

- De nombreux psychologues, souvent jeunes et peu expérimentés se retrouvent isolés, notamment au sein des centres hospitaliers généraux. Il faut les appuyer et les réintégrer dans des réseaux professionnels :

- Système de tutorat (à l'image de ce qui a été fait pour les infirmiers)
- Collèges de psychologues multi établissements sur des territoires à définir.

- Le concours régional de fonction publique devrait être organisée annuellement pour éviter de gérer de nombreuses situations de contractuels.

- Des articulations seront recherchées avec l'Université :

- Adaptation des Masters à l'exercice professionnel
- Organisation, et suivi des stages (et conditions d'agrément des terrains de stage)
- Recherche

Les réflexions en cours s'élargissant vers le secteur extra hospitalier notamment médico social

4-2-4 médecins généralistes

4-2-4 a Etat des lieux

- la place des médecins généralistes

- Nous parlons ici surtout des médecins libéraux de famille, qui traitent environ 2/3 des pathologies mentales (lesquelles peuvent représenter jusqu'à la moitié de leur patientèle) et suivent la quasi-totalité (sur le plan somatique) des malades mentaux hors hôpital psychiatrique. Mais il y a aussi les médecins hospitaliers en services d'urgence ou de médecine et de gériatrie qui sont concernés.
- Certains praticiens maîtrisent et utilisent les techniques d'écoute, quelques uns pratiquent même des psychothérapies.
- Des médecins travaillent en direct avec des psychologues de CMP (ou libéraux)

- ce type de prise en charge rencontre de nombreuses difficultés :

- Image de la santé mentale dévalorisée dès les études médicales
- Formations théorique et pratique (stages) insuffisantes notamment sur les psychothérapies et l'utilisation des psychotropes
- Difficultés d'accès des patients psychiques dans les services somatiques hospitaliers
- Pauvreté des réponses à l'urgence à domicile
- Obstacles aux sollicitations de la psychiatrie publique : lisibilité de l'organisation, absence de correspondant précis, temps d'attente...ceci concerne aussi les enfants avec les CMPP, peu de retour d'informations vers les médecins traitants
- Prises en charge thérapeutiques (souvent longues) mal valorisées.

- la démographie des médecins généralistes :

- La médecine de 1^{er} recours est affaiblie en Picardie plus qu'ailleurs notamment par 2 facteurs :
 - Le moindre intérêt des internes pour la filière médecine générale (nombreux postes vacants)
 - Une proportion grandissante de généralistes n'exerçant pas la médecine de 1^{er} recours : carrières hospitalières avec acquisition de compétences spécifiques (addictologie, soins palliatifs, urgences...), modes d'exercices libéraux particuliers.

Ceci ne favorise pas la prise en charge de patients nécessitant des soins prolongés et complexes.

4-2-4 b Propositions

- Médecins généralistes installés :

- Favoriser les collaborations avec la psychiatrie de secteur : rencontres, retour d'information, travail en partenariat sur des mêmes patients, lisibilité des structures, réduction des délais de prise en charge sur sollicitation d'un médecin traitant.
- Renforcer le niveau de compétences : inscrire comme thème prioritaire la santé mentale dans les formations continues et évaluations de pratiques professionnelles, mettre en place des formations en collaboration avec la psychiatrie.
- Promouvoir des initiatives pour valoriser y compris financièrement la prise en charge thérapeutique.
- Enfin favoriser l'installation pour renforcer le réseau des médecins traitants

- Internes en médecine générale :

- Renforcer la place de la santé mentale dans l'enseignement théorique et la formation des maîtres de stage (en cabinet libéral)
- Faciliter l'accès à des stages en psychiatrie surtout vers la pratique ambulatoire.
- Conformément à la maquette en médecine générale (Cf annexe) favoriser le temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique : pour cela, dans le cadre de la procédure d'agrément identifier et faire connaître les services agréés pour la médecine générale accueillant des patients atteints de troubles psychiques (ex : urgences, médecine, gériatrie) et garantissant cet encadrement.

- Etudiants en médecine :

- Revaloriser l'image de la psychiatrie au cours des études et des stages
- Généraliser les formations à l'écoute, renforcer l'enseignement sur les psychothérapies et les psychotropes.
- Favoriser les stages en hôpital périphérique et en cabinet de médecine générale, plus propices à la formation sur les maladies mentales.

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

1 - PILOTAGE REGIONAL (commun au plan de santé mentale)

- Le groupe projet créé en 2005 comprend des représentants de l'ARH, les DDASS, l'URCAM, des échelons locaux du service médical de l'Assurance maladie. Les DDASS avaient désigné début 2006 des représentants départementaux.
- 2 référents régionaux ont été désignés :
 - Mme Laurence VAN DEN DRIESCHE, Secrétaire Générale de l'ARH
 - Dr René FAURE, médecin inspecteur régional (MIR).
- Une stratégie de déclinaison du plan de santé mentale a été élaborée début 2006 :
 - Il y a eu une validation en COMEX, (Commission Exécutive de l'ARH) de la démarche début 2007.
 - Le CTRI (Comité des Directeurs DDASS et DRASS) a validé la démarche en janvier 2006.

2 - COMMISSION REGIONALE DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE

- La commission de concertation en santé mentale a été installée le 17/1/07 par le directeur de l'ARH. Ont été présentés les différents programmes en cours et une concertation a été proposée sur la mise en œuvre et la révision du SROS 3 dans la région, ce qui a abouti à la création de 4 groupes de travail animés par des membres de la commission (réécriture du SROS psychiatrie, CMP adultes, inadéquations et pédopsychiatrie). Il a été prévu un premier bilan tous les 3 mois et la présentation du projet de SROS à la réunion de mai 2008. Rappelons qu'il s'agit de la révision du volet psychiatrie du SROS III 2006-2011.
- Il a existé 2 groupes de travail interrégionaux :
 - avec le Nord Pas de Calais : sur la mise en place du centre de référence interrégional délinquants sexuels : environ une réunion par trimestre à LILLE depuis fin 2005, y participent pour la région le MIR et le médecin de l'A.R.H.
 - avec la Haute Normandie et le Nord Pas de Calais pour la mise en place d'une journée de réflexion réalisée à Amiens le 13/11/07 sur logement et maladie mentale à la demande de la DGAS : réunions mensuelles par visio conférence à partir d'une première réunion le 15/3/07.

3 - GROUPES DE TRAVAIL ET THEMATIQUES

3-1 Révision du SROS (M. DELAHAYE, Directeur du CH Pinel))

Le groupe de travail régional chargé de coordonner la révision du volet Psychiatrie du SROS III et qui était animé par Monsieur Gérard DELAHAYE, Directeur du Centre Hospitalier Philippe PINEL et par Monsieur le Docteur FAURE, Médecin-Inspecteur Régional de la Santé, s'est réuni à neuf reprises au cours des années 2007 et 2008.

Les réunions ont eu lieu à intervalles réguliers et ont notamment permis au fur et à mesure de valider les différentes propositions des groupes de travail qui avaient été constitués sur un thème particulier et les autres groupes de travail qui ont été constitués au fur et à mesure de l'état d'avancement des travaux.

Il convient de noter une participation soutenue à ces réunions puisque ce sont, à chaque réunion, entre 25 à 30 personnes qui étaient présentes.

Ce groupe de travail avait été constitué de façon pluridisciplinaire (corps médical, directeurs d'hôpital, psychologues, assistantes sociales, tutelle) mais était composé également de l'ensemble des composantes du monde hospitalier qu'il soit sanitaire ou social : FHF, FHP, FEHAP, URIPSS, acteurs du secteur social et médico-social, et représentants des trois départements de la Région. Les représentants des usagers étaient également représentés par l'intermédiaire de l'UNAFAM. Il est également à souligner la présence de l'Association CROIX MARINE.

Des comptes-rendus de réunions ont été établis et largement diffusés à chacun des membres.

Il a été instamment demandé au sein de ce groupe de travail régional qu'à l'issue de la révision du volet de psychiatrie du SROS III, ce groupe puisse continuer à se réunir particulièrement pour en suivre son application et en assurer son évaluation sous l'égide de la CRCSM.

3-2 CMP adultes

- Le groupe de travail a été animé par Mme PRUDHOMME MELIQUE, psychologue au CH PINEL et Mme TURBAN, psychologue au CHI de CLERMONT et a compris des psychiatres et psychologues de la SOMME et de l'OISE. Il faut noter la grande fréquence des réunions et l'assiduité des participants ;

Lors de la constitution de la Commission de concertation en santé mentale l'A.R.H. a préconisé les objectifs suivants concernant le fonctionnement des CMP adultes :

- Elargir les plages horaires
- Réduire les délais d'une prise de rendez-vous
- Réserver des créneaux horaires pour l'accueil d'urgence.

Le groupe de travail constitué a décidé de mener une enquête par l'intermédiaire d'un questionnaire auprès des professionnels de chaque CMP afin d'être au plus près des fonctionnements de ceux-ci dans la région Picarde et de retenir les propositions les plus adaptées aux besoins des usagers de la région et les plus pertinentes pour la prévention et la prise en compte de la souffrance psychique des patients et de leurs familles.

- L'enquête a été lancée auprès de l'ensemble des CMP adultes de la région (une trentaine), conçue et exploitée par le groupe avec un très bon taux de retour dans la mesure où tous les intervenants des CMP se sont sentis concernés. Elle comprenait des éléments quantitatifs et qualitatifs sur le fonctionnement des CMP.

3-3 Inadéquations en hospitalisation complète adultes

- Le groupe de travail a été animé par le Dr LERNOUT, président de la CME du CHS PINEL à AMIENS et le Médecin Inspecteur Régional. Il a réuni des représentants de la psychiatrie, des établissements médico-sociaux, des Conseils Généraux et MDPH (Maisons Départementales du Handicap), du service médical de l'Assurance Maladie et des DDASS.
- Il a travaillé selon 2 axes principaux :
 - quantification des inadéquations : enquête auprès des établissements de santé mentale à partir d'une grille d'évaluation validée par le groupe.
 - articulations entre la psychiatrie et le secteur médico-social : définition de bonnes pratiques.
- Cela correspond à 2 priorités :
 - Susciter la création de places spécifiques en secteur médico social pour les malades mentaux à partir d'une évaluation des besoins
 - Faciliter l'accueil de malades mentaux sur des places et établissements non spécifiques en renforçant le partenariat avec la psychiatrie.

3-4 Pédopsychiatrie

Présentation du groupe de travail

M DANDEL, Directeur Général de La Nouvelle Forge (association de santé mentale du sud de l'Oise), a animé un groupe de travail composé de :

- Représentants de chacun des secteurs de pédopsychiatrie de la Picardie
- Représentants des Conseils Généraux, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, des familles, des établissements médico sociaux publics et privés, A.R.H., D.R.A.S.S., M.D.P.H.
- Une dizaine de réunions sur une période de 15 mois, de janvier 2007 à mai 2008.

Méthodologie

- Etudes des données contenues dans les bases publiques : FINESS, SAE.
- Séances de groupes pour échanger et connaître les attentes des uns et des autres (réunions dans chaque département)
- Etudes des données recueillies à partir de questionnaires en direction des secteurs de pédopsychiatrie, des CMPP et des partenaires : compléter les données statistiques et préciser les attentes ayant émergé lors des travaux en groupe.
- Pré rapport
- Validation en groupe
- Rapport
- Validation en groupe.

3-5 Santé – justice

3.5.1 Soins aux détenus

- Groupe de travail animé par le Dr LEMAIRE, Médecin-chef du SMPR (Amiens) du CHS Pinel
 - Comprenant des représentants des UCSA de LAON et CHATEAU-THIERRY (infirmiers, éducateur spécialisé), de la Fédération des Soins aux Détenus de l'Oise (Dr SAVIN, Médecin-chef), du SMPR (psychiatres, psychologues, cadre de santé), de la PJJ de la Somme (infirmière, directrice adjointe) et du responsable de l'Action Sanitaire de la DRSP (Direction Régionale des Services Pénitentiaires) de Lille
 - 3 réunions : 6 février, 5 mars et 23 avril 2008
- Audit clinique de la DHOS sur l'établissement pénitentiaire de CHATEAU-THIERRY
- Rapports d'activité 2007 du SMPR et de la Fédération des Soins aux Détenus de l'Oise
- Rapports des missions d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires

3.5.2 Délinquants sexuels

Le groupe de travail a été lancé en septembre 2007 par le médecin inspecteur régional d'abord limité à la Justice (dont établissements pénitentiaires, services d'insertion probation, DRSP et PJJ) et aux forces de répressions puis élargi à la psychiatrie avec une réunion par trimestre. Une enquête a été lancée sur les CMP, la Justice et les établissements pénitentiaires (3 réunions au total).

3-6 Familles (UNAFAM)

L'UNAFAM a élaboré une contribution spécifique, à partir d'un groupe régional mais a également participé à l'ensemble des groupes de travail.

3-7 Télé médecine en psychiatrie

- Le groupe de travail a été animé par M. PENVEN, responsable des systèmes d'information à l'ARH

- La contribution a été rédigée par M. PREVOTEAU, Directeur Adjoint au CHS Pinel

3-8 autres thématiques

Elles ont été abordées dans un second temps voire dans la phase finale de rédaction du présent volet révisé :

- Psychogériatrie : groupe de travail animé par le Dr FAURE et Mme PRUDHOMME (service socio éducatif du CHS Pinel) associant notamment les Conseils Généraux, les centres hospitaliers psychiatriques et généraux et les maisons de retraite : 3 réunions entre Mai et Juillet 2008.
- Précarité : mêmes animateurs, 1^{ère} réunion en juin 2008 avec notamment des représentants des institutions d'hébergement social
- Urgences : enquête auprès des établissements et contributions confiées à M. MAILLARD, Directeur Adjoint du CHI de Clermont + entrevue avec le Dr AMIRATI du SAMU 80
- Recherche et enseignement : contributions des Prs MILLE et LOAS (et de l'UNAFAM) soumises aux membres de la CRCSM et des groupes de travail, du Dr DUFOR pour les médecins généralistes
- secteur privé : rencontres avec des représentants de l'URML, de la FHP et de cliniques privées
- Place des psychologues : groupe lancé en juin 2008, avec Mme TURBAN (psychologue au CHI de Clermont) et le MIR.

Enfin les services de la DRASS ont été mobilisés pour la rédaction et des apports d'informations notamment statistiques, également pour l'exploitation et la réalisation d'enquêtes.

4- AUTRES INSTANCES CONCERNEES

4-1 Commission régionale de la naissance

Comprenant des représentants de professionnels et institutions concernés par maternité et petite enfance, elle a été consultée notamment pour le suivi psychologique en périnatalité avec une enquête sur l'ensemble des maternités.

4-2 CROSEA

La Commission Régionale de l'Organisation des Soins de l'Enfant et l'Adolescent a été consultée sur la prise en charge psychiatrique des 16-18 ans et jeunes adultes et a constitué un groupe de travail à cet effet avec enquête téléphonique auprès des établissements de santé mentale secteurs adultes et enfants.

4-3 Groupe de travail démographie médicale

Créé en 2005, il est animé par le Médecin Inspecteur Régional et comprend des représentants des établissements de santé, de l'URCAM, l'URML, l'ARH et les internes. Il travaille sur le plan régional et les mesures relatives à la démographie médicale hospitalière.



TROISIEME PARTIE : APPROCHE THEMATIQUE : ETAT DES LIEUX ET ORIENTATIONS

1 - PSYCHIATRIE ADULTE GENERALE

1-1 - Démographie et moyens des secteurs de psychiatrie (Cf annexe 2)

1-2 - Offre en lits et en places (Cf annexe 3)

DONNEES SAE 2006

Psychiatrie
 Région: PICARDIE
 Statut juridique : Tous établissements de santé
 Catégories : Toutes
 Mode de financement : Tous
 PSPH : Tous
 Etat de validation : Au moins validé établissement
 Groupe : Tous
 Taille : Tous
 Type de calcul : Cumulé

Participation à la sectorisation psychiatrique :

si oui : Nombre de secteurs de psychiatrie générale :

Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

Nombre de dispositifs intersectoriels formalisés :

4 oui

21

6

9

2 oui

24

Interventions en milieu pénitentiaire :

Nombre de conseils de secteur :

CAPACITES D'ACCUEIL

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel		
	Nombre de lits ou places installés						Nombre de places		
Hosp. Temps plein (y compris hospitalisation de semaine) (TA 03 et TA 20)	Placement familial thérapeutique (TA 24)	Accueil en appartement thérapeutique (TA 37)	Accueil en centre de post cure (TA 38)	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*) (TA 39)	HAD (TA 06)	Hosp. jour (TA 04)	Hosp. nuit (TA 05)	Accueil en CATTIP et ateliers thérapeutiques (TA 21)	
Psychiatrie générale	1421	39	0	36	0	192	269	56	155
Psychiatrie infanto-juvénile	68	41	0	0	0	0	217	8	40
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dispositif intersectoriel formalisé	17	0	0	0	0	0	0	0	4
Total psychiatrie (champ calculé)	1506	80	0	36	0	192	486	64	199

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général

165-

ACTIVITE

	Prises en charge à temps complet						Prises en charge à temps partiel		
	Nombre de journées						Nombre de venues (somme des venues et demi-venues)		
Hosp. Temps plein (y compris hospitalisation de semaine) (TA 03 et TA 20)	Placement familial thérapeutique (TA 24)	Accueil en appartement thérapeutique (TA 37)	Accueil en centre de post cure (TA 38)	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*) (TA 39)	HAD (TA 06)	Séjours thérapeutiques	Hosp. jour (TA 04)	Hosp. nuit (TA 05)	Accueil en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et ateliers thérapeutiques
Psychiatrie générale	434437	12460	0	9139	0	20970	41830	2677	100891
Psychiatrie infanto-juvénile	12325	8543	0	0	0	655	29618	176	15981
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dispositif intersectoriel formalisé	5367	0	0	0	0	0	32	28	5479
Total psychiatrie (calculé)	452129	21003	0	9139	0	20970	71480	2881	122351

(*) hors présence psychiatrique à l'hôpital général

166-

**PRISE EN CHARGE
AMBULATOIRE**

	CAPACITES		ACTIVITE				
	Nombre de structures		Nombre d'actes, soins et interventions :				
	CMP ou unité de consultation du secteur	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine (TA07)	CMP ou unité de consultation du secteur	à domicile	en institution substitutive au domicile	d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	en établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire
Psychiatrie générale	8	24	163087	38499	12151	13926	227
Psychiatrie infanto-juvénile	1	8	51806	52	53	820	227
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0	0	5845		31682	0	
Dispositif intersectoriel formalisé	0	1	14531	3	4	0	
Total psychiatrie (calculé)	9	33	235289	38554	43870	14746	227

167

Version 26/08 intégrant PF

35

1-3- Fonctionnement des CMP (Cf annexe 4)

1-3-1 État des lieux

1-3-1a- Bilan réalisé par l'enquête

Les 32 CMP ayant répondu à l'enquête offrent leurs services à une population moyenne de 56 000 personnes, regroupant de 1 à 6 ou 7 cantons ; sur chaque secteur de rattachement, ou groupe de secteurs de rattachement, il y a en moyenne 2 CMP.

S'y ajoutent des consultations psychiatriques en Centre Médico Sociaux – principalement dans la Somme avec 14 points de consultations, et 24 établissements ont un CATTM soit à proximité soit à l'intérieur du CMP.

Les personnels de ces CMP interrogés effectuent au total 2 665 demi-journées par semaine, soit quelques 12 000 demi-journées par mois, qui sont ventilées comme suit par profession :
Demi-journées par semaine (totaux) :

Spécialités	Totaux	Moyenne	Médiane
Psychiatres	295	9,2	8
Autres médecins	24	0,8	0
Psychologues	421	13,4	10
Infirmiers	1 093	34,2	34
Cadres	203	6,3	6
Autres paramédcaux	28	0,9	0
Travailleurs sociaux	222	6,9	6
Secrétaires	286	6	9
Autres	93	3	6

Les CMP qui ont répondu ont une file active moyenne de 708 patients dont 175 nouveaux patients soit 25 %. Chaque année, ils délivrent quelques 62 000 consultations psychiatriques et 45 000 consultations de psychologues.

Version 26/08 intégrant PF

168

36

L'activité annuelle des CMP se répartit comme suit :

Actes	Totaux	Moyenne	Médiane
Consultations psychiatriques	62 000	2 211	1 984
Consultations de psychologues	43 000	1 621	1 430
Entretiens et actes infirmiers	74 655	2 488	2 516
<i>Dont : visites à domiciles d'infirmiers</i>	<i>8 510</i>	<i>851</i>	<i>500</i>
<i>Dont : entretiens d'infirmiers</i>	<i>8 952</i>	<i>895</i>	<i>575</i>
Assistances sociales : entretiens et actes	14 106	522	256
Entretiens et actes en équipe pluridisciplinaire	2 298		
Entretiens et actes d'éducateurs	1 606	321	84
Actes de psychomotricité	872	145	95

Le taux moyen de patients qui font l'objet d'une « injonction de soins » dans chaque établissement est de 15 %.

Comme base comparative, nous nous sommes appuyés sur le rapport de mars 2007 de la MEAH concernant l'organisation des CMP (les autres études ne mentionnant que les ETP par secteur) ; nous avons pris la moyenne des effectifs traduite en demi-journées à savoir :

- Psychiatres et médecins 19
- Psychologues..... 15
- Infirmiers 58
- Cadres..... 7
- Autres paramédicaux 2
- Secrétaires 14
- Travailleurs sociaux 6

Lorsque l'on compare ces données, on note **une nette sous-dotation des CMP picards (aggravée par la démographie des professions de santé)**, cela entraîne une attente importante pour une première consultation, notamment médicale et une impossibilité d'étendre les créneaux de consultations.

L'écart est particulièrement criant au niveau des médecins mais aussi au niveau des psychologues, infirmiers, secrétaires et autres paramédicaux. Ainsi le temps médian d'attente pour les psychiatres se situe autour de 4 à 5 semaines, celui des psychologues de 4 à 8 semaines.

1-3-1b Réflexions

Dans toute la région Picarde les missions principales énoncées dans l'enquête sont les suivantes :

- le CMP exerce un rôle régulateur en articulation avec les autres structures extra et intra hospitalières
- le CMP a une fonction d'accueil, en qualité de premier interlocuteur avec la population, de prévention et de diagnostic
- le CMP réalise un travail en réseau avec les médecins généralistes, le médico social, la justice, l'Education Nationale, les familles et les diverses associations
- c'est une structure de soins qui vise régulièrement à prévenir les hospitalisations par les moyens à sa disposition que sont les consultations psychiatriques, psychologiques, les visites à domicile, les entretiens d'infirmiers et d'assistantes sociales.

L'enquête sur le fonctionnement des CMP de la région picarde révèle les appréciations suivantes de la part des professionnels des CMP Picards :

- l'inadaptation des locaux (y compris l'accès aux handicapés physiques)
- le besoin de renforcement en personnels soignants
- la charge de travail administratif considérée au détriment de la réflexion clinique et du soin
- une inflation des demandes (avec une évolution quant à la nature : conjugopathie, problèmes de violence ou liés à la précarité sociale, injonctions judiciaires de soins) sans personnel soignant supplémentaire, ayant entraîné ipso facto une augmentation des délais d'attente
- l'incidence sur les CMP des hospitalisations écourtées en raison du manque de place en intra hospitalier.

La réduction du nombre des lits d'hospitalisation entraîne souvent des sorties prématurées sans préparation ni projet élaboré avec le patient, ce qui alourdit l'activité des CMP, altère la qualité des soins et entraîne de nombreuses ré hospitalisations, situation intolérable tant pour les soignés que pour les soignants les « transformant » ainsi en pourvoyeurs d'urgences.

De plus, le manque de place dans les institutions relevant du secteur médico-social (E.S.A.T., Foyers de vie, M.A.S., maisons de retraite, etc...) accentue ces faits.

1-3-2 Propositions

Nous rappelons que les soins en psychiatrie doivent s'inscrire dans la durée.

