

→ Une réponse doit également être apportée aux jeunes de 19 ans et moins.

- Sur une population de Picardie d'environ 1 682 500 personnes de 19 ans et plus (sur 1 885 000 habitants), on estime à 10%, soit 16 800 environ les personnes dépendantes de l'alcool. Si 50% de ces personnes devaient bénéficier d'un accueil en hospitalisation pour sevrages complexes, cela nécessiterait de disposer de 180 lits de sevrages et soins résidentiels complexes.
- Une partie de cette population bénéficie d'une prise en charge ambulatoire spécialisée : 1873 ont été réalisés en 2006 par les CCAA de Picardie (voir supra), d'autres sont assurées par la médecine de ville, 2041 l'ont été en hospitalisation (dont 554 pour des durées de plus de 10 jours), d'autres diffèrent ce projet, enfin un certain nombre pourront bénéficier du développement des hôpitaux de jour et de l'offre médico-sociale (futur schéma).

1/ Objectifs quantifiés pour l'Offre en sevrage simple/territoire :

- Cet objectif ne peut être fixé dans la présente version du volet sanitaire en addictologie. Le volume des objectifs de soins en sevrage simple par territoire pour 2010 sera déterminé dans la version 2 de ce volet en articulation avec les données du Schéma Régional en Addictologie, qui doit être engagé au second semestre 2008.
- L'offre de sevrages simples en hospitalisation doit être définie en lien avec l'offre ambulatoire du territoire ou de la zone de proximité, l'offre sanitaire ou médico-sociale et de ville. Elle tient compte des besoins locaux de la population variable, notamment des jeunes (binge drinking, polyconsommations, addictions au jeu..) et des populations cibles : femmes en âge de procréer, population sous main de justice, populations précarisées.

2/ Objectifs de séjours pour sevrage et soins résidentiels complexes en 2010 au regard de l'offre de soins 2006 par territoire :

Il ressort de l'état des lieux (2ème partie) et des constats des professionnels en addictologie, notamment alcoolologues, qu'il convient de développer l'offre de soins en hospitalisation pour sevrages et soins résidentiels complexes.

JJ

Objectifs de séjours par territoire proposés :

Territoire de santé	Nombre de séjours sevrages complexes		Total des séjours > à 10 jours en 2006
	NB de séjours MCO DMS > à 10 jours	NB de séjours SSR, Psychiatrie >3 semaines	
Nord-Ouest	124	230	354
Nord-Est	191	477	668
Sud-Ouest	191	60	251
Sud-Est	48	353	401
Total	554	1120	1674

- *: 92 lits installés à 90 % de taux d'occupation (séjours de 3 semaines, soit 15,6 séjours/lit/an)
- Et prise en compte des séjours > à 10 jours en MCO réalisés en 2006 à transformer en sevrages complexes (nouveaux tarifs MCO) et des besoins des territoires :
- Proposition d'augmentation maximum de l'offre /territoire de santé de : + 15 lits/territoire

Les hypothèses hautes tiennent compte des services autorisés en 2008 avec une cible de 90% de taux d'occupation et de la création de 15 lits de sevrages et soins résidentiels complexes par territoire à horizon 1010.

A noter que ces créations pourront correspondre à une partie des séjours déjà réalisés dans les établissements MCO de chacun des territoires (séjours > à 10 jours tels que constatés dans les données CRAM PMSI MCO de 2006 pour les établissements de santé de Picardie), qui représentent en 2006, un nombre de 554 séjours, soit l'équivalent de 12 lits occupés à 90%.

JJ

2-2-3 Les SSR, services de soins et de réadaptation :

Contexte réglementaire :

« Les SSR sont intégrés au niveau 2. Leur implantation est fonction des besoins de la région et de la diversité des projets thérapeutiques de ces structures afin d'assurer une couverture satisfaisante des besoins. »

Le contexte réglementaire des SSR est modifié par deux décrets du 17 avril 2008 :

- le décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation,
- le décret n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Le décret n°2008-376 définit au § 11 les « conditions particulières à la prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives » (articles D 6124-177-45, -46, -47, -48) suivantes :

- la présence d'un médecin coordonnateur et d'une équipe pluridisciplinaire justifiant d'une formation et (/ou pour le médecin) d'une expérience attestée en addictologie,
- l'obligation pour le titulaire de l'autorisation :
- d'assurer une prise en charge d'au moins 2 des pratiques thérapeutiques et de réadaptation suivantes : psychothérapie, éducation thérapeutique, ergothérapie, diététique,
- des séances individuelles ou collectives, au moins une chaque jour ouvré pour chaque patient, associant, sur proposition médicale et accord du patient, un ou plusieurs membres de son entourage.
- De disposer de locaux appropriés la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle, de même qu'à la participation des patients aux programmes de soins.

