4,15
Creuse	1 506	16	1,06
Dordogne	3 075	311	10,11
Gironde	11 855	492	4,15
Landes	2 743	104	3,79
Lot-et-Garonne	2 041	122	5,98
Pyrénées-Atlantiques	7 888	109	1,38
Deux-Sèvres	2 639	109	4,13
Vienne	3 594	111	3,09
Haute-Vienne	4 584	38	0,83
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>50 031</b>	<b>1 957</b>	<b>3,91</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>368 287</b>	<b>14 477</b>	<b>3,93</b>

Source : RIM-Psy 2016 / Traitement : ARS NA - PESE

<-> + 20% de l'activité temps plein

Observatoire NA des hospitalisations au LC dès 2018





## 2-1 La gouvernance de la politique régionale de santé mentale

- La politique régionale de santé mentale s'inscrit dans les priorités et orientations de la **stratégie nationale de santé**

Pilotage interministériel et intersectoriel : CNSM (4 commissions)/COPIL psychiatrie/ COPIL handicap psychique

- Au niveau régional, des travaux de concertation ont été menés au 1<sup>er</sup> semestre 2017 pour définir des objectifs à 5 ans dans le cadre du **schéma régional de santé** ( groupes SM, adolescents)

**Groupe technique régional pérenne** de concertation sur la santé mentale en Nouvelle-Aquitaine : composition large correspondant au champ de la santé mentale (prévention/soins/réadaptation et réinsertion sociale) ; acteurs institutionnels, opérateurs (ES, ESMS, URPS...), associations et usagers, observatoires régionaux et centres d'études et de recherches existants

- À articuler avec les travaux menés dans le cadre d'autres groupes de concertation régionaux, notamment CTRA, et autres programmes dont PRAPS



# Une politique de santé mentale territorialisée

La politique régionale de santé mentale se construit également au niveau territorial

- **Commissions spécialisées en santé mentale** émanant des Conseils territoriaux de santé ( 1 par territoire de démocratie sanitaire mis en place fin 2016) déploiement également du dispositif Une réponse accompagnée pour tous dans chaque département

-> **des travaux engagés à l'initiative des acteurs de la santé mentale dans le cadre de l'élaboration des PTSM**



# Au niveau infra territorial, des dynamiques de concertation des acteurs en développement

- Les **GCS Santé mentale**, des instances de coopération ES psychiatriques /ESSMS dans chaque territoire de la NA  
→ au service de l'amélioration du parcours, dimension opérationnelle démontrée (*présentation sur atelier n°3*)
- les **CLSM** , inscrits dans la loi (article 69 de la loi du 26/01/2016), participent à l'élaboration des PTSM
  - promotion de leur développement en Nouvelle-Aquitaine AAC 2016, 15 projets labélisés
  - deux journées régionales les 27 et 29 novembre 2017,
  - nouvel AAC début 2018 ( plusieurs projets en cours en 17, 33, 79 ...)
- Intégration d'un volet santé mentale dans le cadre des CLS



## 2-2 Le PTSM, un projet fédérateur pour les acteurs de la santé mentale au service des parcours de santé coordonnés et de qualité, et des parcours de vie

*Cadre règlementaire : article 69 de la loi de MDSS , décret du 27 juillet 2017, instruction à venir prochainement*

Les acteurs proposent le **territoire de santé mentale** pour élaborer le PTSM avec réalisation d'un diagnostic partagé sur la SM

- Niveau suffisant pour permettre l'association de tous les acteurs concernés et l'accès à des soins et accompagnement de second niveau (pas le territoire de proximité)

Le projet territorial de santé mentale propose l'organisation des conditions d'accès de la population :

- à la prévention, au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles,
- à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques conformément aux données scientifiques (HAS,...)
- aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

## 2-2 Le PTSM, un projet fédérateur pour les acteurs de la santé mentale au service des parcours de santé coordonnés et de qualité, et des parcours de vie

->Mobilisation attendue des acteurs de la psychiatrie, du champ social, médico-social et des différentes institutions ( Conseil départemental, Education nationale, PJJ, ...)

Rôle d'animation confiée aux ARS / travaux initiés et conduits par les acteurs

Un **contrat territorial de santé mentale** priorisant les actions à mettre en œuvre et engageant chacun des partenaires sera proposé et signé après validation du PTSM proposé au DG ARS  
cible NA : 2018 - cohérence des programmations PRS /PTSM/  
CPOM



# Les 6 priorités devant constituer le socle de chaque PTSM - *décret du 27 juillet 2017*

I. Le **repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements**, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

II. Le **parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture**, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de **handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale**

III. L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des **soins somatiques** adaptés à leurs besoins

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

V. Le respect et de la **promotion des droits des personnes** présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur **pouvoir de décider** et d'agir et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles

VI. De l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

# La cohérence des objectifs poursuivis au différents niveaux territoriaux

Les 5 objectifs régionaux sur l'adaptation de l'offre en santé mentale du SRS 2018-2022 s'inscrivent dans les priorités règlementaires des PTSM.

A décliner dans le cadre des CPOM des ES et ESMS, soutenus avec la politique promue par l'ARS dans le cadre des AAC ( prévention, démocratie sanitaire, hôpitaux promoteurs de santé...), de la contractualisation (conventions de partenariat ) ou des orientations cibles partagées avec les partenaires institutionnels de l'ARS en commissions de coordination (DRDJSCS, EN, CR, CD, PJJ...)



## 2-3 Les 5 objectifs cibles du SRS en santé mentale à décliner au niveau des territoires / actions engagées

1. Repérer de façon précoce la souffrance psychique et/ou prévenir la crise suicidaire
2. Améliorer l'accès aux diagnostics et aux soins de santé mentale diversifiés et de qualité sur chaque territoire de santé mentale
3. Prévenir et mieux prendre en charge les situations de crise et d'urgence
4. Organiser les conditions du maintien de la personne dans son milieu de vie en proposant des soins et des accompagnements coordonnés dans le cadre ambulatoire
5. Promouvoir les droits et le rétablissement des personnes porteuses de troubles psychiques pour développer des parcours de vie plus inclusifs



# 1 - Repérer de façon précoce la souffrance psychique et/ou prévenir la crise suicidaire

- Formation au repérage de la souffrance psychique par les acteurs, dont professionnels de santé, de l'éducation, de l'accompagnement
- Enjeu de développer des dispositifs coordonnés de suivi des suicidants
- Prise en compte de la souffrance psychique des proches
- Prévention du risque suicidaire au sein des ES psy dans le cadre de l'activité d'hospitalisation TP et ambulatoire (qualité, articulation MG, suivi CMP ...) et au sein des établissements pénitentiaires.



## 2- Améliorer l'accès aux diagnostics et aux soins de santé mentale diversifiés et de qualité sur chaque TSM

- Objectif : renforcer l'**offre ambulatoire** de proximité ;  
délais d'accès à une primo consultation et à un avis diagnostic :  
T0 -> **Enquête CMP en cours** confiée à l'ORS NA  
(*Contact ORS : N Scandella*)
- Renforcer la structuration et la lisibilité des filière de soins des ES psychiatriques
- Faciliter le recours à un avis spécialisé pour les MG (N° d'appel unique...), pour les populations (accessibilité géographique et temporelle des CMP, consultations avancées, équipes mobiles...)



## 2 (suite) Améliorer l'accès aux diagnostics et aux soins de santé mentale diversifiés et de qualité sur chaque TSM

- Gradation de l'offre de soins : proximité/recours / centres experts, référents régionaux

### -> **3 groupes de travail en 2018 :**

- RCP sur les troubles bipolaires,
- Observation et qualité des pratiques en ECT,
- Recherche



### 3- Prévenir et mieux prendre en charge les situations de crise et d'urgence

- Développer de façon prioritaire la formation des équipes sanitaires et MS à la prévention et à la gestion des situations de crises, en 1<sup>er</sup> lieu dans les ES autorisés en psychiatrie
- Développer les équipes mobiles en direction de publics spécifiques (adolescents, handicap psychique, personnes âgées)
- Développer dans les TSM l'ETP et la psychoéducation en direction des familles, les cellules de cas complexes et dispositifs de coordination permettant d'améliorer la qualité du parcours patient ( GCS SM)



## 4- Organiser les conditions du maintien de la personne dans son milieu de vie en proposant des soins et des accompagnements coordonnés dans le cadre ambulatoire

- Structuration d'offres nouvelles sur les territoires permettant de favoriser les projets de vie inclusifs respectant le lieu de vie, et mieux répondre aux situations complexes (Dispositif RAPT, PCPE situations complexes, diversification offre CPOM MS , AAP SAMSAH handicap psychique en 2018, habitats inclusifs ...)
- Réduire les hospitalisations au long cours et les situations inadéquates en psychiatrie

**→ Observatoire de population au long cours en NA : début 2018 (contact : Dr BRECHAT - atelier n°4 )**

Réunions de lancement sur chaque zone avec les ES concernés en janvier 2018



## 4- suites - *soins et accompagnements coordonnés dans le cadre ambulatoire*

### ▪ **Développer et structurer l'offre en Réhabilitation psychosociale en NA**

**->2 Centres référents installés en 2017 :**

C2RL (CHE zone nord)

C2RP Bruges (CHCP-CRPS zone sud )

Journées régionales des 16 et 17 novembre (plus 500 participants sur les 2 journées )

**-> en proximité, une offre de RPS à construire dans un cadre territorial partagé (cf PTSM)**

Formation au rétablissement, à la RPS, évolution de l'offre et compétences dans les ES ( RC, programmes d'entraînement aux habiletés sociales, ETP, psychoéducation...)

-> travaux ANAP en cours



## 5- Promouvoir les droits des personnes porteuses de troubles psychiques et le **rétablissement** en s'appuyant sur leur pouvoir d'agir pour développer des parcours de vie plus inclusifs

- Mettre en œuvre la limitation du recours à l'isolement et à la contention ( article 72 loi MDSS)
- 8 médiateurs santé pairs en formation en 2018 dont 4 intégrés au sein d'équipes psychiatriques (33, 87, 17).
- Développer l'information en santé mentale et les actions de sensibilisation en direction des médias ( PSYCOM/IJBA; SISM)
- Favoriser la participation des personnes concernées au sein des instances , notamment au sein des CLSM ( nouvel AAC lancé en fin d'année )
- 14 projets de nouveaux GEM dans les territoires en 2017 ( soit 75 en NA)
- Dispositifs d'emploi accompagné dans les territoires en cours de labélisation ( en + des 5 plateformes d'insertion professionnelle financées en 2016 par l'ARS), Clubhouse à Bordeaux
- Approche intégrée accès au logement et aux soins : AAC un « logement d'abord » en 2017, un « chez soi d'abord » en 2018 sur Bordeaux ( 100 places)

# Journée du 28 Novembre ARS, une mobilisation des responsables d'établissement, des équipes médicales et soignantes, de l'ARS

**PERFORMANCE des ES** à étudier au regard de leur capacité à faire évoluer les organisations , les pratiques professionnelles , la structuration des coopérations avec le champ social et médico-social et répondre aux **ENJEUX** :

- **transformation de l'offre et orientation des ressources vers l'ambulatoire, le domicile, les interventions précoces** :

3 interventions du matin ; ateliers 1 ( pédopsychiatrie) et 4 ( réduire les HLC)

- **parcours coordonnés** :
  - les dispositifs mis en œuvre pour fluidifier les parcours :
  - **équipes mobiles** pour des prises en charge spécialisées vers différents publics
  - (atelier 2 : EM crise, ados, précarité )
  - les **coopérations** avec le champ social et MS : les GCS SM et leurs réalisations (atelier 3)
  - **prise en charge globale** (soins somatiques/soins psychiatriques ) : atelier 5
  - fonction ressources des ES sur le handicap psychique
- **patient** comme partenaire du soin et acteur de son projet de soins et de vie
- **qualité, sécurité et pertinence des soins** conformément aux données de la science et RBP HAS







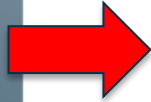
# Actualités présentées par l'ANAP



# LE VIRAGE AMBULATOIRE EN PSYCHIATRIE

Journée performance ARS Nouvelle Aquitaine  
28 novembre 2017

## Sommaire



- **Contexte**
  - Paradoxe de l'ambulatoire en psychiatrie
  - Performance en psychiatrie et santé mentale ?
- **Le parcours en psychiatrie et santé mentale : une autre approche de l'ambulatoire**
- **Le processus ambulatoire**
- **Deux exemples :**
  - La charte des CMP
  - Les soins de réhabilitation psychosociale

## Paradoxe de l'ambulatoire en psychiatrie

- Petite étude sur la répartition des ressources entre ambulatoire et hospitalisation ...

Etablissements publics et ESPIC exerçant une activité de psychiatrie	Hospitalisation Complète	Hospitalisation temps partiel	Ambulatoire	TOTAL
en nombre de patients (RIMP 2010)	34 543	15 815	153 191	203 549
en %	16,97	7,77	75,26	
en euros (DAF 2010)	299 826 099	87 171 069	124 320 731	511 317 899
en %	58,64	17,05	24,31	



- le nombre de patients pris en charge en HC oscille entre 12 à 20 %,
- Pour ces patients, ... 17 % sont en hospitalisation inadéquate...
- l'essentiel de l'activité de psychiatrie, entre 60 à 92 %, si l'on intègre la pédopsychiatrie, se déroule hors les murs des établissements
- Dans ce domaine, ce sont les acteurs du soin qui ont la main...
- Quel serait l'impact sur le parcours patient si l'on passait de 80/20 à 50/50

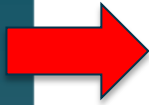
## La performance en psychiatrie et santé mentale : de quoi parlons-nous ?

- La performance des ES ?
- La performance des ESMS ?
- La performance du parcours ?
- La performance du service rendu à la population ?
- L'amélioration de l'état de santé de la population ?
- ... ?
- **Tout ça à la fois => passons à une approche globale !**



## Sommaire

- **Contexte**
  - Paradoxe de l'ambulatoire en psychiatrie
  - Performance en psychiatrie et santé mentale ?
- **Le parcours en psychiatrie et santé mentale : une autre approche de l'ambulatoire**
- **Le processus ambulatoire**
- **Deux exemples :**
  - La charte des CMP
  - Les soins de réhabilitation psychosociale



## Coordination des acteurs impliqués ?

### Institutionnels

- ARS : référent santé mentale, référent MS, statisticien, délégué territorial...
- Conseil départemental
- CPAM, MSA, RSI...
- Conseil régional
- Communes et Intercommunalités
- Préfecture
- CAF...

- UNAFAM régional / local
- FNAPSY
- Santé mentale France
- Membres de GEM
- Membres d'un Conseil de vie sociale des établissements médico-sociaux
- Membre d'un Conseil de surveillance ou CRUQPC d'ES

### Associatifs et usagers

- CREAI
- CREHPSY
- Organisme / centre de recherche sur la santé mentale

### Etudes et recherche

### Opérateurs

- PS libéraux : MG, psy...
- Transporteurs
- Etablissements sanitaires : EPSM, ES non spécialisés (services psy, Centre 15...), ESPIC-Cliniques, Equipe mobile de psychiatrie, Centre/Unité de réhabilitation psycho-sociale, Centre médico-psychologique (CMP)...
- HAD
- SSIAD, SPASAD, SAAD, ESAT
- Etablissements et services du champ médico-social : FAM, MAS, Foyers de vie, Samsah, SAVS...
- Etablissements et services du champ social : CHRS, bailleurs sociaux, services de tutelle, CCAS, Service social de secteur...
- GEM
- Autres champs : Intervenants dans le champ de l'Emploi, de la Culture, Services de sécurité et de secours (Police, Gendarmerie, Pompiers, SAMU...), Acteurs de la Justice.

## Les travaux de l'ANAP sur le parcours en psychiatrie et santé mentale



### – les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : 1<sup>ère</sup> approche

- <http://copyweb.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>



### – Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale : Méthodes et outils au service des territoires

- <http://copyweb.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>



## 8 points clés pour aborder les parcours en psychiatrie et santé mentale

- **La régulation séparée des acteurs du sanitaire, médico-social et social** : une entrave à la lisibilité (chacun son schéma d'organisation ARS et CD)
- **La non-demande**, face cachée paradoxale des parcours en psychiatrie et santé mentale
- Le handicap psychique, **une réalité encore méconnue** dans les pratiques des professionnels
- **La logique de placement** prévaut sur celle de l'accompagnement des personnes (absence de projet personnalisé, durée de placement relativement longue, etc...)
- **L'attention portée au calibrage de l'offre** s'exerce au détriment de la prise en considération des flux : (corollaire du point précédent)
- **Le clivage hôpital/médecine de ville** fragilise le parcours de soin des patients
- **Une organisation des soins hospitalo-centrée** qui peine à prendre en compte le patient dans son milieu de vie ordinaire
- **La faiblesse des outils de mesure** fait obstacle à une objectivation du service rendu



## Le parcours en psychiatrie et santé mentale principes et objectifs

- **Les objectifs de la démarche :**

- repenser le parcours en plaçant les usagers et leurs aidants au cœur de la démarche
- Passer d'une réponse structurelle à une réponse systémique et adaptable au fil du temps (service rendu à la personne)
- Privilégier le retour et le maintien à domicile dans de bonnes conditions
- Considérer la personne comme actrice de ses soins

- **Le contenu de la publication :**

- Une méthode : Il s'agit d'un cadre adaptable aux situations locales avec le temps comme facteur positif de réussite
- Des outils au service des acteurs pour évaluer et objectiver :
  - La carte d'identité du territoire
  - Les caractéristiques du parcours
  - Autodiag en psychiatrie
  - Des fiches et des supports pratiques



## Carte d'identité du territoire : il faut faire avec !

### Le contexte territorial

#### Population et Territoire

Démographie et description du territoire  
 Situation socio-économique  
 Allocataires AAH psy  
 Personnes en ALD 23  
 Surmortalité par suicide

#### Offre

Hospitalier : lits HC, HP, nb équipes mobiles  
 Effectifs de professionnels de santé  
 Médico-Social : lits et places  
 Ambulatoire : CMP, CATTP...  
 Pairs : GEM, Club house...  
 Coordination : CLSM, Réseau, CTA/MAIA, PTA...

#### L'existant

### Les caractéristiques de la prise en charge des personnes

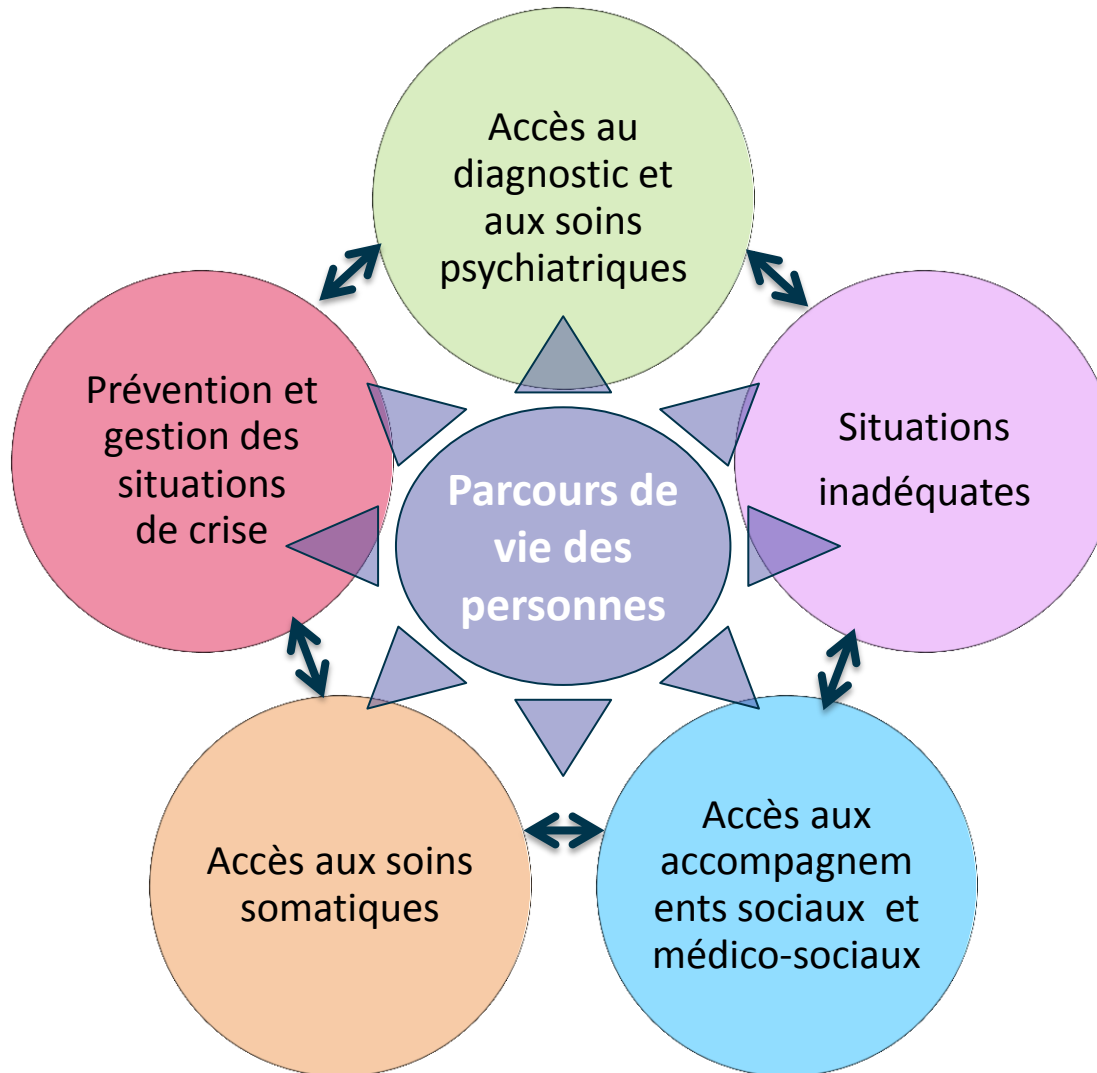
#### Activité et flux (sanitaire et médico-soc.)