Le CMP reste un outil indispensable et fondamental de soins ambulatoires et doit conserver une **taille humaine** avec une **équipe pluri disciplinaire formée à la clinique psychiatrique** qui connaît bien les patients et leur famille afin d'**accueillir, orienter** et **proposer** une prise « en soins » appropriée et adaptée.

1-3-2 a - Accueillir

L'enquête montre que bon nombre de CMP se sont déjà organisés pour accueillir des populations ayant des rythmes de vie différents (populations rurales, semi rurales, urbaines ou contraintes à des migrations quotidiennes pour raisons professionnelles).

Les plages horaires de consultations tiennent compte au mieux de ces impératifs. Une uniformisation de celles-ci dénierait ces particularités, et ne serait pas en adéquation avec la demande de la population.

De plus, une augmentation des amplitudes d'ouverture des CMP reste impérativement conditionnée à une augmentation des effectifs en personnel soignant.

Cependant plusieurs CMP situées sur une même agglomération urbaine pourraient se coordonner pour proposer un créneau horaire élargi notamment en soirée.

	horaires accueil téléphonique	qui répond	horaires ouverture public	horaires consultations pluridisciplinaires	jours/semaine	reception sans RDV	temps d'attente d'une 1 ^o consultation	Delai pour une consultation en urgence	qui reçoit?
cmp chauny	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-18H	le mardi	pas de réponse	pas de réponse	pas de réponse	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp château thierry	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-18H30	les lundi et vendredi	oui	1 mois	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp hirson	8H30-17H00	secrétaire et infirmier	8H30-17H00	pas de réponse		oui	1 semaine/psychiatre, 2 mois psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp laon	8H-17H	secrétaire et infirmier	8H-17H +9H-12H le samedi	8H-18H		oui	1 mois /psychiatre, 3mois /psychologue	immédiat	infirmier
cmp soissons	8H-18H	secrétaire et infirmier	8H-18H +9H-12H le samedi	8H-20H		oui	4 mois/psychiatre, 6 mois/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp ternier	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	pas de réponse		oui	pas précisé	immédiat	infirmier
cmp villers cotterets	13H-17H, 9H-12H Le vendredi	secrétaire et infirmier	13H-17H, 9H-12H Le vendredi	pas de réponse		oui	1 mois/psy	immédiat	infirmier
cmp beauvais	9H-17H lundi,jeudi,vendredi, 9h-19H mardi,mercredi	secrétaire et infirmier	9H-17H lundi, jeudi, vendredi, 9H-19H mardi, mercredi	9H-17H lundi, jeudi, vendredi, 9H-19H mardi, mercredi			2 mois/psychiatre, 1 an/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp breteuil	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H	le jeudi	oui	15/ psychiatre, 6 mois/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp chambly	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H lundi au jeudi	pas de réponse		oui	2 mois/psychiatre, 6 mois/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp chantilly	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H	mardi,jeudi	oui	1 mois	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp chaumont en vexin	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H		oui	2mois/psychiatre, 1 mois/psychologue	immédiat	personnel soignant
cmp clermont	9H-18H	secrétaire et infirmier	9H-18H 19H-21H, 9H-17H, 9H-18H	lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi		oui	2mois/psychiatre, 6 mois/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp creil	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H	lundi,mardi,jeudi	oui	2 mois/psychiatre	immédiat	infirmier

Version 26/08/08 intégrant PF

39

	horaires accueil téléphonique	qui répond	horaires ouverture public	horaires consultations pluridisciplinaires	jours/semaine	reception sans RDV	temps d'attente d'une 1 ^o consultation	Delai pour une consultation en urgence	qui reçoit?
cmp grandvilliers	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H	le mardi	oui	15/psychiatre, 6 mois/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp liancourt	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-18H30, 9H-19H, 9H-18H30	lundi,mardi,mercredi	oui	2 mois/psychiatre, 4 mois/psychologue	immédiat	infirmier, psychologue
cmp meru	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-20H	mercredi	oui	1 mois/psychiatre, 6 mois/psychologue	immédiat	infirmier
cmp montataire	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-20H	1 fois/mois	oui	1 mois/psychiatre, 6 mois /psychologue	immédiat	infirmier
cmp noyon	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H	mercredi	oui	3 mois/psychologue	immédiat	infirmier, psychologue
cmp st just en chaussée	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-18H,9H-20H,9H-19H, 9H-17H, 9H-18H	lundi, mardi, mercredi	oui	2 mois/psychiatre, 6 mois/psychiatre solignant	immédiat	personnel soignant
cmp senlis	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-20H,9H-19H30	lundi, mercredi	oui	1 mois/psychiatre, 1 mois/psychologue	immédiat	infirmier, psychologue
cmp abbeville	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-20H15,9H-19H,9H-19H30,9H-19H15	lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi	oui	15/psychiatre, 1 mois/psycho	immédiat	infirmier, psychologue
cmp amiens delpech	8H30-18H30	secrétaire et infirmier	8H30-18H30	8H30-18H30,9H-12H30	le samedi	oui	2 mois/psychiatre, 15/psychologue	immédiat	infirmier, psychologue
cmp amiens cristal	8H30-18H	secrétaire et infirmier	8H30-18H	8H30-12H30	le samedi	oui	2 mois/psychiatre, 5 mois/psychologue	immédiat	infirmier, psychologue
cmp amiens catalas	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H30,9H-18H,9H-19H,9H-19H	lundi, mardi, jeudi, vendredi	oui	1 mois/psychiatre, 15/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp amiens delpech 2	8H30-17H	secrétaire et infirmier	8H30-17H	8H30-18H,9H-12H30	vendredi, samedi	oui	2 mois/psychiatre, 3 mois/psychologue	immédiat	personnel soignant
cmp friville	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H30	vendredi	oui	8/psychiatre, 15/psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier, psychologue
cmp montdidier	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-18H30	mardi,jeudi	oui	1 mois/psychiatre, 2 mois/psychologue	immédiat	personnel soignant
cmp peronne	8H30-18H30	secrétaire et infirmier	8H30-18H30	8H30-19H30	1 fois/semaine	oui	1 semaine/psychiatre et psychologue	immédiat	Psychiatre, psychologue
cmp albert	8H30-18H30	secrétaire et infirmier	8H30-18H30	8H30-19H30	1 fois/semaine	oui	1 semaine/psychiatre et psychologue	immédiat	Psychiatre, psychologue
cmp ham	8H30-18H30	secrétaire et infirmier	8H30-18H30	8H30-19H30	1 fois/semaine	oui	1 semaine/psychiatre et psychologue	immédiat	Psychiatre, psychologue
cmp doullens	9H-17H	secrétaire et infirmier	9H-17H	9H-19H	jeudi	oui	1 mois/psychiatre, 15/ psychologue	immédiat	Psychiatre, infirmier

Version 26/08/08 intégrant PF

40

- tous les CMP à l'exception de 4 ouverts le samedi offrent des consultations au-delà des horaires d'ouverture au moins deux fois par semaine.

Sans délai, dans tous les CMP il existe un accueil et des consultations non programmées pour des situations d'urgence aux heures et jours d'ouverture.

La meilleure façon de pallier à l'urgence psychiatrique est d'effectuer de la prévention, c'est-à-dire que le patient puisse avoir un accueil rapide et des soins adaptés et concertés (ambulatoires ou hospitaliers).

Il convient de distinguer les patients présentant des pathologies subaiguës qui relèvent d'une prise en charge en CMP (ce qui est déjà réalisé) des patients relevant d'une réelle urgence psychiatrique, pouvant être intégrée à une urgence vitale, qui nécessite une prise en charge dans une structure adaptée c'est-à-dire d'urgence, seule structure réellement habilitée à ce type de soins car suffisamment médicalisée.

Il est important que les médecins de premiers recours (médecins généralistes, SAMU, pompiers) soient formés à cette distinction et que le patient puisse y avoir facilement accès (nous rencontrons là le problème plus général des urgences médicales).

1-3-2 b - Orienter

Les établissements psychiatriques de Picardie ont créé des unités d'accueil et d'urgence ouvertes 24h/24 et 365 jours/365.

Ce sont ces dispositifs qu'il faudrait d'abord connaître pour que les usagers et les professionnels de santé puissent s'emparer de ces informations afin de mieux orienter et de s'adresser aux structures adaptées.

La **prévention** passe par un **renforcement** en amont des structures :

- pédopsychiatriques de prise en charge de l'adolescent qui font cruellement défaut en Picardie
- de psychiatrie adulte.

Les pouvoirs publics doivent promouvoir auprès des usagers un accès facilité aux CMP ce qui nécessite :

- une identification précise des lieux de consultation en CMP ou autre avec une nomination précise, compréhensible et diffusée
 - une publication précise dans les pages jaunes de l'annuaire à la rubrique des centres médico sociaux, des psychiatres et des psychologues
 - un affichage dans certains lieux publics : CHS, mairie, hôpitaux
 - une signalisation correcte dans les villes et les communes où sont implantés les CMP
 - une plaquette d'information et un répertoire des ressources pour les médecins généralistes et les différents partenaires
 - un répondeur ou renvoi d'appel en cas d'absence.
- Une **localisation à moins d'une demie heure du domicile** en privilégiant les bassins de vie entraînant nécessairement une multiplication des points de consultation, de sorte qu'un patient ne renonce pas aux soins en raison d'une trop grande difficulté de transports.

Cela passe notamment par des antennes supplémentaires dans des lieux non spécifiques tels que les centres médico sociaux avec fonctionnement discontinu mais régulier. Le comité régional des usagers souligne l'accessibilité physique des locaux.

1-3-2 c - Proposer

Tous les professionnels de la région Picarde s'accordent à souligner l'importance que revêt la prise en charge de **proximité** pour offrir des lieux sécurisants favorisant des soins suffisamment soutenus à une population atteinte dans ses liens et repères humanisants.

Afin de répondre dans un délai optimal le premier entretien d'accueil peut être effectué par des psychologues ou des infirmiers (bien formés à ce type de pratique), ce qui se fait déjà dans bon nombre de CMP pour pallier au déficit médical.

Cela suppose un temps régulier de reprise clinique en équipe.

L'enquête montre que ce type d'organisation se fait actuellement au détriment d'autres soins et allonge encore les délais d'attente pour les soins psychiatriques.

Dans ce contexte, le renforcement en infirmiers et en psychologues apparaît une nécessité.

Ce renforcement soutiendrait la constance du travail de soins ambulatoires psychiatriques (CATTP) et le développement du travail en réseau.

SYNTHESE

Pour que le CMP puisse fonctionner en qualité de centre d'organisation de soins en psychiatrie il est nécessaire :

- de réaliser une **identification précise** des coordonnées des CMP, des points de consultations et des urgences psychiatriques
- d'établir des points de consultation de **proximité** (à moins d'une demie heure du lieu de résidence)
- de maintenir le **fonctionnement particulier** de chaque CMP, notamment au niveau des plages horaires, adaptés aux besoins des patients et de leur entourage
- de faire réaliser les **premiers entretiens** d'évaluation et d'orientation par des psychologues et infirmiers formés
- d'optimiser les tâches administratives incombant au personnel soignant
- d'intervenir en amont sur les conditions d'hospitalisation pour améliorer le travail ambulatoire et garantir une meilleure qualité des soins
- de soutenir la constance du travail ambulatoire par un renforcement matériel (véhicules de secteurs) et moyens humains (psychologues et infirmières).

1-4- Inadéquations en hospitalisation complète

1-4-1 Définition

- Les patients dits en inadéquation sont des adultes qui sont maintenus en hospitalisation complète alors qu'ils relèvent d'une réorientation le plus souvent en établissement médico-social ou en hébergement avec accompagnement adapté.
- Les principales structures médico-sociales susceptibles d'accueillir des patients stabilisés sont les suivantes (le principal financeur est cité entre parenthèses) :
 - établissements de travail protégé ou ESAT (Etat) et leurs foyers d'hébergement (Conseil Général)
 - foyers de vie (ou foyer de jour + hébergement autonome ou en famille) (Conseil Général)
 - foyers médicalisés ou à double tarification comprenant une prise en charge de soins (Conseil Général et Assurance Maladie)

- maisons d'accueil spécialisées, réservées aux personnes dépendantes pour les actes essentiels de la vie (Assurance Maladie)
- services d'accompagnement ambulatoires sociaux : SAVS (Conseil Général) ou médico-sociaux : SAMSAH (Assurance Maladie et Conseil Général)
- les nouvelles formes d'accueil et d'hébergement spécifiques ou non:

Malgré la multiplicité et la diversité de ces prises en charge subsiste une population importante de patients maintenus en milieu hospitalier.

- **Les inadéquations concernent en Picardie environ un tiers des lits d'hospitalisation complète avec des conséquences à plusieurs niveaux :**

- humain : un patient qui relève d'un projet de vie à l'extérieur a une prise en charge inadaptée en milieu hospitalier, il peut même régresser ou rechuter
- financier : le coût de prise en charge hospitalière est supérieur à celui du secteur médico-social sans compter le coût des dysfonctionnements dus aux inadéquations sur les autres lits
- médical : le nombre de lits restant actifs est donc réduit, notamment pour la prise en charge de malades entrants, ce qui entraîne des rotations élevées, des sorties prématurées ou insuffisamment préparées, des transferts parfois critiques d'un établissement à l'autre parfois hors département, des risques de réhospitalisations et une charge de travail accrue en amont et en aval pour les CMP.

1-4-2 Evaluation quantitative

Résultats de l'enquête auprès des CHS (Cf annexe VI -5)

1-4-3 Propositions (sur le plan quantitatif)

- créer des places spécifiques supplémentaires dans le secteur médico-social selon les besoins mis en évidence :
 - à intégrer dans les schémas médico-sociaux départementaux et le PRIAC
 - financement par moyens nouveaux (CNSA, Conseils Généraux) et redéploiement du secteur sanitaire.
- créer des équipes mobiles pluridisciplinaires de psychiatrie pour le secteur médico-social :
 - interlocutrices privilégiées des établissements
 - couverture par territoire de l'ensemble des établissements médico-sociaux accueillant des malades mentaux.
- fixer un objectif chiffré de diminution du nombre d'inadéquations traduisible dans la révision des OQOS (Objectifs Quantifiés d'offre de Soins), avec un redéploiement vers 3 directions :
 - le renforcement de l'hospitalisation complète court séjour
 - la création des équipes mobiles
 - la création de nouvelles places médico-sociales spécifiques y compris dans les établissements sanitaires.

1-5- Articulations avec le secteur social et médico-social (concernant l'ensemble de la psychiatrie adulte)

1-5-1 Constats

- du côté de la psychiatrie :
 - les manques de moyens des CMP entraînent des hospitalisations inadéquates et limitent les possibilités de suivi extra hospitalier dans le secteur médico social

- difficultés de repérage des dispositifs et places disponibles pour les patients en secteur médico social.

- du côté du secteur médico-social :

- les malades mentaux sont difficilement accueillis dans les établissements médico-sociaux ordinaires, certains d'entre eux ne peuvent encore être pris en charge dans le milieu sanitaire par des équipes médico sociales
- la prise en charge est facilitée dans les établissements disposant de psychiatres et/ou de psychologues
- les personnels sont peu formés à la prise en charge de la maladie mentale
- la psychiatrie ne reconnaît pas suffisamment la légitimité des équipes médico-sociales
- certains patients mettent en danger les autres résidents voire le personnel
- Les troubles du comportement sexuel sont parfois occultés.

- du côté des MDPH :

- les outils d'évaluation et d'orientation des personnes malades mentales sont à construire et à harmoniser
- partenariats à développer avec la psychiatrie, le médico social et les usagers et associations

- du côté des Conseils Généraux :

- manque d'information sur l'état des lieux concernant la maladie mentale dans le cadre de l'élaboration des schémas médico-sociaux

175-

176-

1-5-2 Propositions

- pour la psychiatrie :
 - élaborer un projet de vie pour tout patient stabilisé pouvant prétendre à une sortie notamment vers le secteur médico-social
 - intégrer dans le projet institutionnel la préparation à la sortie et les articulations avec le secteur médico-social
 - transmettre un dossier complet à l'établissement d'aval, notamment les éléments médicaux pour le médecin référent
 - assurer la continuité des soins à la sortie et préserver le lien avec les familles, désigner un référent (ou une équipe mobile) pour le suivi
 - former les équipes de soins sur la prise en charge en secteur médico-social et informer sur l'ensemble des possibilités offertes
 - permettre des réhospitalisations de courte durée pour des situations critiques ou de bilan
 - promouvoir la télépsychiatrie dans les échanges avec les établissements médico sociaux (Cf 7).
- pour le secteur médico-social :
 - renforcer la formation des personnels sur la prise en charge de la maladie mentale
 - conserver les places des personnes hospitalisées dans une certaine limite : prise en charge par exemple de patients pour périodes d'essai ou séjours temporaires
 - développer les périodes d'essai selon un cahier des charges précis
 - élargir les agréments actuellement surtout limités aux déficients intellectuels
 - produire un guide régulièrement mis à jour, des structures médico sociales accessibles aux malades mentaux.
- pour la psychiatrie et le secteur médico-social :
 - favoriser les offres de prise en charge conjointes et en temps partiel
 - promouvoir des échanges sur des situations individuelles
 - Echanger ou communiquer sur les projets institutionnels (imaginer des dispositifs de coopération) et intégrer le partenariat dans les projets d'établissements.
- pour les MDPH :
 - promouvoir des outils d'évaluation spécifique pour la maladie mentale (standardisés au moins sur la région)
 - associer les équipes de psychiatrie au sein des instances techniques d'orientation
 - coordonner et rendre accessible la mise à jour de la liste des places disponibles dans le parc médico-social.



- Pour le secteur social :
 - Soutenir et créer des dispositifs, dans la cité, favorisant l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques. (GEM et structures innovantes)
 - Nécessité d'impliquer les décideurs et les élus dans une démarche de concertation afin de faciliter l'accès au soin par une mobilisation de réponse sociale globale (logement, insertion professionnelle...)

1-5-3 concrétisation et perspectives

- une charte régionale de coordination et de bonnes pratiques
 - Symbolisant l'engagement des acteurs concernés autour d'une meilleure coordination, elle serait élaborée par le groupe de travail à partir des constats et propositions cités.
 - Elle peut être signée par des établissements de santé mentale, des établissements médico-sociaux et associations gestionnaires, des collectivités territoriales, l'Etat, l'Assurance maladie, les MDPH.
 - Le comité régional des usagers souhaite que la charte vive et soit légitimée.
- des conventions systématiques

Entre les établissements de santé mentale et les établissements médico-sociaux accueillant des malades mentaux, reprenant le contenu de la charte régionale
- une commission régionale élargie:

Réunissant des représentants des institutions concernées (conseils généraux, MDPH, établissements de santé mentale...) elle suivrait la mise en place des recommandations de bonnes pratiques et l'évolution quantitative de la situation tant du côté psychiatrie que médico-social.
- le groupe de travail : sera chargé de poursuivre ses travaux sur la base :
 - de l'élaboration de la charte
 - du suivi de la situation au niveau quantitatif
 - d'élaboration d'outils spécifiques d'évaluation
 - de la mise en place de formations régionales
 - de la généralisation de périodes d'essai avec cahier des charges spécifique
 - du travail sur les outils de suivi.
- un tableau de bord :

Il est important de se doter d'outils de suivi, au minimum :

 - un point annuel sur les inadéquations par établissement sur la base du même outil utilisé lors de l'évaluation initiale
 - un bilan du parc médico-social accessible aux malades mentaux : créations de places spécifiques, évolution d'agréments.
- une concertation élargie

Il est prévu des rencontres départementales avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux.
- la place des autres programmations



Cette réflexion dépassant le cadre du SROS, les recommandations, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, peuvent être prises en compte dans les travaux relatifs aux schémas médico-sociaux départementaux et le PRIAC.

2- PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE (Cf contribution complète annexe 6)

Le thème de travail proposé par l'ARH, « Lits de pédopsychiatrie, réalité d'installation et de fonctionnement, réflexion sur les rééquilibrages territoriaux et avec l'ambulatoire » dans le cadre des moyens existants a inclus en cours de route les CMP et la périnatalité.

Les représentants des secteurs de pédopsychiatrie, pour leur part, souhaitaient que soient reconnus le manque d'hospitalisation complète dans la Somme, le manque de CMP et de moyens des CMP existants dans la Somme, l'impossibilité de diminuer les lits d'hospitalisation complète dans l'Aisne et l'Oise et la nécessité de moyens nouveaux pour tous.

Les acteurs associatifs du sanitaire, du social et du médicosocial étaient très demandeurs d'informations de la part et sur les secteurs de pédopsychiatrie et les partenaires publics, établissements et services, mais aussi services des Conseils Généraux ; les MDPH et la PJJ ont également pris part aux débats. Leur première attente était d'être écoutés et entendus.

Suivent ici les propositions qui découlent des échanges avec les partenaires, puis nos réflexions sur l'hospitalisation, nos suggestions pour les CMP et les Maisons des Adolescents et enfin nos recommandations pour la périnatalité.

Cette approche sera à compléter avec l'Education Nationale (EN). Le groupe de travail se propose de poursuivre ce travail, en étudiant plus particulièrement l'impact de la loi du 11 février 2005 sur les établissements sanitaires et médico-sociaux et sur ceux de l'EN.

2-1 Le partenariat

- Les acteurs de terrain évoquent l'hospitalisation complète comme un élément d'une chaîne à laquelle ils font appel souvent par défaut. **Cependant la nécessité de lits d'hospitalisation complète ne fait pas de doute.**

- Ils insistent sur le « travailler ensemble », le partenariat comme moyen de traiter les problèmes en amont de l'hospitalisation et ils font **concrètement deux propositions**, deux niveaux de « travailler ensemble » régulièrement qui sont « institutionnalisables » :

- **au niveau des équipes (au-delà du travail en réseau non formalisé) et autour des cas concrets du quotidien d'usagers** qui font problèmes. Le modèle à décliner selon des territoires à déterminer pourrait être le DRAD (Dispositif pour Adolescents Difficiles) d'Amiens et la consultation interdisciplinaire de l'Oise Ouest mais à vocation départementale. (NB : Pour les adolescents, les Maisons des Adolescents ont vocation à jouer ce rôle);
- **au niveau des institutions [sanitaires, sociales médico-sociales, judiciaires (PJJ, tribunaux), du Conseil Général (ASE, service handicap), de la MDPH, de l'Education Nationale, de l'insertion professionnelle, des délégués de la défense des enfants, etc.], pour des rencontres quadrimestrielles**, dans des territoires qui fassent sens : territoires de santé, arrondissements départementaux, secteurs de pédopsychiatrie.

- Pour les représentants des usagers le recours de plus en plus fréquent à des hospitalisations courtes et le plus souvent à des prises en charge sans hospitalisation, reporte sur les familles une part importante de la continuité et de la qualité des soins. Les familles demandent à être accompagnées pour acquérir les compétences nécessaires pour faire face à la maladie de leur proche. Comme les partenaires médico-sociaux, les familles insistent sur le problème des **nécessaires interventions d'urgence, particulièrement au domicile.**



- D'autre part, un projet particulier, le **projet Soins-Etudes** est mis en avant. Ce projet soutenu par l'UNAFAM est porté par le CHS du Rouvray à Sotteville lès Rouen. Il a été conçu pour répondre aux besoins de trois régions : Basse-Normandie, Haute-Normandie et Picardie.

Il a été mené dans la plus grande concertation et rencontre l'assentiment du groupe de travail ainsi que celui des différents acteurs des régions concernées. Cependant ce projet rencontre **une difficulté majeure pour son financement** : il n'existe pas de schéma interrégional pour la psychiatrie et le financement ne peut-être porté que par la région où est situé l'établissement porteur (Haute-Normandie) avec une participation des régions Basse Normandie et Picardie au prorata des populations concernées.

Par ailleurs, la participation de la Picardie aggraverait le problème posé par le nombre de lits : soit ce sont des lits nouveaux et ils accroissent l'offre en lits déjà considérée pléthorique par les pouvoirs publics, soit ce sont des lits prélevés dans les départements considérés comme excédentaires et le problème évoqué ci-dessous est également aggravé !