Le décret n°2008-377 indique que les dispositions des schémas prévus aux articles L. 6121-1 et suivants du code de la santé publique relatives à l'activité de SSR seront révisées dans un délai de 18 mois à compter de la publication de ce texte (JO du 20 avril 2008), soit avant le 20 octobre 2009.

Il prévoit en outre diverses dispositions relatives :

- aux modalités d'exercice de l'activité SSR sous la forme de l'hospitalisation à temps partiel (art R. 6123-121),
- à l'intégration dans le réseau de prise en charge des urgences (art R. 6123-123),
- à l'obligation de convention avec d'autres établissements de santé, pour les cas où l'état de santé des patients le nécessiterait (soins de courte ou longue durée, autres SSR)
- à l'intervention pour expertise ou concours dans d'autres établissements de santé ou médico-sociaux,
- à l'obligation de définir, par convention (transmises à l'ARH), les coopérations avec les établissements, services ou personnes ..., nécessitées par la réinsertion, la coordination de prise en charge et du suivi des patients.

Ces textes récents impactent pleinement le champ des SSR en addictologie qui seront concernés par la révision du SROS SSR prochainement.

En raison de cet objectif et des obligations nouvelles apportées par ces décrets aux modalités d'organisation des SSR, notamment en addictologie, il est proposé de reporter l'élaboration des recommandations sur les SSR en addictologie à la prochaine révision. Seul un objectif quantifié de lits/territoire sera retenu dans ce volet.

JR

(1)/Rappel de l'état des lieux, des besoins et sites identifiés en SSR Spécifiques (Chapitre 12) du SROS 3 adopté en mars 2006 :

Etat des lieux du SROS 3 : Soins de suite spécifiques -cure et post-cure alcoolique.

Le constat établi dans le SROS 3 demeure presque identique à celui de 2008 : ainsi, il est constant que : « le sevrage s'effectue en ambulatoire ou en hospitalisation et est suivi pour certains patients par une cure qui s'effectue soit :

- En service de médecine,
- En unité de psychiatrie
- En Soins de suite en alcoologie.

Il est indiqué que « En principe, tous les lits identifiés cure en alcoologie doivent être identifiés comme des lits de psychiatrie ou de SSR ».

L'offre de soins était alors établie comme suit :

Territoires	Lits de sevrages	Lits de SSR
<u>Nord-Ouest</u>	CHS Pinel-Sésame : 20 lits	Sésame : 10 lits
<u>Nord-Est</u>	EPSMD Prémontré : 28 lits de psychiatrie	21 lits de SSR (actuellement médecine)
<u>Sud-Ouest</u>	CH Clermont : 6 lits de médecine à transformer	1 site de 15-20 lits
<u>Sud-Est</u>		Apte Bucy-le-Long : 12 lits

Rappel des lits de post-cure identifiés dans le SROS 3 de Mars 2006 :

Il est rappelé que « pour 10% » des patients, la cure doit être suivie d'une post-cure de 3 à 4 mois proposant la réinsertion sociale et professionnelle ... Les besoins pour la Picardie était alors évalués à 40 lits de post-cure ».

- « 15 lits de post-cure devaient être installés au CH de Roye selon le SROS 2, non installés en 2006. » Il s'agissait « d'une unité à caractère régional ».
- 9 lits sont installés à APTE, Bucy-le-long sur les 12 autorisés (idem en 2008).

(2) / Lits de post-cure identifiés en 2008 :

En 2008, l'offre de soins en SSR post-cure n'a pas évolué, à l'exception toutefois de l'autorisation accordée à la SARL Santé et Action de créer 6 lits de SSR post-cure à Gouvieux-chantilly.

Au total, l'offre actuelle de SSR post-cure en alcoologie est de :

- 12 lits autorisés à APTE (Bucy-le-Long-Aisne), 9 installés
- 6 lits autorisés à Gouvieux, prévus pour fin 2008-2009.