File active de psychiatrie (totale et ambulatoire exclusif)  
 Profil des pers. prises en charge  
 Durées moyennes de prise en charge  
 Taux d'Occupation / de rotation  
 Réhospitalisations

#### Consommation de soins

Taux de recours à la psychiatrie (HC, HP, ambu)

## Les caractéristiques du parcours : ce qu'il faut changer



# Les outils du parcours : le diagnostic

## Les caractéristiques du parcours: le modèle de la rosace

Accès aux soins et au diagnostic psychiatrique (PE1)	Situations inadéquates (PE2)	Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux (PE3)	Accès aux soins somatiques (PE4)	Prévention et gestion des situations de crise (PE5)
Délai de 1 <sup>er</sup> RDV CMP (ou unité spécifique) avec un(e) infirmier(e), hors urgence si organisation spécifique	Taux d'hospitalisations temps plein prolongées	Proportion de personnes hospitalisées qui ont une orientation MDPH en attente de structure	Consommation de soins de ville par les personnes présentant une ALD psychiatrique (ALD 23) par rapport à la population générale	Pourcentage d'hospitalisations temps plein suite à un passage aux urgences générales ou psychiatriques
Délai de 1 <sup>er</sup> RDV CMP (ou unité spécifique) avec un(e) psychologue, hors urgence si organisation spécifique	Taux de réhospitalisation moins de 30 jours après la sortie d'hospitalisation	Délai moyen de traitement des dossiers de personnes adultes par la MDPH - complétude	Consommation de soins hospitaliers MCO hors psychiatrie des ALD 23 par rapport à la population générale	Pourcentage de personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie après passage aux urgences générales et/ou psychiatriques dans l'année et non suivies en psychiatrie ambulatoire de secteur depuis 1 an dans la file active
Délai de 1 <sup>er</sup> RDV CMP (ou unité spécifique) avec un médecin psychiatre, hors urgence si organisation spécifique	Hospitalisations de patients jeunes en psy adulte	Délai moyen de traitement des dossiers de personnes adultes par la MDPH - décision	Recours à des consultations de soins somatiques à l'hôpital psychiatrique (consultations spécialisées)	Pourcentage de personnes hospitalisées sans consentement dans la file active
Proportion de premiers RDV non honorés (découverts le jour même) sur l'ensemble des premiers RV programmés en CMP	Durée moyenne d'accompagnement par type d'ESMS (FAM, MAS, ESAT, FV, FO, SAVS, SAMSAH)	Taux de rotation par type d'ESMS (FAM, MAS, ESAT, FV, FO, SAVS, SAMSAH)	Pourcentage de patients de la file active hospitalière du secteur sans médecin traitant	Part des appels au SAMU pour motif psy parmi les appels pour motif médical
	Taux de personnes ayant au moins une ré-hospitalisation non programmée après passage aux urgences	Proportion de personnes hospitalisées qui sont en attente d'un logement		Part des pathologies psychiatriques dans l'ensemble des prises en charge en services d'urgences
	Distribution du nombre de ré-hospitalisations par patient ré-hospitalisé			

## Le parcours en psychiatrie et santé mentale et la déclinaison du décret 27/07/2017

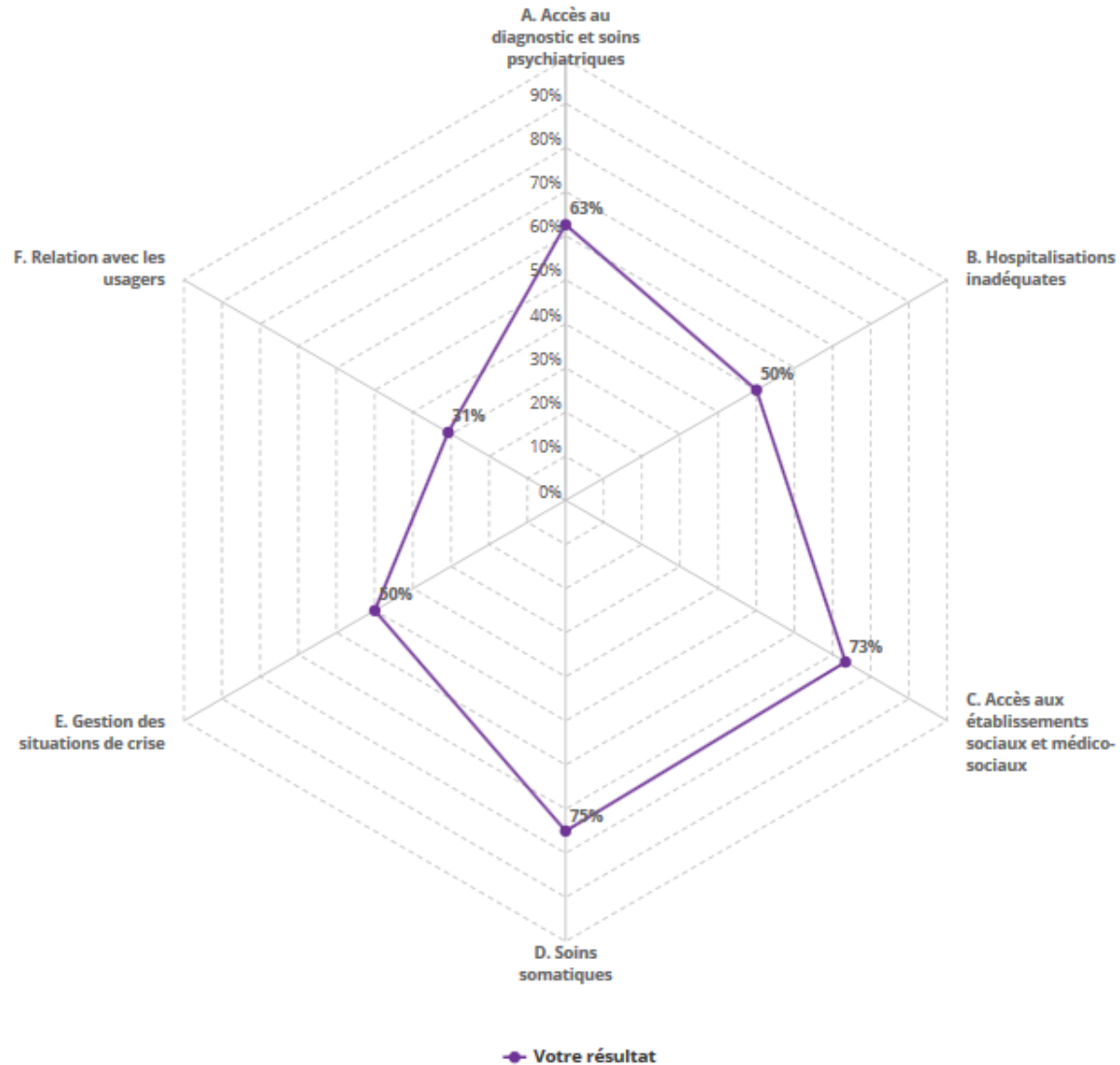
Les priorités du décret	Les réponses ANAP
Du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.	L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques L'accès aux accompagnements sociaux et médicosociaux
Du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale	Les situations inadéquates L'impact des soins de réhabilitation dans le parcours des personnes
De l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins	L'accès aux soins somatiques
De la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence	la prévention et la gestion de la crise
Du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles	Accès aux soins, aux accompagnements, Fiche n° 8 L'implication des usagers - 3ème publication
De l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	3ème publication

- **Outil de dialogue interne et externe qui permet à l'établissement:**
  - d'évaluer le niveau d'acceptation et d'engagement à s'inscrire comme intervenant actif dans le parcours de vie personnes vivant avec des troubles psychiques chroniques
  - d'engager des mesures correctrices pour aborder le patient dans son environnement et s'inscrire dans le parcours territorial
- **En pratique**
  - l'outil est composé de 72 questions qui permettent d'interroger le positionnement de l'établissement, du service ou du pôle au regard des 5 « portes d'entrée » et des liens avec les patients et leurs aidants
  - les réponses apportées sont analysées sous l'angle de la communication, des pratiques professionnelles et du pilotage.
  - le résultat, sous forme de radar, permet une traduction visuelle des points forts et axes d'amélioration
- **Il peut être utilisé à l'occasion**
  - de l'entrée de l'établissement dans la démarche du DTPSM
  - de l'élaboration d'un projet de service, de pôle, ou d'établissement
  - **D'une réflexion sur le développement de l'ambulatoire**

## L'autodiag en psychiatrie

Maturité du pôle et de l'établissement dans une dynamique parcours

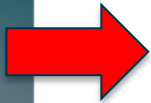
Chapitres	Taux remplissage
A. Accès au diagnostic et soins psychiatriques	59 %
B. Hospitalisations inadéquates	73 %
C. Accès aux établissements sociaux et médico-sociaux	82 %
D. Soins somatiques	92 %
E. Gestion des situations de crise	89 %
F. Relation avec les usagers	100 %





## Sommaire

- **Contexte**
  - Paradoxe de l'ambulatoire en psychiatrie
  - Performance en psychiatrie et santé mentale ?
- **Le parcours en psychiatrie et santé mentale : une autre approche de l'ambulatoire**
- **Le processus ambulatoire**
- **Deux exemples :**
  - La charte des CMP
  - Les soins de réhabilitation psychosociale

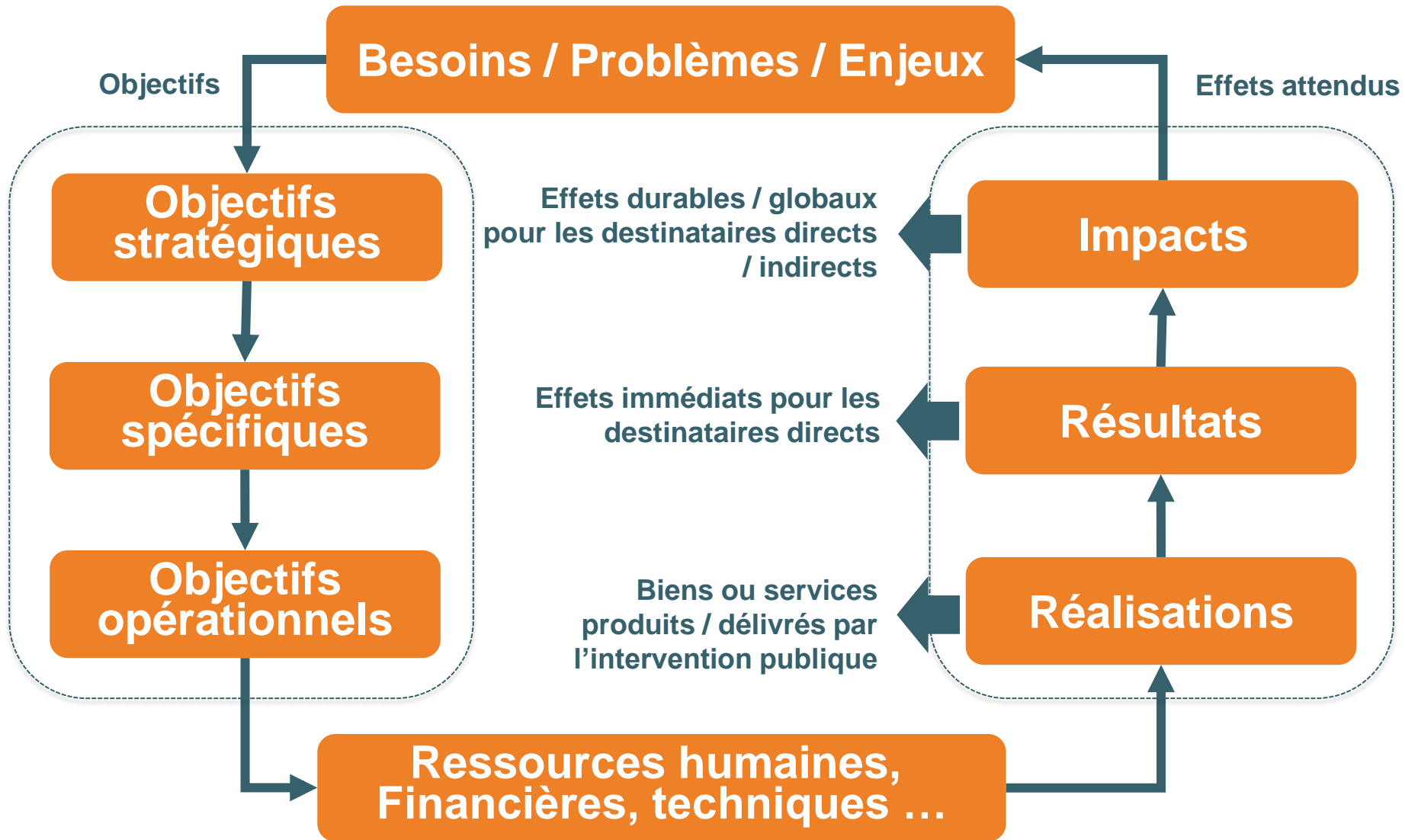


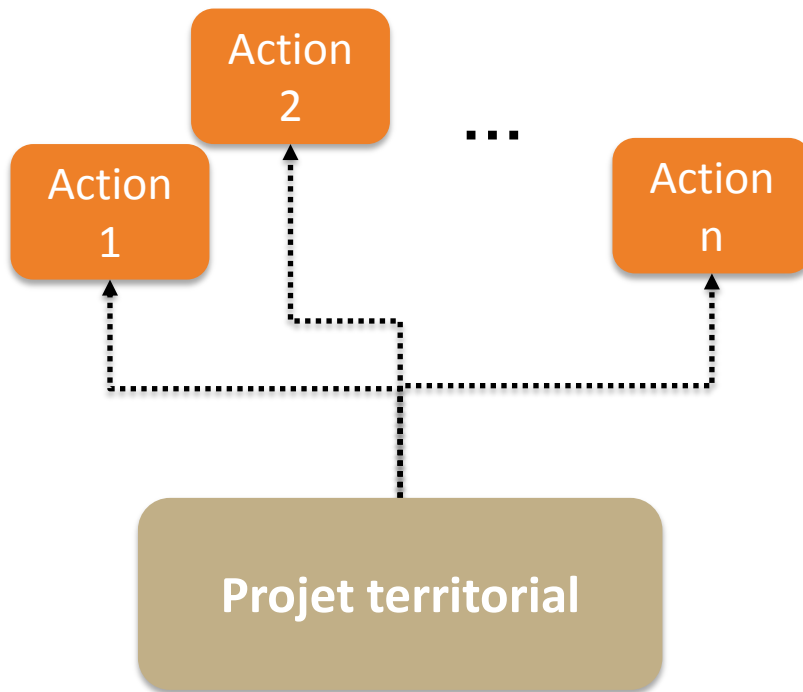
## Le processus ambulatoire : une stratégie managériale

- **Quels sont les objectifs recherchés ?**
  - L'amélioration du service rendu, avec pour cible **le maintien à domicile et la réponse ambulatoire**,
  - La satisfaction des usagers et de leurs aidants
  - Une meilleure qualité de vie au travail
  - La réduction du coût collectif des organisations qui y contribuent, les ruptures sont toujours génératrices de coûts évitables
- **Revenir au sens :**
  - Quel regard je porte sur le patient ?
  - Quel regard je porte sur mes missions ?
- **Une stratégie managériale institutionnelle**



- **Explications à suivre**





**Un cadre commun est défini collectivement au niveau national ; il est adaptable pour chaque territoire**

## 1 Evaluation des actions

- Suivi de la mise en œuvre
- Résultats obtenus pour chaque action

## 2 Evaluation du projet

- A partir de l'évaluation des actions
- Retour sur la gouvernance du projet
- Effets constatés sur le territoire (au regard de ce qui était attendu)

### • L'appréciation des effets peut se faire de différentes façons :

- Par rapport à la situation de départ
- Par rapport à ce qui était prévu (les objectifs qu'on s'était fixé)
- Par rapport à l'évolution des autres territoires impliqués dans la démarche
- Par rapport à l'évolution de territoires en dehors de la démarche



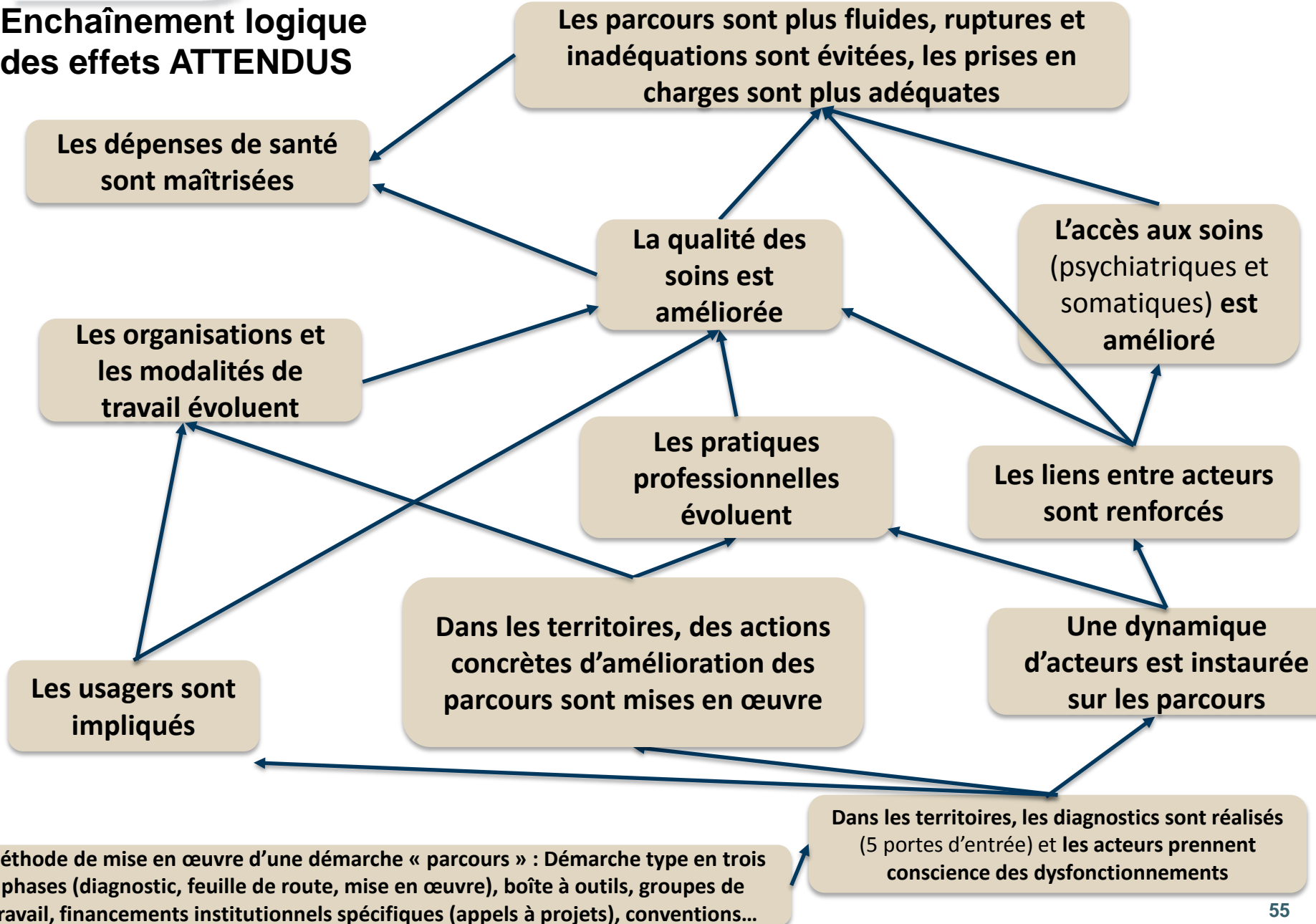
## 5 thématiques principales

<i>Thématique</i>	<i>Définition</i>
Connaissance et interconnaissance des professionnels	Actions qui tendent à améliorer la situation informationnelle des acteurs : connaissance des dispositifs, des réglementations, amélioration de la connaissance de certains phénomènes, connaître les rôles et missions des différents acteurs du territoire.
Partage des pratiques professionnelles et harmonisation des organisations	Actions visant à structurer les organisations et pratiques professionnelles dans un objectif d'harmonisation afin d'améliorer la réponse apportée aux personnes en situation de maladie psychique et de garantir une égalité d'accès à l'offre sur le territoire
Fluidité des parcours et gradation de la <b><u>réponse</u></b>	Actions qui ont vocation à proposer une réponse territoriale organisée, articulée entre les acteurs du territoire dans le but d'établir une continuité dans le système de l'offre au bénéfice de la personne et de faciliter le passage de relai dans une optique de sécurité des soins et une juste utilisation des ressources.
Coordination des acteurs	Actions qui ont pour but d'établir des relations, voire des partenariats, entre les acteurs du territoire : la perspective est celle d'une mise en réseau des acteurs au sens large du terme
Le patient acteur de son parcours	Actions visant à permettre au patient d'être acteurs de ses soins et de son parcours