2-2 L'hospitalisation

Il a été établi le bilan des lits installés réellement, examiner les modalités de fonctionnement et la population prise en charge. Des questionnaires ont été adressés à tous les secteurs à cette fin.

- Localisation des lits installés en hospitalisation complète (HC) :

- Les 12 lits (adolescents) de la Somme sont installés au CHS Pinel, ils ont une vocation départementale.
- Les lits de l'Aisne sont au nombre de 34. Vingt deux lits sont situés à Prémontré (12 pour les enfants de moins de douze ans, 12 pour ceux de douze à 16 ans), 10 sont installés à Chauny pour une activité départementale concernant des adolescents.
- Les lits du CHI de Clermont sont répartis sur 3 secteurs : Oise Est, Oise Ouest gérés par le CHI et Oise Sud géré par la Nouvelle Forge : le principe par secteur est de 13 lits (11 pour l'Est) d'hospitalisation complète, 1 place de nuit avec 5 lits pour les petits à l'Est (intersectoriels), 6 lits de postcure (Estérel à l'Est) ; **51 lits sont donc installés contre 56 autorisés**, sauf pour ceux du secteur Est, ces lits ne bénéficient pas aux autres départements picards.

Une convention entre le CHI et l'Association de Santé Mentale Nouvelle Forge (qui gère la partie ambulatoire) prévoit la possibilité d'hospitalisation complète au CHI pour les ressortissants du secteur Sud. Ces lits pour adolescents avaient été à une époque décentralisés sur le secteur à l'Hôpital-Ecole Edouard-Seguin à Montataire. Ils ont ensuite été réintégrés dans l'enceinte du CHI à Fitz-James pour des raisons de sécurité.

On constate que la filière adolescents n'est donc complète que sur le secteur Est, les secteurs Ouest et Sud ont à moyen terme le projet de créer des lits de postcure par transformation.

NB : le nombre de lits d'HC dans l'Aisne et l'Oise sont proches de la moyenne nationale calculée par secteur disposant de lits d'hospitalisation : 13 lits en 2003, ce qui relativise le ratio lits/population. Cependant si l'on considère l'ensemble des secteurs de pédopsychiatrie en France (dont 2/3 ne sont pas pourvus de lits), l'équipement de la Picardie est 2.5 fois plus élevé que le niveau national.

- Sur l'hospitalisation des enfants et des adolescents en général : les conséquences d'une querelle idéologique.

Faut-il des lits d'hospitalisation complète ?

La question du redéploiement ou non des moyens ne peut pas être dissociée de l'histoire et des décisions prises à un moment donné dans un lieu ou un autre. Ainsi, certains pédopsychiatres se sont opposés par principe (position idéologique) à l'hospitalisation complète. De nombreux lits de pédopsychiatrie ont été fermés et redéployés vers l'ambulatoire mais certains secteurs ont décidé d'en garder en nombre suffisant.



Un besoin plus important se fait sentir à présent pour les enfants et pré adolescents.

De plus il faut distinguer les lits pour enfants (6-12 ans) des lits des adolescents (13-16 ans et plus...) et parmi ceux-ci les soins de crise et ceux au long cours. Et il faut maintenir des petites unités (<15) à cause de troubles du comportement et des phénomènes de bande...

Doit-on en conséquence de la donne actuelle, redéployer les moyens de ceux qui ont été avisés ?

- Les causes de recours à l'hospitalisation

Le groupe souhaitait connaître les causes de recours à l'hospitalisation complète et comparer les différentes pratiques. Pour ce faire, deux items du questionnaire auraient pu, s'ils avaient été exhaustivement remplis par tous les secteurs, permettre une réflexion éclairée et objective.

L'item concernant les pathologies pouvait être rempli à partir de la CFTMEA (Classification Française) ou de la CIM 10 (Classification Internationale) puisqu'à partir de 2007 la transmission du RIM-P se faisait sur la base de cette dernière classification.

L'item sur les autres causes n'impliquait pas le recours à une codification particulière.

C'est donc à partir d'une information non exhaustive, mais cependant « à dire d'expert » (les membres du groupe), que nous allons exposer ce que d'expérience savent les acteurs du terrain :

- Il existe des états psychiatriques aigus ou durables chez l'enfant et l'adolescent qui nécessitent une hospitalisation complète en milieu spécialisé et adapté et en deçà d'un certain âge et d'un certain niveau de maturité cette hospitalisation serait techniquement, éthiquement et déontologiquement contre indiquée en service adulte.

- Ces indications se situent dans le contexte de pathologies diverses : épisodes psychotiques aigus, décompensations psychotiques, troubles envahissants du développement, pathologies maniaques ou dépressives avec risques suicidaires, états limites graves, états névrotiques graves, anorexies ou phobies scolaires sévères, troubles graves du comportement avec risque de passage à l'acte.

Les anorexiques, qui nécessitent une prise en charge prolongée et pluridisciplinaire (endocrinologie – nutrition), ne bénéficient pas d'un accueil adapté, il faut également pouvoir accueillir sur au moins 5 jours d'hospitalisation l'ensemble des tentatives de suicides, et des bilans ou prise en charge pour crise grave chez les autistes.

- Pour être complet, il faut mentionner à contrario les facteurs qui empêchent l'hospitalisation alors que la situation clinique le requiert :

- > **non-demande à l'adolescence** : il s'agit d'une position fréquemment rencontrée dans les soins aux adolescents, l'adolescent n'étant pas prêt au changement et les familles préférant endurer la situation plutôt que de se confronter à l'opposition du jeune ;
- > **abandon de la demande des parents devant les contraintes et les conditions d'accueil du dispositif** : chez les mineurs, rares sont les conditions d'une hospitalisation ordonnée par le magistrat, aussi les hospitalisations se font à la demande de l'autorité parentale ;
- > mauvaise coordination entre le dispositif ambulatoire qui adresse le jeune et la structure d'hospitalisation, à l'admission comme à la sortie.

La réflexion sur les capacités doit prendre en compte cet aspect de la problématique qui permet de supposer qu'une amélioration des conditions d'hospitalisation et d'orientation potentialiserait la demande.

Ainsi le groupe ne conteste pas la nécessité de lits d'hospitalisation complète et l'unanimité se fait pour demander que de tels moyens bénéficient à l'ensemble de la population picarde : en pratique mise à niveau de la Somme par création d'une unité de 12 lits (plutôt au CHU) avec vocation régionale, avec possibilité d'une mise en place progressive compte tenu des contraintes actuelles de personnels et locaux.

2-3 Constats et propositions pour les CMP

- Constats

Il s'agissait de savoir comment les CMP répondent aux besoins des populations et l'analyse devait prendre en compte les CMPP (Centres médico psycho pédagogiques, relevant du secteur médico social) qui ont des activités très comparables aux CMP et CATTp.

Les réponses très incomplètes et l'absence de temps suffisant pour faire la recherche par une autre voie ne permettent pas de comparer et d'avoir immédiatement une évaluation réelle de la situation dans les trois départements. Cependant, si nous nous fions aux éléments en notre possession (Amiens, Beauvais et Oise-Sud) nous constatons une situation moins défavorable dans l'Oise.

Les informations recueillies dans les questionnaires montrent qu'un seul CMP est ouvert le samedi, que l'amplitude d'ouverture dans la journée n'est jamais inférieure à 8 heures et que dans un seul CMP l'attente pour une consultation non urgente dépasse deux mois (voir tableau dans le rapport complet en annexe). Des CMP offrent également la possibilité de rendez-vous hors des heures d'ouverture.

- Taux de couverture

Le nombre de CMP des secteurs de pédopsychiatrie est de

- 6 dans la Somme

- 13 dans l'Oise

- 8 dans l'Aisne

Il apparaît plutôt que le nombre d'actes, le nombre d'enfants ou d'adolescents en file active ou le nombre d'habitants de moins de 16 ans, c'est l'**accessibilité qui doit déterminer le nombre de CMP** et d'antennes ou points de consultation, et particulièrement l'**accessibilité en temps**.

Il apparaît au dire des professionnels que **30 minutes soit un temps maximum**.

On note des renoncements à la prise en charge pour des distances très courtes lorsque les familles ne disposent pas de moyen de transport et si les transports en commun ne sont pas pratiques et ce même en zone urbaine.

Il appartient à chaque établissement de décliner cette indication en fonction de la géographie, de la population et des axes de communication.

- Détermination des ouvertures cibles

Il s'agit en fait d'une volonté institutionnelle conditionnée essentiellement aux effectifs ! Sachant qu'il faut tenir compte de la situation des CMP : zone rurale, zone urbaine, zone urbaine "dortoir".

Aucune indication d'ordre général ne peut donc être donnée si ce n'est d'adapter les amplitudes quotidiennes, hebdomadaires et annuelles en fonction des éléments ci-dessus.

- surtout dans la Somme (CHU) nombre d'hospitalisations ont lieu en pédiatrie avec un service par les équipes de pédopsychiatrie mais des difficultés de disponibilité de lits, de co existence avec les autres jeunes, de tarification, de continuité des soins...

Le tableau du texte en annexe donne un échantillon des ouvertures déjà importantes.

L'objectif cible pour garantir un CMP de pédopsychiatrie opérationnel, énoncée dans le contrat Etat/ARH : élargir les plages horaires d'ouverture des centres d'au moins 20%, réduire à moins de deux mois les délais d'attente pour un premier rendez-vous, avoir au moins un créneau horaire réservé à l'accueil non programmé est donc accessible.

2-4 Les Maisons des Adolescents

- La place des Maisons des Adolescents

Les Maisons des Adolescents ont été conçues pour permettre de prendre en compte la souffrance des adolescents et de leurs parents quelle que soit la nature de leurs difficultés et pour répondre aux besoins des professionnels face aux situations les plus complexes.

Dans ce but, elles ne doivent pas constituer un simple dispositif additionnel, mais elles ont vocation à s'organiser sur les territoires comme centre de réseau en matière d'adolescence.

183 -

A ce titre, l'enjeu pour ces Maisons des Adolescents est d'apporter une réponse à la nécessaire articulation entre le sanitaire et le social sans exclure aucun partenaire quel que soit son secteur d'intervention (éducation, insertion, judiciaire...).

- L'implantation géographique

Le public visé, tributaire le plus souvent des transports en commun et /ou scolaires et l'accès libre sans rendez-vous, impose une implantation au plus près des lycées et collèges. En conséquence, des antennes fixes et des équipes mobiles doivent être prévues.

- L'équipe

Le budget prévu dans l'appel à projets national doit être renforcé par des crédits pérennes pour que les Maisons des Adolescents puissent réellement remplir le rôle dévolu par le cahier des charges : « La Maison des Adolescents est un réseau local et un lieu destiné spécifiquement à l'accueil, à l'écoute et à l'accompagnement des jeunes en difficulté ou ayant besoin de conseils, d'informations et de réponses à leurs préoccupations. L'équipe pluridisciplinaire pourra apporter des réponses diversifiées en matière de santé, d'éducation, de justice, de soutien psychologique. Le postulat de base est que le soutien apporté à l'adolescent lui permette d'être acteur dans la résolution de ses difficultés.

Malgré les difficultés de mise en place et des moyens encore insuffisants, la Maison des Adolescents est une structure à développer à proximité de chaque CMP (ou secteur), en renforcement des équipes existantes.

2-5 La périnatalité : Déclinaison pratique en Picardie du plan périnatalité à partir de 2009

- Optimiser la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, l'objectif est notamment de prévenir les troubles du développement psycho affectif des enfants et du lien mère-enfant (et aussi appuyer la gestion des situations de décès ou handicap, avortements, accouchements sous x...):

- développant les collaborations médico psychologiques en maternité
- généralisant la proposition systématique de l'entretien individuel ou en couple du 4^{ème} mois.

- Pour cela il est proposé :

- la mise à disposition d'un psychologue rattaché au secteur de pédopsychiatrie dans chaque maternité pour un temps fonction de l'activité, dont les missions concerneraient les parents, mais aussi le travail de liaison et de formation avec les équipes de psychiatrie générale, de PMI, de la maternité, de pédiatrie, de néonatalogie...
- la formalisation du réseau parentalité avec prise en compte de la dimension pédopsychiatrique au regard de la circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux en périnatalité.

- Au sein du réseau, les aspects suivants pourront être particulièrement travaillés :

- organisation de formations à l'entretien du 4^{ème} mois pour les sages-femmes et les médecins impliqués dans le suivi de la grossesse.
- identification et description des dispositifs d'aide, d'accompagnement et de soin psychique à mettre en oeuvre en cas de difficultés psychologiques et/ou sociales repérées.
- recensement des moyens mis en oeuvre pour l'accompagnement psychosocial périnatal, celui-ci fait partie intégrante de la prise en charge de la grossesse. L'accompagnement périnatal implique tout professionnel amené à rencontrer la femme enceinte ou le couple : la continuité et la cohérence des attitudes professionnelles, de la grossesse au suivi néonatal de l'enfant vulnérable, est un élément essentiel de cet accompagnement. Les psychologues ou psychiatres présents dans les maternités doivent être identifiés et leurs missions décrites ou connues des professionnels du réseau.
- formalisation du lien avec le secteur de psychiatrie et de pédopsychiatrie ainsi qu'avec l'offre de soins en psychiatrie libérale et en PMI : description des modalités de mises en place de réunions, de type « staff de parentalité » permettant de réunir les différents intervenants dans un but de cohérence
- organisation d'un lien formalisé avec le secteur de psychiatrie adulte pour demande d'avis en urgence et transfert si nécessaire

184 -

- La coordination entre psychiatres, pédopsychiatres et PMI est un élément fondamental de cette prise en charge parfois difficile.
- organisation de formations pour les équipes à l'accompagnement des familles sur la prise en charge des décès en maternité, en néonatalogie et en réanimation néonatale.
- élaboration de modalités de prise en charge psychologique rapide en lien avec le secteur hospitalier ou libéral.

- d'autre part, notamment pour traiter des pathologies graves, de type relation mère - nourrisson, des lits mère - enfant (1 à 2 par CHS) pourraient être installés.

2-6 La prise en charge des plus de 16 ans

- En hospitalisation complète :
 - Privilégier l'hospitalisation en pédopsychiatrie jusque 18 ans en ayant conscience des suppléments de charges d'activité induite (mouvement identique en pédiatrie)
 - Permettre de poursuivre des hospitalisations de pédopsychiatrie dans les services de pédiatrie sous condition de fortes articulations avec la pédopsychiatrie et d'un renforcement des personnels de soins si nécessaire
 - Regrouper les jeunes de 18-25 ans dans des unités intersectorielles spécifiques rattachées à la psychiatrie adulte, avec des articulations avec la pédopsychiatrie
 - Renforcer la scolarisation des jeunes hospitalisés, surtout sur le long terme.
- L'hospitalisation des 16-20 ans (et au-delà) doit pouvoir aussi apporter des réponses à certaines population fragilisées :
 - Addictions avec co morbidités associées
 - Situations de précarité sociale dont SDF
 - Détenus : augmentation sensible des effectifs notamment dans les quartiers mineurs (Liancourt) et jeunes majeurs (Amiens).
- En CMP :
 - Tolérer en pédopsychiatrie des suivis au-delà de 16 ans voire de 20 ans pour des jeunes auparavant pris en charge
 - Développer le partenariat avec le secteur médico social et social en s'appuyant sur un renforcement des moyens des CMP plutôt que pour la création d'équipes mobiles.
- En général :
 - Promouvoir des logiques de territoire
 - Adopter des attitudes souples en évitant les catégorisations
 - Valoriser le travail de coordination, de partenariat, de prise en charge pluridisciplinaire
 - Tenir compte des données cliniques (par exemple privilégier la psychiatrie adulte pour une psychose débutant chez un grand adolescent)

2-7 Conclusion

Il est nécessaire de travailler encore l'hospitalisation partielle et son articulation avec le médico-social (IME, ITEP), de prendre en compte les CMPP avec les CMP et d'affiner et mettre en œuvre les propositions de travail en commun avec le médico-social, les partenaires publics, particulièrement l'Education Nationale et les représentants des usagers.

Les réponses au questionnement sur l'hospitalisation complète sont à rechercher à travers des coopérations inter établissements lorsque les secteurs sont raisonnablement accessibles et l'accessibilité des CMP est le critère prédominant de détermination de leurs implantations et de leur nombre (centre, antenne, point de consultation).

3 - SANTE MENTALE ET JUSTICE

3-1 Psychiatrie en milieu pénitentiaire (Cf contribution du groupe de travail annexe 8)

3-1-1 Etats des lieux

On retient essentiellement :

- une surpopulation croissante des maisons d'arrêt obligeant à calquer les moyens sur d'autres critères que le nombre de places (Cf annexe n°7)
- des vocations qui se précisent pour certains établissements :
 - A Liancourt : projet de centre de référence pour les délinquants sexuels, projet de section pour détenus vulnérables, projet d'établissement pour personnes âgées dépendantes.
 - A Château-Thierry : officialisation, suite à un audit de la DHOS fin 2007, de la vocation nationale pour l'accueil de détenus atteints de troubles psychologiques et psychiatriques (90 % de cas psychiatriques lourds dans la maison centrale).
- un vieillissement accéléré dans les centres de détention :
 - La plupart sont délinquants sexuels (ou grands criminels) car longues peines voire perpétuité.
 - Problèmes de maladies chroniques et surtout dépendance pour les actes de vie quotidienne.
- des locaux inadaptés pour les soins, mais surtout trop exigus notamment à Laon, Château-Thierry, Compiègne, Beauvais
- l'existence de prises en charge ambulatoires post pénales notamment à Laon et Amiens assurées par les équipes psychiatriques des UCSA.

3-1-2 Propositions

- Adaptations ciblées des moyens en personnels notamment eu égard à la charge de travail mesurée
- Pour l'établissement de Château-Thierry remise à niveau des personnels de psychiatrie et mise en place d'une nouvelle convention avec l'EPSM de Prémontré conformément aux décisions qui ont suivi l'audit de la DHOS, avec une formalisation de la vocation et des articulations soins-justice
- une meilleure prise en compte du vieillissement et de la dépendance :
 - Mise en place d'outils d'évaluation (le groupe de travail dépendance en milieu pénitentiaire expérimente une grille d'évaluation Québécoise mise en place à Liancourt)
 - Création de postes d'aide soignants au sein des UCSA après évaluation des besoins
 - Facilitation de l'intervention de services de soins infirmiers à domicile et d'auxiliaires de vie (mise en place dans d'autres régions)
- Extension et rénovation des locaux de soins :
Cet aspect dépend de l'administration pénitentiaire, à solliciter.
- Meilleure utilisation des temps infirmiers : moins sur la préparation et la distribution des médicaments et plus sur le soin au détenu :
 - Intervention renforcée de préparateurs en pharmacie, revue du circuit du médicament
 - Eviter les doubles distributions (somatique et psychiatrique)

- Ne pas multiplier les distributions journalières de médicament
- Renforcer la formation des personnels de soins (et les vocations) :
 - Temps et postes d'internes de psychiatrie
 - Formation des nouveaux soignants, et aussi des personnels de l'administration pénitentiaire
 - Accueil renforcé de stagiaires (infirmiers, psychologues...)
- Encourager y compris au niveau des moyens les offres de suivi post carcéral
- Accompagner la mise en place de l'hospitalisation de jour au SMPR à Amiens (locaux – personnel)

3-1-3 Cas de l'hospitalisation en psychiatrie des détenus

- 4 modalités sont possibles :

- En SMPR : non contre indication au maintien en détention
- En CHS : en hospitalisation d'office, en unités sécurisées ou non
- En unités pour malades difficiles : 5 en France (le plus proche : Villejuif)
- En UHSA : unités d'hospitalisation spécialement aménagées dont la création est en cours

- Rappelons qu'actuellement :

Le SMPR (Service Médico Psychologique Régional) d'Amiens ne joue pas son rôle d'accueil des détenus d'autres établissements ne relevant pas d'hospitalisations en CHS.

Les hospitalisations se font en hospitalisation d'office dans les établissements de Pinel, Clermont, et Prémontré, ce dernier disposant d'une unité de soins sécurisée (commune avec d'autres patients difficiles) à laquelle vont être rattachées les UCSA de Château-Thierry et Laon, ce qui facilitera la continuité des soins.

- le déploiement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées se met en place : la Picardie sera desservie par l'unité de SECLIN (avec Nord Pas de Calais et Haute Normandie) pour une soixantaine de lits à partir de 2011.

Cela suppose :

- Le maintien d'hospitalisations dans les CHS de la région, en effet ces lits d'UHSA ne couvriront pas les besoins
- La détermination de critères de transfert (et retour / vers l'UHSA)

3-2 délinquants sexuels

3-2-1 Etat des lieux de l'offre de soins

- en CMP : la plupart des CMP adultes suivent des patients sous main de justice mais ils sont en difficultés à la fois au niveau de leurs compétences et de leurs disponibilités
- accueil spécifique : centres de référence clinique : l'idée est de proposer une offre de soins spécifique y compris en prévention pour les personnes susceptibles de tomber dans la délinquance sexuelle :
 - centre de référence clinique départemental pour des prises en charges individuelles et/ou en groupes et des entretiens de couple ou familiaux s'adressant à des auteurs de violence sexuelle faisant l'objet ou non d'une obligation de soins ou d'une injonction de soins, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, à leur famille, à toute personne demandant des soins en dehors de soins imposés après ou avant un passage à l'acte
 - extension à des prises en charge de personnes faisant l'objet d'un suivi socio-judiciaire dans le cadre de la loi sur la récidive
 - travail en équipe pluridisciplinaire en partenariat avec les divers intervenants
 - aide technique aux CMP
 - actuellement existent :
 - le centre de soin et de coordination psycho-légal du CHI de Clermont (voir annexe n°9.....) créé récemment sous l'égide de la fédération de soins aux détenus
 - les consultations externes du SMPR du CHP Pinel : (voir annexe 10) à Amiens
- le centre de référence interrégional :
 - Il a été créé dans le cadre d'un appel à projet national, pour les régions Picardie et Nord Pas de Calais.
 - Il est géré par le CHRU de Lille et dispose de locaux et personnels spécifiques : psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux. Il est dirigé par le Dr ARCHER, responsable du SMPR de Lille.
 - Sa mise en place et son fonctionnement sont suivis par un comité de pilotage comprenant notamment des représentants des ARH et DRASS des 2 régions.
 - Son rôle n'est pas de faire du soin mais de favoriser son développement : formations, appui technique, diffusion de référentiels, évaluation et supervision, documentation, conférences etc...
 - Il devrait se déployer sur la Picardie avec l'embauche de personnels sur notre région, d'une permanence au CHS Pinel et des actions sur le terrain.
 - Des difficultés internes ont entraîné une mise en veilleuse des activités après un démarrage en 2007.

- Offre de soins en milieu pénitentiaire (synthèse des enquêtes DDASS – DRASS)

- Autres :

- médecins coordonnateurs : ils font le lien entre la justice et les structures de soins dans le cadre de l'injonction de soins

(4 dans l'Oise, 1 dans la Somme, 0 dans l'Aisne en 2007)




Rémunérés sur base forfaitaire (par les DDASS) ils peuvent être médecins généralistes libéraux formés. Leur nombre insuffisant compromet la mise en place des injonctions

- Psychiatres experts : en nombre aussi très insuffisant alors que la demande de la justice "explose" suite aux nouveaux textes sur les injonctions de soins

3-2-2 Propositions

- Offre de soins en milieu pénitentiaire :

- proposition systématique d'une prise en charge spécifique après évaluation individuelle
- cette prise en charge de psychothérapie sera individuelle et/ou en groupe
- elle suppose la présence de personnels formés et disponibles : psychiatres, psychologues, infirmiers
- le renforcement de moyens doit aller dans 2 directions :
 - les établissements sous dotés, notamment dans l'Aisne
 - le Centre de Liancourt qui va être désigné comme référent pour la prise en charge des délinquants sexuels.