- Soit un total de 18 répartis dans 2 territoires de santé (Sud-Ouest et Sud-Est).

Ro

Besoins à couvrir : en terme de répartition territoriale, il convient de doter chacun des territoires de santé d'un site de SSR de post-cure addictions de 20 lits.

→ Créer un service de SSR sur le territoire de santé Nord-Est, actuellement non doté et aux indicateurs de santé défavorables (forte surmortalité liée à l'alcool chez les hommes et chez les femmes des cantons nord de l'Aisne et taux élevés des ALD)

→ Compléter l'équipement de la région en augmentant l'offre en SSR sur au moins un établissement par territoire de santé (unités de 10 lits)

→ Identifier et Equiper 1 ou 2 SSR de la région pour assurer l'accueil des patients à co-morbidités associées »

Cible quantitative à atteindre :

Territoires	Lits de SSR	
	Existant	A créer
Nord-Ouest		20 lits
Nord-Est	/	20 lits en 1 ou 2 sites
Sud-Ouest	SARL Santé Actions : 6 lits	1 site de 15 à 20 lits
Sud-Est	Apte Bucy-le-Long : 12 lits modèle Minnesota	15 lits autre type de thérapie

2-3- Le Niveau 3 : Le CHU et les intersecteurs en addictologie des Etablissements psychiatriques :

Il convient de mettre à niveau cet équipement de niveau à horizon 2010 par l'instauration d'une ELSA complète, en identifiant une unité de soins en addictologie identifiée disposant de l'ensemble des équipements prévus : de niveau 1 auquel s'ajoute un hôpital de jour et un service pour soins résidentiels complexes, en réseau avec le CHS Pinel et els établissements de santé du territoire.

Intersecteurs de psychiatrie publics en addictologie : A terme, il est recommandé que chacun des trois établissements publics de santé mentale départementaux :

- s'inscrive dans les réseaux hospitaliers de territoire constitués,
- dispose des équipements de niveau 1
- participe à l'offre de niveau 2 (hôpital de jour et services de sevrage et soins résidentiels complexes)
- et contribue aux formations des professionnels de leur département et à la recherche clinique.

87 -

3-1/ Prise en charge des populations spécifiques et/ou fragilisées : femmes enceintes, jeunes, détenus et populations en situation de précarité personnes sans hébergement

Recommandations :

Au sein de chaque réseau interhospitalier de territoire ou de zone de proximité (bassin de vie) de niveau 1, 2 ou 3, un référent hospitalier est désigné pour co-animer un réseau en addictologie de territoire (mesure du plan national, pour laquelle sont prévus des financements sur le FISQ) qui associe les partenaires médico-sociaux, sociaux et de médecine de ville et sociaux locaux.

- Ce réseau en addictologie a notamment pour vocation de définir les protocoles locaux territoriaux permettant d'inscrire les patients dans une filière de soins coordonnée quelle que soit l'addiction avec ou sans substance (jeu) ou les pathologies associées (co-morbidités psychiatriques).

- Une articulation en réseau avec les établissements psychiatriques publics, les structures médico-sociales spécialisées en addictologie et celles relevant du Schéma d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI) est recommandée afin de favoriser la complémentarité des prises en charge d'un patient, notamment pour les personnes en rupture familiale et/ou de logement, en précarité, les jeunes et sortants de prison et pour favoriser le retour dans l'entourage habituel.

- **Adolescents et jeunes :** Une offre de soins coordonnée, avec une diversité d'accès, dont celle ouverte par les structures de consultation en addictologie et/ou psychiatrie, pourrait être accessible dans chaque territoire voire sous-territoire, en coordination avec les Maisons des adolescents.

Ces points relatifs à la prise en charge des publics spécifiques, ainsi que les articulations nécessaires avec les autres composantes de l'offre de soins, seront revus au moment de la version 2 de ce volet en lien avec le schéma médico-social régional en addictologie.

3-2 Les Recommandations relatives aux réseaux et à la formation.

Axe stratégique relatif aux formations des professionnels du champ :

- La formation initiale et continue des personnels des équipes à l'addictologie devra être soutenue et encouragée au sein des programmes de formation continue des établissements de santé, ainsi que celle permettant une diversité des pratiques d'accompagnement et de soutien des patients : formations au RPIB, aux TCC (thérapies cognito-comportementales), thérapies familiales et aux autres techniques de prise en charge.