## La démarche d'évaluation du projet

- L'évaluation porte sur l'atteinte des objectifs de la démarche et l'appréciation des évolutions positives permises par le projet pour l'ensemble des parties prenantes, et en particulier les professionnels et la population ciblée
- Elle doit permettre de s'assurer de la mise effective en œuvre de la démarche dans les territoires expérimentateurs (réalisation du diagnostic, mise en œuvre des actions retenues) afin :
  - de valider que le projet, dans ses différentes composantes (principes de la démarche, rosace, méthode proposée, appui ANAP, animation nationale, capitalisation et diffusion), fonctionne
  - de valider en quoi la situation de départ est modifiée, pour les territoires accompagnés mais également au-delà
  - de valoriser ce qui a été fait dans le cadre du projet
  - de prendre les décisions qui découlent de ces constats

## Enchaînement logique des effets ATTENDUS



## Enchaînement logique des effets ATTENDUS



- **Délai de réponse téléphonique**
  - Urgences psychiatriques (tous les appels)
  - Expertise psychiatrique (sur demande MT ou urgences ou autres professionnels à préciser)
  - CMP pour l'obtention d'un rdv
- **Délais d'accès au CMP :**
  - Pour la 1<sup>ère</sup> consultation IDE / Psycho / Psychiatre (situation urgente / non urgente) (PE1.1)
  - % de 1er rdv non honorés (PE1.2)
- **Accès soins somatiques :**
  - % patients de la FA sans médecin traitant (PE4.3)
  - % de patients avec bilan somatique à l'entrée

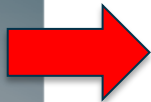


## Autrement dit ...

- Bien définir la problématique et prendre le temps nécessaire pour le faire (diagnostic, analyse des causes, ...)
- Etablir des pistes d'amélioration précises sur la base d'éléments objectifs
- Inscrire la mise en œuvre dans une temporalité définie
- Avec un temps 0 pour savoir d'où l'on part
- Une cible pour savoir où l'on va
- Organiser un suivi :
  - Préparer les données nécessaires,
  - Organiser leur recueil
- Toujours se demander pourquoi ça marche ou pourquoi ça ne marche pas... rectifier si nécessaire

## Sommaire

- **Contexte**
  - Paradoxe de l'ambulatoire en psychiatrie
  - Performance en psychiatrie et santé mentale ?
- **Le parcours en psychiatrie et santé mentale : une autre approche de l'ambulatoire**
- **Le processus ambulatoire**
- **Deux exemples :**
  - La charte des CMP
  - Les soins de réhabilitation psychosociale



# La charte de fonctionnement des CMP en Corrèze

- **Contexte**

- Fiche-action dans le plan d'action du PTSM de Corrèze : harmonisation des pratiques

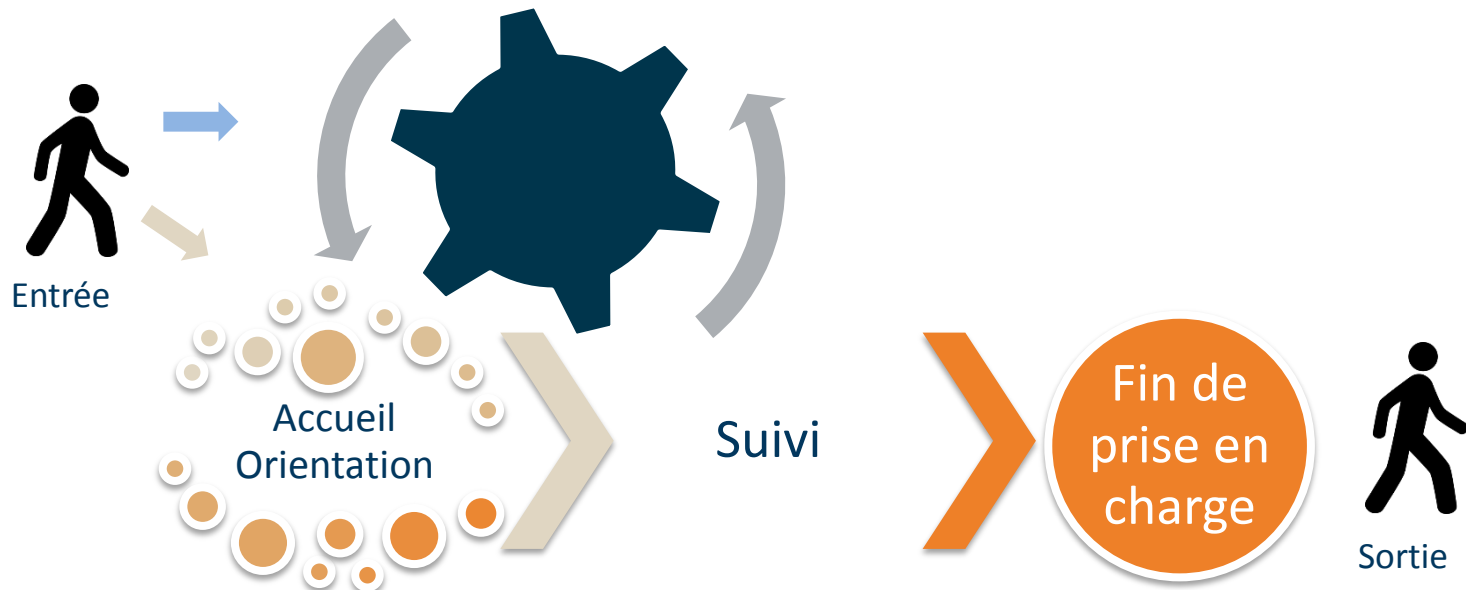
- **Rencontre ANAP des 16 et 17 mars**

- Visite des 3 CMP (Brive, Tulle, Ussel), constats:
  - ✓ Expériences riches et diversifiées, propres à chaque territoire
  - ✓ Coexistence de prises en charges urbaines et rurales
  - ✓ Gradation des soins à réinterroger sur le territoire, y compris la place du CMP dans le parcours des patients atteints de handicap psychique (à partir de quand passe-t-on le relai ?)
  - ✓ Nécessité d'objectiver l'activité des CMP (accès aux indicateurs et revue organisationnelle)
- Réunion d'échange avec les cadres des CMP
  - ✓ Souhait d'un appui méthodologique de l'ANAP pour les chefs de projet sur cette action

- **Approche processus de l'organisation des CMP : identification des acteurs, ressources, moyens et interfaces à chaque étape de la prise en charge du patient**

- Un processus comporte un début (accueil au CMP, première demande) et une fin (relai à une structure médico-sociale, retour au domicile, réhabilitation)
- Il peut être un sous-processus d'un processus plus global : ici, le CMP est inclus dans la problématique plus générale du parcours des personnes

- **Etapes de prise en charge**



- **Grille d'analyse du parcours patient (grille 1)**

Détaille les acteurs et moyens affectés à chaque étape de prise en charge, en suivant le circuit du patient. Elle permet, après description de l'organisation existante, de mettre en avant :

- les activités redondantes ou non prises en charge
- les points forts et axes d'améliorations (absence de procédure, d'outils, harmonisation des pratiques)

- **Tableau de répartition des tâches (grille 2)**

A partir de la grille précédente, permet de décrire les tâches et le temps passé par chacun des acteurs à chaque étape de la prise en charge du patient.

→ Interroge la pertinence de la répartition des tâches et révèle les marges d'optimisation (délégation, mise à disposition d'outils SI)

- **Analyse des temps de concertation et de coordination (grille 3)**

Recense les réunions, leurs objectifs et modes de fonctionnement, le but étant :

- d'éviter les redondances
- d'optimiser le temps de présence des acteurs en fonction de leurs tâches et temps de travail
- de garantir la traçabilité des sujets abordés et décisions

→ Certaines réunions, selon les organisations envisagées, peuvent évoluer de manière à intégrer des activités encore non traitées (le suivi des patients en attente de RDV par exemple)

## La Charte de fonctionnement des CMP en Corrèze : les résultats

- **Production de la charte (28 octobre 2017)**
  - **Socle organisationnel du CMP**
    - Parcours patient au sein du CMP
    - Gestion des RdV
    - Activité et missions des intervenants
    - Modalités de concertation interne
    - Gestion du dossier patient
  - **Interface avec les partenaires**
  - **Modalités de pilotage** (tableaux de bord et indicateurs de suivi)
  - **Gestion des dysfonctionnements**
  - **Modalités de suivi de la Charte**
  
- **Depuis la mise en place de la réflexion : quasi doublement de l'activité des CMP ....**

2017

**1. Choix des thèmes => 3 thèmes proposés :**

- Chimiothérapie Orale,
- Réhabilitation psychosociale,
- Réhabilitation améliorée après chirurgie



**2. Identification des équipes pionnières**



**3. Documentation et formalisation de leurs organisations**

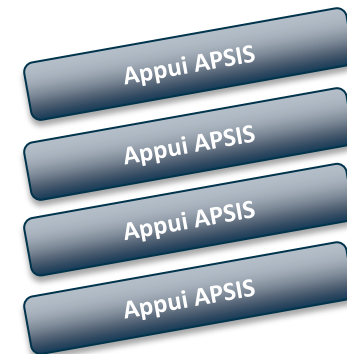
**=> 5 monographies / thèmes**

**4. Evaluation des innovations organisationnelles**

**5. Formalisation d'un dispositif de Déploiement**

**6. Déploiement**

**=> 20 structures / thèmes**



2018

**Contacts : François Richou**

**Majid Talla, Corinne Martinez, Valérie Reznikoff, Iskandar Samaan, Michel Véret, Fleur Moussoungou**

## Pourquoi les soins de Réhabilitation psychosociale ?

- **Une exigence législative : Art. 69 de la loi de modernisation du système de santé: politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie**
- **Accent mis sur le rétablissement, l'autonomie, la déstigmatisation et la réhabilitation psychosociale (décret du 27 juillet 2017)**
- **Le parcours en psychiatrie et santé mentale :**
  - Le patient acteur de son projet de soin et de vie
  - Ce sont les acteurs du système de santé qui doivent s'organiser pour répondre à ses besoins
  - Nécessité pour eux de travailler en réseau au sein d'un territoire
  - Le projet territorial de santé mentale



- **Les soins de réhabilitation psychosociale : approche complémentaire au parcours et un apport pour un maintien au domicile sécurisé... (processus ambulatoire)**



## Etat d'avancement des travaux de l'ANAP

- **Définition du périmètre « à dire d'experts » (Pr Pierre Thomas et Pr Nicolas Franck)**
  - La population cible
  - Une définition a minima du contenu de l'activité et de ses modalités de mise en œuvre
  - Transmis à HAS
  
- **UDT : atelier avec Pierre Thomas et Nicolas Franck :**
  - La maladie mentale et la RPS (P. Thomas)
  - Retour sur une expérience de 5 ans le C3R de Lyon (N. Franck)
  - Les travaux de l'ANAP (CMA)

- **Choix des équipes pionnières :**
  - Fédérations sollicitées le 27/07 avec retour prévu fin août
- **Les critères de sélection des équipes quel que soit leur statut, assurant des soins de réhabilitation psychosociale :**
  - Pour des patients atteints de troubles sévères à modérés,
  - Principalement en extrahospitalier ou hospitalisation de jour,
  - Ayant recours à des évaluations fonctionnelles multidisciplinaires qui comprennent :
    - une évaluation du fonctionnement cognitif (bilan neuropsychologique et de cognition sociale),
    - une évaluation de l'autonomie au quotidien
    - une évaluation neuropsychologique,
    - une évaluation de l'autonomie quotidienne
    - avec le recours à des échelles psychosociales
    - pour aboutir à un programme de rétablissement.
  - Avec l'utilisation des outils suivants : la remédiation cognitive, l'entraînement des compétences sociales, l'éducation thérapeutique, le renforcement de l'autonomie, le soutien à l'emploi et le soutien des familles
  - Avec des compétences en neuropsychologues,
  - Dans une approche parcours de la personne et en réseau avec les autres acteurs du parcours.

- **Les équipes pionnières :**  
+ Crehpsy du Nord

Statut	Etablissements	Ville
FHF	EPSM La Chartreuse	DIJON
FHF	CHU Rennes	RENNES
FHF	CH Guillaume Rognier	RENNES
FHP	Clinique Espérance (Ramsay)	RENNES
FEHAP	Association Hospitalière de Bretagne	PLOUGUERNÉVEL
FHF	CHU	TOURS
FHF	CHS Fleury les Aubrais	Fleury les Aubrais
ESPIC	MGEN	LILLE
FHF	CHS Clermont de l'Oise	Clermont de l'Oise
FHF	CHS LILLE METROPOLE	Armentières
FHP	Clinique Robert Schumann (Clinéa)	BERLAIMONT
GCS /FEHAP/FHF	CH Charles Perrens	BORDEAUX
	La Tour de Gassies	
FHF	CHS Esquirol	LIMOGES
FHF	Centre hospitalier des Pyrénées	PAU
FHF	Centre hospitalier Laborit	Poitiers
FHF	CHS LA CANDELIE	Agen
FHF	CHS JONZAC	
FEHAP	CH Eygurande / CH Eygurande	Corrèze
FEHAP	Bon Sauveur d'Alby	Albi
FEHAP/MS	Association Route Nouvelle	TOULOUSE

## Etat d'avancement des travaux de l'ANAP

### => Les 5 équipes pionnières sélectionnées :

1. Le CHS Esquirol de Limoges (centre référent)
2. Le CHS de Clermont de l'Oise (une équipe combattante de proximité)
3. Le CHS de Fleury les Aubrais (proximité)
4. MGEN à Lille (ESPIC)
5. L'EPSM La Chartreuse à Dijon : CHS qui déploie le principe à l'échelle de l'établissement
6. Une clinique ex-OQN (à déterminer)
  - => contexte : hétérogénéité, maturité du projet, ...
  - => Calage des lancements en cours

### • Calendrier des travaux :

- Les monographies seront réalisées avec l'appui d'APSYS SANTE avec visites de 5 jours sur site
- Démarrage des visites en décembre
- Publication au 1er semestre 2018

- **Objectifs :**

- Enrichir la capitalisation issue des monographies
- Thématiques abordées :
  - Définir la RPS de proximité
  - Organiser les liens avec les centres référents
  - Proposer un maillage territorial pour les deux niveaux
  - Les liens entre RPS et médicosocial
  - Les acteurs médicosociaux de la RPS

- **Composition :**

- Les représentants des 22 équipes candidates,
- Pr Pierre Thomas et Nicolas Franck, experts,
- un représentant des usagers
- un représentant de l'UNAFAM
- La DGOS, DGCS, DGS
- HAS et ANESM

- **Les dates de réunion :**

- 22/01, 05/03, 09/04, 14/05
- De 10 heures à 16 heures 30
- A l'ANAP (salle 1A)

- **Merci de votre attention**
  
- **Toutes les informations disponibles sur :**  
**Site web : [www.anap.fr](http://www.anap.fr)**



# Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire : présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

*Professeur Ludovic GICQUEL,  
PU PH Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de  
l'Enfant et de l'Adolescent, CH Henri LABORIT*

28 novembre 2017



# Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

## Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

Pr Ludovic GICQUEL  
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
URC - CAPS, CH Laborit  
Directeur de l'école d'orthophonie, Université de Poitiers  
[ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr](mailto:ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr)



CENTRE HOSPITALIER  
Henri Laborit



faculté de  
**m**édecine et  
de **p**harmacie

Université de  
POITIERS





## Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

### Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

- ▶ Jusqu'en 2011, 2 intersecteurs dans la Vienne :
  - ▶ Intersecteur Nord : Pr Daniel MARCELLI
  - ▶ Intersecteur Sud : Dr Joël UZE
- ▶ 2011 : Création d'un Pôle Unique de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
- ▶ Création de 4 structures internes (SI) reposant sur le développement :
  - ▶ Périnatalité et Petite Enfance
  - ▶ Enfance
  - ▶ Adolescence
  - ▶ CEDRE (Centre d'Evaluation du Développement et de la Recherche)
- ▶ Synergie progressive avec les autres services de pédopsychiatrie de l'ex-Poitou-Charentes qui ont anticipé ou accompagné ce mouvement
- ▶ Important travail initial de répartition des UF et de structuration « verticale » des différentes SI.
- ▶ Par la suite, important travail de collaborations « horizontales » entre les SI ouvrant la voie au développement de parcours (cliniques)

**Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant  
et de l'Adolescent de la Vienne**  
CH Laborit, Université de Poitiers  
Pr Ludovic GICQUEL, Philippe TANNEUR

**Périnatalité  
et Petite Enfance**  
Dr Florence RAFFENEAU  
(0 - 6 ans)

**Enfance**  
Dr Raymonde SEINE  
(6 - 12 ans)

**Adolescence**  
Dr Damien MALLET  
(12 - 18 ans)

**CEDRE**  
Dr Nicole CATHELIN

- Ambulatoire
  - CMP Poitiers + équipe mobile
  - CMP Châtelleraut
  - CMP Sud Vienne (Civray)
  - CMP Nord Vienne (en projet)
- HDJ
  - HDJ Poitiers - Diatkine
  - HDJ Châtelleraut
  - HDJ Poitiers Unité DENVER (TSA)

- Ambulatoire
  - CMP Poitiers + équipe mobile
  - CMP Châtelleraut
  - CMP Sud Vienne (Civray)
  - CMP Nord Vienne (en projet)
- HDJ
  - HDJ Poitiers - Diatkine
  - HDJ Châtelleraut

- Ambulatoire
  - CMP Poitiers (3 sites) + équipe mobile
  - CMP Châtelleraut
  - CMP Sud Vienne (Civray)
  - CMP Nord Vienne (en projet)
  - Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)
- HDJ
  - HDJ Poitiers - Mosaïque (scolarité)
  - HDJ Poitiers - ASAP (HDJ intensif)
  - HDJ Châtelleraut (CSA)
- HTP
  - HTP Tony Lainé
  - Foyer des 3 Logis

- Centre Ressources Autisme (CRA)
- Centre Référent pour les Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA)
- Interventions en milieu scolaire (PEC, EAR)
- Prévention
- HDJ
  - HDJ Troubles Complexes du Langage Oral (TCLO)
  - HDJ interâges à médiations animales (ARCHE)
- HTP
  - Accueil Familial Thérapeutique (AFT)

## Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

### Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

#### ▶ A l'échelle de l'établissement :

- ▶ refonte totale du site internet de l'hôpital afin d'améliorer la visibilité des structures de soin et ainsi faciliter l'accès aux soins pour les usagers et leurs familles
  - ▶ Un site d'abord tourné vers les usagers et les familles
  - ▶ Une présentation par âge des services de soins
  - ▶ Une ergonomie qui facilite l'accès à l'information
  - ▶ De nombreuses illustrations afin d'améliorer la représentation de la psychiatrie auprès du grand public et des usagers
  - ▶ De nombreux supports interactifs et des vidéos

Nous contacter : 05 49 44 57 57

## Enfants et adolescents : la pédopsychiatrie

Accueil | Services de soins | Enfants et adolescents : la pédopsychiatrie

Rechercher sur le site : consultation, service de soin, actualité...



### Actualités

### Services de soins



Mois sans tabac : des consultations gratuites à Poitiers et Châtelleraut en

Des ateliers neufs pour l'ESAT Essor à l'horizon 2019  
27 octobre 2017



Enfants et adolescents



Adultes



Personnes âgées

### Liens rapides

Nous utilisons des cookies pour vous garantir la meilleure expérience sur notre site. Si vous continuez à utiliser ce dernier, nous considérerons que vous acceptez l'utilisation des cookies.

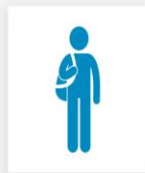
Nous utilisons des cookies pour vous garantir la meilleure expérience sur notre site. Si vous continuez à utiliser ce dernier, nous considérerons que vous acceptez l'utilisation des cookies.



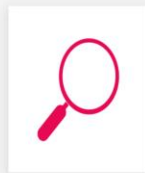
La périnatalité et la petite enfance (0-6 ans)



L'enfance (6-12 ans)



L'adolescence (12-18 ans)



La prévention et la clinique de l'évaluation, du développement et de la recherche (CEDRE)

Nous utilisons des cookies pour vous garantir la meilleure expérience sur notre site. Si vous continuez à utiliser ce dernier, nous considérerons que vous acceptez l'utilisation des cookies.

### Consultations

**Centre médico-psychologique (CMP) Pré-Médard**



📍 97 rue des Anciennes Serres  
86280 Saint-Benoît

📞 Secrétariat : 05 49 52 34 93

📅 Du lundi au vendredi, de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h15

**Centre médico-psychologique (CMP) Françoise Dolto**



📍 78 rue Jean Vilar  
86100 Châtelleraut

### Carte



Nous utilisons des cookies pour vous garantir la meilleure expérience sur notre site. Si vous continuez à utiliser ce dernier, nous considérerons que vous acceptez l'utilisation des cookies.



## Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

### Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

#### ► A l'échelle de l'établissement :

- refonte totale du site internet de l'hôpital afin d'améliorer la visibilité des structures de soin et ainsi faciliter l'accès aux soins pour les usagers et leurs familles
- Accompagnement de projets permettant un meilleur repérage et une prise en charge à la fois précoce et intensive :



## Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

### Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

#### ► A l'échelle de l'établissement :

- refonte totale du site internet de l'hôpital afin d'améliorer la visibilité des structures de soin et ainsi faciliter l'accès aux soins pour les usagers et leurs familles
- Accompagnement de projets permettant un meilleur repérage et une prise en charge à la fois précoce et intensive :

- Création d'un CMP poitevin unique (septembre 2018)
- Création d'un hôpital de jour intensif pour adolescents (ASAP) (janvier 2016)
- Création d'une unité de soins de jour DENVER (enfants avec TSA) (septembre 2016)
- Création d'un CMP Sud-Vienne (au sein de la MDS à Civray)



ent  
)  
ces et renfort de

## Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

### Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

- ▶ Au sein du Pôle :
  - ▶ **Élaboration de documents ressources pour les professionnels et les usagers**
  - ▶ Mise en place de protocoles de fonctionnements différenciés des CMP
  - ▶ Harmonisation des pratiques entre les UF
  - ▶ Mise en place d'indicateurs (demandes, suivis, soins,..)
  - ▶ Informatisation totale (DPI : Cortexte, agendas partagés, messagerie interne,...)
  - ▶ Participation à différents EPP dont un centré sur la transition CMPEA - CMP
  - ▶ Extension des champs de formation et d'intervention auprès des partenaires
  - ▶ Élaboration de conventions
  - ▶ Mise en place d'une gouvernance qui repose sur :
    - ▶ Un bureau de pôle et une réunion médicale mensuels
    - ▶ Des réunions institutionnelles par UF et par structure interne
    - ▶ Un conseil de pôle annuel où un représentant de l'UNAFAM est présent depuis 2017

Votre enfant ou adolescent est orienté vers un centre médico-psychologique (CMP)



### Entre 0 et - de 6 ans

#### ○ Nord du département : CMP Dolto

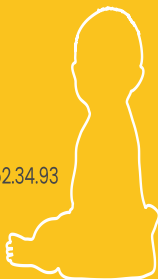
78 rue Jean Vilar - 86100 Châtellerault - Tél : 05.49.21.60.87

#### ○ Poitiers et alentours : CMP Pré Médard

7 rue des Anciennes serres - 86280 Saint-Benoit - Tél : 05.49.52.34.93

#### ○ Sud du département : CMP Sud Vienne

11 rue Salvador Allende - 86400 Civray - Tél : 05.49.44.57.60



### Entre 6 ans et - de 12 ans

#### ○ Nord du département : CMP Dolto

78 rue Jean Vilar - 86100 Châtellerault - Tél : 05.49.21.60.87

#### ○ Poitiers et alentours : CMP Martin Luther King

7 allée Martin Luther King - 86000 Poitiers - Tél : 05.49.01.62.30

#### ○ Sud du département : CMP Sud Vienne

11 rue Salvador Allende - 86400 Civray - Tél : 05.49.44.57.60



### Entre 12 ans et - de 18 ans

#### ○ Nord du département : CMP Dolto

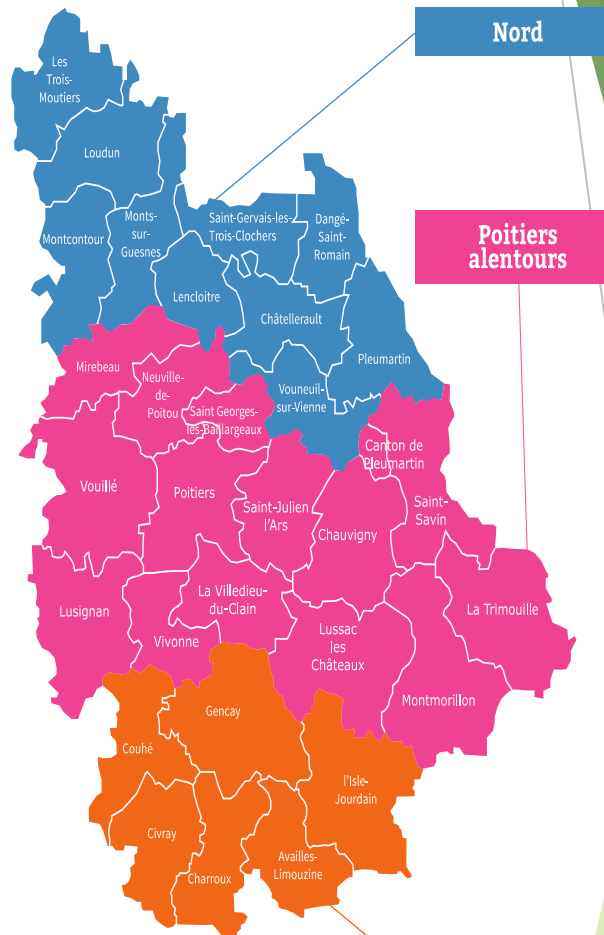
78 rue Jean Vilar - 86100 Châtellerault - Tél : 05.49.21.60.87

#### ○ Poitiers et alentours : numéro téléphone unique : 05.49.88.98.98

- CMP Pré Médard - 7 rue des Anciennes serres - 86280 Saint-Benoit
- CMP Isatis - 66 rue de Slovénie - 86000 Poitiers
- CMP Mosaïque - 29 rue du Clos de Foie - 86000 Poitiers

#### ○ Sud du département : CMP Sud Vienne

11 rue Salvador Allende - 86400 Civray - Tél : 05.49.44.57.60



Nord

Poitiers alentours

Sud



CENTRE HOSPITALIER  
Henri Laborit

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Pr Ludovic Gicquel - [www.ch-poitiers.fr](http://www.ch-poitiers.fr)



## Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

### Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

- ▶ Au sein du Pôle :
  - ▶ **Mise en place de protocoles de fonctionnements différenciés des CMP**
  - ▶ Élaboration de documents ressources pour les professionnels et les usagers
  - ▶ Harmonisation des pratiques entre les UF
  - ▶ Mise en place d'indicateurs (demandes, suivis, soins,..)
  - ▶ Informatisation totale (DPI : Cortexte, agendas partagés, messagerie interne,...)
  - ▶ Participation à différents EPP dont un centré sur la transition CMPEA - CMP
  - ▶ Extension des champs de formation et d'intervention auprès des partenaires
  - ▶ Élaboration de conventions
  - ▶ Mise en place d'une gouvernance qui repose sur :
    - ▶ Un bureau de pôle et une réunion médicale mensuels
    - ▶ Des réunions institutionnelles par UF et par structure interne
    - ▶ Un conseil de pôle annuel où un représentant de l'UNAFAM est présent depuis 2017

**Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**  
**Demande de rendez-vous - Fiche de renseignements**  
**-NUMERO UNIQUE (adolescence)-**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Nom de la personne recevant l'appel :

Identité du demandeur (Parents, père, mère, ASE, autres):

PEA : Nouvelle demande  Reprise de suivi

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M/F  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Tel domicile : \_\_\_\_\_ Tel portable : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_  
Fratrie (si demande de consultation groupée) :

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Adressé par :  
Suivi antérieur ou prise en charge actuelle (libérale ou autre) :  
 Non  Oui, Qui ? :

Placement : \_\_\_\_\_ Service Gardien : \_\_\_\_\_  
Suivi Éducatif : \_\_\_\_\_ Nom éducateur référent : \_\_\_\_\_

**CORRESPONDANTS**

Nom du médecin généraliste : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Nom du pédiatre : \_\_\_\_\_  
Autre : \_\_\_\_\_

Si TCA :  
Suivi en cours par pédiatre ou généraliste : Oui  Non  Si oui, Nom : \_\_\_\_\_

**CONDUITE A TENIR**

- |                                       |                                                                           |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> P.H          | <input type="checkbox"/> Consultation en semi-urgence (CSU)               |
| <input type="checkbox"/> Psychologue  | <input type="checkbox"/> TCA                                              |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) | <input type="checkbox"/> Trouble grave de la scolarité (Lisitis/Mosaïque) |
| <input type="checkbox"/> Interne      | <input type="checkbox"/> Consultation conjointe                           |
| <input type="checkbox"/> Autre        | <input type="checkbox"/> Groupe Entr'acte                                 |

**PROPOSITION DE RENDEZ-VOUS**

Date du rendez-vous : \_\_\_\_\_ Venue au rendez-vous :  
 Oui  Non

Heure du rendez-vous :

Nom du professionnel :

**MOTIF DE LA DEMANDE**  
Durée maximum de l'entretien 10 minutes

NOM et Prénom de l'adolescent :

Pourquoi votre adolescent a t'il besoin d'une consultation ? (3 lignes maximum)

Quelles sont vos relations avec lui ? (3 lignes maximum)

Sommeil ? Alimentation ? Poids Taille si besoin (2 lignes maximum)

Scolarité (2 lignes maximum)

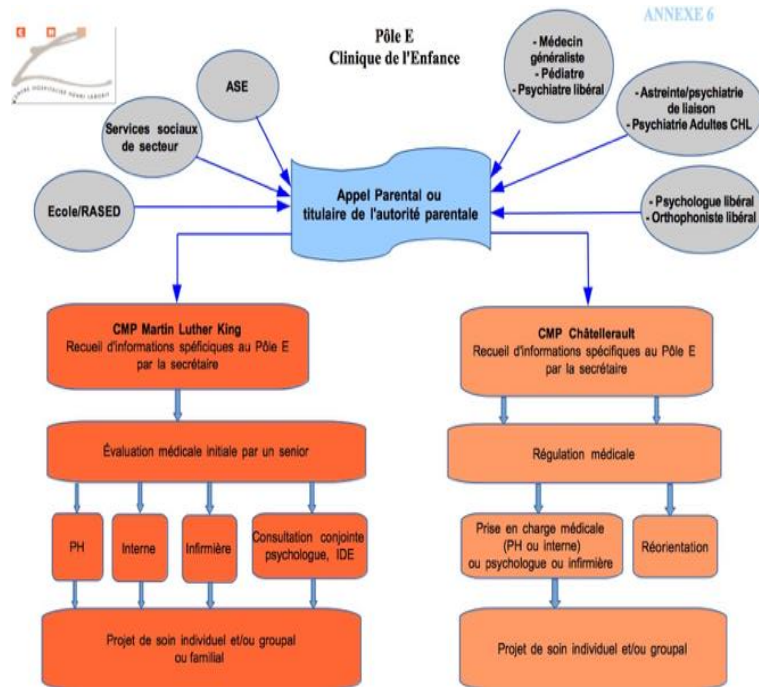
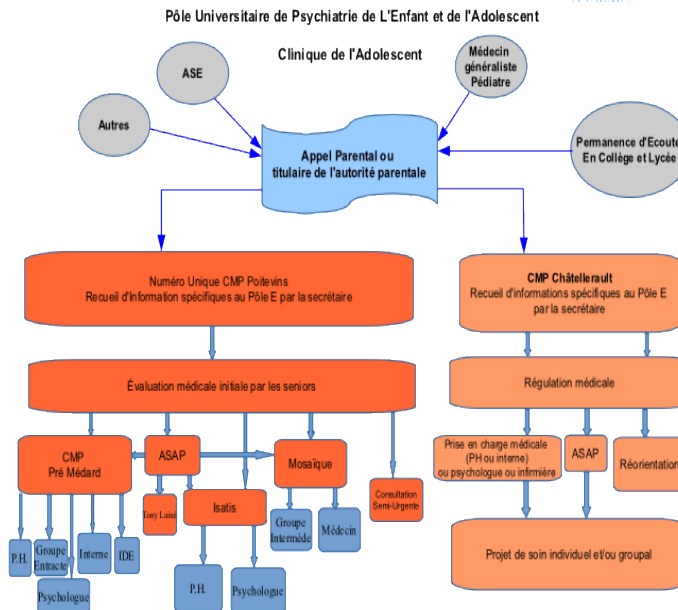
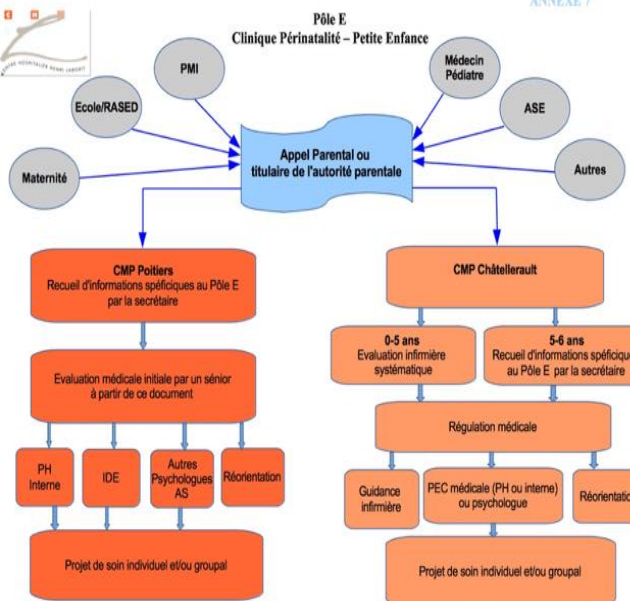
Relations avec ses pairs ? (2 lignes maximum)

Conduites à risque ? (2 lignes maximum)

TCA : Poids :

Taille :

IMC :

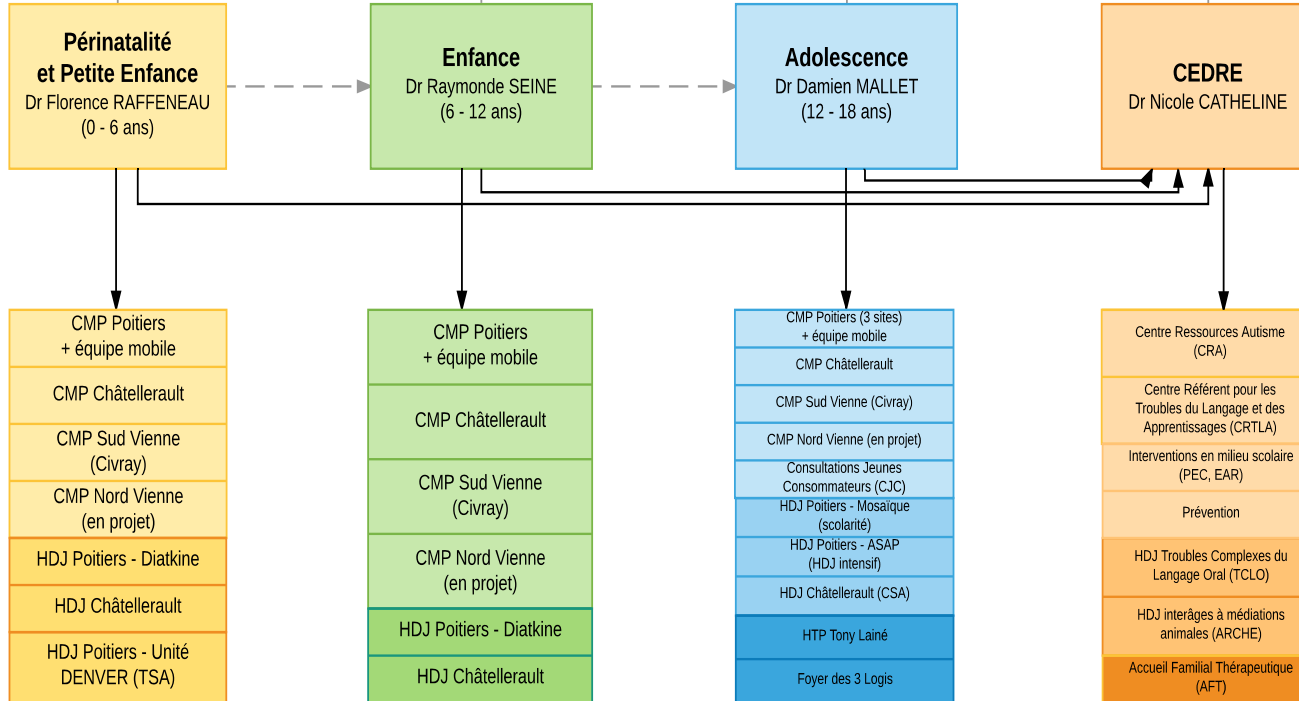


Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

- ▶ Mise en place des **cliniques** afin de :
  - ▶ Compléter l'organisation par filières d'âge
  - ▶ garantir la continuité et la cohérence des parcours de soins pour les patients et leurs familles
  - ▶ Faciliter les échanges entre professionnels
  - ▶ Fluidifier les relais de soins et de structures
  - ▶ Améliorer la visibilité des soins à destination des patients et des familles

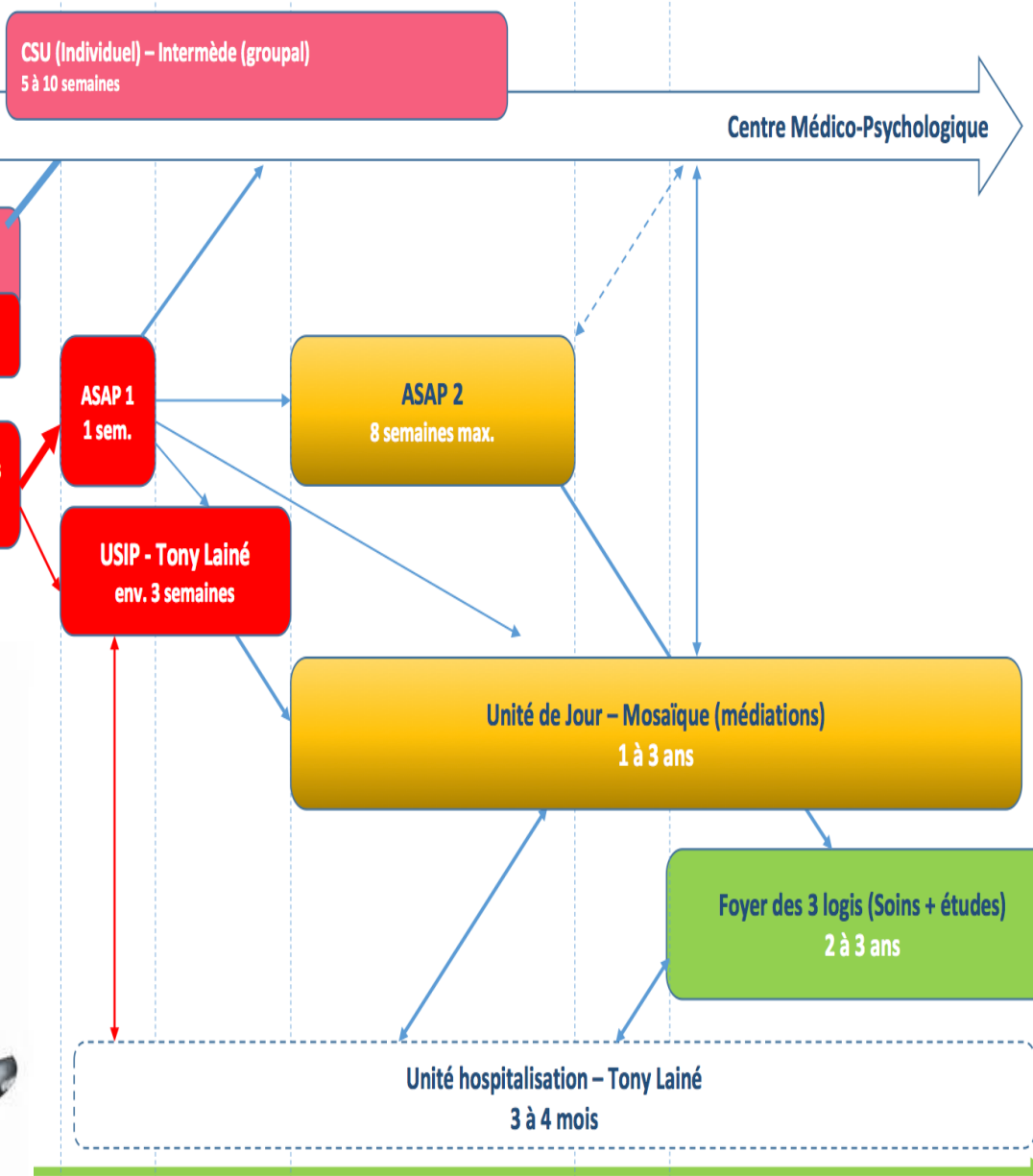
**Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant  
et de l'Adolescent de la Vienne**  
CH Laborit, Université de Poitiers  
Pr Ludovic GICQUEL, Philippe TANNEUR



Parcours

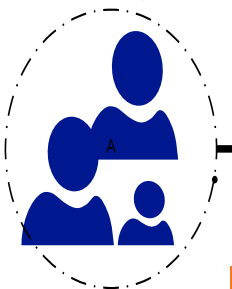
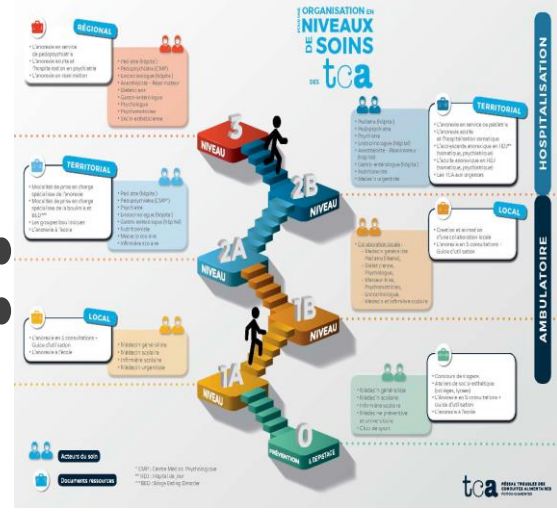
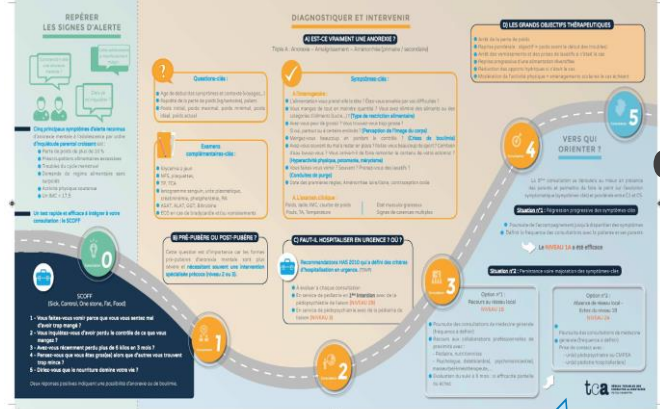
- Clinique des Troubles des Conduites Alimentaires
- Clinique de l'Urgence
- Sd Schizophréniques
- Pédopsychiatrie de liaison
- Médiations animales
- Médiations psycho-corporelles
- Soins aux familles
- Clinique du Collégien et du Lycéen
- Clinique de la Dépendance