- Offre de soins extra pénitentiaire :

- Installer dans chaque département au moins un centre de référence clinique (donc doter l'Aisne) et conforter ceux existants
- Apporter des formations et des appuis techniques aux CMP pour assurer des prises en charge

La création d'un centre régional au titre de la Picardie est sollicitée (avec l'appui de la DHOS) liée à une mutualisation avec le Centre de Lille.

- Centre de Ressources Régional pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence Sexuelle

- objectifs : prévention, formation, documentation, information, recherche, rencontres et appuis aux professionnels de santé
- organisation : privilégier une solution coopérative associant les 3 grands EPSM et le CHU d'Amiens
- permanences sur toute la Picardie
- appui technique aux équipes des CMP : Aide à la mise en place de dispositifs Thérapeutiques :
 - Conseils
 - Supervisions
 - Disponibilité aux demandes concernant des situations cliniques difficiles
- Formation des équipes de prise en charge
- Constitution de réseaux de soignants
- Formation initiale et continue des médecins coordonnateurs
- Animation des réseaux Santé-Justice (Juges, SPIP, PJJ)
- Moyens à créer : équipe pluri-disciplinaire : psychiatre, psychologue, cadre de santé, IDE...
- Convention à établir avec le centre de référence Nord-Pas-de-Calais

- Autres :

- Augmenter le nombre de médecins coordonnateurs :

- Actions auprès de l'URML pour recrutement de médecins libéraux avec dans un premier temps proposition d'intervention dans le cadre de la formation continue avec également simplification des formalités et communication adaptée, formation initiale et continue, constitution d'un réseau
- Augmenter le nombre d'experts :
 - Mise en place récente d'un diplôme de dommage corporel à la faculté de médecine d'Amiens
 - Actions de sensibilisation auprès des internes et des psychiatres.

3-3 Articulations avec la Justice

- la Loi du 18 janvier 1994 rattache les services de santé pénitentiaires aux établissements hospitaliers avec une conception globale de la santé des détenus (santé mentale et physique, prévention, accès aux soins...) mais les SMPR (avec le principe du suivi des détenus rattachés aux établissements de santé mentale) sont créés en 1986.

- dans ce cadre, la collaboration santé justice au niveau régional est promue par la DRASS de Picardie dès 1998 avec :

- Une 1^{ère} évaluation du fonctionnement des 6 services de santé pénitentiaires de la région
- Une restitution régionale écrite et orale lors d'un séminaire en janvier 1999 avec l'ensemble des acteurs concernés
- Le lancement de 5 groupes de travail thématiques (dont santé mentale) associant des partenaires du secteur hospitalier, justice (PJJ, magistrats, administration pénitentiaire) assurance maladie et conseils généraux
- Des formations conjointes des personnels de soins et pénitentiaires
- Un projet régional pilote d'éducation pour la santé

- Sur la base des constats actuels, ce partenariat est à relancer au niveau régional et local avec plusieurs propositions :

- Des rencontres régulières des soignants en milieu pénitentiaire : échanges de pratiques, formation, partenariat (thèmes partagés avec les partenaires de la Justice) : organiser par exemple des journées régionales annuelles
- La relance des formations des nouveaux personnels de soins en milieu pénitentiaire (pouvant être assurées au niveau régional avec les ressources locales et l'administration pénitentiaire)
- La poursuite des groupes de travail régionaux thématiques pluridisciplinaires (5 actuellement)
- La tenue au moins annuelle des réunions des commissions de coordination santé justice de chaque établissement pénitentiaire (organisées par les DDASS)
- Le recrutement de nouveaux médecins libéraux (et leur formation) pour les injonctions de soins
- La standardisation des rapports d'activités des services de soins pénitentiaires et leur articulation avec ceux de l'administration pénitentiaire (groupe de travail en cours sur ce thème)
- Le renforcement de l'accueil de stagiaires des professions de santé en milieu pénitentiaire et de la formation théorique initiale à ce niveau.



➤ L'augmentation du nombre de médecins coordonnateurs

- Il faudra acter cette nouvelle étape par un colloque santé justice 10 ans après celui organisé par la DRASS en 1999 pour le bilan de la mise en place de la loi du 18 janvier 1994.

4 -URGENCES

- L'organisation de la prise en charge de l'urgence psychiatrique, tant sur les établissements publics de santé mentale que sur les hôpitaux généraux de proximité, fait apparaître certaines disparités à l'intérieur de la région.

Certes, chaque établissement public de santé mentale a créé en son sein une structure spécifique pour l'orientation et la prise en charge des hospitalisations d'urgence avec ou sans consentement (CPAO dans l'Aisne, UAU dans l'Oise et dans la Somme) qui sont toutes gérées sur le mode intersectoriel.

Toutefois, leur statut et leur positionnement assurent avec plus ou moins d'efficacité la coordination de l'urgence sur l'ensemble du territoire à desservir en raison principalement de la grande dispersion des lieux d'intervention et des difficultés majeures, compte tenu de la démographie médicale, pour garantir partout la permanence des soins.

- Afin d'apprécier les points forts et les lacunes du dispositif en place, un questionnaire a été adressé à chaque établissement confronté à la gestion de l'urgence psychiatrique. Ce questionnaire visait à décrire aussi bien les modalités de prise en charge de l'urgence pré hospitalière que l'organisation des admissions avec ou sans consentement. Le taux de retour de ce questionnaire est variable (notamment dans l'Aisne).

Globalement, cette enquête fait apparaître :

- une forte disparité des moyens spécifiques consacrés à l'urgence psychiatrique par les EPSM qui vont de :
 - 6 ETP à 1 ETP pour les praticiens
 - 5 ETP à 45 ETP pour les infirmiers psychiatriques,
- l'absence de permanence psychiatrique dans les hôpitaux généraux de l'Aisne et de la Somme (à l'exception du Centre hospitalier de DOULLENS en semaine et d'une astreinte de pédo-psychiatrie),
- la psychiatrie de liaison est pratiquée partout (à l'exception de CORBIE et MONTDIDIER pour la Somme), mais dans la mesure où cette fonction s'exerce sur le mode de la sectorisation et de façon discontinue, elle ne peut suffire à garantir le traitement de l'urgence,
- les hospitalisations sous contrainte de PERONNE (en raison des travaux réalisés actuellement sur cet établissement) sont orientées sur le CHS Philippe PINEL D'Amiens,
- la couverture somatique des malades psychiatriques hospitalisés dans les hôpitaux généraux et les EPSM est globalement satisfaisante (cependant absence de garde somatique sur Philippe PINEL),
- à l'exception de l'Oise, l'activité spécifique de l'urgence psychiatrique est insuffisamment recensée comme telle (nombre d'appels, origine et orientation de ces appels).

- Dans le contexte actuel de rigueur économique généralisée et d'évolution préoccupante de la démographie médicale, l'amélioration de la performance de l'organisation de l'urgence doit nous conduire à privilégier la coordination des structures existantes plutôt que de chercher à compenser les faiblesses apparaissant ici ou là par des projets nouveaux ciblés, qui ne pourraient être financés, n'apporteraient qu'une réponse partielle aux besoins recensés et nuiraient à terme à la prise en charge globale sectorisée.

Aussi, dans un souci d'harmonisation des organisations existantes et afin d'en améliorer l'efficacité, trois pistes peuvent être envisagées car particulièrement structurantes pour une prise en charge globale de l'urgence, dans un contexte de pénurie médicale :

1°) – La consolidation de la permanence des soins par la protocolisation d'une permanence téléphonique 24 heures/24 :

- repérée comme telle aussi bien à l'intérieur des établissements eux-mêmes qu'auprès des familles et partenaires extérieurs,
- et couvrant l'ensemble des secteurs.

Toutes les structures (hospitalières et alternatives) concourant de fait à la prise en charge de l'urgence, il paraît indispensable de garantir aux usagers une complète et lisible articulation entre elles.

Cette permanence téléphonique pourrait être définie de façon différente d'un secteur à l'autre pour tenir compte des organisations existantes et horaires pratiqués dans les différentes structures, mais devrait être systématisée (par des transferts d'appels) et intégrée dans le travail de toutes les équipes.

2°) Le développement des lits portes réservés à la psychiatrie sur les services d'urgence des hôpitaux généraux :

La psychiatrie de liaison étant généralisée sur ces établissements pourrait ainsi disposer d'un outil efficace et non stigmatisant du traitement de l'urgence psychiatrique.

L'expérience montre que dans les hôpitaux où ce type de structure est utilisée, la qualité des prises en charge psychiatriques en est considérablement améliorée :

- l'efficacité des intervenants "psy" est accrue (mutualisation des moyens rendue possible et coordination avec les équipes somatiques). Leur fonction au sein de l'hôpital général peut évoluer de simple expert ponctuel à un rôle de véritable opérateur de soins,
- une nouvelle population non "psychiatrisable" peut avoir accès à des soins adaptés dans des conditions correctes (prise en charge, suivi et orientation des tentatives de suicide),
- l'hospitalisation de courte durée en milieu non stigmatisé permet une observation des troubles, aménage le délai nécessaire à la détermination du diagnostic et garantit la négociation avec le patient d'une orientation adaptée pour la poursuite de son traitement (hospitalisation ou non, en milieu public ou privé, suivi ambulatoire).

3°) Pour faciliter l'intervention des équipes psychiatriques au domicile des patients en cas de crise aiguë, **l'instauration d'un service mobile d'urgence spécialisé** pourrait être envisagée en s'appuyant sur l'expérimentation faite dans l'Oise d'habiller les infirmiers psychiatriques travaillant sur les S.A.U. des hôpitaux généraux à intervenir, sous la régulation du SAMU, dans les transferts et interventions SMUR en cas de besoin.

Le développement de l'hospitalisation à domicile psychiatrique (existant dans les trois départements), au-delà de la prise en charge actuelle de malades stabilisés, devrait pouvoir répondre à ces situations de crise et de décompensation qui justifient une présence intensive des soignants au domicile des patients, et une assistance des familles en difficulté durant cette période limitée dans le temps, sans recourir pour autant à une hospitalisation vécue dans le drame.

Par ailleurs dans les centres hospitaliers généraux il faut améliorer l'articulation de la prise en charge psychiatrique aux urgences et dans les services d'accueil où interviennent fréquemment des équipes mobiles : dans l'idéal elles seront rattachées au même service que les intervenants psychiatriques des urgences.

- Rôle du SAMU :
 - Apparaît également en 1^{ère} ligne dans le traitement de l'urgence
 - Conseil direct, choix du type d'intervention
 - Principe de ne pas sauf exception (urgence vitale) mobiliser le SMUR sur des interventions psychiatriques mais privilégier les médecins généralistes, les pompiers (menace de suicide) voire une ambulance pour hospitalisés en psychiatrie.

A ce niveau il y a besoin de renforcer la formalisation et la coordination entre les SAMU, la formation des permanenciers en prévoyant des débriefings dans certaines situations difficiles.

TABLEAU RECAPITULATIF DE L'ORGANISATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

	Orientation et prise en charge urgence psychiatrique 24 h./24 sur place	Moyens affectés exclusivement à l'urgence	Urgence pré-hospitalière			Urgence Hospitalière		
			Permanence téli. 24 h./24	Existence de lits portes sur H.G.	Hôpitaux de proximité couverts/psychiatrie de liaison	Garde Psy	Garde somatique	Hosp. Délendus
OISE				Tous (- consultations)				
C.H.I.	OUI	6 P.H. - 45 inf.	OUI - UAU	Tous (- consultations)	57 PH - 24/24			Sectorisée
BEAUVAIS	9 h. - 21 h.		OUI avec relais sur U.A.U. pour la nuit	12	Sauf nuit ou le relais est assuré par UAU de CLT	OUI		
CREIL	9 h. - 21 h.		• • • •	12				
COMPIEGNE	OUI		C.P.H.T.	(mais C.P.H.T.)	24/24			
SOMME				Tous à l'exception de CORBIE et MONTDIDIER				
EPISM Ph. PINEL	OUI	2 P.H. - 15 inf. 2 P.H.	OUI	Consultation à ST VALERY	NON (astreinte 18h.30 - 8h. 30	NON		Sectorisée
ABBEVILLE	OUI		NON		NON	OUI		
MONTDIDIER	NR							
PERONNE	Garde/place		OUI		NON-H.O. hosp. à PINEL			
C.H.U.	OUI							
AISNE								
EPISM PREMONTRE	X	1 P.H. - 15 inf.		5 lits - 985 jrs				Unité spécifique de 6 lits
SOISSONS	NR							
ST QUENTIN	NR							

193

194

5 – PSYCHIATRIE DES PERSONNES AGEES

- Ce volet doit naturellement être étroitement articulé avec le SROS personnes âgées, il embrasse un champ large concernant notamment la gériatrie et la neurologie avec des nécessités d'articulation afin d'éviter les livrages de prise en charge en rappelant la place primordiale des médecins traitants.

- En premier lieu, il faut distinguer :

- Psychogériatrie : concerne la souffrance psychique, les troubles psychiatriques du sujet âgé en relation avec le vieillissement, généralement dans un contexte polypathologique (démence notamment) et notamment pathologie délirante, troubles anxieux (dont phobiques rituels), dépression, troubles des conduites alimentaires
- Gérontopsychiatrie : prise en charge de malades mentaux âgés souffrant de pathologies aiguës ou chroniques récentes ou anciennes dont une partie sont déjà pris en charge dans le secteur médico social handicap (d'où un besoin accru de médicalisation).

- Actuellement il existe des unités de psychogériatrie dans chaque EPSM (Prémontré, CHI, et CH Pinel) et le CH gérontologique de la Fère :

- Elles assurent en court séjour une fonction d'évaluation, d'orientation et de soins
- Elles doivent bénéficier de personnels alliant les compétences de prise en charge de psychiatrie et gériatrie
- Les unités existantes sont à conforter, d'autres pouvant être créées y compris en CHG pour desservir l'ensemble de la région.
- Elles doivent disposer des places d'hôpital de jour.

- il faut également développer les centres de ressources pluridisciplinaires notamment à disposition des médecins traitants : évaluation médico sociale, échanges entre professionnels, et consultations mémoire et favoriser l'information et la formation des personnels.

- Par ailleurs les patients malades mentaux âgés ou personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques, ne présentant pas de troubles du comportement grave, mais nécessitant une prise en charge importante pour le soin et la dépendance, devrait bénéficier de places de long séjour pouvant être regroupées en unités spécifiques, le personnel de soins ayant alors des compétences psychiatriques.

- la place centrale des CMP dans la prise en charge ambulatoire est à réaffirmer étant au cœur des articulations avec les champs sanitaire et médico social.

- Des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée sont à déployer pour desservir l'ensemble de la région (les 3 EPSM de la région ont des projets) :

- Pluridisciplinaires : psychiatre, psychologue, infirmiers, travailleur social, ergothérapeute etc...
- Dans l'idéal rattachées aux unités de psychogériatrie pour faciliter le lien avec l'hospitalisation
- Pouvant intervenir en urgence à la fois en institution et à domicile
- Travaillant en partenariat notamment avec les CLIC et les coordinations gérontologiques, les médecins traitants, travailleurs sociaux, établissements de santé, les services de soins à domicile et les équipes mobiles de gériatrie.

- Les unités Alzheimer ne sont pas consacrées aux personnes relevant de psychogériatrie ou gérontopsychiatrie cependant la psychogériatrie (à côté de la gériatrie et la neurologie) a sa place dans le diagnostic, l'évaluation et le suivi des patients.

- les propositions émises (Cf 1-5) sur les articulations avec le secteur médico social sont à reprendre pour l'essentiel pour la prise en charge des personnes âgées. Une meilleure coordination de la psychiatrie avec les EHPAD et ULSD (formaliser par des conventions) peut faire espérer une facilitation de la sortie de patients âgés de l'hospitalisation notamment psychiatrique, en effet l'accueil en aval vers le secteur médico social est encore plus difficile avec ces types de patients.

Des réseaux de prise en charge gérontologiques incluant les aspects psychiatriques doivent se développer sur des territoires pertinents.

- le recours à la psychiatrie pour des troubles du comportement de la personne âgée :

- Doit s'envisager aussi en intervention à domicile
- Ne doit pas se faire en dernier recours
- Doit être également utilisé à bon escient (éviter problématiques administratives ou pression de la famille par exemple)
- L'hospitalisation de jour en psychiatrie peut être utilement utilisée notamment pour des bilans ou des prises en charge conjointes.

Il est rappelé le rôle central des CLIC (centres locaux d'information et coordination) et coordinations gérontologiques territoriales (Somme) ainsi que la place pivot des médecins généralistes traitants, l'importance du diagnostic précoce et d'une prise en charge globale en partenariat avec l'ensemble des acteurs sociaux et l'entourage.

6 - SANTE EXCLUSION, SANTE PRECARITE

.6-1 Etat des lieux : principaux constats

- la prévalence de la souffrance psychique parmi les populations précarisées, notamment accueillies dans les structures d'hébergement social (80% dans certains établissements) et RMIstes, est très élevée :

- la FNARS (Fédération Nationale des Institutions d'Accueil et Réinsertion Sociale) réalise une enquête auprès de ses adhérents qui permettra notamment d'explorer la problématique santé et son rôle dans les maintiens en structure « inadéquats »
- l'accès aux soins psychiatriques ambulatoires n'est pas facile surtout en situation d'urgence
- il est constaté également un manque de places en secteur médico-social et une tolérance faible pour les malades mentaux
- on manque de relais et dispositifs passerelles entre sanitaire et social
- l'accès aux logements sociaux est très difficile voire impossible
- il y a un réel besoin d'écoute spécifique formulée par les professionnels.

- le partenariat est complexe :

- blocages liés parfois au partage du secret professionnel, voire à des freins institutionnels
- reconnaissance insuffisante de l'expertise des travailleurs sociaux
- complexité et longueur croissantes des démarches administratives (ex de la MDPH, des tutelles/curatelles)
- non retour d'informations aux professionnels à l'origine d'une démarche d'orientation
- disponibilité insuffisante des CMP et existence d'une seule équipe mobile santé mentale-précarité rattachée au CHS PINEL

195

196

- les patients hospitalisés sortent prématurément avec une préparation de sortie insuffisante (déficit de coordination)
 - les travailleurs sociaux sont peu formés, peu informés sur la prise en charge des malades mentaux
 - la prise en charge sociale hospitalière peut prolonger une hospitalisation, laquelle est coûteuse pour certains patients mal couverts par l'Assurance Maladie.
- certaines populations sont particulièrement vulnérables :
- les jeunes de 16-25 ans : absence de revenu (et pas d'accès à l'AAH jusqu'à 20 ans et au RMI jusqu'à 25 ans), fréquence des addictions, manque de lits d'hospitalisation spécifiques
 - les sortants de prison avec parfois absence de couverture sociale
 - les étrangers : psychotraumatismes, situations irrégulières ou délai d'attente empêchant l'accès aux soins...

6-2 Recommandations

- les propositions relatives à l'articulation avec le secteur médico-social et social émises dans le chapitre « inadéquations » (cf 3-4) sont valables, notamment :
- la formation des travailleurs sociaux sur la prise en charge des malades mentaux
 - des espaces de coordination sur des problématiques individuelles et institutionnelles
 - la prise en compte du partenariat dans les projets d'établissement
 - en hospitalisation avec perspective de sortie, la formalisation précoce d'un projet de vie mobilisant les équipes socio-éducatives et la transmission de données complètes aux institutions d'aval (lesquelles doivent désigner un médecin référent)
 - le développement de conventions partenariales (exemple de l'Aisne) psychiatrie / établissement de réinsertion sociale.
- au niveau des moyens pour la psychiatrie :
- la priorité reste le renforcement des CMP, pivots de la prise en charge ambulatoire et premier interlocuteur des professionnels sociaux
 - les équipes mobiles santé mentale précarité sont également une réponse complémentaire : renforcer celle du CHS PINEL et en créer sur le reste de la région.
- en amont de la psychiatrie il faut veiller à ne pas tout "psychiatriser" et distinguer souffrance psychique de maladie mentale, ne pas chercher à compenser le délitement du lien social par une réponse médicale :
- l'écoute est souvent suffisante, des formations à l'écoute peuvent apporter des compétences à des professionnels non spécialisés en santé mentale
 - savoir adresser à la psychiatrie les patients qui nécessitent une prise en charge spécialisée
 - la présence d'infirmiers, de psychologues voire de psychiatres dans les structures sociales faciliterait ce suivi et le partenariat.
- la place des psychologues dans les dispositifs d'accueil social est discutée :
- afin d'éviter des temps très partiels et « saupoudrés » préconise et conforte à affiner des mutualisations
 - développer l'intégration des jeunes professionnels dans une dynamique d'équipe institutionnelle et de réseau professionnel
 - importance de formations spécifiques
 - nécessité de liens forts avec la psychiatrie.
- A cet égard on peut citer un cas hors région d'un temps plein de psychologue porté par une seule structure départementale associative, avec des interventions sur l'ensemble des institutions sociales, sur des fonctions au-delà du suivi individuel (soutien, formation et appui technique aux équipes) et en partenariat étroit avec la psychiatrie (qui a vu diminuer alors sa file active en CMP concernant ces populations).
- dans le même ordre d'idées la place des points écoute est à réévaluer :
- actuellement nombreux surtout en milieu scolaire ; financés sur des moyens non pérennes
 - nécessité d'articulation entre eux (exemple de l'Aisne), et surtout avec la psychiatrie

- plutôt qu'une animation uniquement par des psychologues, promouvoir l'implication d'autres professionnels formés à l'écoute.
- des dispositifs à promouvoir (non spécifiques de la maladie mentale, mais à adapter en partenariat avec la psychiatrie) :
- les places de halte soins santé, permettant dans des structures sociales de disposer de lits infirmiers en amont, en aval ou à la place d'une hospitalisation
 - les maisons relais : résidences sociales avec logements autonomes dans un cadre de vie collectif : 336 places prévues fin 2008 en Picardie dont 17 dans l'Aisne, 88 dans l'Oise et 78 dans la Somme animé par des hôtes professionnels.
- Intérêt de développer l'accueil des malades mentaux en partenariat avec le psychiatre et favoriser la création des places spécifiques.
- Il faut réaffirmer le rôle des professionnels des PASS (permanences d'accès aux soins) en milieu hospitalier
- enfin la réinsertion professionnelle n'est pas à négliger :
- à inscrire dans le projet individuel dès qu'envisageable
 - intérêt des dispositifs de préparation d'évaluation et suivi développés dans certains établissements psychiatriques y compris hors région (exemple des Ardennes avec le service UNIFPRIMOT)
 - importance du partenariat avec des organismes spécialisés tels que CAPEMPOI (associations départementales d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés) et les MDPH.
- concernant l'accès au logement :
- sensibiliser les bailleurs sociaux à la problématique psychiatrique
 - promouvoir l'accès au logement social
 - encourager le développement des conventions partenariales avec la psychiatrie

7 – TELEMEDECINE

Développement de la Télémédecine et de la Télépsychiatrie

Introduction

D'aucuns soulignent aujourd'hui que l'exercice de la médecine sur le territoire national français se trouve confronté de plus en plus à des problèmes démographiques. La « désertification médicale » amène à s'interroger sur des outils à mettre en place pour répondre le plus justement aux besoins de santé de la population des différents territoires. Ce besoin est renforcé pour certaines spécialités dont l'évolution technologique croissante et la concentration de leur existence sur quelques centres impose de permettre leur accès à différentes populations réparties sur l'ensemble d'un territoire.

Parmi les moyens invoqués pour répondre à cette demande, apparaît le développement de la télémédecine : la télé consultation à distance est un moyen pour répondre en partie à l'éloignement géographique lorsqu'un tel besoin existe. Un tel outil vient alors renforcer le maillage de l'organisation des soins, permettant à chacun d'accéder aux soins et à la meilleure expertise possible.

Le développement de la télémédecine peut être un outil au service de la psychiatrie, qui, à l'instar d'autres spécialités se trouve sur le territoire national de plus en plus confrontée à des problèmes démographiques, sans toutefois constituer une solution de remplacement à la mise en place d'infrastructures pour répondre aux besoins de la population.