89 -

- Les médecins libéraux seront informés de l'évolution et des équipements du dispositif sanitaire de prise en charge des addictions par une campagne d'information, qui sera destinée à l'ensemble des partenaires et du public.
- Ils seront sensibilisés aux risques liés aux addictions avec ou sans substance, intégrés dans les réseaux territoriaux et formés au RPIB.

Annexe : Tableaux des objectifs du volet en addictologie du SROS 3.

2^{ème} Révision du SROS 3 de Picardie

CHAPITRE 20

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Le présent nouveau chapitre se substitue au chapitre 20 publié en date du 31 mars 2006.

Introduction : Le contexte de la révision du volet « Personnes Agées » du SROS III

Le volet « Personnes Agées » du SROS III en cours, applicable depuis le 1^{er} avril 2006, se fonde sur les deux objectifs stratégiques suivants :

- améliorer la filière de soins de la personne âgée ;
- insérer les structures de soins dans un réseau territorial de coordination gériatrique.

Ces deux objectifs stratégiques ont été déclinés selon les orientations suivantes :

- création de pôles d'évaluation gériatrique (PEG) ;
- déploiement de consultations gériatriques (CG) et de consultations gériatriques avancées (CGA) ;
- mise en place d'équipes mobiles gériatriques (EMG) ;
- développement de structures de court séjour gériatrique (CSG) ;
- développement des alternatives à l'hospitalisation ;
- contribution des soins de suite et de réadaptation (SSR) dans la filière gériatrique ;
- prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée ;
- prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- requalification des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- mise en place de réseaux gérontologiques.

Depuis la mise en oeuvre du SROS 3 de Picardie à partir d'avril 2006, les plans nationaux et textes réglementaires ayant trait à la prise en charge des personnes âgées suivants sont parus :

- circulaire DHOS/02/DGAS/2C/2006 n°212 du 15/06/2006 portant sur les USLD ;
- Plan Solidarité Grand Age (27/06/2006) ;

- circulaire DHOS/02/2007 n°117 du 28/03/2007 relative à la filière gériatrique ;
- circulaire DHOS/02/2007/176 du 30/04/2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées ;
- circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15/05/2007 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » ;
- Plan ALZHEIMER 2008-2012 (01/02/2008) ;
- décrets n° 376 et n° 377 du 17 avril 2008 relatifs aux activités de soins de suite et de réadaptation.

L'ensemble de ces nouvelles dispositions et orientations réglementaires légitime la révision du volet Personnes âgées du SROS 3.

Rappel de définition :

La GERIATRIE est une branche de la médecine concernant les aspects physiologiques et pathologiques liés à l'âge, y compris les problèmes cliniques de la sénescence et de la sénilité.

La GERIATRIE s'inscrit dans la GERONTOLOGIE, qui constitue l'ensemble des sciences de la vieillesse et du vieillissement.

20.1 DIAGNOSTIC

20.1.1 LA DEMANDE

A) Données socio économiques (source ORS2)

Les personnes âgées de plus de 60 ans comme celles de plus de 75 ans constituent une population sédentaire. Ces personnes quittent très peu leur logement : 80 % d'entre-elles sur toute la région sont recensées au même domicile depuis 1990.

Les proportions de personnes vivant seules sont plus fortes dans la population des 80 ans et plus, que dans celle des 60 ans et plus : 25,6 % en moyenne régionale pour les 60 ans et plus, contre 41,7 % pour les 80 ans et plus.

10,4 % des personnes de 75 ans et plus vivent en logement collectif. Les 75 ans et plus représentent près de 78 % des personnes vivant en maison de retraite.

C'est dans le département de l'Aisne que les résidents des maisons de retraite sont les plus jeunes : seulement 74,2 % de 75 ans et plus.

La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans l'ensemble de la population des maisons de retraite est la suivante :

	Aisne	Oise	Somme
Moyenne Picarde en %	77,9	77,9	77,9
Moyenne départementale	74,2	79,3	80,2

La population des maisons de retraite est majoritairement féminine, ce qui semble logique étant donné les écarts importants entre l'espérance de vie des hommes et des femmes.