# Clinique de l'urgence





# TCA : L'anorexie en 5 consultations



Niveau 1

Les différents niveaux des parcours

## Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)

**Médecins généralistes - Repérer, dépister**

**Niveau 1**

**Signes d'alerte médicaux**

- absence de sourires spontanés
- ou regard ou sourires de qualité
- peu de réactions ou réaction d'évitement posturale
- absence de réaction à l'appel du prénom
- absence de pointing
- ou pas de gestes communicatifs sociaux
- ou pas de babillage
- absence de réaction à l'appel du prénom
- absence de pointing
- ou pas de gestes communicatifs sociaux
- ou pas de babillage
- absence de réaction à l'appel du prénom
- absence de pointing
- ou pas de gestes communicatifs sociaux
- ou pas de babillage

**Signes d'alerte parentaux**

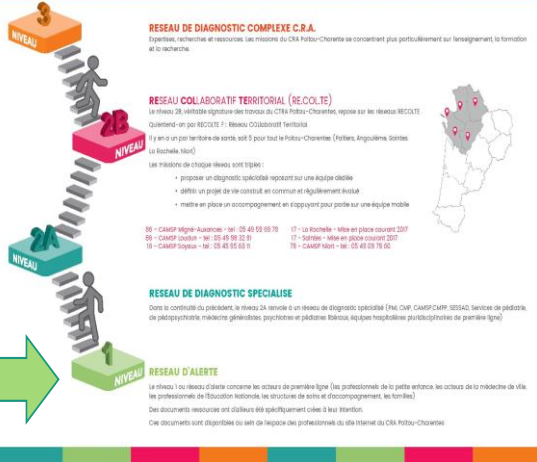
- trouble du tonus
- trouble du sommeil
- trouble alimentaire
- mouvements inhabituels du corps
- retard psychomoteur
- apathie / agitation
- hyper/hypersensibilité aux stimuli sensoriels
- difficultés de la diversification et introduction des solides
- isolement
- ne sourit pas, ne pleure pas
- ne dit pas des mots / parle / s'exprime
- ne regarde pas quand on l'appelle
- ne fait pas de contacts
- difficulté face aux changements
- hyper/hypersensibilité
- utilisation de la main de gauche
- retard acquisition de la marche
- difficulté (hors l'acquisition courtoise) (regard, gestes, langage, objets)
- comportement moqué
- peu de jeu collectif
- instabilité émotionnelle
- troubles d'opérations
- difficulté (hors l'acquisition courtoise) (regard, gestes, langage, objets)
- comportement moqué
- peu de jeu collectif
- instabilité émotionnelle
- troubles d'opérations
- difficulté (hors l'acquisition courtoise) (regard, gestes, langage, objets)
- comportement moqué
- peu de jeu collectif
- instabilité émotionnelle
- troubles d'opérations

**Glossaire**

**1) Répertoire** : Un répertoire est l'ensemble des comportements ou des réactions que l'individu met en œuvre face à une situation donnée.

**2) Répertoire** : Un répertoire est l'ensemble des comportements ou des réactions que l'individu met en œuvre face à une situation donnée.

## Médecins - Repérer, dépister ... diagnostiquer : une organisation en niveaux



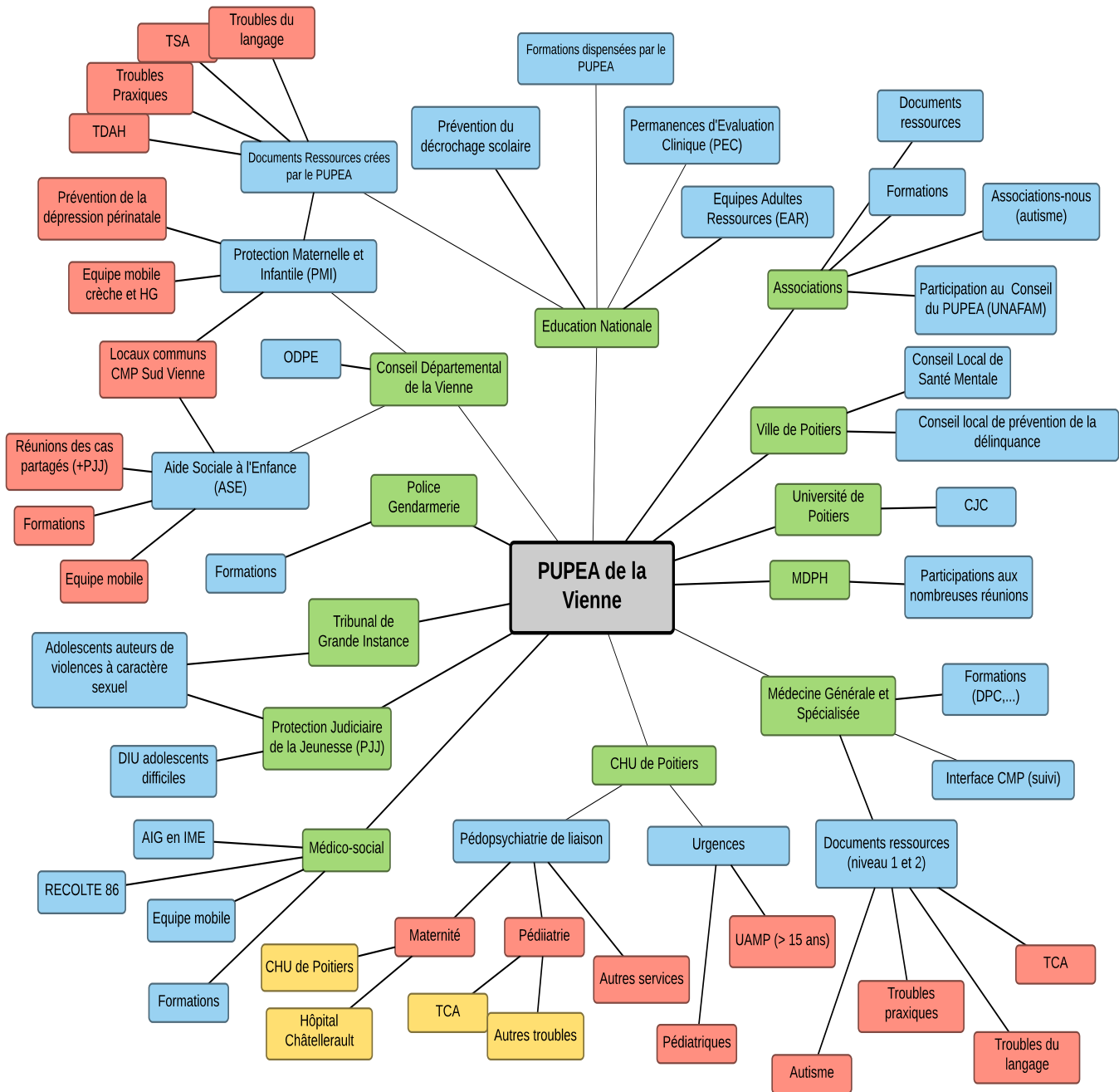
Des cliniques au sein du pôle aux parcours de soins et de vie

## Repérage et prises en charge précoces et intensives dans le cadre ambulatoire :

### Présentation de l'organisation de la pédopsychiatrie dans la Vienne

- ▶ Le repérage et la prise en charge précoces reposent sur :
  - ▶ Le déploiement de nombreux « radars » en amont du pôle
  - ▶ La création et le déploiement de documents ressources ciblés et la mise à disposition de formations adaptées
  - ▶ La lisibilité du parcours de soin/vie mis en jeu avec ses différentes composantes tant auprès des usagers que des professionnels
  - ▶ La réactivité et la coordination des différents niveaux impliqués aux différents temps de la prise en charge
  - ▶ La définition des périmètres d'actions des différents professionnels
  - ▶ Le recours aux équipes mobiles
  - ▶ Une répartition territoriale adéquate des moyens et des professionnels








Focus sur les centres de proximité en santé mentale 87 et le dispositif ambulatoire destiné à prévenir les hospitalisations inadéquates.





# **Centre Hospitalier Esquirol de Limoges**


## **FOCUS SUR LES CENTRES DE PROXIMITE EN SANTE MENTALE 87**



Anne-Marie Julia, Directrice-adjointe  
Docteur Elodie Audebert, Responsable de la  
Filière ambulatoire

*28 Novembre 2017*



- 
- Le CH Esquirol de Limoges a-t-il fait son virage ambulatoire?
    - Est-il complet?
    - Est-il acquis?
    - Les professionnels sont vraiment engagés dans la dynamique du virage ambulatoire
  - Le CH ESQUIROL a appuyé son virage ambulatoire sur la mise en place des CPSM :  
Centres de Proximité en Santé Mentale

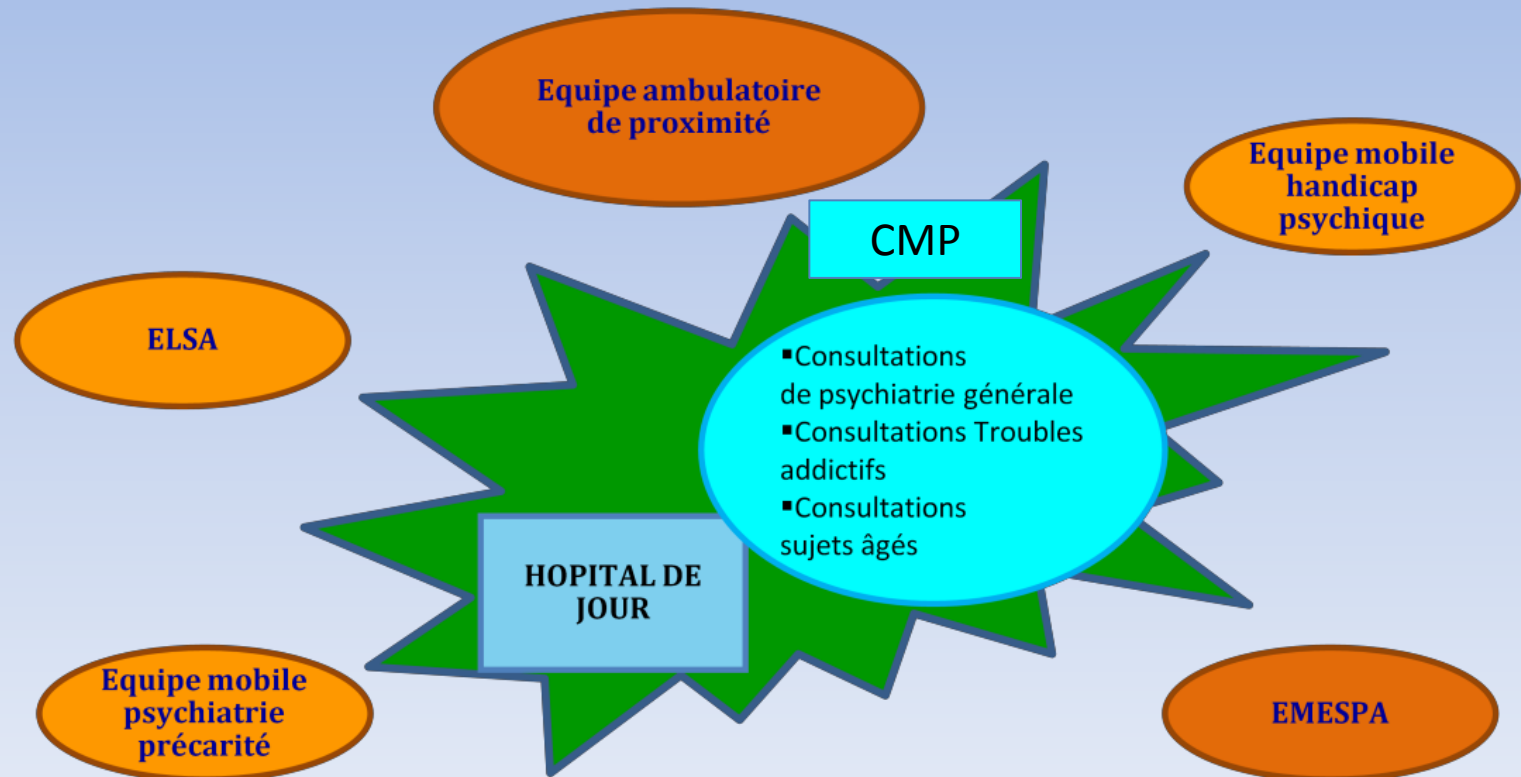


# Les CPSM : socle de l'offre de soins de proximité du CH Esquirol

- Les CPSM ont pour objectif de faciliter l'accès de la population, dans chaque bassin de vie y compris celui de Limoges, à « un panier de soins ambulatoires complet » lui permettant :
  - d'être prise en charge au plus tôt et au plus près,
  - en coopération avec l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement dans une logique de parcours de soins et de vie.

# La structuration d'une offre de soins de proximité territorialisée et transversale : les CPSM

CENTRE DE PROXIMITE EN SANTE MENTALE - PATIENTS ADULTES + DE 18 ANS  
MODELE CH ESQUIROL 2017 -





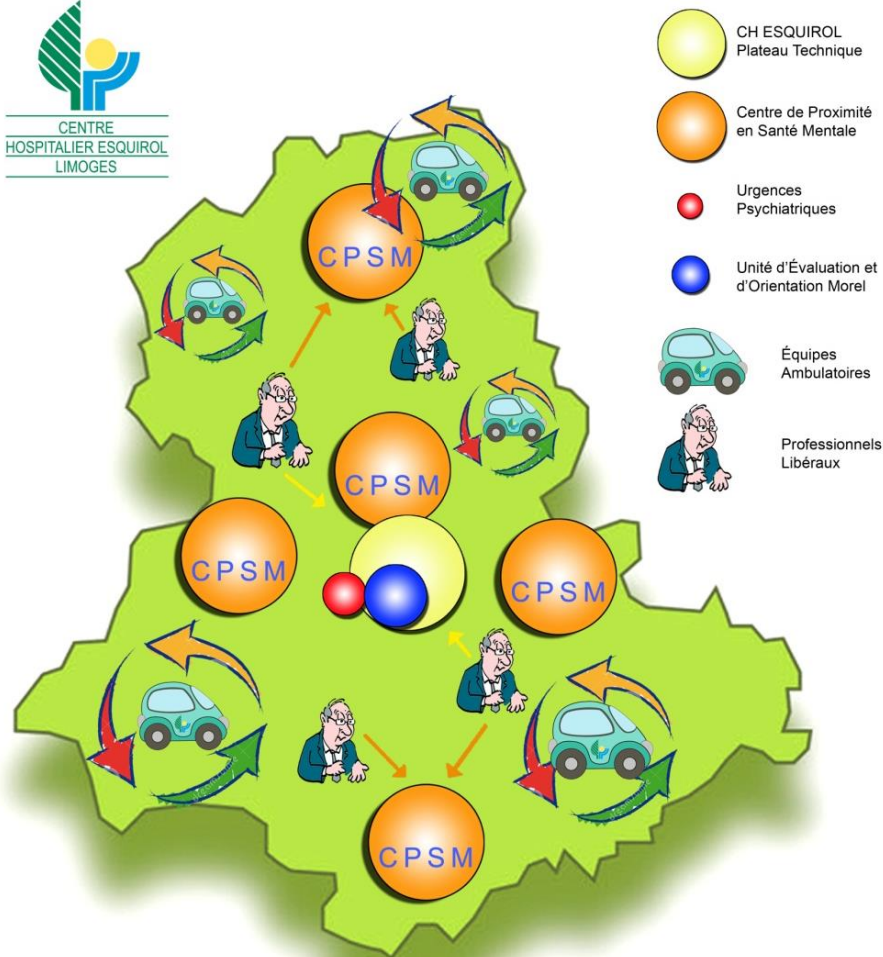
# Comment sont nés les CPSM?

- Une volonté institutionnelle forte : « organiser de façon cohérente l'offre de soins de proximité »
- et une volonté conjointe Direction - Corps médical
- Une culture et une dynamique du changement
- Des personnes ressources pour porter les projets dans la conceptualisation et dans la mise en œuvre
- Une démographie médicale stable jusqu'à une période récente
- Un COPIL ambulatoire pour accompagner les professionnels de terrain impliqués dans la mise en œuvre des transformations liées au virage ambulatoire

# Une nouvelle vision de l'hôpital sur le territoire départemental



Egal accès  
aux soins  
ambulatoires  
pour tous







# Comment sont nés les CPSM?

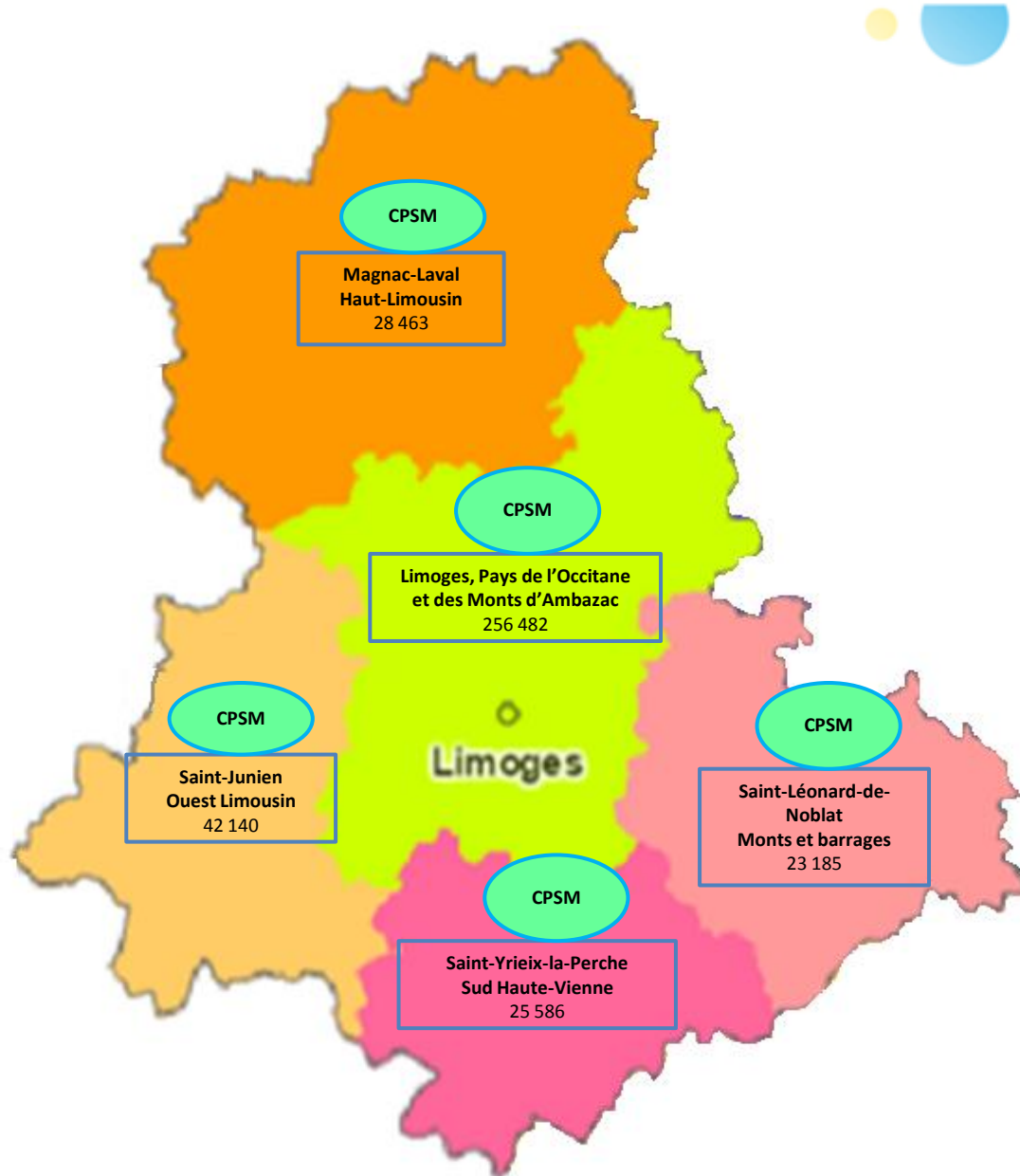
- Dans un contexte de changements profonds et simultanés, depuis 12 ans :
  - la restructuration de l'offre de soins,
  - une politique de coopération renouvelée et structurée (GCS santé mentale et handicap ... ),
  - la résolution de la problématique des patients déficitaires au long cours,
  - la parole donnée aux usagers au cœur de la vie institutionnelle ( création du Pôle des usagers ... ),
  - les parcours de soins et de vie,
  - le virage ambulatoire,
  - le développement de la réhabilitation psychosociale...