La Télépsychiatrie : un outil envisageable aux champs d'actions multiples

Pour l'American Psychiatric Association, « la télépsychiatrie est une technologie qui vise, au départ, à renforcer l'action aux soins pour les personnes difficiles à atteindre géographiquement dans un contexte de pénurie de l'offre spécialisée locale ». Des expériences diverses et variées sont en cours dans plusieurs pays (USA, Canada, Australie, Finlande...) et quelques expériences sont menées en France.

Dans ce cadre, la télé psychiatrie pourrait permettre des consultations ou des avis à distance. Outre la possibilité d'accéder aux soins, ce nouvel outil permettrait de plus de renforcer l'expertise au service d'autres institutions : service d'accueil d'urgences, foyers sociaux et médico-sociaux, maisons de retraite... En facilitant les premières consultations dans une logique de proximité, la télé psychiatrie pourrait de plus réduire les recours à l'hospitalisation.

La télé-médecine favoriserait également la pluridisciplinarité. En effet, dans des disciplines éminemment pluridisciplinaires, et marquées par des transversalités fortes avec les intervenants sociaux et médico sociaux, les outils de télé-médecine sont un support facilitant le dialogue entre les intervenants. L'outil de visio conférence et la transmission de données cliniques peuvent faciliter les échanges entre professionnels, notamment par la diminution des temps de déplacement à l'occasion des synthèses. Dans le même sens, les rencontres des équipes de santé mentale et les équipes médico sociales peuvent largement utiliser les supports de visio en « panoramique ».

De même, et sans aucunement prétendre se substituer à un suivi in situ, la mise en œuvre d'équipements de visio-entretien peut accompagner et faciliter le suivi quotidien entre des équipes de santé mentale et des patients chroniques stabilisés en accueil familial thérapeutique, en structure sociale, ou en appartement associatif ou logement autonome.

Un outil novateur dont l'utilisation doit être mesurée

L'utilisation de la télé psychiatrie ne doit pas faire oublier les spécificités de la psychiatrie et l'importance de la relation entre le patient et le praticien. Sa mise en place devra alors être effectuée de manière pragmatique en permettant d'évaluer l'impact positif de cet outil.

Dès lors le développement pourra être organisé dans le cadre de projets spécifiques développés par les établissements de la région Picardie.

A titre d'exemples, parmi les objectifs poursuivis pourraient figurer la garantie d'une évaluation et d'une prise en charge psychiatrique en urgence 24h/24 au niveau des S.A.U, la réduction du recours à l'hospitalisation pour des patients pouvant bénéficier de soins de proximité.

Dans le même sens, le développement de la télé psychiatrie permettrait de renforcer les liens avec des structures médico sociales : maisons de retraite, foyers de vie. Dans ce cadre, les équipes de ces structures pourraient bénéficier d'expertises à distance. L'outil de télé-médecine n'est pas dédié spécifiquement à renforcer les consultations médicales, mais peut participer aux suivis des différentes équipes et faciliter les réunions de synthèse.

En tout état de cause, l'utilisation de la télé psychiatrie ne pourra se faire que sur des projets spécifiques qui seront évalués afin que leur pertinence permette de développer d'autres projets.

8 - PLACE DU SECTEUR PRIVE

8-1 Secteur hospitalier

- le secteur privé (ex OQN) souhaite participer activement au dispositif de prise en charge en psychiatrie, notamment dans le département de la Somme où il est actuellement totalement absent alors que les besoins y sont très importants.

- le secteur public étant saturé (hospitalisation complète et HDJ), avec inadéquation proche de 33 % et fuite extra régionale pour certaines populations, le secteur privé peut apporter sa contribution dans les domaines suivants :

- prise en charge coordonnée diversifiée des adultes et jeunes adultes
- pédopsychiatrie
- développement de l'hospitalisation de jour et des consultations en centre

- plateau technique de sismothérapie
- mise en réseau avec le secteur public, le secteur libéral de ville (spécialistes et médecins généralistes), le secteur pénitentiaire, les usagers (associations de familles), le secteur médico-social et l'HAD
- participation à la recherche et à la formation des personnels

La participation à la filière de soins s'effectuera dans la concertation et la complémentarité entre les acteurs de soins existants, sur la base des démarches en cours et, si besoin, dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire public privé dont le champ sera à définir avec les structures et les institutionnels.

- Actuellement, hors Somme, plusieurs cliniques sont spécialisées dans la prise en charge psychiatrique.

8-2 Secteur ambulatoire

- les psychiatres libéraux, en nombre très faible dans notre région, ont plus de difficultés que leurs confrères publics à concrétiser des prises en charge thérapeutiques pluri disciplinaires, ils peuvent recourir aux :

- psychologues libéraux : peu accessibles car pas de prise en charge Assurance Maladie
- infirmiers libéraux :
 - actes de thérapie non reconnus dans la nomenclature
 - problèmes de démographie et probablement de formation, réflexion à développer
- infirmiers et psychologues (et autres) de CMP : connexion à développer mais en précisant l'articulation avec le psychiatre public, la prise en charge de l'urgence.

- il y a aussi les services de soins à domicile notamment les services infirmiers qui pourraient développer des prises en charge de malades mentaux.

- se place des médecins généralistes et leur partenariat avec la psychiatrie publique sont à renforcer (Cf 1^{ère} partie)?

Au total, dans le contexte actuel notamment démographique et budgétaire, le développement de partenariats public/privé et privé/privé avec des initiatives novatrices, pourrait avoir un impact au moins aussi important que des renforcements sectoriels de moyens.

8-3 Résultats de l'enquête de l'URML sur l'hospitalisation en psychiatrie pour l'année 2007, auprès de 320 médecins généralistes libéraux répartis sur les 3 départements

- Hospitalisation psychiatrique en secteur privé en 2007 :

- 42 % y ont recouru hors Picardie dont 43 % dans le Pas de Calais, 12 % dans le Nord, 9 % dans la Marne, 95 % dans le Val d'Oise
- 1 à 2 fois pour les 2/3 des praticiens concernés
- 96 adultes et 10 enfants concernés
- Difficulté d'hospitalisation dans 53 % des cas

- Soins ambulatoires difficiles faute de disponibilité hospitalière adéquate

- Pour 63 % des praticiens, concernent 80 enfants et 187 adultes

- Actuellement, 30 % des praticiens avec 99 patients sont concernés

- Délai moyen d'attente pour hospitalisation publique (ou privée) pour 1/3 (46 % pour le privé) des praticiens > 1 semaine, et pour 14 % > 1 mois

- Pour la moitié des praticiens les patients ne sont pas hospitalisés le temps nécessaire

- Pour plus des 2/3 des praticiens, la répartition des lits adultes et enfants, public et privé, est inadéquate aux besoins, 95 % souhaitent une ouverture de structure privée.

- Commentaires :

- Besoin d'hospitalisation privée dans la Somme : transfert vers autres départements de plus en plus difficiles
- Besoin de services d'urgences psychiatriques pour enfants et adolescents en grande souffrance.

9- RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT (Cf annexe 12)

Il y a consensus sur la nécessité d'une recherche dynamique étroitement articulée avec le soin et l'enseignement et s'appuyant sur de multiples réseaux dépassant le cadre de la région.

9-1 Psychiatrie adultes

- Thèmes à développer :

- Comparaison de modalités thérapeutiques sur des prises en charge de patients
- Attention et fonctions exécutives chez le sujet sain / malade (MRS + CHU Lille et Amiens)
- Évolution à long et moyen terme des troubles psychiatriques.

- Modalités proposées :

- Création d'un GIP régional de recherche en psychiatrie comprenant notamment les EPSM
- Création au CHU d'une structure des soins pilote dédiée aux troubles de l'attention.

9-2 Pédopsychiatrie

- Thèmes étudiés au service de pédopsychiatrie du CHU : suicide de l'adolescent, troubles des conduites alimentaires, autisme, souffrance psychique de l'adolescent, troubles de l'apprentissage, expressions somatiques, urgence et psycho traumatismes, psychiatrie inter culturelle etc...

- Thèmes développés dans le cadre de réseaux et recherches multicentriques : fratrie et anorexie mentale, autistes sans langage, efficacité du "packing", estime de soi chez les adolescents, la pédopsychiatrie en hôpital général, syndrome d'Asperger.

- perspectives de développement et implication régionale :

- Création et renforcement de réseaux de recherche
- Recherches dans le cadre du G4 (avec Haute et Basse Normandie + Nord Pas de Calais)
- Dans le cadre du CHU :
 - Entre unités de médecine de l'adolescent et pédiatrie / pédopsychiatrie de la région notamment par les journées annuelles

- Entre neuro pédiatrie et pédopsychiatrie, déjà associées au sein de centre régional de référence autisme et troubles d'apprentissages.
- Avec les unités d'onco hématologie, cardio pneumologie, diabétologie infantile notamment colloques et publications
- Avec la néonatalogie, l'unité nourrissons, la maternité et le CAMPS du CHU. Travail a renforcer sur les dysfonctionnement des inter relations précoces
- Avec l'Université de Picardie (dont le laboratoire cognition, langage, émotions, acquisitions) participation à un réseau national de recherche en sciences cognitives et neuro sciences sur l'autisme
- Autres partenaires dans le cadre du centre de référence autisme : CREAL de Picardie, réseaux INSERM, IME Henri Dunant, autres centres de référence

➤ Autres perspectives avec l'Université de Picardie (et Champagne Ardenne)

- Laboratoire de psychologie appliquée : santé, stress et traumatisme

➤ Dans le cadre du pôle de pédopsychiatrie du CHS Pinel :

- Etudes au cas par cas dans le cadre d'un réseau INSERM, création d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques

➤ Besoins exprimés :

- Création d'un poste hospitalo universitaire
- Promotion des postes médicaux partagés CHU – établissements périphériques

9-3 Liens pédopsychiatrie / psychiatrie adultes

- propositions de thèmes :

- Etudes longitudinales sur le devenir adulte des adolescents souffrant de pathologies de dépendance ou de la personnalité
- 1ères manifestations de troubles cycliques de l'humeur ou prémisses d'une schizophrénie

- propositions d'organisation :

- Création d'une commission régionale d'enseignement et recherche (ou groupe de travail spécifique SROS)
- Réunion régionale annuelle sous l'égide des facultés de médecine et sciences humaines pour débattre des questions de recherche et enseignement

9-4 Contribution des familles (UNAFAM)

Les actions de l'UNAFAM sont essentiellement au niveau national

- il est affirmé l'urgence nécessaire de la recherche notamment sur la réparation des fonctions cognitives et les effets secondaires des psychotropes.

- l'UNAFAM s'intègre dans plusieurs partenariats :

- Avec l'INSERM, le CNRS et la DRESS (service statistique du Ministère de la Santé)
- Comité interface psychiatrie, groupe de réflexion avec les associations de malades

- Expertises collectives, appels d'offre de recherche
- Contribution à des travaux de recherche notamment épidémiologique.

- le comité de recherche de l'UNAFAM comprend 14 membres dont 10 scientifiques.

- l'association accorde des prix à des jeunes chercheurs.

- l'UNAFAM propose ses apports surtout dans les domaines suivants :

- Symptomatologies précoces des pathologies psychiatriques
- Effets des médicaments
- Organisation des soins
- Etude de facteurs déclenchants et aggravants
- Épidémiologie
- Réinsertion sociale.

- l'UNAFAM a rédigé une charte pour la participation des familles aux recherches en psychiatrie et en santé mentale.

- il est demandé la création d'une fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale.

10 - PLACE DES FAMILLES

Aide aux aidants / accompagnants familiaux.

Préambule :

L'accompagnement de tout malade, y compris psychique, est assuré essentiellement par la famille, en chacune de ses composantes (mère, père, frère et sœur) et son entourage immédiat. Ces accompagnants sont alors sollicités de manière « anormale », excessive, sur une très longue durée, quand ce n'est pas la vie entière. L'équilibre familial est menacé car personne n'est préparé à assumer une telle charge.

Les traitements actuels proposés aux malades psychiques permettent le plus souvent le retour et les soins à domicile après une hospitalisation, voire même le traitement en dehors de toute hospitalisation.

Ce sont en effet les familles et au premier chef, les parents, qui par leur proximité avec le malade, en assurent l'accompagnement quotidien. Avec le soutien de l'équipe soignante et l'accord du malade, elles visent aussi à prévenir les situations de crise et jouent un rôle prépondérant dans la continuité et la qualité de la prise en charge..

Ce transfert massif vers les familles, est un **facteur d'économies considérables pour le système de santé.**

Il est important de réinvestir le rôle parental, car le devenir du malade en dépend, et d'**instaurer une prise en charge globale en mettant en place un travail en partenariat où le rôle spécifique de chacun des intervenants est reconnu.**

Face à l'immense effort qu'elles accomplissent, la majorité des familles aidantes demandent instamment en retour à être accompagnées pour acquérir un « savoir être », adapté au nouveau rôle que leur impose la maladie de leur proche.

Aucune d'elles ne prétend se substituer à l'équipe soignante : le domaine des familles est celui du « care » (c'est-à-dire prendre soin), celui des soignants, celui du « cure » (donner des soins curatifs).

Néanmoins, lorsque le handicap psychique survient, chaque famille doit pouvoir choisir de devenir « aidant/accompagnant familial » et/ou de demander des aides humaines.

Elle ne peut remplacer l'apport du secteur médico-social, qui demeure, plus que jamais, une nécessité à développer dans notre région.

Du fait de la survenue de la maladie psychiatrique, cette famille, est elle-même extrêmement fragilisée par la souffrance de chacun de ses membres. Elle aussi est exposée au risque d'isolement, de solitude, d'épuisement.

Son équilibre, mental et physique, indispensable au maintien de cet accompagnement, est en jeu.

Si nécessaire, une aide adaptée doit lui être proposée.

Cette "aide aux aidants/accompagnants" familiaux ne peut être que pluridisciplinaire pour adapter les réponses à chaque situation.

Elle s'impose d'autant plus aussi que le nombre des psychiatres, déjà insuffisant chez nous est appelé à diminuer de façon importante dans les années à venir.

Elle nécessitera une **profonde modification** de la pratique des équipes soignantes car elle introduit la famille comme un partenaire qui pourrait être un relais nécessaire des soignants et le support du patient, dans la vie de tous les jours.

Besoins des familles :

- Etre accompagnées dans leur nouveau rôle.
- Etre informées pour qu'elles puissent mieux accompagner leur proche malade.
- Développer leur « savoir être » face à la maladie.
- Etre aidées pour retrouver un équilibre et un fonctionnement stables
- Développer les structures d'accueil pour le patient et sa famille.
- Informer sur les structures possibles pour le patient et sa famille.

Efficacité potentielle des actions :

- Réduire le nombre d'hospitalisations liées aux rechutes.
- Eviter l'épuisement des accompagnants.
- Créer des liens entre toutes les personnes ressources (familles, soignants, amis...).
- Améliorer la qualité de vie des patients.
- Améliorer la qualité de vie des familles et de chacun de ses membres.

Propositions concrètes

- *Aide directe à la famille*

- **Dés le début de l'hospitalisation, ou les premières consultations**, avec l'accord du patient et en incluant la personne de confiance, tout en respectant l'intimité de la personne :

Rencontrer la famille, poser les choses et garder un lien avec elle (ceci permet de connaître l'environnement familial et extrafamilial du malade).

Ecouter et soulager la souffrance et répondre aux inquiétudes de chacun des membres de la famille, en évaluer les conséquences possibles.

Déculpabiliser la famille.

Informier et échanger sur ce que l'on peut faire et ce que l'on envisage de faire pour le malade, en l'incluant dans la prise en charge (c'est à dire le malade est acteur de sa prise en charge).

Informier sur le fonctionnement du service : organisation et surtout personne à qui la famille peut s'adresser pour que les liens avec l'équipe soignante soient effectifs (réfèrent du malade, si possible stable ?).

- **Préparer la sortie**, dès l'entrée, et au moins quelques jours avant, toujours avec l'accord du malade et de sa famille, en s'efforçant d'instaurer une collaboration sur le long terme avec la famille qui peut alors devenir le meilleur support du patient.

Echanger sur le traitement et ses effets secondaires éventuels (de la maladie et du traitement) ainsi que le suivi envisagé.

Réinvestir le rôle parental/familial (ou proposer des indications pour une coopération qui fonctionne).

Possibilité de dialogue avec les intervenants médicaux du patient sur le contenu du dossier médical.

Clarifier avec la famille les problèmes sociaux (études, travail, exonération du ticket modérateur, MDPH, couverture en responsabilité civile...) : ceux qui sont résolus, ceux qui restent à résoudre. Donner les coordonnées des services sociaux ou autres structures compétentes.

- Evoquer l'évolution possible et l'aide qui pourra alors être apportée.

Donner l'identité du référent de l'équipe soignante que la famille pourra appeler en cas de problème, en veillant à ce que les personnes se soient rencontrées auparavant.

Informier le médecin de famille du malade.

Informier la famille de l'importance de ne pas rester seule, lui fournir les coordonnées des associations de malades et de familles d'usagers locales.

Porter une attention similaire à la fratrie.

Etablir une traçabilité du lien établi avec les accompagnants dans le dossier médical.

- *Aide aux familles en tant que groupe d'usagers :*

- Se discute la possibilité de disposer d'un local au sein de l'hôpital pour y tenir une permanence.

- Organiser des journées d'information à l'usage des familles et/ou participer à l'animation des formations qui pourraient être organisées par les associations de familles (type Profamille, Argos, Bipolact, ...)

- Prévoir des possibilités de séjour de vacances thérapeutiques pour les patients qui soient en partie financées par la collectivité et/ou des possibilités d'hébergement temporaire pour que les aidants puissent "souffler".

- Evaluer collectivement l'efficacité du dispositif qui pourrait être mis en place, afin d'en mesurer l'efficience et / ou de l'améliorer.

- Inclure les dispositifs d'aide aux familles dans la démarche qualité des services ou dans une annexe au protocole d'accréditation, pour qu'ils deviennent réalité (par exemple questionnaire de satisfaction).

- Promouvoir des programmes de recherche mesurant l'impact des différents accompagnements (des accompagnants et/ou des soignants) et étudiant les moyens de l'améliorer.

- Dans la mesure où elles remplissent un rôle irremplaçable, reconnu par la société et dans un certain nombre d'études, aider financièrement ou par tout autre moyen, les associations d'usagers et de familles d'usagers.

QUATRIEME PARTIE : SUIVI ET EVALUATION

1- PREAMBULE

Plusieurs facteurs concourent au consensus observé sur la nécessité d'un suivi attentif du SROS 3 psychiatrie :

- le constat de nombreux objectifs du SROS 2 (et de la première version du SROS 3) non ou partiellement concrétisés.
- une mobilisation très large de la psychiatrie et des partenaires à travers les enquêtes, les consultations et groupes de travail : une dynamique qui renforce la légitimité du SROS mais renforce les attentes;
- des propositions qui vont au-delà du cadre sanitaire (notamment vers le secteur médico social et social) poussent à renforcer la coordination avec d'autres acteurs, d'autres cadres de planification.
- enfin une volonté inscrite dès le départ par les rédacteurs, et communiquée aux groupes de travail.

2- ORGANISATION

- non spécifique :

- Le comité régional de suivi des SROS, organisé par l'ARH, suit la mise en place (et la révision) sur l'ensemble des volets thématiques, conférences de territoire, commission exécutive de l'ARH, instances de suivi des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé...

- spécifique :

- La commission régionale de concertation en santé mentale, qui a supervisé l'élaboration de ce SROS paraît la mieux placée pour en suivre la mise en place.
- Un certain nombre de groupes de travail pourrait persister surtout dans les domaines où un suivi paraissait important : inadéquations, détenus, CMP, pédopsychiatrie, délinquants sexuels...

- un bilan complet annuel serait souhaitable, à présenter à l'ensemble des instances concernées

3- OUTILS

- existants :

- Indicateurs de contrat Etat / ARH
- Utilisation des crédits du plan santé mentale
- Projets d'établissement et CPOM
- Réponses aux appels d'offre
- Bilan annuel régional pour le plan de santé mentale
- Indicateurs médico sociaux (PRIAC, schémas départementaux)

- proposés pour les groupes de travail plusieurs indicateurs, liés à des objectifs importants, ont été proposés, par exemple :

- temps d'accès maximal à un CMP ou antenne
- nombre d'inadéquations en hospitalisation complète, nombre de places en secteur médico social spécifiques aux handicapés psychiques

Enfin, peut-être d'autres seront à construire dans le cadre du suivi.

CINQUIEME PARTIE : RESUME DU SROS III DE PSYCHIATRIE

Il s'agit de la révision du volet psychiatrie du SROS 3 2006-2011, entamée début 2007 et validée en septembre 2008.

1 METHODOLOGIE

L'ensemble des travaux s'étale sur un an et demi coordonnés par Monsieur DELAHAYE, Directeur du CHS Pinel et le Dr FAURE, Médecin Inspecteur Régional.

- Début des travaux en janvier 2007 avec l'installation de la Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM)
- Suivi par la CRCSM (1 réunion par trimestre)
- Groupes de travail : 4 initialement (CMP, inadéquations, pédopsychiatrie et révision du SROS) puis 6 nouveaux : télépsychiatrie, personnes âgées, précarité, délinquants sexuels, détenus, psychologues déployés entre septembre 2007 et juin 2008
- D'autres instances ou groupes de travail sollicités : Commission régionale de la naissance (CRN), Commission régionale d'organisation des soins des enfants et des adolescents (CROSEA), démographie médicale, détenus (dépendance), ainsi que des contributions de personnes ressources
- Une très large concertation y compris au-delà de la psychiatrie (conseils généraux, MDPH, justice, administration pénitentiaire, établissements médico sociaux et sociaux... par enquêtes (CMP, inadéquations, délinquants sexuels, détenus, pédopsychiatrie), les groupes de travail, très fréquentés et parfois décentralisés, la circulation du document projet.

2 CADRES

Les réflexions se sont appuyées sur plusieurs références :

- Niveau national : plan de santé mentale, loi de santé publique, plan périnatalité...
- Niveau régional : SROS précédents, PRIAC, PRSP, contrat Etat / ARH
- Niveau départemental : schémas médico-sociaux : hébergement, personnes âgées, handicapés, enfance...
- Place et formation des professionnels de santé mentale, aspects démographiques.

3 CONTRIBUTIONS

3-1 CMP Adultes

32 CMP enquêtés ont permis au groupe d'asseoir ses propositions :

- Dotations en personnel à renforcer et locaux à adapter
- Le CMP reste le pivot du soin ambulatoire
- Influence de la sur occupation hospitalière
- Adaptation plutôt qu'extension des horaires d'ouverture
- Obtenir un premier RDV (non médicalisé) dans les 15 jours
- Faciliter l'accès (information, signalisation...) et ne pas avoir de point de consultation (dont antennes) à plus d'une demi heure sur toute la région

3-2 Inadéquations en hospitalisation complète adultes

Cela concerne des patients maintenus en psychiatrie mais relevant d'une autre orientation (environ 30 % des lits).

- Enquête en cours auprès des EPSM à partir d'un outil validé notamment par MDPH et conseils généraux
- Les propositions s'appuient sur 2 axes :
 - Aspect quantitatif : créer de nouvelles places dans le secteur médico social (PRIAC, schémas départementaux) et des équipes mobiles de psychiatrie pour intervenir dans les établissements
 - Aspect qualitatif : améliorations des articulations avec le secteur médico social à formaliser dans une charte : prise en charge conjointes, formations des personnels, périodes d'essai, transmission des données, projets de vie partagés, concertations (aspects individuels et institutionnels), projets institutionnels, agréments, MDPH...

3-3 Pédopsychiatrie

Ce groupe traite de l'ambulatoire et de l'hospitalisation :

- situation des 102 lits d'hospitalisation complète à revoir : le taux d'équipement régional est 2.5 fois plus élevé que la moyenne nationale mais la Somme a besoin de 12 lits supplémentaires
- importance des partenaires : Aide Sociale à l'Enfance, Education Nationale, Justice, MDPH...
- CMP : élargir horaires et réduire délais d'attente (2 mois actuellement)
- Maisons des adolescents à développer
- Périnatalité : implantation de psychologues dans les maternités rattachés au secteur pédopsy en articulation avec le réseau périnatalité qui reste à formaliser

- Les 16-20 ans : unités d'hospitalisation spécifiques, souplesse dans la prise en charge ambulatoire...