La proportion des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en maisons de retraite parmi l'ensemble de la population des 75 ans et plus est la suivante :

	Aisne	Oise	Somme
Moyenne Picarde en %	8,2	8,2	8,2
Moyenne départementale	8	8,9	7,7

L'Oise se place nettement au dessus de la moyenne régionale. Il convient de rappeler que c'est le département qui compte le plus de maisons de retraite et le moins de personnes âgées de 75 ans et plus.

La proportion des personnes âgées de 75 ans et plus dans l'ensemble de la population vivant dans les unités de soins de longue durée (USLD) est la suivante :

	Aisne	Oise	Somme
Moyenne Picarde en %	52,8	52,8	52,8
Moyenne départementale	46,8	48,9	65,5

Les données ci-dessus sont celles constatées avant la requalification des USLD.

B) Données Démographiques

La démographie de la population de 75 ans et plus en 1999.

Territoires de santé	Nord Ouest	Nord Est	Sud ouest	Sud Est
POPULATION TOTALE	509 781 Amiens : 378 555 Abbeville : 131 226	400 718 St Quentin : 202 660 Laon : 198 058	554 176 Beauvais : 225 952 Creil : 328 224	392 430 Compiègne : 212 137 Soissons : 180 293
EFFECTIF DE 75 ANS ET +	37207 Amiens : 26 012 Abbeville : 11 195	29 837 St Quentin : 14 973 Laon : 14 864	29 397 Beauvais : 12 817 Creil : 16 580	25 663 Compiègne : 12 930 Soissons : 12 733
PART RELATIVE DES 75 ANS ET +	7,29 % Amiens : 6,87 % Abbeville : 8,50 %	7,44 % St Quentin : 7,39 % Laon : 7,50 %	5,30 % Beauvais : 5,67 % Creil : 5,05 %	6,54 % Compiègne : 6,10 % Soissons : 7,06 %
Evolution en % de la population totale en 2010	Amiens : + 2,3 Abbeville : - 0,7	St Quentin : - 3,5 Laon : - 2,4	Beauvais : + 9,9 Creil : + 7,6	Compiègne : + 7 Soissons : + 2,7
Evolution en % de la population de 75 ans et plus	Amiens : + 18,4 Abbeville : +23,5	St Quentin : + 22,7 Laon : + 21,3	Beauvais : + 28,3 Creil : + 27,7	Compiègne : + 29,8 Soissons : + 27,1

Source INSEE RP99 Projections réalisées à l'aide de l'outil OMPHALE mis en œuvre par l'INSEE pour la DRASS de Picardie à partir d'hypothèses élaborées par Thérèse Roussel.

La Région Picardie a connu un vieillissement de sa population entre les 2 recensements.

Toutefois la région présente un indice de vieillissement (65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) inférieur à celui de la moyenne France entière.

La région présente une population de 65 ans et plus de l'ordre de 14,8 %, inférieure à la moyenne française (16,7 %). Mais elle présente une situation hétérogène au niveau infra régional.

L'Aisne et la zone d'Abbeville dans la Somme présentent la proportion la plus élevée de personnes âgées de 75 ans et plus.

Par contre ce sont les secteurs du département de l'Oise qui présentent l'indice de vieillissement le plus important.

La tranche d'âge des personnes de 85 ans et plus connaît une augmentation nettement plus forte que les projections prévues (source ORS2).

Le poids des personnes âgées de 60 ans et plus est important dans les cantons excentrés et plutôt ruraux et plus faible dans les cantons proches des zones urbaines. Cette tendance est identique pour les 75 ans et plus. (source ORS2).

Les projections démographiques à l'horizon 2010 par territoires de santé mettent en évidence l'augmentation très importante des personnes âgées de 75 ans et plus, entre 24 et 30 % dans certains secteurs géographiques (Compiègne et Abbeville) alors que ce sont les secteurs géographiques de Beauvais et Creil qui vont connaître la plus forte progression de population.

Le tableau suivant décrit l'évolution de la population par territoire de santé entre 1999 et 2010 selon l'INSEE.