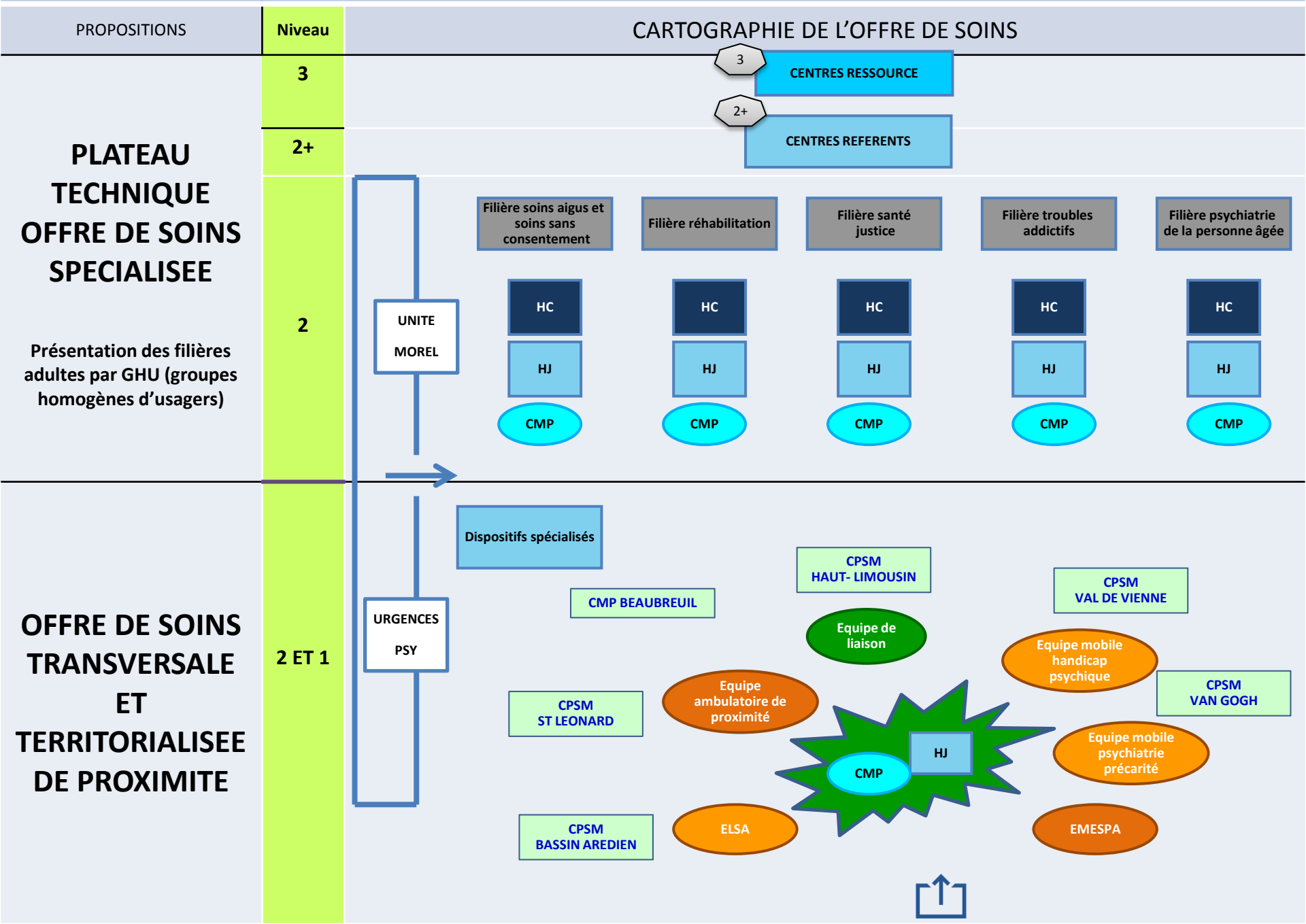
# La restructuration de l'offre de soins

- Le constat initial :
  - le besoin de spécialisation (inter-sectorialité),
  - le besoin de renforcement d'une offre de santé de proximité territorialisée et transversale :  
*aller vers, au plus tôt, au plus près.*
- **Réorganisation de l'offre de soins spécialisée sur site en filières spécialisées**, rattachées à des pôles :
  - 3 filières enfants-adolescents
  - 5 filières adultes :
    - soins aigus et soins sans consentement,
    - réhabilitation,
    - santé justice,
    - troubles addictifs,
    - psychiatrie de la personne âgée.

➤ Réorganisation de l'offre de soins de proximité en mettant en place un CPSM dans chaque bassin de vie ou territoire de santé mentale de proximité, y compris celui de Limoges




# MODELISATION DE L'OFFRE DE SOINS ADULTES DU CH ESQUIROL - 2017





**Intervention du Dr Elodie Audebert**  
Responsable de la Filière ambulatoire  
Pôle de territoire du CH Esquirol  
Chef de Pôle : Dr Guillaume Verger

- 
- Le « **virage ambulatoire** » en psychiatrie s'inscrit 50 ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales.
  - Le vocable « virage ambulatoire » est issu du Québec (1995) pour parler d'un système où le **milieu de vie se voit officialisé comme lieu de dispensation des services de santé.**
  - L'Organisation Mondiale de la Santé recommande, depuis plus de 10 ans déjà, de sortir des logiques hospitalières pour favoriser, tant que possible, l'accompagnement des personnes dans leur milieu de vie.

*« C'est la qualité et la variété d'offres alternatives à l'hospitalisation complète qui font la qualité d'un hôpital psychiatrique. »*

*Dr. GODART, chef de Pôle au Centre Hospitalier Spécialisé de Pau*



# Une offre de soins ambulatoire « généraliste » et spécialisée dans chacun des 5 CPSM

- Une offre de soins ambulatoire « généraliste » :
  - ✓ champ d'activité : « polypathologie psychiatrique » adulte,
  - ✓ avec des consultations d'évaluation, de diagnostic précoce, de dépistage, d'orientation.
- Une offre de soins ambulatoire spécialisée :
  - ✓ expertise psychiatrique de proximité,
  - ✓ avec des consultations de suivi spécialisé psychiatrique et/ou psychothérapeutique ,
  - ✓ avec des soins de réhabilitation psychosociale .



# Une offre de soins ambulatoire « généraliste » et spécialisée dans chacun des 5 CPSM

- Une offre de soins ambulatoire spécialisée :
  - ✓ avec des consultations avancées :
    - une offre de soins spécialisée d’addictologie,
    - une offre de soins spécialisée de psychiatrie de la personne âgée.
- **Primo consultation infirmière**
- **Les CPSM dispensent donc des consultations généralistes et/ou spécialisées en fonction des besoins du patient et de son environnement**






**Une offre de soins ambulatoire de  
proximité conçue dans la logique des  
parcours de soins et de vie**

# Comment l'offre de soins des CPSM permet-elle de faciliter l'accès aux soins?

- Les priorités travaillées pour faciliter l'accès aux soins :
  - lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie,
  - savoir où s'adresser,
  - ne pas être confronté à des délais d'attente démotivants, lutter contre les non réponses.
- Un accès facilité à la consultation par :
  - **un numéro unique: essentiel!**
  - la réduction de la durée d'attente par une **primo-consultation infirmière**,
  - des plages de consultations (infirmier et médecin psychiatre si besoin) dédiées à l'accueil non programmé de patients.




- La politique de communication de l'établissement sur l'offre de soins :
  - Exemples :
    - les visites aux médecins généralistes,
    - l'organisation de « la journée ambulatoire » annuelle sous forme de conférences et stands,
    - le développement des outils numériques (application mobile relative à l'offre de soins),
    - les conférences grand public en lien avec le Pôle des usagers.



# Comment l'offre de soins des CPSM permet-elle de mieux atteindre les objectifs de la prise en charge et de l'accompagnement?

- Aller vers ceux qui ne se manifestent pas (les non demandes, l'auto-exclusion) :
  - la multiplication des portes d'entrée dans tout le département,
  - partenariat avec le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), repérage par les acteurs du CLSM et intervention dans l'environnement de la personne,
  - Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).
- Développer la prévention



# Comment l'offre de soins des CPSM permet-elle de mieux atteindre les objectifs de la prise en charge et de l'accompagnement?

- Eviter les ruptures de parcours de soins
  - Maintenir les usagers dans leur lieu de vie
  - Diminuer la fréquence, éviter si possible les hospitalisations
  - Limiter la perte d'autonomie, la désinsertion et la stigmatisation
- Un bref cas clinique



# Les outils utilisés pour associer le patient et tous les acteurs du soin et de l'accompagnement

- Des réunions de synthèse quasi systématiques et régulières avec le patient, son environnement :
  - les accompagnants familiaux ,
  - tous les professionnels du soin et de l'accompagnement qui interviennent : IDE libérales, mandataires judiciaires, infirmière scolaire, tous les partenaires médico-sociaux...
- Des outils de liaison avec les médecins traitants, service de soins à domicile
- Des coordinateurs de parcours pour les cas complexes
- Des programmes d'éducation thérapeutique dans les CPSM et au domicile des patients

# Le CPSM, un outil de décloisonnement

- Le CPSM est un CMP renforcé avec un hôpital de jour adossé, dont la caractéristique est de travailler dans une articulation très étroite avec les partenaires du parcours de soin et de vie du patient :
  - sa famille,
  - son médecin traitant,
  - les équipes mobiles: l'équipe mobile ambulatoire de proximité, les équipes mobiles spécialisées pour des groupes homogènes de patients ( personnes en situation de précarité, personnes âgées, personnes souffrant de troubles addictifs, personnes souffrant de handicaps psychiques et handicaps associés ),
  - les partenaires du soin,
  - les partenaires de l'accompagnement,
  - les structures hospitalières intervenant dans le parcours.
- **Travail en réseau facilité : bassin de population ≠ échelle du département**

**Le fil rouge entre les partenaires, c'est le  
projet individualisé de soins et  
d'accompagnement, gradué et adapté**



# Travaux engagés

- Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles :
  - formations spécifiques,
  - réactualisation des fiches de postes,
  - élaboration d'une cartographie des risques dans le cadre des soins ambulatoires en 2016 (département qualité et gestion des risques),
  - améliorer la sécurité des professionnels par un dispositif d'alerte géo localisable des travailleurs isolés,
  - participation à la journée de prévention du risque routier du CHE pour les professionnels de l'ambulatoire.
- Concernant l'activité :
  - travail pour renforcer la saisie des actes ambulatoires,
  - créer des indicateurs spécifiques aux actes ambulatoires :
    - ❖ indicateurs quantitatifs et qualitatifs adaptés à des prises en charge spécifiques ; exemple : évaluation de la qualité de vie des patients au domicile .

# Priorités de la Filière ambulatoire

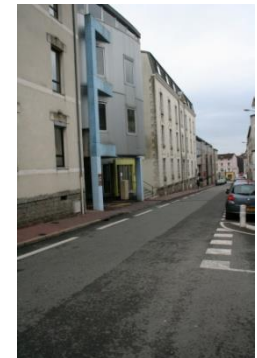
- Formaliser et accélérer les délégations de compétences dans le cadre des consultations
- Travailler avec les partenaires sur le passage des usagers de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte
- Poursuivre le travail d'amélioration des interfaces entre les partenaires des secteurs hospitalier, libéral, médico-social et social
- S'adapter à la démographie médicale pour éviter les ruptures de parcours et permettre la continuité des soins



- Travail en **équipe pluri professionnelle et en réseau**

***« Les bons soins par les bons professionnels au bon moment et au bon endroit. »***

*Merci pour votre attention*





# **PREVENIR LES HOSPITALISATIONS INADEQUATES**

**Quel parcours de soins et de vie  
pour les personnes en situation  
asilaire ?**



# LES PERSONNES EN SITUATION ASILAIRE

- Un cumul de handicap :
  - Handicap psychique lourd,
  - Handicap mental  $\pm$  sévère,
  - Handicap social : des liens familiaux dysfonctionnels, des troubles de l'attachement,
- Des comportements problématiques, une stigmatisation générale, un renoncement à la vie sociale,
  - Une situation décourageante : les laissés pour compte de la réhabilitation psycho-sociale.



# DE LA PRISE DE CONSCIENCE COLLECTIVE A LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS DE SOIN/DE VIE

- 1997 : ouverture de la MAS St EXUPERY,
- 2006 : les bases du parcours,
- 2010 : la filière réhabilitation + le GCS,
- 2010 : 1<sup>er</sup> partenariat-programme,
- 2014 : groupe de travail régional GCS,
- 2014 : comité de suivi du parcours handicap psychique,
- 2015 : création de l'Equipe Mobile Handicap Psychique,
- 2016 : commission départementale du parcours handicap psychique.



# LES OUTILS DU PARCOURS de la personne en situation asilaire

- Un modèle soins-évaluation-accompagnement,
- Une unité d'hospitalisation complète,
- Une équipe mobile handicap psychique,
- Une MAS,
- Un comité de suivi du parcours,
- Des partenariats-programmes,
- Une commission parcours handicap psychique du GCS.





# LES OUTILS DU PARCOURS

## de la personne en situation asilaire

- Un modèle soins-évaluation-accompagnement : le guide d'accompagnement environnemental du CEAA de NIORT,
  - Utilisable par les équipes sanitaires et les partenaires ESSMS,
  - Un même langage pour tous,
  - Des outils fonctionnels d'évaluation et de transmission des informations,
  - Le plus important : le partage des informations pertinentes et son suivi,



# LES OUTILS DU PARCOURS de la personne en situation asilaire

- Une unité d'hospitalisation complète dédiée :
  - 15 places projet de soins/de vie,
  - 4 places de « crise » pour les partenaires,
  - Une équipe pluridisciplinaire : 10 métiers,
  - Vers l'accueil des personnes autistes en situation de crise.



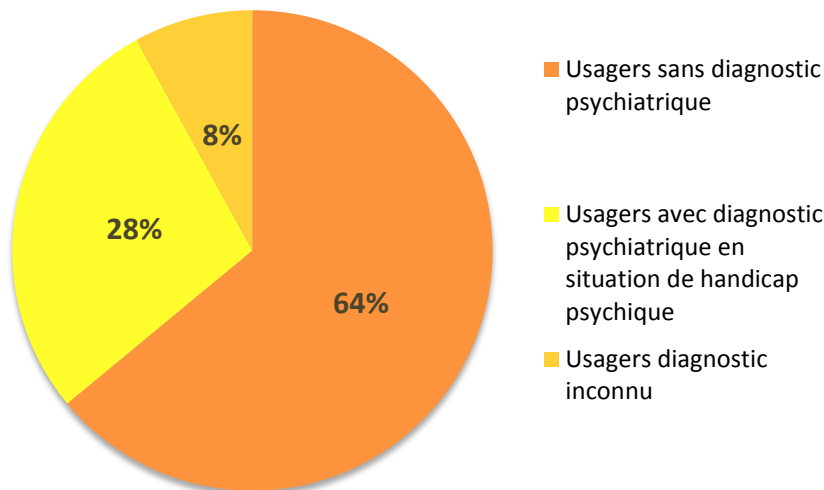
# LES OUTILS DU PARCOURS de la personne en situation asilaire

- Une équipe mobile handicap psychique,
  - Lien sanitaire-ESSMS du département 87,
  - Travail partagé avec les équipes > suivi de la personne,
  - Equipe pluridisciplinaire : 5 métiers ≠,
  - Une démarche complète : formation + mise en place des outils du travail partagé,
  - Objectif : un parcours sans rupture pour tous.



# LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

## 1 379 personnes accompagnées par les ESMS, les SSIAD et les SAAD



388 personnes, ont un diagnostic psychiatrique

- soit 28 % -

- 140 sont accueillies en internat dans les Foyers de Vie ou les FAM,
- 248 bénéficient d'accompagnement ponctuel ou en journée (Maison Relais, Soins à domicile, ...)

102 auraient un diagnostic psychiatrique non posé

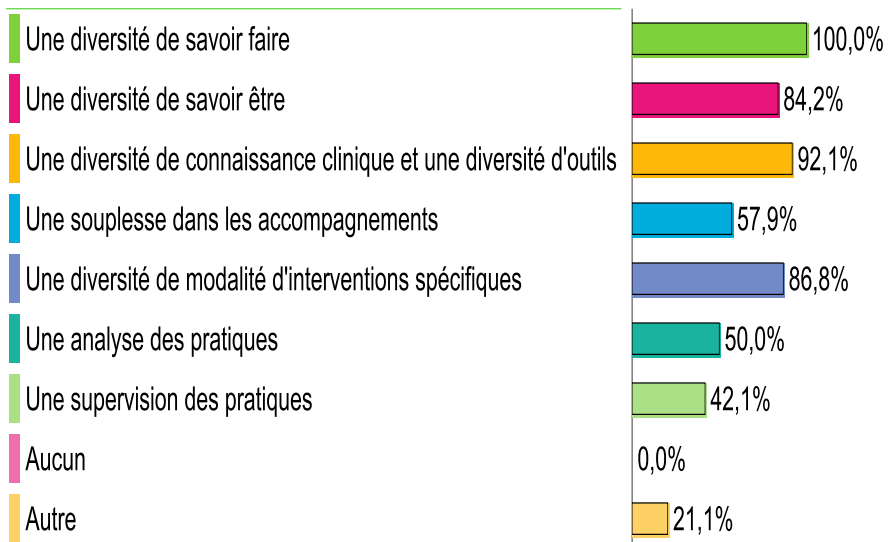
- Soit 8 % -

Les raisons évoquées sont les suivantes :

- Le déni de la pathologie des personnes concernées directement et/ou de leur proche,
- Le diagnostic psychiatrique insuffisamment posé,
- Absence de partage d'informations sur le diagnostic.

# LE PARTENARIAT AVEC L'EMHP & L'EQUIPE D'HOSPITALISATION BERGOUIGNAN

## Articuler & croiser les pratiques

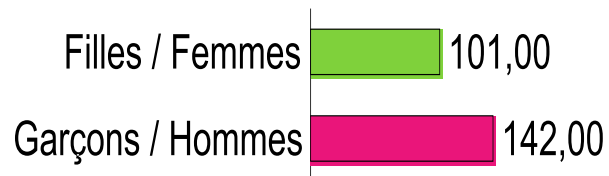


La majorité des acteurs souligne  
leur volonté de poursuivre – ou de s'engager –  
dans un travail partenarial  
=  
Réduction  
des  
troubles du comportement  
&  
Distanciation des acteurs de terrain  
Garanti l'accompagnement global pour l'individu  
sans cloisonnement



# DES COMPORTEMENTS-PROBLEMES RECCURENTS POUR 243 PERSONNES DIAGNOSTIQUEES ET CELLES QUI NE LE SONT PAS

## Nombre de personnes avec des comportements-problèmes récurrents

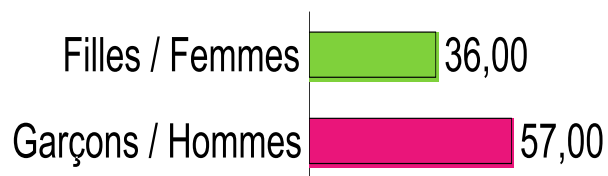


« ... Un comportement-problème est **une action** ou un ensemble d'actions jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales et culturelles ou développementales, et **qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique** .../... L'étude du comportement-problème ne se limite pas à l'observation du dérèglement mais elle prendra en compte la personne, les aspects multidimensionnels de son environnement ainsi que les temporalités, les antécédents précédant l'évènement (juste avant sa survenue et plus loin en remontant dans le temps), la temporalité du comportement-problème (au moment où il a lieu), ainsi que la temporalité concernant l'après (vérification des conséquences) ».

ANESM – Lettre de Cadrage – Les Comportements-problèmes au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponse, p.4.

# DES TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT POUR 93 PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ET CELLES QUI NE LE SONT PAS

## Nombre de personnes avec des troubles graves du comportement



« Un trouble du comportement **est grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement** ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux. Avoir un trouble grave du comportement ne signifie pas la présence d'une maladie psychiatrique. Pour que cela soit, le trouble doit être un symptôme provenant d'un syndrome décrit dans des classifications médicales reconnues (CIM ou DSM) ».

G. Zribi, D. Poupée Fontaine, dictionnaire du handicap, 7<sup>ème</sup> édition, éd. HESP, 2001, p.183.

# LES OUTILS DU PARCOURS de la personne en situation asilaire

- Une MAS de 55 places d'internat :
  - Groupe des personnes à handicap rare,
  - Groupe des personnes autistes,
  - Groupe des personnes à handicap psychique et handicaps associés,
  - Groupe des personnes polyhandicapées à évolution déficitaire (mission transversale).