3-4 Détenus (6 établissements dans la région)

- Renforcer les effectifs selon les vocations des établissements (Liancourt, Château-Thierry) et la charge de travail réelle (tenir plus compte du nombre de détenus que celui de places)
- Tenir compte de la dépendance et du vieillissement notamment dans les établissements de longues peines (Liancourt, Château-: renforcement de personnel de soins et / ou recours à des services d'auxiliaires de vie)
- Renforcer la formation des personnels
- Améliorer la coordination avec l'administration pénitentiaire
- La création des unités hospitalières spécialement aménagées : mise à disposition de 60 lits à Seclin communs avec le Nord Pas de Calais et la Haute Normandie en 2011.

3-5 Délinquants sexuels

- Créer un centre régional de référence (coordination, formation et appui technique) : celui de Lille qui desservait la Picardie n'est pas opérationnel sur la région
- Promouvoir des centres départementaux cliniques ambulatoires de référence : 2 déjà mis en place au CHI de Clermont et au SMPR d'Amiens
- Réaffirmer le rôle des CMP
- Augmenter le nombre de médecins coordonnateurs qui font l'interface avec la Justice dans les obligations de soins
- Améliorer les articulations avec la Justice

3-6 Urgences

- Forte disparité des moyens consacrés par les EPSM
- Renforcer la couverture des CHG
- Protocolisation d'une permanence téléphonique 24/24
- Développement des lits porte spécifiques aux urgences des CHG
- Intervention d'infirmiers psychiatriques dans le SMUR

3-7 Personnes âgées

- Conforter et développer des unités de psychogériatrie (La Fère et les 3 EPSM)
- Créer des équipes mobiles intervenant à domicile et en institution médico sociale
- Installer des places spécifiques en USLD
- Développer les réseaux de prise en charge

3-8 Santé mentale et précarité

- Articulations à renforcer avec structures et institutions de prise en charge sociales
- Renforcement de la prise en charge en amont dont points d'écoute, psychologues...
- Développer les places de halte santé (gérées par des infirmiers) et équipes mobiles (de psychiatrie) précarité
- Réaffirmation du rôle pivot des CMP

3-9 Télémedecine

Cette technique est prometteuse mais soulève des réticences parmi les professionnels

- Réponse à des problèmes démographiques et l'articulation avec secteur médico social, urgences...
- Cadrage nécessaire

3-10 Place des familles

- Rôle majeur, en complément et non en substitution des professionnels
- Reconnaître les familles et les associer au processus thérapeutique, au projet individuel dès le stade initial
- Désigner des référents parmi les soignants, informer sur fonctionnement institutionnel, contenu de prise en charge...
- Faire connaître les associations et favoriser leur développement
- Appui et soutien aux aidants et à la famille incluant la fratrie.

2ème révision du SROS 3

Chapitre 23

Volet « Développement d'un Système d'Information régional de santé partagé »

Sommaire

1) Introduction.....	3
2) État actuel de l'informatique de santé en Picardie.....	4
a) Cartographie des SI hospitaliers	4
b) Les SI dans le monde libéral.....	5
c) La participation de la Picardie à l'expérimentation du DMP	6
d) Les outils développés par le GIP « Télémedecine de Picardie »	6
e) Les premiers constats qui s'imposent :	7
3) Le contexte et les enjeux.....	8
4) Pour une stratégie des systèmes d'information de santé en Picardie.....	10
a) Améliorer la prise en charge du patient grâce à l'informatisation des dossiers patients.....	10
b) Optimiser l'organisation des soins	11
c) Mieux utiliser les ressources médicales en développant l'usage de la télémedecine.....	11
d) Accélérer le rythme de la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.....	12
5) Le rôle des acteurs régionaux.....	14
a) Le GCS « e-santé Picardie »	14
b) Le MiPih	16
c) Le GCS « PHARE »	17
d) Proposition d'un pilotage régional des SI de santé.....	17
6) Les projets régionaux	18
a) Évolution du « DSP »	18
b) PHARE (Plateforme Hospitalière Applicative Régionale ERP).....	19
c) Le développement de la télémedecine	20
d) La télé-radiologie et le PACS régional	22
e) Les utilisations médicales du réseau ROSACES.....	22
f) La Maison virtuelle des usagers	23
g) Un dossier de cancérologie unifié.....	24
h) Les services d'annuaire picards.....	24
7) Les opportunités de financement des SI de santé.....	24
a) Plan Hôpital 2012	24
b) La notion de ROI.....	25
c) Ampleur des investissements à financer.....	25
8) Conclusion	26

213

Le présent chapitre se substitue au chapitre 23 du SROS 3 publié en date du 31 mars 2006

1) Introduction

Les systèmes d'information (SI) de santé contribuent directement à la qualité des soins et à l'efficacité du système de santé et à ce titre sont des enjeux pour son évolution.

La démarche de réflexion autour des SI de santé est à la fois difficile et nécessaire.

Difficile, car les Systèmes d'Information de santé présentent à la fois une unité et une diversité :

- unité par les possibilités technologiques, les référentiels, même les données, et par sa vocation de contribuer à la dispensation des soins,
- diversité par les domaines et les acteurs.

Difficile, car les sujets sont sensibles et complexes :

- sensibles autant pour les professionnels de santé que pour les patients ;
- complexes car généralement ce sont des projets d'importance : l'informatisation des établissements de santé et des processus de soins, par exemple, renvoie à des questions de financement, de coûts, de délais, d'organisation et de comportement, demandant l'adhésion des acteurs

Une démarche difficile, donc, mais nécessaire, car face à la multiplication de projets divers, souvent appréhendés de manière verticale, et qui ont chacun une réalité et des perspectives qui leur sont propres, il faut favoriser la mise en cohérence, la rationalisation des moyens, pour répondre aux besoins,

Il faut aussi organiser l'échange et le partage des informations et des systèmes d'information. C'est-à-dire assurer le plus rapidement un niveau suffisant d'interopérabilité et de sécurité des SI de santé dans une approche de construction progressive et harmonieuse que l'on nomme « urbanisation ».

Par ailleurs nous devons développer les outils pilotage médico-économique, les tableaux de bord et autres outils décisionnels pour contribuer à l'amélioration de l'efficacité des organisations.

« Améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure utilisation de l'information médicale »

Ceci a été notre postulat de base qui a guidé notre travail.

La disponibilité et le partage de l'information médicale sont des facteurs essentiels de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient en favorisant la coordination, la complémentarité et la continuité des soins.

214

Il convient donc d'avancer davantage et de manière significative sur la voie de l'informatisation des dossiers patients qui deviendront plus « communicants ».

D'une manière complémentaire, l'amélioration de l'organisation des soins doit se développer par des approches par processus transversaux, communs à un ensemble d'acteurs appelés à collaborer ensemble.

Par ailleurs, un plus grand recours à la télémédecine, sous toutes ses formes, doit permettre une optimisation des ressources médicales sur l'ensemble de la région et de ses territoires de santé.

2) État actuel de l'informatique de santé en Picardie

a) Cartographie des SI hospitaliers

Résultats de l'enquête relative à la cartographie des Systèmes d'information dans les établissements picards

Nombre de réponses : 75% des établissements
100% des ES du G9
85% des ES publics
50% des PSPH
21% des privés
Globalement un taux de réponses satisfaisant

1 - Les ratios issus de l'étude

Nombre de bulletin de salaire total :	33995
Nombre de lits et places :	16288
Personnel informatique :	163
Personnel DIM :	75
Autre personnel :	5
Nombre de PC :	11085

Ainsi, il existe 1 ordinateur pour 3 salariés, 2 ordinateurs pour 3 lits.
Pour fonctionner, 1 informaticien gère en moyenne un parc de 68 PC

2 - Les données à caractère financier.

Les données actuelles sont les suivantes :
Pourcentage info/budget par ES : 1,39 %
Pourcentage maxi : 1,89 %
Pourcentage mini : 0,14 %

3 - Schéma directeur

215-

61% des établissements ont un schéma directeur en cours. Ce schéma directeur s'appuie sur le projet d'établissement et le projet médical.

39% établissements n'en ont pas ou sont en cours de rédaction.

4 - Sécurité

50 % des établissements déclarent avoir une politique de sécurité informatique. Mais seuls 54% ont nommé un responsable sécurité. Il convient de relever que certains établissements doivent confondre charte de bon usage de l'outil informatique et politique de sécurité.

Mais seulement 30% des établissements ont une astreinte informatique. En ce qui concerne les cartes CPS/CPE, les réponses ne sont pas suffisamment exhaustives pour être interprétées, mais toujours est-il que le taux de déploiement des cartes est largement insuffisant dans les établissements

5 - la production de soins

Si la couverture informatique des fonctions administratives de base est à 100%, celle de la production de soins est largement insuffisante, seulement 56% des établissements ont un dossier patient.

D'une manière générale les établissements sont informatisés d'une manière verticale apportant de fait des difficultés de communication de l'information au sein du Système d'Information

b) Les SI dans le monde libéral

informatisation des médecins Libéraux¹

89% des médecins libéraux sont informatisés, le taux d'informatisation est similaire entre les spécialistes et les généralistes (88% à 89%). Les hommes sont plus informatisés que les femmes (91% contre 81%). Enfin, ni le mode d'exercice, ni le lieu d'exercice ne montre une différence significative d'informatisation.

Près de 80% des médecins équipés utilise un logiciel métier, ce qui confirme le rôle futur des éditeurs dans la mise en place du DMP. Les médecins généralistes utilisent un logiciel métier dans 84% des cas alors que les spécialistes ne l'utilisent que dans 64% des cas. Le mode d'exercice ne montre pas de différence à ce niveau. Le lieu d'exercice retrouve également une différence (86% versus 75% entre la campagne et la ville).

46% possèdent une connexion ADSL, dont 57% de spécialistes et 42% de généralistes. On retrouve aussi cette disparité par sexe, 49% des hommes contre 38% des femmes. Le mode d'activité ne montre pas de différence d'équipement en ADSL, par contre le lieu d'exercice montre que les citadins sont mieux équipés (49%) que les campagnards (41%).

Le taux d'informatisation de l'ensemble des professionnels de santé est en progression constante.

¹ Enquête juin 2005 URML J CUCHEVAL

215-

On ne retrouve pas de différence de répartition du département d'exercice entre les généralistes et les spécialistes. Par contre, si la répartition des hommes dans chaque département est très homogène (1/3 dans chaque département), on observe répartition différente chez les femmes. 40% d'entre elles exercent dans l'Oise et ce, au détriment de l'Aisne qui ne compte que 24% de médecins femmes. Le mode et le lieu d'exercice ne présente pas de disparités d'un département à l'autre.

c) *La participation de la Picardie à l'expérimentation du DMP*

Fin 2005, la région Picardie a été retenue comme région expérimentatrice du DMP et s'est associée à la candidature du GIE SANTEOS.

L'expérimentation s'est terminée en décembre 2006. Le GIP-DMP a lancé à l'automne 2006 un appel à projet pour accompagner la généralisation du Dossier médical Personnel (DMP).

Après le succès de la phase de préfiguration, le souhait des acteurs Picards (usagers, acteurs de santé picards, institutionnels) est de préparer au mieux la région à la phase de généralisation du DMP.

Cet appel à projets prépare et accompagne la première phase de généralisation du DMP a débuté en septembre 2007

La finalité du projet picard était donc d'allier la continuité des expérimentations avec la préparation de la phase d'alimentation du système DMP.

Cet objectif a été réalisé :

- en renforçant les actions auprès des acteurs de préfiguration
- en intégrant de nouveaux acteurs
- en favorisant et accompagnant les usages d'une véritable collaboration autour du patient

d) *Les outils développés par le GIP « Télémédecine de Picardie »*

Le groupement d'intérêt public TELEMEDECINE de PICARDIE a été créé en 2002 pour aider les acteurs de santé régionaux à se doter d'outils de e-santé mutualisés et performants, il avait pour mission de fédérer le maximum d'établissements et de représentants des professionnels, y compris les structures de coopération existantes comme le SIHPIC, autour du développement des TIC², afin de faire face à plusieurs défis :

- déficit médical majeur, par exemple, en radiologie, oncologie qui nécessite de faciliter par tout moyen le travail des médecins et leurs échanges d'informations et de données.
- Aménagement des TIC très disparate et insatisfaisant.
- Taille et compétence des équipes informatiques variables selon les établissements.

² Technologies de l'information et de la communication

Lif-

- Emission du marché des fournisseurs et des donneurs d'ordre, générant des surcoûts et des dysfonctionnements de solutions informatiques pas toujours adaptés aux besoins réels des acteurs de santé.
- Contribuer à créer pour les autorités sanitaires, les financeurs et les acteurs de santé un environnement d'encouragement et d'accompagnement des investissements en e-santé, plus structuré et coordonné.
- S'inscrire dans une démarche globale en Picardie de développement de l'usage des TIC au bénéfice de sa population et de son économie.

Les missions du GIP autour de la mise en œuvre des activités télématiques de santé, de la création et de la gestion d'équipements et de services d'intérêt collectif utiles à ces activités ont généré des résultats significatifs ; la synergie autour de groupement, qui ne vit que par et pour les professionnels de santé a permis notamment :

- De créer un portail régional de Télésanté ouvrant sur des informations et des applicatifs.
- De favoriser une identification du patient unique régionale, qui évoluera en fonction de la mise en place du DMP.
- De créer des dossiers de spécialités.
- De générer des possibilités de transferts de données et images.
- De créer un réseau HAUT DEBIT sécurisé spécialisé en santé.
- De générer des synergies régionales appuyées sur les T.I.C.

e) *Les premiers constats qui s'imposent :*

- Les SIH n'ont pas déployé leurs potentialités en interne dans l'ensemble des hôpitaux (production de soins,) mais aussi en externe par rapport aux autres acteurs de santé présents dans leur bassin de santé (Médecins libéraux, établissements médico-sociaux, autres établissements publics et privés, réseaux de santé constitués ou de fait).
- La fragmentation des hôpitaux rend difficile l'intégration des TICs dans leur fonctionnement.
- Les petits hôpitaux isolés n'auront ni la capacité à gérer des appels d'offres complexes, ni les capacités d'investissement nécessaires. Il faut donc continuer à inciter les petits établissements sur les processus de mutualisation et d'infogérance
- Les SIH doivent être ouverts aux établissements médico-sociaux, aux réseaux et à la médecine de ville
- Les médecins ne sont pas suffisamment impliqués dans le déploiement des SIS

Les conséquences qui en découlent c'est d'abord la « perte de chances » pour le patient et l'augmentation du risque d'erreur professionnelle et de contentieux afférent. Le SI performant constitue donc un outil efficace pour, entre autres, protéger les personnels du risque juridique et une perte de temps des soignants à chercher l'information.

C'est le cœur de métier du soignant qui est concerné par la mise en place de

Lif

Systèmes d'Informations de Santé performants

3) Le contexte et les enjeux

L'univers de la santé connaît des changements structurels profonds. De nouvelles organisations de soins apparaissent, autour de certaines pathologies, autour de réseaux de soins, impliquant une évolution culturelle sous le signe du travail de groupe et de la pluridisciplinarité.

D'importants changements législatifs et réglementaires tendent aussi à redéfinir les modes de fonctionnement des établissements hospitaliers et les contours de la politique nationale de santé publique. Ces mutations s'opèrent alors même que les acteurs de la santé subissent de fortes contraintes.

Un certain nombre d'enjeux contextuels sont donc soumis aux professionnels de la santé, parmi lesquels on note en premier lieu les réformes telles que la loi de modernisation de l'organisation de la santé. Mais aussi le retour à l'équilibre des comptes de l'Assurance maladie et des hôpitaux et la recherche de l'efficacité dans les organisations.

D'autres enjeux forts sont à prendre en considération comme :

La démographie médicale en Picardie

En effet, compte tenu de ses faibles densités, la Picardie fait partie des régions françaises les plus concernées par les aides à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

Une répartition inégale des médecins sur le territoire

Au 31 décembre de l'année 2006, 6 098 professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, exercent une activité libérale en Picardie, dont :

- 1 708 médecins généralistes en cabinet principal, 10 en cabinet secondaire.
- 1 068 médecins spécialistes en cabinet principal, 256 en cabinet secondaire.

La répartition des médecins, entre généraliste et spécialiste, est une spécificité de la Picardie, par rapport au niveau national. En effet, les médecins généralistes sont proportionnellement plus nombreux en Picardie (62 %) qu'en France, au détriment des spécialistes (38%).

Une répartition géographique inégale

Au sein de la Picardie, la densité de médecins généralistes est supérieure dans le département de la Somme, devant l'Aisne puis l'Oise. Plusieurs facteurs expliquent la plus grande attraction de la Somme, notamment la présence de la capitale de région ou la proximité du CHU.

La répartition cantonale est tout aussi hétérogène, mettant à jour des déficits dans certaines zones, en particulier rurales.

La relance du DMP

La mission de relance du projet de dossier médical personnel (DMP) a remis son rapport au ministre de la santé le 15 mai 2008. Créé par la loi du 13 août 2004, le DMP devait « favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins » en permettant aux professionnels de



santé d'accéder par internet aux données médicales du patient. Les difficultés de mise œuvre du projet (calendrier trop serré, divergences sur le périmètre du contenu et des usages du DMP) avaient conduit la mission d'audit créée en 2007 à conclure à la nécessité de relancer "le projet sur de nouvelles bases".

Chargée d'analyser les conditions de cette relance, la nouvelle mission constituée préconise de concevoir avant tout le DMP comme un outil de partage d'information entre les professionnels de la santé, plutôt qu'un dossier géré prioritairement par le patient. Estimant que la généralisation du DMP à tous les assurés sociaux de plus de 16 ans n'est pas envisageable avant une dizaine d'années, elle recommande de privilégier une mise en place progressive. La mission précise que cette étape devrait être précédée d'une première phase d'expérimentation organisée en une vingtaine de projets territoriaux, afin d'évaluer en trois ans les différentes modalités du DMP.

Même si le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), dans son avis n°104 sur le DMP et l'informatisation des données de santé présenté début juin 2008 recommande de réduire quelque peu les ambitions du projet d'origine et de réserver dans un premier temps le DMP aux sujets volontaires et aux patients atteints de maladies chroniques. Le comité ne souhaite pourtant pas voir le travail effectué jusqu'ici anéanti qui représente un levier pertinent pour l'informatisation des dossiers médicaux.

La ministre de la santé devrait se prononcer prochainement sur ces préconisations.

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé en ville et à l'hôpital

Avec la Loi d'août 2004, l'Assurance Maladie est appelée à intégrer pleinement les établissements de santé dans ses actions de modernisation du système de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

Les orientations adoptées par le Conseil de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie le 12 janvier 2006 précisent ces interventions pour les années à venir.

Au-delà des programmes relatifs à la maîtrise médicalisée des dépenses, les actions de l'Assurance Maladie porteront sur quatre autres thèmes majeurs : l'information des patients sur les soins hospitaliers, l'appréciation des besoins de la population et l'adaptation de l'offre, l'évaluation qualitative et budgétaire des établissements, l'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins.

La qualité des soins et la sécurité du patient

La qualité des soins et la sécurité des patients sont des enjeux majeurs et en particulier dans le contexte de l'informatisation des systèmes de santé. Le rôle des Sciences et Technologies de l'Information et de la Communication (STIC) dans le milieu médical doit être consolidé, en particulier en France. Le champ d'application est large depuis la prescription informatisée et le dossier patient informatisé jusqu'à des systèmes qui accélèrent l'exploitation de nouveaux résultats de la recherche et réduisent les erreurs médicales.



4) Pour une stratégie des systèmes d'information de santé en Picardie

a) Améliorer la prise en charge du patient grâce à l'informatisation des dossiers patients

L'échange et le partage des informations de santé en vue de la coordination des soins ne peuvent s'envisager totalement que si les informations sont évidemment numérisées aussi bien en milieu hospitalier que chez les médecins libéraux.

La mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), dossier patient virtuel et partagé, dont la généralisation prévue par la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie est confirmée par le rapport de Michel GAGNEUX sur la relance du DMP, constitue un instrument majeur de la coordination des soins.

Le Dossier Santé Picardie (DSP), version picarde du DMP, constitue par ailleurs un puissant levier pour l'informatisation des dossiers patients des professionnels de santé, hospitaliers comme libéraux.

Le DSP, élément important de la qualité de la prise en charge du patient

La généralisation de l'informatisation du dossier du patient est un élément de qualité et de sécurité de la prise en charge du patient car le dossier informatisé permet un accès permanent et rapide à l'historique des soins, élément primordial d'aide à la décision médicale.

De plus, la dématérialisation des données, couplée à une large utilisation d'internet (avec un bon niveau de sécurité pour assurer la confidentialité des informations sensibles), permet une communication plus facile des données pour une meilleure coordination des soins.

Si en exercice libéral individuel, l'utilisation d'un dossier papier pourrait paraître encore satisfaisant pour un certain nombre de médecins, l'augmentation des poly-pathologies liée au vieillissement de la population et l'hyperspécialisation de la médecine requièrent aujourd'hui une plus grande collaboration entre les professionnels de santé et un meilleur partage de l'information pour une meilleure coordination des soins.

Le DSP outil central de la coordination des soins

Le DSP met à disposition de tous les professionnels de santé les informations pertinentes, nécessaires et utiles à la prise en charge du patient, quel que soit leur lieu d'exercice (consultation, service d'urgence, hospitalisation, cabinet libéral, domicile, EHPAD).

Le DSP, comme le DMP, se distingue du dossier du patient tenu par chaque professionnel de santé, car son objectif central est de permettre un partage d'informations entre les



professionnels de santé et qu'il est ouvert (sur la demande expresse) avec le consentement éclairé du patient et accessible par lui sans intermédiaire médical via Internet. (À ce jour et à la différence du DMP, le DSP n'est pas accessible via Internet par le patient)

b) Optimiser l'organisation des soins

L'enjeu de l'informatisation des réseaux de santé et la circulation de l'information entre professionnels de santé

Les réseaux de santé sont reconnus comme un mode d'organisation optimisant la prise en charge du patient, car ils reposent sur la coordination et la continuité des soins, qu'il s'agisse de projets nationaux, comme le dossier communicant en cancérologie (DCC) porté par l'Institut national du cancer (INCA), de projets régionaux ou locaux prenant en charge des pathologies spécifiques (diabète, périnatalité, thrombose, etc.) ou de types de patients (gériatrie, soins palliatifs...).

Le développement des réseaux de santé doit se faire en prenant en compte leurs besoins critiques en matière de systèmes d'information et de communication correspondant à leurs activités transversales (dossier communicant et informatisation des processus). Mais ces systèmes d'information doivent assurer une bonne articulation (interopérabilité et sécurité) entre ses membres, professionnels libéraux et hospitaliers, comme avec le DSP dont les réseaux seront complémentaires.

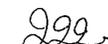
Des dispositifs de mutualisation sont à développer. En effet la poursuite de la mise en place de véritables infrastructures de services pour le partage d'informations de santé utilisable par l'ensemble des acteurs avec un souci particulier d'ergonomie et de performance doit être l'un des objectifs régionaux, c'est aussi pour cela que le réseau inter-établissement sécurisé haut débit ROSACES, et à court terme la circulation sécurisée des informations de santé entre les acteurs et l'informatisation des réseaux de santé sont des éléments majeurs de cet axe stratégique.

c) Mieux utiliser les ressources médicales en développant l'usage de la télémédecine

Corrélativement à l'informatisation des dossiers de santé et des processus de soins, le recours à la télémédecine doit être intensifié.

La télémédecine, dont l'objet est donné par la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie (art. 32) recouvre diverses activités (téléconsultation, téléconférence, télé-imagerie, télé-psychiatrie, télésurveillance, téléassistance, etc...).