PICARDIE
Evolution de la population âgée de 70 ans et + par territoire de santé

Territoire de santé	1999	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nord-est	26848	30507	31421	32226	33140	33963	34742	35270	35789
Nord-ouest	33877	37981	39052	40011	41131	42178	43143	43731	44479
Sud-est	23423	26686	27453	28304	29300	30260	31113	31827	32595
Sud-ouest	26919	30251	31172	32140	33233	34452	35499	36327	37334
Picardie	111067	125425	129098	132681	136804	140853	144497	147155	150197

C) Données sanitaires

a) Les personnes âgées dépendantes et leurs besoins en soins

Les besoins de prise en charge des personnes âgées (aides sociales, soins de base et soins de santé, au travers notamment du concept de fragilité) sont bien appréhendés avec les modèles AGGIR et PATHOS qui constituent des outils d'analyse précieux dans le cadre de la planification autour du grand âge.

Les modèles élaborés par les régions Languedoc Roussillon et Bretagne ont été repris comme modèle au niveau national pour être appliqués à toute échelle géographique, car ils constituent une approche intégrant les besoins réels dans la réflexion sur l'organisation du système d'aides et de prise en charge de cette population à toute échelle géographique.

A partir d'un tableau de prévalence des GIR 1 à 4 répartis par tranches d'âge et par sexe, il est possible d'estimer le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes.

L'application de cette prévalence à la Picardie donne les résultats suivants :

Territoires	Nord Ouest	Nord Est	Sud ouest	Sud Est
Personnes relevant de l'APA	8638 Amiens : 6048 Abbeville : 2590	6856 St Quentin : 3471 Laon : 3385	7117 Beauvais : 3071 Creil : 4046	6175 Compiègne : 3119 Soissons : 3056
Nombre de personnes bénéficiaires	SOMME : 9 957 (31/12/04)		OISE : 7 027 (chiffre actuel) AISNE : 8 578 (31/12/04)	

Selon ces estimations, 28 786 personnes seraient susceptibles de bénéficier de l'APA. En réalité au 31 décembre 2004, on comptait 25 562 bénéficiaires, soit 89% du potentiel estimé.

Il est considéré que les personnes âgées en GIR 1,2,3 et 30 % des personnes en GIR 4 requièrent une intervention médicalisée : soins de longue durée (en USLD), soins dispensés en EHPAD, soins en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et soins à domicile par les infirmières libérales.

L'application de cette prévalence à la Picardie donne les résultats suivants :

Territoires	Nord Ouest	Nord Est	Sud ouest	Sud Est
Personnes nécessitant une PEC médicalisée	6037 Amiens : 4231 Abbeville : 1806	4769 St Quentin : 2415 Laon : 2354	4967 Beauvais : 2143 Creil : 2824	4321 Compiègne : 2184 Soissons : 2137

Selon ces estimations, 20 094 personnes demanderaient une prise en charge (PEC) médicalisée à des degrés divers.

89-

Ch

b) Les personnes âgées fragiles

« Les personnes âgées fragiles nécessitent dès le stade initial de leur prise en charge, l'identification des risques d'aggravation et les mesures de prévention en même temps que les décisions thérapeutiques que requiert leur état. La fragilité est un état instable, de forte vulnérabilité aux événements nécessitant une adaptabilité résultant d'une réduction des réserves adaptatives de multiples systèmes biologiques et physiologiques sous l'action conjuguée de l'âge, des maladies, du contexte de vie, entraînant un risque particulièrement élevé de dépendance, d'hospitalisations, d'entrée en institution, de mortalité ».

L'étude bretonne repère les principaux marqueurs d'un état fragile :

- l'âge supérieur à 85 ans (constamment associé à une morbi-mortalité forte et à une perte d'autonomie plus fréquente au décours d'une hospitalisation),
- la polymédication (4 médicaments et plus par jour exposant au risque de iatrogénie),
- l'altération des fonctions intellectuelles, la dépression et la démotivation, la dénutrition, les troubles neuro-sensoriels (visuels et auditifs, pouvant conduire au syndrome de désafférentation, à la passivité),
- la perte des automatismes et de l'adaptabilité,
- l'instabilité posturale (amenant 40% des chuteurs à la perte d'autonomie et à l'institutionnalisation),
- la sédentarité...