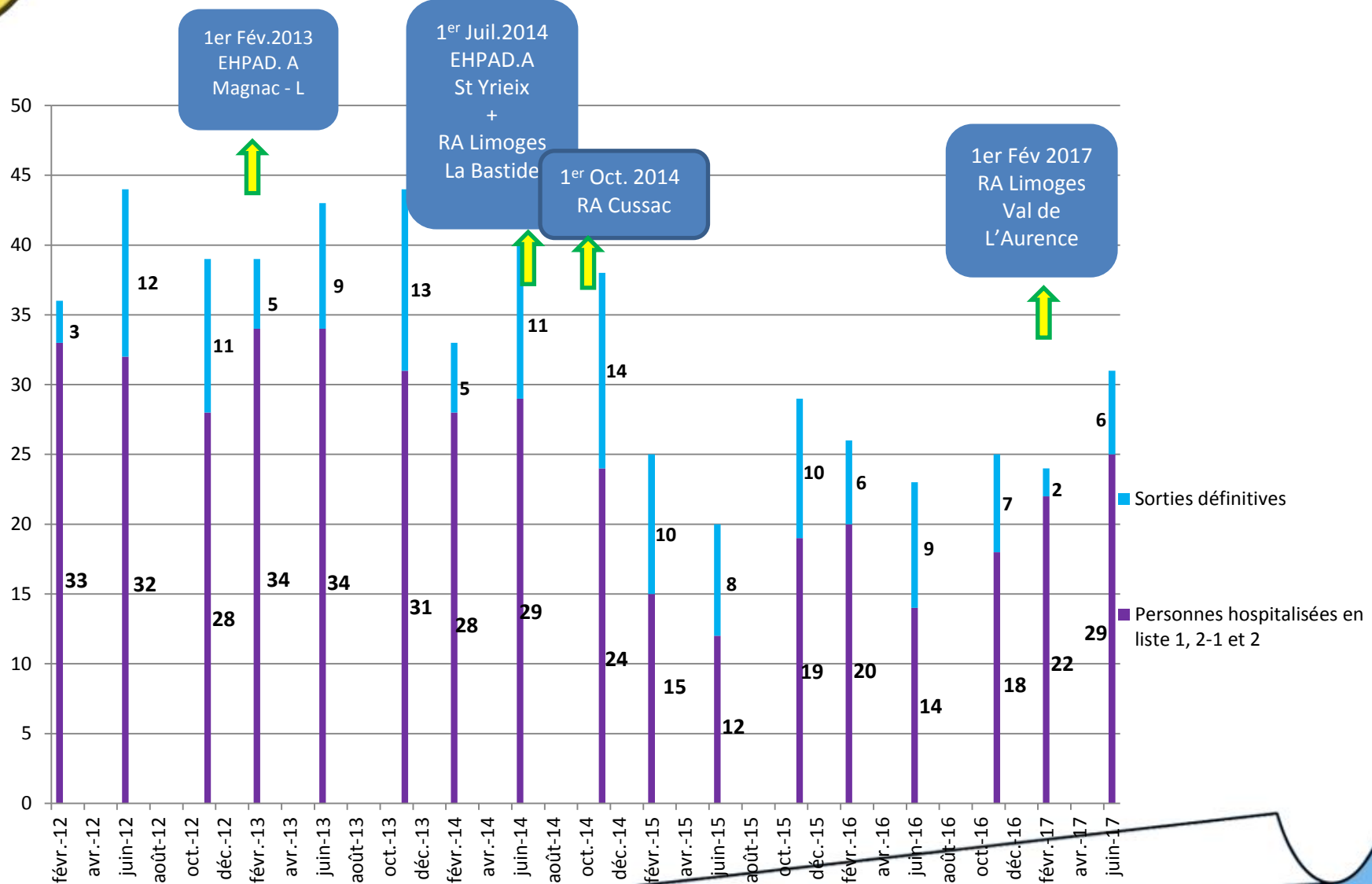
# LES OUTILS DU PARCOURS

## de la personne en situation asilaire

- Un comité de suivi du parcours :
  - Audit clinique ciblé quadrimestriel : nb + profils des patients en HC  $\geq 292$  j/an + démarche médico-sociale,
  - 6 profils  $\neq$  :
    - Patients en absence de rémission,
    - Patients en cours d'évaluation,
    - Projet de vie à orientation MDPH,
    - Projet de vie sans orientation MDPH,
    - Projet de vie avec et sans orientation MDPH,
    - Patients avec dangerosité psychiatrique,
  - Dégage des GHU  $\rightarrow$  stratégie de prospection.



# Audit des patients en situation d'hospitalisation au long cours & sortis définitivement après une hospitalisation au long cours



# LES OUTILS DU PARCOURS

## de la personne en situation asilaire

- Des partenariats-programmes réalisés avec les ESSMS du département :
  - 2004, UDAF : dispositif « familles gouvernantes », 24 places,
  - 2010, fondation « Perce-Neige » : FAM St Laurent/Gorre, 24 places,
  - 2013, HIHL : unité d'EHPAD adaptée de Magnac-Laval, 17 places,
  - 2014, CH St Yrieix-la-Perche : unité d'EHPAD adaptée, 14 places,
  - 2014, Communauté de communes des feuillardiers-PRISM : résidence accueil, 10 places.



# LES OUTILS DU PARCOURS

## de la personne en situation asilaire

- Une commission parcours handicap psychique du GCS :
  - Instance de gouvernance des parcours handicap psychique : sanitaire-ESSMS-MDPH-CD-ARS-associations d'usagers,
  - Préfiguration du réseau handicap psychique,
  - Coordination de l'offre de soins et d'accompagnement sur le territoire,
  - Recherche sur l'offre alimentée par le comité de suivi → action sur les parcours et sur les flux.



# CONCLUSION

- Les outils du parcours sont en place pour ce GHU,
- Le parcours de la personne en situation asilaire peut servir de modèle pour les autres parcours en psychiatrie et santé mentale au sein du GCS,
  - construction du réseau handicap et santé mentale rassemblant les ≠ GHU.





# Organisation de l'offre de soins en psychiatrie adulte dans le Sud Charente Maritime : exemple du virage ambulatoire mené



# Du projet de soins... ...vers le processus de Rétablissement

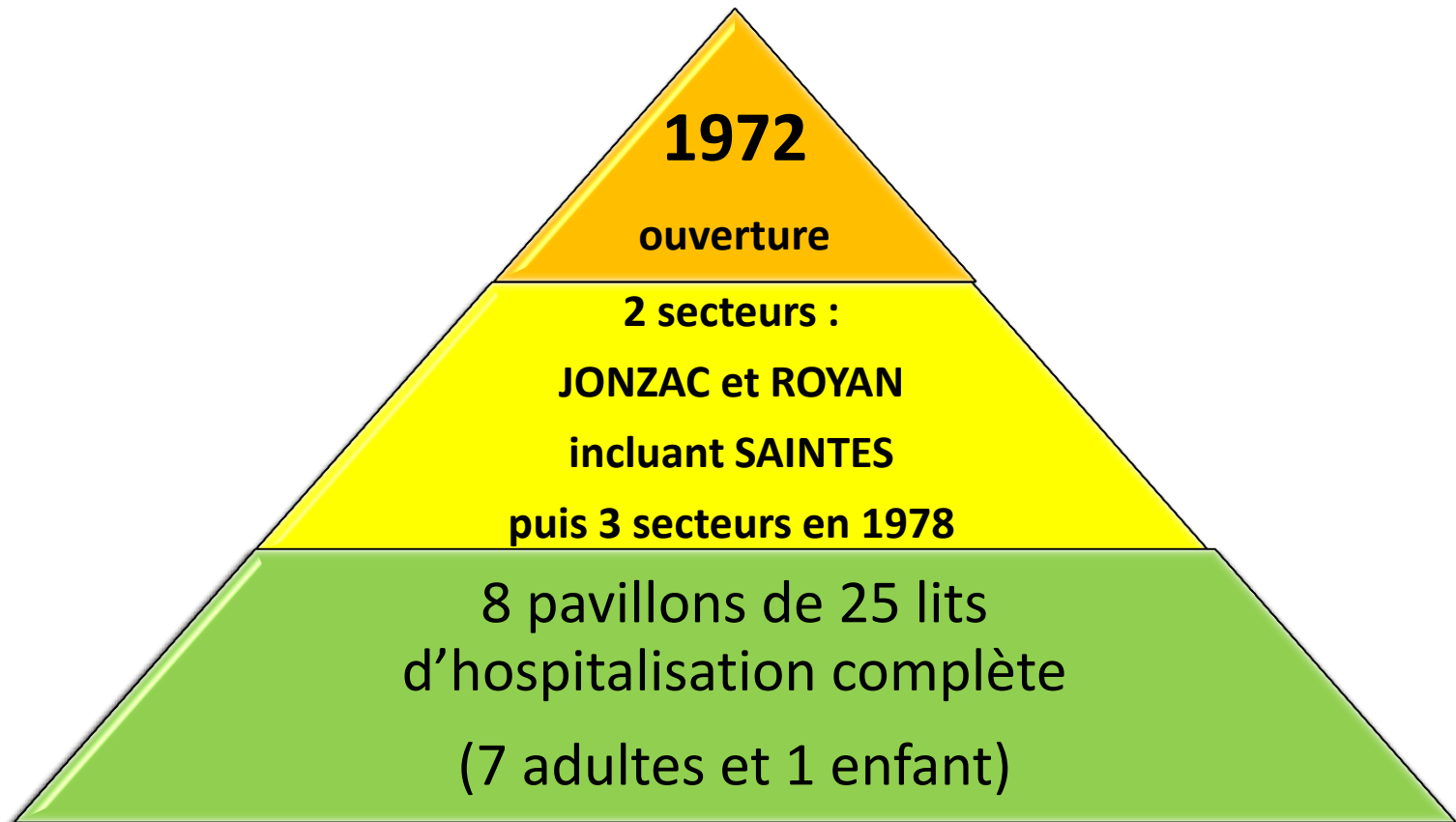


## Virage ambulatoire et facteurs contextuels



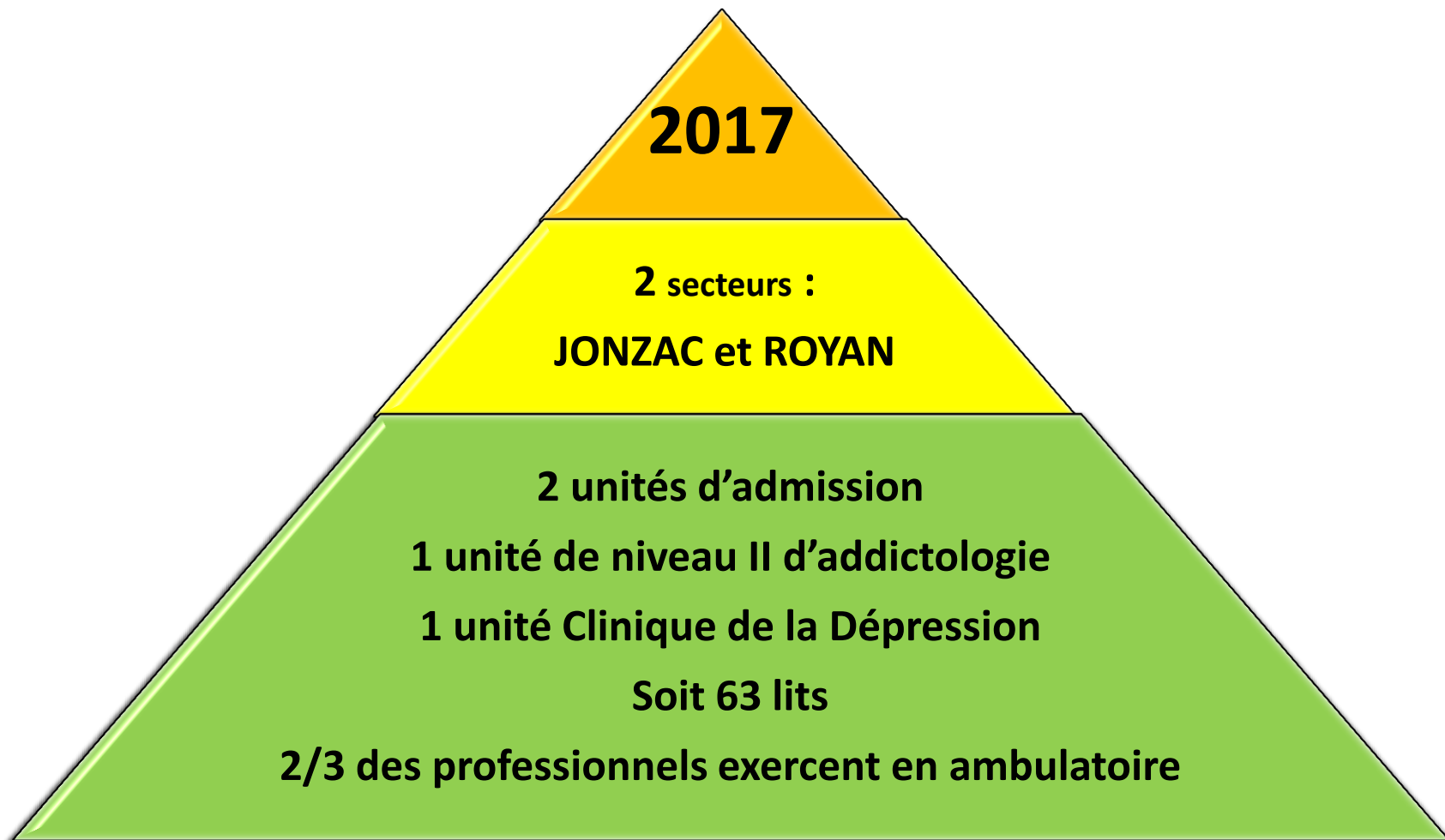
PROUTEAU Antoinette, *psychologue clinicienne spécialisée en Neuropsychologie – MCU Université Bordeaux*  
BONILLA-GUERRERO Julien, *ergothérapeute*  
LEGUILLERMIC Daniel, *Cadre Supérieur de Santé*  
DESTAILLATS Jean-Marc, *PH psychiatre*

# De l'hospitalisation complète...





# ... vers le virage ambulatoire



# Les transformations institutionnelles (1)

	LITS	HJ	Projet	Alternatives
<b>1972</b>	200		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapie institutionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociothérapie en intra</li> </ul>
<b>1985</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amorce de projets de réadaptation portés par les équipes de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redéfinition de l'offre d'hospitalisation suite au redécoupage des secteurs</li> </ul>
<b>1986 1990</b>	175	15 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des CMP sur chaque secteur</li> <li>• Développement de consultations avancées d'addictologie</li> <li>• Mise en place d'HJ pour les enfants</li> <li>• Placement Familial Thérapeutique</li> <li>• Développement de l'Accueil-Eveil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformation d'une unité pour accueillir les personnes ayant un problème d'alcool</li> <li>• Fermeture progressive de l'internat des enfants</li> </ul>
<b>1991 1992</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création Classe Infantile Médicalisée</li> <li>• Implantation du CAMPE sur Royan</li> <li>• Développement du CAMPE de Jonzac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redéfinition de l'intersecteur de pédopsychiatrie</li> </ul>

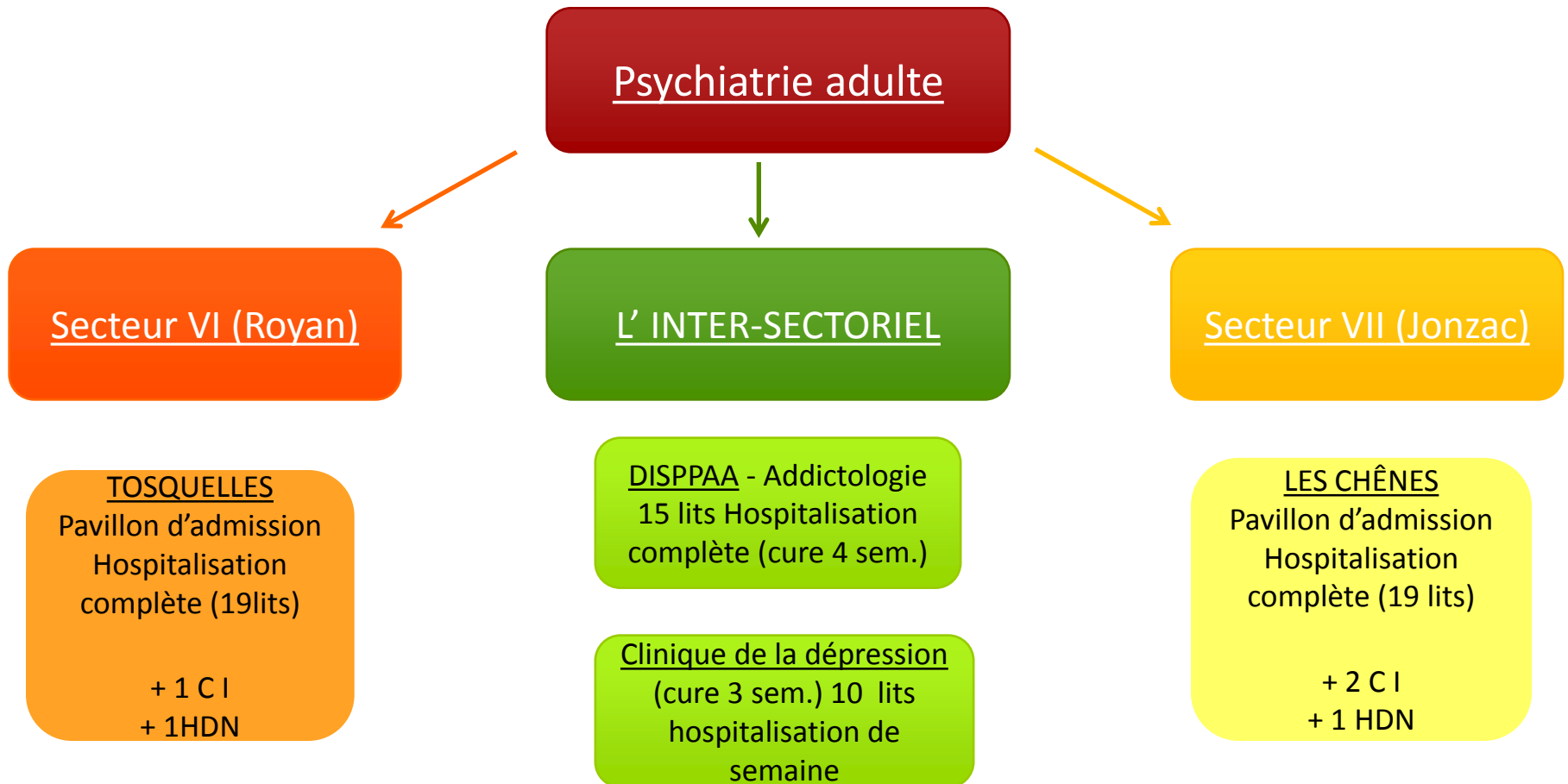
# Les transformations institutionnelles (2)

	LITS	HJ	Projet	Alternatives
<b>1993</b>	125	35	<ul style="list-style-type: none"><li>Élaboration de projets de dé-chronicisation sur deux unités de patients chroniques</li><li>Création de l'Unité Intersectorielle de Placement Familial</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Développement des antennes de CMP et de la Psychiatrie de Liaison</li><li>Développement de l'offre d'HJ</li></ul>
<b>2001</b>	120	5	<ul style="list-style-type: none"><li>HJ de Psychogérontologie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Diminution de lits d'HC</li></ul>
<b>2005</b>	95		<ul style="list-style-type: none"><li>Ouverture de la Clinique de la dépression en hospitalisation programmée (10 lits)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Diminution de 25 lits HC</li><li>Transfert du Secteur de Saintes</li></ul>

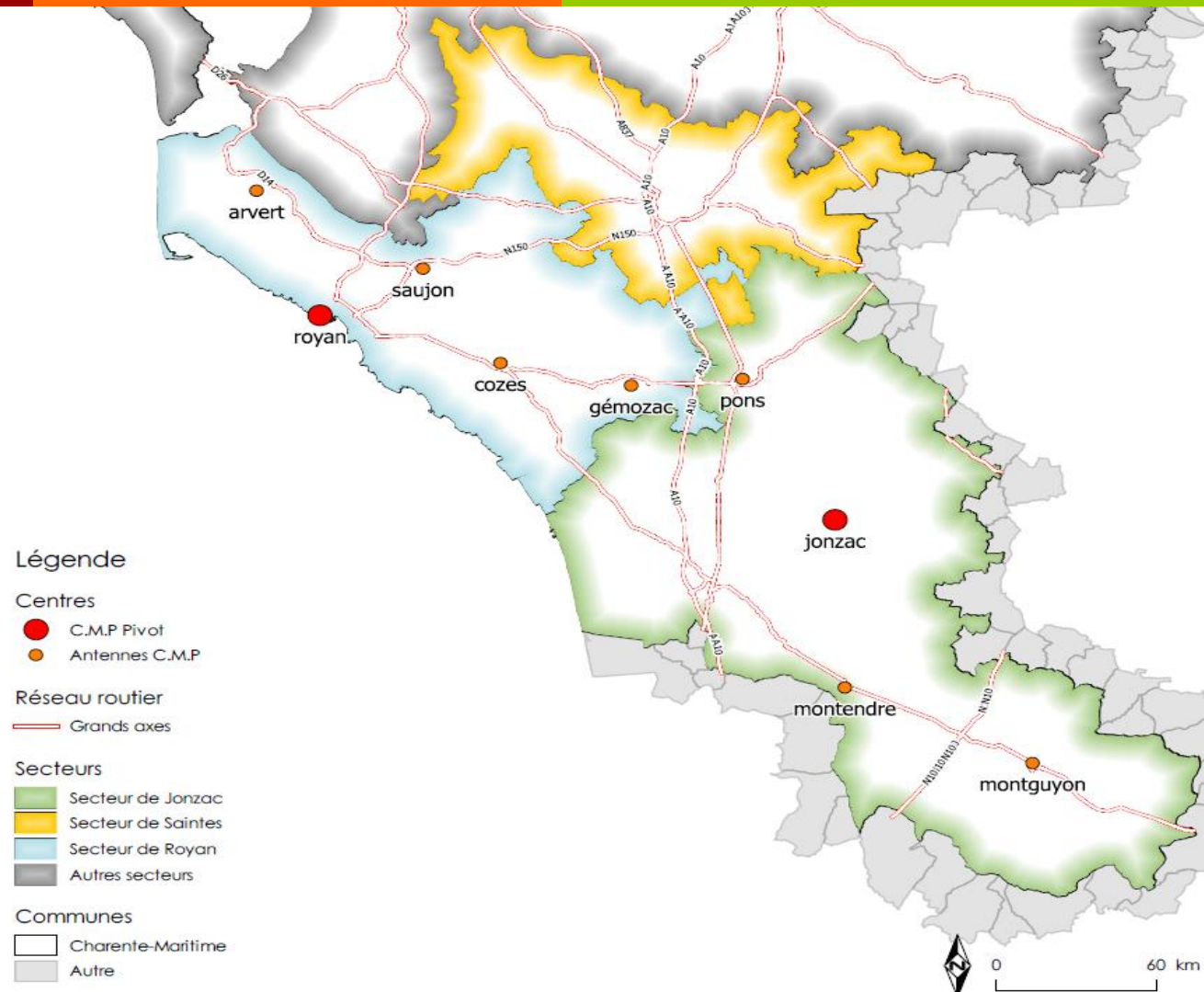
# Les transformations institutionnelles (3)

	LITS	HJ	Projet	Alternatives
<b>2008 2013</b>			Projet FAM handicap psychique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Création du SAMSAH handicap psychique</li></ul>
<b>2016</b>	68	55	27 places FAM ouvertes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fermeture dernière unité de patients chroniques</li></ul>
<b>2017</b>			Équipes mobiles de : <ul style="list-style-type: none"><li>• Psycho-gérontologie,</li><li>• Réhabilitation Psycho-Sociale et Remédiation Cognitive,</li><li>• Pour adolescents et jeunes adultes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise en place EMPP sur les 2 secteurs novembre 2017</li></ul>

# L'organisation intra-hospitalière



# Virage ambulatoire et territoire



# L'organisation extra-hospitalière

## Secteur VI (Royan)

E.S.P.A.S.  
Située à Royan

- 1 CMP Pivot
- 2 antennes
- HDJ
- ELSA
- PDL

E.S.P.R.I.T.  
Située à Gémozac

- 3 antennes
- HDJ
- Logement Supervisé

## Intersectoriel

### PSYCHOGERONTOLOGIE

C.S.A.P.A.