Il apparaît pourtant que la télémédecine connaît un rapide développement dans les pays à faible densité démographique (Europe du Nord, Canada, Australie) où elle permet d'améliorer les conditions de prise en charge sanitaire dans des zones peu peuplées et ne bénéficiant pas de certains équipements de santé.



La télémédecine permet donc une meilleure utilisation des moyens disponibles et notamment des ressources rares, et favorise la collaboration entre les professionnels de santé.

La télémédecine doit permettre aussi de développer une politique de maintien à domicile ou en EHPAD pour les patients et les personnes âgées, grâce à des services de télésurveillance, de télé-monitoring, d'alertes diverses (chute, variables biologiques, etc.).

Cette politique améliorera ainsi l'efficacité de notre système de santé tout en répondant aux souhaits des personnes concernées de rester à leur domicile et d'éviter certaines hospitalisations des personnes en EHPAD.

Il est à noter qu'un plan de développement de la télémédecine sera élaboré par l'État en vue d'une mise en œuvre opérationnelle dans les cinq ans. Ce plan précisera notamment le cadre juridique de la télésanté (clarification des responsabilités) et le modèle économique de son développement (financement des actes).

En région Picardie, l'ARH a confié au Dr Yves JOUCHOUX, une mission sur le développement de la télémédecine qui doit aboutir à la proposition d'un plan régional de développement de la télé-radiologie qui sera adopté par la commission exécutive de l'ARH.

d) Accélérer le rythme de la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

Cette modernisation doit s'effectuer par une approche par processus, facteur de complémentarité, de continuité et de sécurité des soins

Les établissements de santé occupant une place très importante dans le système de soins (en raison de la prise en charge des patients les plus lourds, du nombre des urgences accueillies chaque année et du recours à l'hospitalisation), il importe que l'informatisation du dossier du patient et des processus de soins y soit généralisée et que les informations puissent être partagées entre les différents acteurs de santé, pour une meilleure coordination des soins.

Ceci doit cependant impérativement s'accompagner d'une optimisation des processus de soins (tels que la demande et le retour des résultats des examens, la gestion des rendez-vous, etc....).

Le circuit du médicament en est un exemple remarquable. En effet, l'ensemble des professionnels de santé assurant la prise en charge du patient participent à ce processus majeur dans les structures hospitalières et son impact ne doit pas être sous-estimé, tant sur un aspect organisationnel qu'en terme fonctionnel et au plan médico-économique. L'informatisation d'un tel processus doit dès lors permettre l'optimisation des ressources tout en garantissant sa sécurisation au bénéfice des patients.

Insuffisamment développée, l'approche par processus constitue une démarche d'organisation rigoureuse de l'enchaînement des interventions des professionnels auprès du patient. Ceci doit être guidé par un souci de transversalité des procédures et de complémentarité entre les acteurs, en vue de l'optimisation de la gestion des ressources.

Pour ce faire, il est primordial de finaliser la cartographie fine des processus existants dans la prise en charge des patients.

L'opération « PHARE », projet de système d'information mutualisé le plus intégré possible avec un seul interlocuteur à l'image d'un progiciel de gestion intégré régional, répond à cet axe. En effet l'effort d'adaptation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) doit être intensifié.

Car l'objectif est bien la mise en œuvre, dans les meilleurs délais, et dans toutes les catégories d'établissements (publics et privés, importants ou de taille modeste), de systèmes d'information « modernisés ». C'est à dire notamment :

- centrés sur les processus de prise en charge médicale, paramédicale et administrative du patient
- répondant aux besoins des acteurs en assurant de hauts niveaux de performance et de continuité de service,
- plus interopérables, plus ouverts et plus communicants, mais également mieux sécurisés, pour permettre le partage des informations médicales au sein de l'hôpital et de manière externe, avec l'ensemble des acteurs de soins, plus particulièrement dans le cadre du DSP et des réseaux de santé,
- mieux intégrés, reposant sur des infrastructures standardisées favorisant la mise en œuvre coordonnée des fonctions de production de soins, de gestion et de pilotage des établissements,
- capables d'interagir avec les systèmes d'information mis en œuvre par l'Etat et ses agences (épidémiologie, veille et sécurité sanitaire, gestion de crise...) ainsi qu'avec les systèmes d'information des financeurs (assurance maladie obligatoire et complémentaire, services sociaux et médico-sociaux...) pour développer des fonctions de pilotage.

Dans cet objectif de modernisation rapide, un ensemble de freins aujourd'hui bien identifiés, devront être levés pour permettre :

- le renforcement des compétences des maîtrises d'ouvrage hospitalières en matière de systèmes d'information,
- la mutualisation des ressources au niveau régional ou au niveau des territoires, soit sur l'assistance à la maîtrise d'ouvrage (conception des SIH, dans la préparation et la conduite de projets) soit sur la mise en œuvre de services communs (infogérance, mise en œuvre de services d'interopérabilité...),
- la constitution d'un véritable marché de l'informatique hospitalière capable d'intéresser durablement les industriels majeurs du marché (agissant en complémentarité avec des sociétés plus modestes, mais spécialisées),
- l'augmentation de la part des budgets hospitaliers consacrés aux systèmes d'information, tant en investissement qu'en fonctionnement.

5) Le rôle des acteurs régionaux

a) *Le GCS « e-santé Picardie »*

Une nécessaire évolution statutaire du GIP Télémedecine : objectifs, contenu et missions dévolues au GCS e-santé Picardie

Le GCS E-Santé Picardie, souhaité par les adhérents du GIP Télémedecine de Picardie en raison d'un fonctionnement plus souple et plus ouvert aux différents partenaires de la santé (publics et libéraux) en région, se donne pour objectifs de :

- favoriser la mise en œuvre d'une politique régionale des systèmes d'information de santé et de partage des données utiles à l'optimisation du parcours du patient entre les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé et autres réseaux, ainsi qu'avec les établissements sociaux et médico-sociaux en ce qui concerne la prise en charge sanitaire de leurs usagers ;
- se charger de la création et de la gestion d'équipements et de services d'intérêt commun, nécessaires à cette politique ;
- assurer la promotion, l'accompagnement des professionnels et des établissements, et leur formation dans le cadre de ces activités ;
- assurer l'accompagnement des institutionnels, des collectivités, des usagers et des bénévoles dans le cadre de la promotion et du développement de ces activités ;
- accompagner en tant que de besoin les établissements, sur leur demande, dans la mise en œuvre de cette politique régionale dans le cadre de leurs schémas directeurs des systèmes d'information ;
- promouvoir l'exercice d'activités de recherche, de veille technologique et d'innovation ;
- fédérer les propositions sur les modalités de définition et de choix des systèmes d'information de ses adhérents.

En particulier, le GCS E-Santé Picardie pourra assurer les missions suivantes :

- l'expertise dans la mise en place de dossiers informatisés dans la région Picardie et la veille sur l'interopérabilité des systèmes d'information hospitaliers avec lesdits dossiers communicants :
 - Dossier Médical Personnel ou Dossier Santé Picardie ;
 - Dossiers de Spécialités ;
 - Dossiers Métiers ;
 - Dossiers de Réseaux ;
- l'organisation des transferts de données médicales et médico-administratives au travers de différents outils dont la messagerie sécurisée, les réseaux numériques, l'extranet sécurisé, un Pacs Régional (...);
- l'organisation des transferts des données médicales vers les dossiers informatisés, tels que le DMP, le DCC et le dossier pharmaceutique ;
- la mise en place et la maintenance des outils numériques de gestion des réseaux de

225 -

- santé régionaux ;
- l'organisation et la mise en place d'outils spécifiques favorisant le travail collaboratif entre les professionnels et les établissements de santé ;
- l'aide aux établissements de santé publics et privés dans la réflexion et la mise en œuvre de la numérisation du parcours de soins ;
- l'appropriation de la Télésanté et des outils permettant son développement en Picardie ;
- toutes autres missions, régionales et/ou interrégionales, liées à la communication en santé et relevant du champ général de ses activités, dans l'intérêt de ses adhérents ou à la demande de l'ARH, de l'URCAM ou d'un tiers partenaire, notamment une collectivité.

L'objectif central du GCS E-Santé Picardie partagé par ses membres est l'amélioration et la coordination de la prise en charge globale du patient, le renforcement de la sécurité du patient et l'efficacité du système de santé en région Picardie, au moyen d'une politique de modernisation des systèmes d'information de santé et, notamment, du SROS3 de Picardie, de ses annexes et de ses révisions.

Cet objectif se décline entre autres :

- par la notion :
 - de continuité entre les prises en charge et les professionnels et établissements y participant ;
 - de traçabilité des interventions et des événements « sentinelles » ;
 - de qualité des soins ;
 - de sécurité du patient ;
- par le renforcement des processus d'évaluation des pratiques, des référentiels et des organisations ;
- et, par une meilleure prise en compte des droits et des attentes des patients.

Dans ce contexte, le système d'information de santé ne peut se limiter à un élément unique et fini, mais s'inscrit dans une démarche d'ensemble pluridisciplinaire, décloisonnée, dans une approche régionale, voire interrégionale.

La constitution du GCS E-Santé Picardie, qui associe de manière définie et organisée au sein de la région Picardie, les établissements de santé, publics et privés, les réseaux de santé, ainsi que les professionnels de santé libéraux médicaux et non médicaux, et toute institution ou organisme accepté par l'assemblée générale du GCS, est considérée comme une initiative d'intérêt collectif qui doit permettre le développement du système d'information de santé.

La cohérence de l'action du GCS E-Santé Picardie avec la politique régionale définie par l'ARH de Picardie et les orientations générales dudit groupement seront inscrites dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion conclu avec l'ARH de Picardie.

En conclusion, une nouvelle structure, élargie, avec des projets ambitieux et transversaux, outil des professionnels de tous horizons, et lieu d'échange et de dialogue, entre les acteurs de santé et l'ARH.

225 -

b) Le MiPih

Il a été demandé par l'ARH de Picardie, au SihPic d'effectuer un audit stratégique afin de répondre aux préoccupations des adhérents d'une part et aux personnels d'autre part sur le devenir de la structure, mais aussi d'en faire une des composantes majeures de son action de mutualisation, de coopération et de coordination régionales dans le domaine des systèmes d'information hospitaliers.

Cet audit a dégagé les éléments suivants :

- Points forts :
 - o La place du SihPic est globalement reconnue dans la région Picardie de par son implantation régionale et de son expérience.
 - o L'importance de la structure compte-tenu de son historique et de son appartenance au monde hospitalier, reste un facteur de confiance des adhérents.
 - o Son expertise métier sur la GRH et la qualité du support sont appréciés.
- Points faibles :
 - o Les personnels comme les adhérents souffrent d'un manque de lisibilité sur le devenir de la structure à moyen ou long terme.
 - o Le SihPic n'occupe pas une place suffisante dans le débat régional sur les SI.
 - o Certains gros établissements, qui ont leurs propres ressources en informatique, peuvent être tentés de s'affranchir de la structure régionale.
- Evolution du SihPic : La fusion avec le MIPiH est devenue pertinente, pour devenir une nouvelle structure le MiPih (Midi Picardie Informatique Hospitalière)

On peut attendre une valeur ajoutée sur :

- la part d'activité éditoriale, la perspective d'évolution de l'offre Convergence vers un nouveau schéma d'architecture intégrée en cours d'élaboration.
- la part d'activité de services, à partir :
 - o de l'extension de la palette de services que peut offrir la nouvelle structure à partir de l'offre existante du Mipih, en particulier l'ensemble des services d'intégration et d'applications nouvelles des réseaux à valeur ajoutée,
 - o du développement de projets s'inscrivant dans le droit fil du rôle dévolu aux structures de coopération.

Le renforcement de la structure doit lui permettre de mieux fournir des réponses adaptées aux établissements de santé de la région dans le cadre de la mutualisation et des services.

Le MiPih est un élément central pour l'informatisation des petits établissements. En effet ces établissements n'ont pas la capacité de gérer seuls leur systèmes d'informations, le MiPih est une structure indispensable pour les années à venir pour l'externalisation, l'hébergement et la gestion des applications informatiques pour ces ES. De plus 80 % des établissements picards ont une base convergence, ce qui de fait confirme le MiPih comme un acteur majeur.



c) Le GCS « PHARE »

Le centre hospitalier universitaire d'Amiens, le centre hospitalier de Beauvais, le centre hospitalier de Compiègne, associés à un établissement de proximité de chaque territoire, le centre hospitalier de Corbie, l'hôpital local de Crepy en Valois et l'hôpital local de Crévecoeur le grand ont désirer mutualiser le choix, le déploiement et l'exploitation de leur système d'information hospitaliers.

Ces établissements assurent cette mutualisation dans le cadre d'un groupement d'intérêts communs afin de mettre en place l'amorce d'un système innovant de prise en charge des patients en Région Picarde dans le cadre d'une opération dite «Projet PHARE». Ils veulent investir dès à présent dans un système d'informations tout intégré de type ERP³, choisi, déployé et exploité ensemble. Le groupement de ces établissements représente plus du quart des lits et un quart de l'activité en Picardie.

Le modèle organisationnel et pragmatique retenu : équipe projet et expertise « métiers » mutualisées, partage d'expériences, diffusion progressive aux autres établissements volontaires. Les modalités d'exploitation choisies, basées sur un mode ASP⁴, voire SaaS⁵, confirment la vision stratégique partagée de considérer le système d'information comme une prestation de services.

Pour mettre en place un tel projet, les établissements, sus énoncés, ont décidé de se regrouper au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire afin de mettre en œuvre le projet « PHARE » et de l'ouvrir, à terme, à d'autres établissements publics et privés et aussi à des professionnels de santé à terme soit dans le cadre dudit GCS soit dans le cadre d'une autre structure de regroupement plus élargie.

d) Proposition d'un pilotage régional des SI de santé

Il s'agit de mettre en œuvre une stratégie régionale des systèmes d'information de santé afin d'instaurer une structure de pilotage stratégique : un conseil régional des systèmes d'information de santé.

De même le rôle de l'atelier de réflexion, de proposition et d'évaluation dans le pilotage des projets doit être conforté.

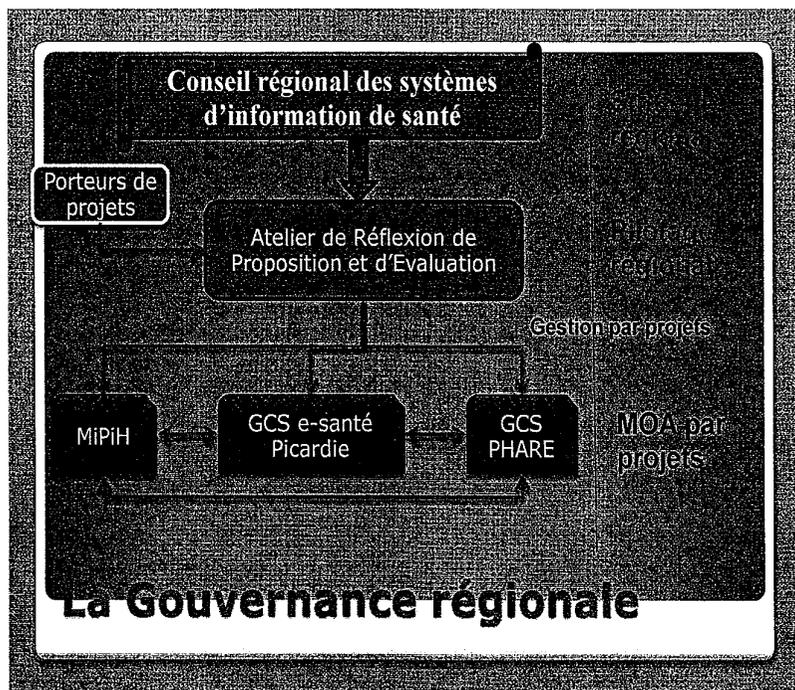
Il convient aussi de rationaliser la maîtrise d'ouvrage en précisant les places respectives du GCS e-santé, du GCS « Phare » et du MiPih qui doivent être bien définies en complémentarité pour le développement des systèmes d'information de santé partagés

³ L'Enterprise Resource Planning, ou Progiciel de Gestion Intégré : noyau de système d'information unique et transversal, en opposition aux systèmes basés sur une forêt d'applications disparates dont l'assemblage peut s'avérer coûteux

⁴ ASP : Applicatif Service Provider -- solution externalisée : hébergement à l'extérieur, exploitation et maintenance sous traitées

⁵ SaaS : Software as a Service se base sur une solution spécifiquement développée pour être proposée en ASP sous WEB





6) Les projets régionaux

a) Évolution du « DSP »

Le projet vise à la mise en place d'un service à valeur ajoutée pour l'ensemble des professionnels de santé de la région. Il repose sur un dispositif d'interopérabilité avec le DMP à travers 4 axes :

- Créer une plate-forme d'interopérabilité de services mutualisée, c'est à dire mettre en place un opérateur relais DMP régional avec un accompagnement à plusieurs niveaux :
 - Accompagnement sur le terrain des professionnels de santé libéraux.

Signature

- Accompagnement des établissements de santé et des réseaux de santé en collaboration avec les DSI
- Hotline régionale : Permanence téléphonique hautement disponible
Maintenance régionale : H24 pour dépanner et suivre les interventions
- Club des utilisateurs du DMP en Picardie

- Faire évoluer les logiciels de gestion de cabinet (LGC) pour une connectivité DMP sans effort et soutenir leur évolution pour l'intégration de fonctions de connexion au DMP ergonomiques et transparentes (« en un seul clic »).
- Faire évoluer les systèmes d'information hospitaliers
- Permettre l'accès en situation de mobilité

Résultats attendus dans la phase 1 de pré-généralisation 2008:

- 45 000 DMP
- 300 professionnels de santé libéraux dont 150 médecins
- 1 500 professionnels de santé en établissements de santé et en réseaux
- 8 établissements de santé :
- 2 réseaux de santé
- 1 centre SMUR
- 3 laboratoires de biologie
- 1 centre de radiologie

Sans préjuger du devenir national du DMP, le DSP en tant que dossier partagé régional permet d'ores et déjà l'échange et le partage, entre les professionnels de santé, et entre les professionnels et le patient, de données considérées comme utiles à la prise en charge de celui-ci, et de façon plus générale à la qualité, à la sécurité, à la coordination et à la continuité des soins qui lui sont prodigués.

Le DSP est donc un pilier de la stratégie régionale à condition évidemment de sa généralisation sur l'ensemble des acteurs.

b) PHARE (Plateforme Hospitalière Applicative Régionale ERP)

Parce qu'il s'agit d'accélérer le rythme de la modernisation des systèmes d'information hospitaliers par une approche par processus, facteur de complémentarité, de continuité et de sécurité des soins, l'ARH soutient le projet PHARE.

C'est un projet de progiciel de gestion intégré proposé par 6 établissements qui souhaitent déployer le même système d'information en recherchant une solution la plus intégrée possible avec un seul interlocuteur. Les établissements porteurs du projet s'engagent à rénover entièrement leur système d'information en déployant une même solution de type « ERP » qui

Signature

couvrira l'informatisation de l'ensemble des processus de soins qui régissent un hôpital.

Le projet est porté dans sa phase d'amorce par des établissements représentatifs : Le CHU d'Amiens, Deux centres hospitaliers pivots : Beauvais, Compiègne, Trois établissements de santé implantés sur leur territoire de santé respectif : Centre Hospitalier de Corbie, l'hôpital local de Crépy-en-Valois, et l'hôpital local de Crèvecœur

L'étape de diffusion à moyen-long terme sera la région Picardie. Les établissements ABC+ s'organisent dès le lancement du projet PHARE, avec l'ARH, pour constituer une structure le GCS « Phare » qui propose d'étendre le projet à des établissements volontaires publics et privés (extension) et d'apporter de nouveaux modules fonctionnels et de nouveaux services (diversification)

Ce projet répond bien à cet objectif qui demande d'intensifier l'effort d'adaptation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) pour viser la mise en œuvre, dans les meilleurs délais, et dans toutes les catégories d'établissements (publics et privés, importants ou de taille modeste), de systèmes d'information « modernisés », c'est à dire notamment :

- centrés sur les processus de prise en charge médicale du patient et répondant aux besoins des médecins et des soignants, en assurant de hauts niveaux de performance et de continuité de service,
- plus interopérables, plus ouverts et plus communicants, mais également mieux sécurisés, pour permettre le partage des informations médicales au sein de l'hôpital et de manière externe, avec l'ensemble des acteurs de soins, plus particulièrement dans le cadre du DSP et des réseaux de santé,
- mieux intégrés, reposant sur des infrastructures standardisées favorisant la mise en œuvre coordonnée des fonctions de production de soins, de gestion et de pilotage des établissements,
- capables d'interagir avec les systèmes d'information mis en œuvre par l'Etat et ses agences (épidémiologie, veille et sécurité sanitaire, gestion de crise...) ainsi qu'avec les systèmes d'information des financeurs (assurance maladie obligatoire et complémentaire, services sociaux et médico-sociaux...) pour développer des fonctions de pilotage.

c) *Le développement de la télémédecine*

Les applications actuelles mettent en évidence deux apports essentiels de la télémédecine :

- L'harmonisation des pratiques : les visio staffs et réunions de concertation pluridisciplinaire en visio-conférence permettent l'harmonisation des pratiques entre membres d'un réseau ; ils ont également un effet formateur pour les participants ;
- L'optimisation de la prise en charge du patient (éviter les transferts inutiles par exemple).

Cependant le développement de la télémédecine est freiné par des difficultés à la fois réglementaires, parfois techniques et organisationnelles :

- En l'absence de réglementation encadrant l'exercice de la télémédecine, on ne dispose pas de codification des actes de télémédecine, ni de leur valorisation. Par ailleurs, la réglementation n'a pas non plus clairement établi les responsabilités du consultant et du référent lors de la réalisation d'un acte de télémédecine. Enfin, la réalisation de ces actes vient en sus du travail des praticiens.
- Les technologies doivent offrir un débit suffisant pour disposer de la qualité nécessaire à certains actes de télémédecine ; par exemple les images statiques, ou les images qui ne sont pas communiquées avec une résolution suffisante, ne permettent pas de prendre une décision. Si l'interprétation de l'image pose problème du fait d'une qualité insuffisante, le médecin préférera bien évidemment revoir le patient plutôt que de prendre un risque de mauvaise interprétation.
- Pour autant, favoriser l'accès aux soins pour les patients est un enjeu essentiel du SROS. Dans un contexte de tassement de la démographie médicale et de celle des autres professions de santé, la télémédecine peut, par une demande d'avis à distance, éviter des déplacements ou des transferts de patients. Elle peut éviter également le déplacement des médecins et libère donc du temps pour la prise en charge des patients. Il est à noter qu'il s'agit seulement d'optimiser le temps des médecins : l'acte à distance reste un acte qui s'effectue selon la même déontologie et les mêmes règles que l'acte en cabinet.

Le fonctionnement en réseau semble indissociable, à l'heure actuelle, de l'exercice de la télémédecine ; cela permet non seulement l'harmonisation des pratiques et la capitalisation des connaissances sous forme de protocoles ou de référentiels, mais aussi, à réglementation constante, cela offre la seule possibilité de rémunérer les médecins participants, et le seul cadre dans lequel positionner la responsabilité partagée du consultant et du référent.

Les actes de télémédecine s'organisent donc au même niveau de territoire que le territoire d'intervention du réseau de santé qui les met en place.

Ce fonctionnement peut s'organiser également dans le cadre d'une coopération inter-établissements, au niveau de territorialité retenu dans le SROS III pour l'activité concernée.

Les enjeux sont donc très forts pour la télémédecine et tiennent à la nécessité de répondre en apportant des outils novateurs à des difficultés d'organisation des soins liées à

- Un Déficit médical,
- Un lien territorial et des solidarités territoriales à renforcer, un lien sanitaire et social à renforcer,
- Un aménagement TIC en souffrance ou à tout le moins à un existant des SI assez disparate...
- Un niveau des SIH très disparate,
- Des liens ville hôpital encore insuffisants.

Il s'agit donc de poursuivre le développement de la télémédecine en :

- l'utilisant comme outil d'amélioration de l'organisation des soins (télé-expertise, télé entretiens,...) assurant une cohérence avec les objectifs du SROS sur les différentes disciplines

- Mutualisant les ressources techniques et les infrastructures.
- Créant une approche territoriale des projets (territoire de santé virtuel).

d) *La télé-radiologie et le PACS régional*

Les projets de télé-radiologie qui s'accompagnent d'une optimisation de l'offre de soins, font l'objet d'une attention toute particulière dans le développement de télé-médecine.

En Effet la télé-radiologie doit participer d'une meilleure organisation des soins, une plus grande efficacité médicale, favoriser un aménagement équitable du territoire, par une égalité d'accès aux soins quel que soit le lieu de prise en charge du patient, limiter les transferts, et par là même réduire les coûts.

Certains établissements ne disposent plus de temps de radiologue pour assurer les gardes. La télé-médecine constitue une des réponses pour pallier cette pénurie médicale.

Mais si la télé-radiologie constitue une des réponses au problème de démographie médicale, elle ne doit pas être la seule.

Il convient cependant d'en apprécier les bénéfices et les limites :

- sur le plan clinique, le transfert d'images ne doit pas se faire sans un examen clinique indispensable à la bonne interprétation des résultats,
- sur le plan médico-légal et financier en particulier, un protocole doit préciser les recommandations liées à cet outil.

Consécutivement la télé radiologie aura besoin d'un outil régional et demandera la mise en place rapide d'un PACS⁶ articulé avec les autres projets, ce qui nécessitera au minimum d'une part une gestion commune des identités qui en attendant le INS⁷ peut s'appuyer sur la carte Vitale 2 et d'autre part une gestion commune de rendez vous.

En effet le PACS gère les images numériques : acquisition; stockage; archivage ; affichage sur consoles d'interprétation; impression des films; consultation des examens antérieurs; mise à disposition sur le serveur d'images et diffusion des résultats. Les informations ne sont stockées en ligne que temporairement. La consultation des examens antérieurs nécessite un « prefetching⁸ » automatique effectué la veille des rendez-vous. Les données administratives du patient sont transmises automatiquement par l'intermédiaire du PACS avec un numéro patient

e) *Les utilisations médicales du réseau ROSACES*

L'objectif de ce projet consiste à raccorder l'ensemble des établissements de soins de la région Picardie à un réseau haut débit dédié et sécurisé afin de permettre l'échange

⁶ Picture Archiving and Communicating System

⁷ Identifiant national de santé

⁸ Procédé de pré chargement des images en cache

233-

d'informations à caractère médical. Ce réseau permettra de transférer :

- des images fixes (radio conventionnelle)
- des images animées (échographie, ...)
- des signaux (Holter)
- de la vidéo (visioconférence, ...)
- De plus, cette infrastructure donne accès aux dossiers médicaux régionaux.

La poursuite de la mise en place de véritables infrastructures de services pour le partage d'informations de santé utilisable par l'ensemble des acteurs avec un souci particulier d'ergonomie et de performance doit être l'un des objectifs régionaux, c'est aussi pour cela que le réseau inter-établissements sécurisé haut débit ROSACES peut devenir un formidable catalyseur de projets en Picardie, qui auraient besoin d'une infrastructure disponible, abordable, sécurisée et offrant une bonne couverture et une forte qualité de services.

f) *La Maison virtuelle des usagers*

Ce projet consiste à reprendre les éléments sur lesquels les associations d'usagers, notamment de malades et environnements de malades, devraient trouver réponse dans les établissements de santé ; c'est pour cela que le projet est dénommé maison virtuelle du patient

Conçu et porté par le GCS e-santé(ex GIP Télé-médecine) et le CISS⁹ Picardie, en lien avec l'ARH, l'URCAM, le Conseil régional, et le CRES¹⁰ Picardie, porté par le GCS e-santé Picardie, ce projet est potentiellement très important qualitativement, malgré son coût négligeable.

Il s'agit de créer un espace dédié sur le portail internet PICARDMED¹¹, dédié aux associations de patients atteints de maladies chroniques, sous forme de répertoire- ressources, de créer des forums par pathologies avec des professionnels référents, en s'appuyant sur les réseaux de santé, les associations professionnelles, d'usagers, les organismes d'assurance maladie, l'hébergement de sites web est une des actions possibles ; les associations et les professionnels pourront également créer un espace actualités et des échanges de supports d'éducation du patient, d'informations sur les soutiens existants (groupes de parole, diététique par exemple, que les différents acteurs pourraient le cas échéant mutualiser).

Outre les actions susvisées, l'action, et cela a déjà été noté, a comme objectif complémentaire, de susciter autour du CISS PICARDIE, une démarche fédérative accélérée, des liens et solidarités entre associations plus ouverts, une meilleure reconnaissance par les médecins et établissements de leur action.

⁹ Collectif Inter Associatif sur la Santé

¹⁰ Comité Régional d'Education et de Promotion sur la Santé

¹¹ www.picarmed.com

234

g) Un dossier de cancérologie unifié

La Picardie a un existant régional, en termes de dossier de cancérologie, assez riche, au travers du projet M2C2.

En parallèle, le DSP aborde progressivement dans la réussite de son déploiement des besoins proches de ceux des entités responsables de la prise en charge des cas de cancer.

La question de la convergence de ces projets se pose de manière légitime. C'est l'objet de l'évolution de M2C2 vers un projet de 2^{ème} génération, fusion des actifs des projets M2C2 et des socles applicatifs du DSP réutilisables pour la gestion des dossiers partagés de cancérologie mais avec des compléments indispensables tel que la chimio-vigilance.

h) Les services d'annuaire picards

Tous les acteurs de la prestation de soins en Picardie ont été confrontés un jour aux problèmes des annuaires :

- Pas d'annuaire facilement disponible des professionnels de soins libéraux ;
- Difficulté de mise en place des projets d'annuaire des professionnels.

Ces problèmes ont de nombreux impacts :

- Des annuaires locaux re-saisi pullulent, générant une consommation de temps agent très importante pour un résultat de faible qualité ;
- Les patients et prestataires de l'hôpital (ambulanciers, laboratoires...) ont une mauvaise image de l'hôpital, suite à de nombreux courriers perdus, appels mal routés, etc.

Le secteur s'est mis dans l'attente de réels projets nationaux d'annuaires de référence : RPPS, AMELI, etc. Ces annuaires rencontrent de réels problèmes techniques et organisationnels sur le terrain. Ils ne sont pas encore disponibles à 100%. Quand ils le sont, des problèmes d'intégration technique peuvent se poser.

Il est proposé qu'une plate-forme régionale de services d'annuaire, offrant des services de qualité, fournis dans un esprit de mutualisation, soit développée autour des réflexions déjà portés par les structures régionales.

7) Les opportunités de financement des SI de santé

a) Plan Hôpital 2012

Le plan hôpital 2012 est un plan pour les établissements hospitaliers publics et privés au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française. Il a été annoncé en France le 13 février 2007 par le ministre de la santé, Monsieur Xavier Bertrand. Il succède

235-

au plan hôpital 2007.

Ce nouveau plan hôpital 2012 veut poursuivre la dynamique d'investissement et de modernisation des établissements hospitaliers. Ce plan prévoit le financement de 10 milliards d'euros de projets d'investissements, financés en moyenne à 50%. Cette enveloppe de 10 milliards sera fractionnée en deux tranches allouées respectivement en 2007 et 2009. La première tranche concernera donc 5 milliards d'euros d'investissements.

Deux catégories d'opérations sont éligibles au plan :

- les opérations de reconstitution hospitalière et de mise en œuvre des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ;
- l'accélération de la mise en œuvre des Systèmes d'information hospitaliers (SIH) dès lors qu'elle correspond à une informatisation du processus de soins.

Les opérations exceptionnelles de mise aux normes (amiante, risque sismique, ...) sont éligibles sur une enveloppe nationale qui s'inscrira en amoindrissement de la deuxième tranche.

La circulaire du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012 fixe les conditions d'éligibilité des projets.

b) La notion de ROI

Return On Investment. Retour sur Investissement.

La prédominance du ROI dans les décisions d'investissement a souvent été fortement critiquée. Lorsqu'il est exclusif, le calcul du ROI favorise en effet essentiellement les investissements à la rentabilité évidente à court terme. Il reste néanmoins toujours de première importance afin de juger de la pertinence des projets. A condition d'en revisiter le calcul afin d'intégrer en plus des critères exclusivement financiers des éléments intangibles contribuant directement ou indirectement au développement durable.

Le ROI est la mesure de l'efficacité d'un investissement en termes de rentabilité. Il consiste généralement en un simple ratio comparant la valeur du coût de l'investissement avec sa rentabilité.

Pour être qualifié de rentable, un investissement doit nécessairement se transformer en source de recettes à plus ou moins brèves échéances. Le ROI permet donc d'évaluer la performance de l'investissement. Bien entendu les investisseurs sont généralement intéressés par des plus values conséquentes et à court terme.

c) Ampleur des investissements à financer

1,39 % c'est ce qu'à l'heure actuelle les établissements dédient à leur système d'information. Alors que nous savons que nous devons atteindre un objectif national de 3%.

Le taux d'informatisation des processus de soins est largement insuffisant.

Ce qui démontre que la route est encore longue avant d'atteindre les objectifs fixés et que chacun doit prendre conscience l'impératif de financements dans les systèmes d'information de santé.

28-



PREFECTURE DE L'OISE

8) Conclusion

L'information n'est utile que si elle est partagée et mutualisée.

Il est nécessaire de partager l'information tout au long du processus de prise en charge du patient (« continuité des soins »).

Le partage de l'information doit pouvoir se faire entre tous les acteurs, quelle que soit leur taille, dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité.

Toutefois, pour progresser significativement vers les objectifs fixés, le niveau d'informatisation de tous les acteurs doit être augmenté et favorisé. De même toutes les stratégies de groupe pour déployer les SI doivent être développées.

Développer des stratégies de groupe pour déployer les Systèmes d'Information de Santé : est donc une des réponses aux exigences qui s'imposent aux acteurs de santé. La mutualisation doit permettre à tous d'accéder aux Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

« Il s'agit donc d'inciter les hôpitaux publics à se rapprocher pour former des communautés hospitalières de territoire, autour d'un socle en termes de plateau technique et de compétences médicales.

Ces communautés devront définir un projet commun pour leurs activités, définissant clairement les complémentarités et les spécialisations d'activité recherchées. Pour ce faire, elles devront disposer de compétences stratégiques : définition du projet stratégique, incluant l'évolution des activités médicales, de la formation, des systèmes d'information et des politiques de coopération et de réseaux, politique de qualité. Elles pourraient assurer la gestion des autorisations. Le projet stratégique de la communauté devrait naturellement être conforme aux orientations déterminées par le SROS. »
(Rapport Larcher Page 24)

Le développement des stratégies de groupe pour déployer les SI devient une réponse aux exigences qui s'imposent à tous les acteurs de santé. La mutualisation des projets est le facteur clé de la stratégie de groupe, c'est aussi une condition essentielle pour le développement de SI performants et évolutifs et pour l'accès de tous les acteurs aux Technologies de l'Information et de la Communication. La mutualisation des SI est désormais la principale approche pour faire face aux exigences des réformes du système de santé. Toutes les enquêtes nationales, régionales démontrent l'insuffisance des ressources internes tant en qualité qu'en quantité des structures SI des établissements de santé. Il convient donc d'élaborer, d'inciter, de développer des actions de mutualisation des systèmes d'information au niveau des territoires, des communautés hospitalières de territoire et bien au niveau régional.

En complément, l'externalisation doit être en support de cette stratégie de généralisation des SI car ses bénéfices sont nombreux. Elle permet aux établissements de santé de se concentrer sur leur cœur de métier, d'accéder à des expertises rares ou à des technologies avancées et de développer une meilleure appréciation du retour sur investissement (transparence et évaluation des coûts) et une lisibilité financière pluriannuelle.

Direction départementale
de l'agriculture
et de la forêt de l'Oise

ARRETE

définissant les conditions d'octroi des dotations issues de la réserve dans le département de l'Oise établies en application de l'article 7 du décret n° 2008-1200 du 18 novembre 2008 portant application du règlement (CE) n° 1782/2003 et modifiant le code rural

LE PREFET DE L'OISE

Officier de la Légion d'Honneur

Vu le règlement (CE) n° 1782/2003 du Conseil du 29 septembre 2003 modifié établissant des règles communes pour les régimes de soutien direct dans le cadre de la politique agricole commune et établissant certains régimes de soutien en faveur des agriculteurs et modifiant les règlements (CEE) n° 2019/93, (CE) n° 1452/2001, (CE) n° 1453/2001, (CE) n° 1454/2001, (CE) n° 1868/94, (CE) n° 1251/1999, (CE) n° 1254/1999, (CE) n° 1673/2000, (CEE) n° 2358/71 et (CE) n° 2529/2001,

Vu le règlement (CE) n° 795/2004 de la Commission du 21 avril 2004 modifié portant modalités d'application du régime de paiement unique prévu par le règlement (CE) n° 1782/2003 établissant des règles communes pour les régimes de soutien direct dans le cadre de la politique agricole commune et établissant certains régimes de soutien en faveur des agriculteurs,

Vu le code rural, et notamment le chapitre V du titre I^{er} du livre VI (partie réglementaire),

Vu le décret n° 2007-1705 du 3 décembre 2007 portant application du règlement (CE) n° 1782/2003 et modifiant le code rural,

Vu l'avis de la Commission Départementale d'Orientation de l'Agriculture en date du 21 avril 2008,

Sur proposition de la secrétaire générale de la préfecture de l'Oise,

ARRETE :

Article 1er

I. – Peut demander à bénéficier d'une dotation issue de la réserve au titre du programme « Terres sans droits à paiement unique avec clauses objectivement impossibles », un agriculteur qui remplit toutes les conditions suivantes :

-il n'est pas un nouvel installé entre le 16 mai 2007 et le 15 mai 2008,

-la valeur moyenne de ses droits à paiement unique est inférieure à la valeur départementale qui est de 341,10 €,

237

- 1/3 -
228

II. – Le montant de la dotation avant application du 6 de l'article 42 du règlement (CE) n° 1782/2003 du 29 septembre 2003 susvisé et de l'article 8 du décret n° 2008-1200 du 18 novembre 2008 susvisé est égal à M calculé ainsi :

soit N_i le nombre de droits à paiement unique de valeur V_i
Les deux conditions à respecter sont : $V_i < 100 \text{ €}$ et $\sum N_i \geq 10$
alors $M = \sum [(100 - V_i) \times N_i]$.

Article 5

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif d'Amiens, dans un délai de deux mois, à compter de sa publication.

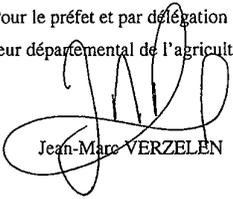
Article 6

La secrétaire générale de la préfecture et le directeur départemental de l'agriculture et de la forêt sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs des services de la Préfecture.

Fait à Beauvais, le 27 novembre 2008

Pour le préfet et par délégation

Le directeur départemental de l'agriculture et de la forêt


Jean-Marc VERZELEN



PREFECTURE DE L'OISE

AGREMENT : N05.11.08E060S020

SIRET : 508 579 364 000 11



Direction Départementale
du Travail, de l'Emploi
et de la Formation
Professionnelle
de l'Oise

ARRETE PORTANT AGREMENT D'UN ORGANISME DE SERVICES A LA PERSONNE

LE PREFET DE L'OISE

Officier de la Légion d'Honneur

- Vu la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne,
- Vu les articles L7231.1, L7231.2, L7231.17, L7232.1 à L7232.7, L7233.1 à L7233.9, L7234.1, L7234.3, R7233.12, R7232.1 à R7232.17, D7231.1 et D7233.5 du Code du Travail,
- Vu le décret n°2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne,
- Vu le décret n°2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées aux articles L7231.1 et D7231.1 du code du travail,
- Vu le décret 2007-854 du 14 mai 2007
- Vu la demande d'agrément simple présentée par la SARL C2E SAP (centre d'essai à l'entrepreneuriat services à la personne) gérée par Monsieur MICHEL Pierre, dont le siège social se situe 15 quai d'Aval à CREIL 60100, en date du 24 octobre 2008.
- Vu Les précisions apportées lors de l'instruction de la demande,

- ARRETE -

Article 1 :

La SARL C2E SAP, gérée par Monsieur MICHEL Pierre, et dont le siège social se situe 15 quai d'Aval à CREIL 60100 et dont la localisation de l'action se situe à CLERMONT dans les locaux de la maison de l'emploi et de la formation, est agréée sous le numéro N05.11.08E060S020 conformément aux dispositions des articles L7231.1, L7232.1 et L7232.3 du code du travail, pour la fourniture de services aux personnes.

Article 2 :

Le présent agrément est valable à compter du 1^{er} novembre 2008 jusqu'au 31 octobre 2013, sous réserve de la présentation annuelle d'un bilan qualitatif et quantitatif de l'activité exercée au titre de l'année écoulée.

La demande de renouvellement de l'agrément doit être déposée au plus tard trois mois avant le terme de la période d'agrément

Article 3 :

La SARL C2E SAP est agréée pour effectuer l'activité suivante : Prestataire.

Article 4 :

La SARL C2E SAP est agréée pour effectuer l'activité suivante :

- Entretien de la maison et travaux ménagers
- Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage
- Prestations de petit bricolage dits hommes toutes mains
- Garde d'enfants de plus de trois ans
- Accompagnement d'enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements à la condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile
- Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile
- Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions
- Livraison de repas à domicile à condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile
- Collecte et livraison à domicile de linge repassé à condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile
- Livraisons de courses à domicile à condition que cette prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile
- Assistance informatique et Internet à domicile
- Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exception de soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes
- Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire
- Assistance administrative à domicile

Article 5 :

La SARL C2E SAP est agréée pour intervenir sur l'ensemble du département de l'OISE. L'ouverture d'un nouvel établissement fera l'objet d'une demande d'inscription du nouvel établissement dans l'arrêté initial auprès du Préfet du département du lieu d'implantation du nouvel établissement.

DL

Article 6 :

La Secrétaire Générale de la Préfecture de l'Oise, le Directeur Département du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de l'Oise sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs du département de l'Oise et notifié à l'intéressé

Beauvais, le 24 novembre 2008

P/le Préfet de l'Oise et par délégation,
P /le Directeur Départemental du Travail,
De l'Emploi et de la Formation Professionnelle,
Le Directeur Adjoint au travail

Et Délégué Territorial de l'Agence Nationale
Des Services à la Personne

Jean-Thierry GOUSSEREY

JTG

**Ministère de la Justice
Direction de l'Administration Pénitentiaire**

**Direction Interrégionale des Services
Pénitentiaires de Lille**

**Décision du 20 novembre 2008
N° 01/2008**

**DECISION
portant délégation de signature par Monsieur Michel SAINT-JEAN,
Directeur interrégional des services pénitentiaires**

Vu le code de procédure pénale, notamment son article R.57-8 ;

ARTICLE 1^{er} : la délégation de signature est donnée par Monsieur Michel SAINT-JEAN, directeur interrégional des services pénitentiaires, à ses collaborateurs désignés ci-après :

- Monsieur Yves LECHEVALLIER, adjoint au directeur interrégional
- Madame Isabelle LIBAN, secrétaire générale
- Monsieur Dominique BRUNEAU, chef du département sécurité et détention
- Monsieur Mathieu DANGOISSE, adjoint au chef du département sécurité et détention
- Madame Valérie DESCAMPS, chef du département insertion et probation

pour prendre les décisions administratives individuelles suivantes :

DECISIONS	ARTICLES
Agrément des mandataires susceptibles d'être choisis par les détenus pour l'application de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000	Art R.57-9-6
Autorisation pour un mandataire agréé d'intervenir dans le ressort d'une autre DISP	Art R.57-9-7
Retrait d'agrément d'un mandataire agréé	Art R.57-9-8
Affectation des condamnés, y compris les avis formulés par le DISP lorsque la décision relève du ministre de la justice	Art D.76 et D.80
Changement d'affectation des condamnés	Art D.82-2
Agrément des associations pour le compte desquelles les détenus peuvent travailler	Art D.101
Habilitation des préposés des concessionnaires ou des animateurs des associations assurant l'encadrement technique des détenus qui travaillent dans les établissements pénitentiaires	Art D.107
Autorisation de visiter des détenus non nominativement désignés incarcérés dans les établissements pénitentiaires du ressort de la DISP	Art D.187
Désignation des médecins chargés de dispenser des soins au personnel	Art D.227
Réponses aux recours administratifs préalable formés par les détenus contre des sanctions disciplinaires	Art D.250-5
Réponses aux recours hiérarchiques dans les matières autres que les sanctions disciplinaires	Art D.260
Autorisation d'accès dans les établissements pénitentiaires situés dans le ressort de la DISP	Art D.277
Autorisation d'effectuer des photographies, croquis, prises de vue et enregistrements sonores et des interviews dans les établissements pénitentiaires situés dans le ressort de la DISP	Art D.277
Prolongation de l'isolement d'un détenu au delà de 6 mois et jusqu'à un an et rapport motivé pour les décisions relevant de la compétence de la ministre de la Justice	Art R.57-8, D.283-1-6, D.283-1-7
Décision de main levée d'isolement si la décision a été prise par le DISP	Art D.283-1
Transferts dans le ressort de la DISP	Art D.301 et D.360
Isolement, prolongation d'isolement, avis en matière d'isolement de la compétence du DISP	Art R.57-8, D.283-1, D.283-1-5, D.283-1-6, D.283-1-8
Transferts de détenus à l'intérieur de la DISP	Art D.301
Rétablissement de la part disponible du compte nominatif des détenus après évasion	Art D.323

Lu3

Autorisation pour un détenu de se faire soigner par un médecin de son choix	Art R.57-8 4°, D.365
Habilitation des praticiens hospitaliers à temps partiels, des personnels médicaux et hospitaliers exerçant dans les UCSA ou les SMPR	Art D.386
Suspension de l'habilitation d'un praticien hospitalier à temps plein exerçant dans les UCSA ou les SMPR	Art D.388
Retrait d'habilitation des praticiens hospitaliers à temps partiel, des personnels médicaux et hospitaliers exerçant dans les UCSA ou les SMPR	Art D.388
Autorisation d'hospitalisation d'un détenu dans un établissement de santé situé dans le ressort de la DISP	Art R.57-8 11°, D.393
Autorisation pour un détenu d'être soigné dans un établissement de santé privé	Art R.57-8 10°
Nomination des membres de la commission consultative devant émettre un avis sur la demande d'une mère détenue aux fins de garder son enfant auprès d'elle au delà de la limite de l'âge réglementaire	Art R.57-8 7°, D.401-2
Autorisation pour une mère détenue de garder son enfant auprès d'elle au delà de l'âge de 18 mois	Art R.57-8 6°, D.401-1
Nomination des aumôniers des établissements pénitentiaires	Art D.433
Agrément des bénévoles d'aumônerie des établissements pénitentiaires	Art D.434-1
Autorisation de sortie d'écrits de détenu en vue de leur publication ou de divulgation sous quelque forme que ce soit	Art R.57-8, D.444-1
Autorisation de diffusion de portée locale d'audio vidéogrammes réalisés par les détenus dans le cadre des actions d'insertion	Art D.445
Agrément des enseignants exerçant dans les établissements pénitentiaires situés dans le ressort de la DISP	Art D.456
Autorisation pour les visiteurs de prison ou les associations de participer aux activités d'enseignement	Art D.456
Agrément et retrait d'agrément des visiteurs de prison	Art D.473

ARTICLE 2 : la présente décision portant délégation de signature sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture des départements du Nord, du Pas de Calais, de l'Aisne, de l'Oise, de la Somme, de l'Eure et de la Seine-Maritime.

ARTICLE 3 : la décision n° 5/2007 du 20 août 2007 est abrogée.

Le Directeur Interrégional

signé

Michel SAINT-JEAN

Lu4