T.S.F.

E.M.P.P.

## Secteur VII (Jonzac)

La Passerelle  
Située à Jonzac

- 1 CMP Pivot
- 3 Antennes
- HDJ
- PDL
- ELSA
- Logement Supervisé

# L'organisation médico-sociale dédiée au handicap psychique

Domicile

Hébergement

SAMSAH  
Handicap psychique

FAM handicap psychique  
accueil temporaire

Unité Intersectorielle  
pour l'accueil familial



# L'évolution des représentations

- De la pathologie au handicap psychique
- L'empowerment et la dé-stigmatisation
- Un accompagnement co-construit
- La CIF (2001)
- La loi du 11 février 2005
- Profils cognitifs et psychose
- L'éducation thérapeutique

# L'évolution des postures soignantes

- Formation à l'abord systémique institutionnel et familial (15)
- Formation à l'éducation thérapeutique (70)
- Formation à la relation d'aide (70)
- Formation à la CIF et la GMAP (20)
- Projets de recherche sur le handicap psychique

# L'évolution des pratiques soignantes

## ➤ **Les évaluations intégrées du patient et du contexte**

- Évaluation du profil cognitif de fonctionnement
- Évaluation ergothérapique et fonctionnelle
- Diagnostic éducatif
- Évaluation systémique familiale
- Evaluation sociale

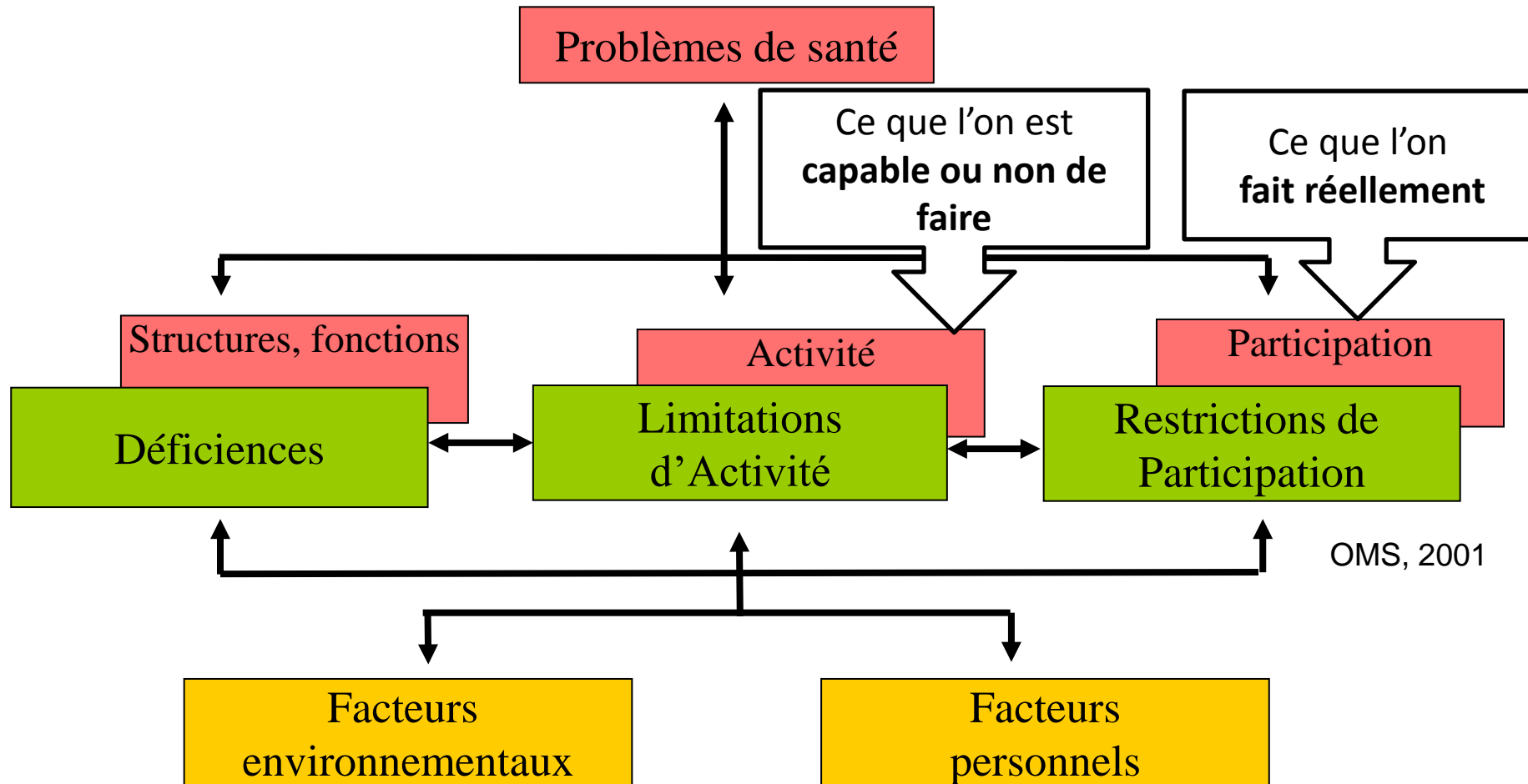
## ➤ **La co-construction systémique des projets**

- Patient famille institution

# L'opérationnalisation

- Projet de vie / projet de soin
- Une accessibilité et une offre de soins sur le territoire (CMP)
- Une offre médico-sociale dédiée au handicap psychique
- Des équipes mobiles d'accompagnement

# La CIF, modèle actuel du Handicap



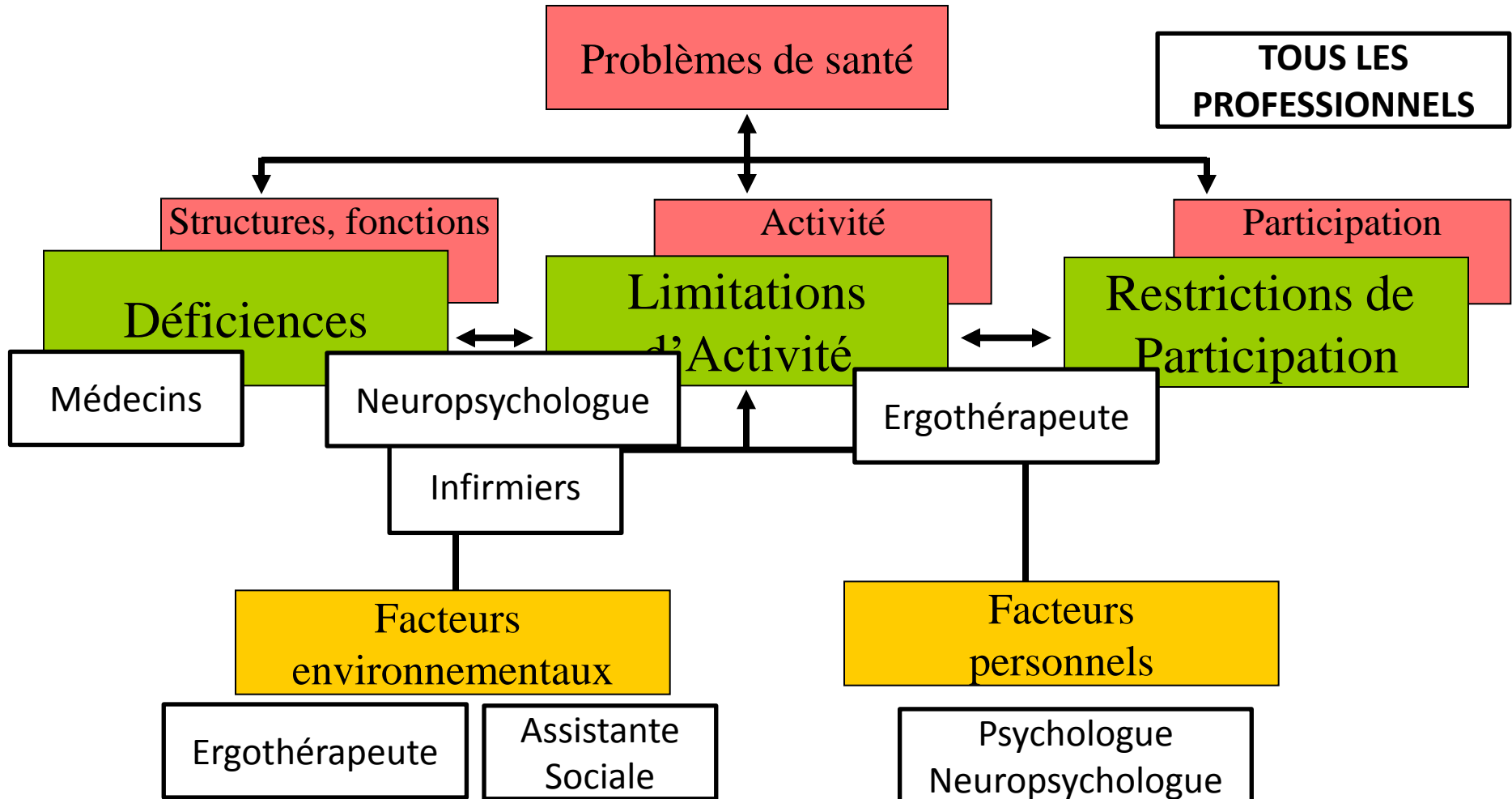
# Co-construction

## *Avec la personne*

- Pluri / Inter / Trans -professionnalité
  - Outils Professionnels du rétablissement
  
- La **G-MAP : Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation**
  - Entretien d'auto-évaluation
  - 6 dimensions
  - LA, RP et gêne
  - Facteurs contextuels : facilitateurs et/ou obstacles

Koleck M., et al. (2014) Un nouvel outil pour mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique ou cognitif : la G-MAP, in *L'information psychiatrique*, 2014/3 (Volume 90) , p. 197-205

# Vers la participation sociale





Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SciVerse ScienceDirect

et également disponible sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Article original

## Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : validation préliminaire de la G-MAP

*Measuring participation and environment in psychic and cognitive disability: Preliminary validation of the G-MAP*

Antoinette Prouteau<sup>a,b,\*</sup>, Michèle Koleck<sup>a</sup>, Christian Belio<sup>c</sup>, Yael Saada<sup>a</sup>, Karine Merceron<sup>a</sup>, Emmanuelle Dayre<sup>c</sup>, Jean-Marc Destailhats<sup>b</sup>, Catherine Barral<sup>d</sup>, Jean-Michel Mazaux<sup>c</sup>

<sup>a</sup> EA 4139, université de Bordeaux « psychologie, santé et qualité de vie », 33000 Bordeaux, France

<sup>b</sup> Département de psychiatrie d'adulte, centre hospitalier de Jonzac, Jonzac, France

<sup>c</sup> EA 4136, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

<sup>d</sup> École des hautes études en santé publique (maison des sciences sociales du handicap), Paris, France

### IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 3 février 2012

Accepté le 10 juillet 2012

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

CIF

Participation

Environnement

Traumatisme crânien

Schizophrénie

### R É S U M É

Malgré l'évolution des modèles théoriques du handicap, tels que la Classification internationale du fonctionnement (CIF), l'évaluation des restrictions de participation reste actuellement peu développée. L'objectif de cette recherche était de développer un outil permettant de décrire les restrictions de participation rencontrées dans le handicap psychique et cognitif en tenant compte des facteurs environnementaux (FE), et d'en effectuer une étude exploratoire en vue de travaux de validation ultérieurs. La méthode a été développée à partir d'une analyse critique de la littérature internationale et du travail concerté de chercheurs, cliniciens et associations d'usagers. La grille de mesure de l'activité et de la participation (G-MAP) a été administrée à 16 sujets traumatisés crâniens et 15 sujets souffrant de troubles schizophréniques. Les limitations d'activités (LA), les restrictions de participation et les

1 sur 160

Dossier  
technique

Avril 2017

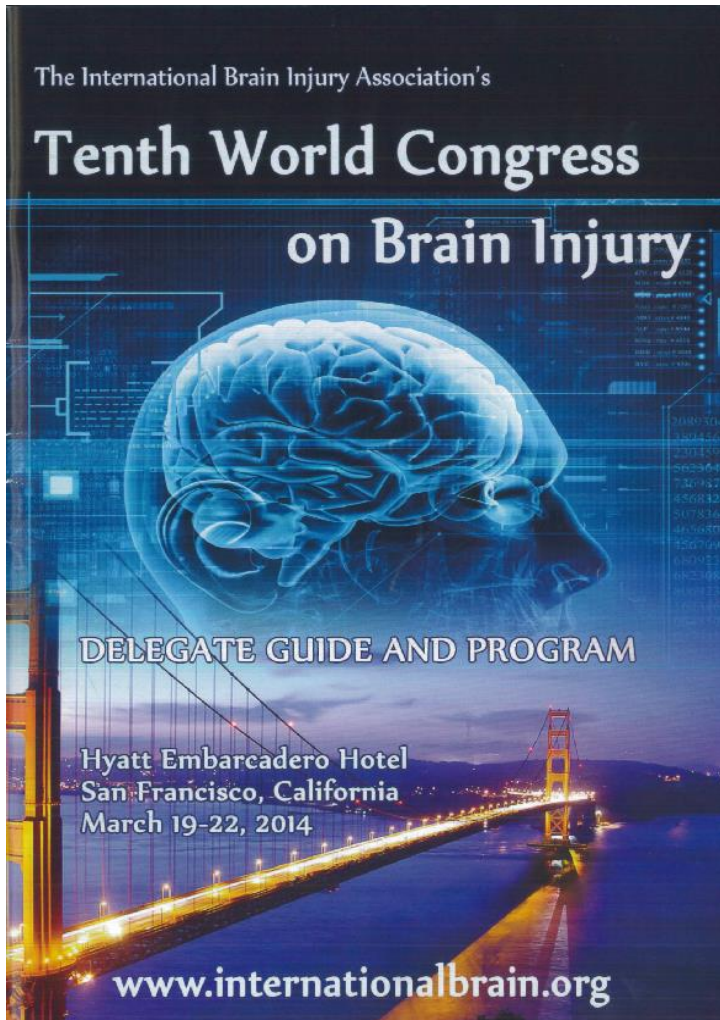
## Troubles psychiques

Guide d'appui pour l'élaboration de réponses  
aux besoins des personnes vivant  
avec des troubles psychiques



# Co-construction

## *Avec la famille*



### ➤ 3 niveaux d'interactions avec les familles

#### ➤ Niveau 1

Echange et partage d'informations

#### ➤ Niveau 2

Entretiens systémiques de projet

#### ➤ Niveau 3

Thérapies familiales systémiques

# Pratiques orientées vers le Rétablissement

## Evaluation

- **G-MAP**

- Diagnostic éducatif
- Bilan Neuropsychologique
- Bilan Ergothérapique
- Evaluation Sociale

Identifier le projet de vie et les ressources de la personne

## Cibles Thérapeutiques

- **Co-construction**

- Objectives et Subjectives
- Personne / Entourage / Equipe
- Objectifs à court / Moyen / Long Terme

Chaque axe de la CIF peut constituer une cible

## Intervention

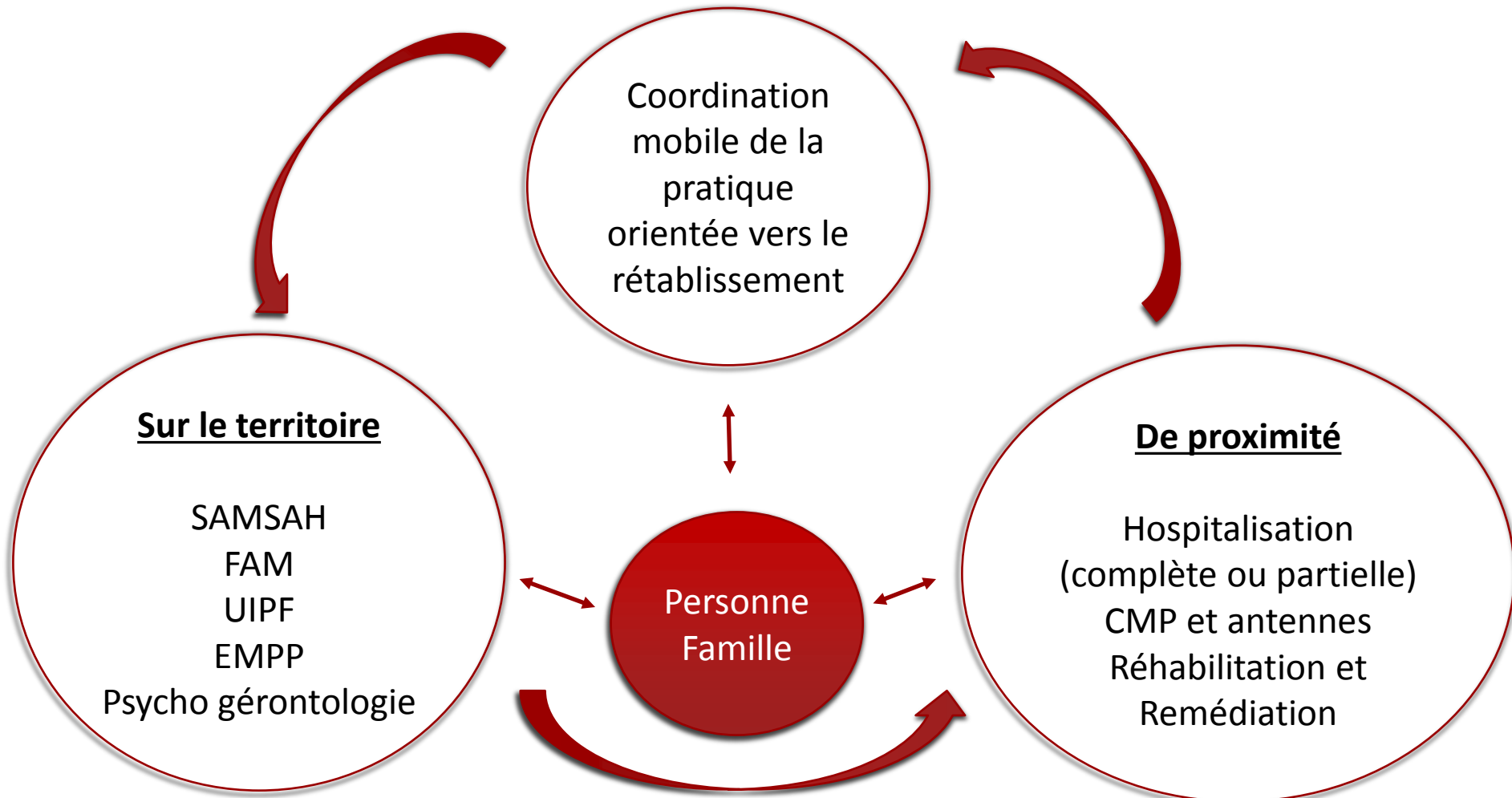
- Ateliers et soins (individuels et/ou de collectifs)
- Education thérapeutique
- Remédiation cognitive
- Accompagnement sur l'extérieur (VAD, démarches sociales, etc...)
- Thérapies (systémique, intégrative, cognitive....)
- Lien avec les partenaires

Outils à disposition

# Co construction

## *Dans l'institution*

### Pratiques orientées vers le rétablissement



# Références

- Prouteau A, Bonilla-Guerrero J, Cady F, Plane M, Destailats JM : Modèles du handicap et stratégies d'interventions : *pratiques orientées vers le rétablissement*, in Franck N : Traité de Réhabilitation psychosociale, sous presse



*MERCI DE VOTRE ATTENTION*



# Forum des ateliers à 14h

- **Atelier n°1** : améliorer le repérage précoce et les prises en charge dans le cadre ambulatoire en pédopsychiatrie - salle annexe
- **Atelier n°2** : fluidifier les parcours de soins - Amphithéâtre
- **Atelier n° 3** : renforcer les coopérations au sein des territoires au bénéfice du parcours de soins - salle culture
- **Atelier n°4** : réduire les situations inadéquates - salle Annexe
- **Atelier n°5** : améliorer la coordination des soins avec le premier recours - salle culture

# Conclusion

## Anne - Sophie LAVAUD

Adjointe au Directeur délégué chargé de l'Autonomie  
Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie  
Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine





*MERCI DE VOTRE ATTENTION*