La prévalence de la fragilité dans la population générale déduite du modèle national étudiée en fonction du sexe et des tranches d'âge permet d'estimer le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus considérées fragiles à environ 36 à 37% de cette tranche d'âge

Les Personnes âgées fragiles
Prévalence en % selon le sexe et l'âge

Tranches d'âge	Hommes	Femmes
De 75 à 79 ans	27.5	29.2
De 80 à 84 ans	33	36.8
De 85 à 89 ans	45.4	46.6
De 90 ans et plus	53.2	64.9

Application du modèle en Picardie

Territoires	Nord Ouest	Nord Est	Sud ouest	Sud Est
Personnes âgées fragiles	13 571 Amiens : 9 500 Abbeville : 4071	10 726 St Quentin : 5393 Laon : 5333	10 955 Beauvais : 4684 Creil : 6091	9 414 Compiègne : 4758 Soissons : 4656

Par ailleurs, on considère que 32.6% des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant au domicile sont

87

fragiles, pour 37.5% en EHPAD (maison de retraite ou foyer logement) et 95.9% en USLD et 68% des hospitalisées.

c) Les patients âgés hospitalisés

Ces patients nécessitent le plus souvent une prise en charge spécifique adaptée à leur état de santé et leurs besoins.

Ce sont en général des personnes de plus de 75 ou 80 ans, atteints de poly-pathologies, dont certaines chroniques, responsables d'une réduction des réserves fonctionnelles les exposant en cas d'évènement pathologique nouveau, à des décompensations somatiques et/ou psychologiques, des modifications du mode de vie en raison d'immobilisation ou de perte d'autonomie.

Une étude hospitalière réalisée en Bretagne en 2002 permet d'estimer la situation des personnes fragiles de 75 ans et plus à l'hôpital.

Les constats confortés par les études ultérieures réalisées en Région Rhône Alpes et Languedoc Roussillon, peuvent être extrapolés à d'autres régions.

Selon ces diverses études, les personnes âgées fragiles sont 3 fois plus hospitalisées que les autres.

On peut considérer qu'à tout moment 2,3 % de la population des personnes de 75 ans et plus sont hospitalisées en court séjour, en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation.

Ces personnes représentent près de 39% de l'ensemble des patients hospitalisés à un moment donné. Parmi ces personnes âgées, 68% présentent au moins un des critères de fragilité répertoriés dans la coupe PATHOS, en sus de l'âge et de la perte d'autonomie.

Ces chiffres appliqués à la Picardie donnent les estimations suivantes, qu'il convient de moduler en fonction des taux de fuite de patients qui affectent principalement les deux territoires de santé du Sud Est et Sud Ouest.

Territoires	Nord Ouest	Nord Est	Sud ouest	Sud Est
Personnes âgées de 75 ans et + hospitalisées hors USLD	855 Amiens : 598 Abbeville : 257	686 St Quentin : 344 Laon : 342	676 Beauvais : 294 Creil : 382	590 Compiègne : 297 Soissons : 293
Personnes âgées fragiles de 75 ans et + hospitalisées	581 Amiens : 406 Abbeville : 175	466 St Quentin : 234 Laon : 232	459 Beauvais : 200 Creil : 259	401 Compiègne : 202 Soissons : 199
Projections 2010 Personnes âgées de 75 ans et + hospitalisées hors USLD	1026 Amiens : 708 Abbeville : 318	837 St Quentin : 422 Laon : 415	865 Beauvais : 378 Creil : 487	758 Compiègne : 386 Soissons : 372
Projections 2010 Personnes âgées fragiles de 75 ans et + hospitalisées	696 Amiens : 480 Abbeville : 216	568 St Quentin : 287 Laon : 281	587 Beauvais : 256 Creil : 331	515 Compiègne : 262 Soissons : 253

92

d) Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

Si la première grande cause de décès concerne le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire, près de 11 000 personnes soit 4,3 % des personnes de 75 ans et plus seraient atteintes de démences.

L'importance de ces troubles est confirmée par les données du PMSI qui indiquent que environ 25 % des séjours pour troubles mentaux concernent les personnes âgées.

Les projections démographiques nous permettent de considérer que ce problème deviendra une grande cause de santé publique dans les décennies à venir. Ceci explique que le Président de la République ait souhaité en faire une cause nationale.

Les documents préparatoires au plan Alzheimer 2004-2007 indiquent que près de 800 000 personnes sont atteintes en France, ce qui représente 18% des personnes de plus de 75 ans (étude épidémiologique longitudinale Paquid en cours depuis 1988, coordonnée par le Pr JF Dartigues - Unité INSERM 330 Bordeaux).

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés réduisent de moitié l'espérance de vie avec une survie moyenne estimée à 5 ans à partir de l'établissement du diagnostic.

« En transposant les chiffres de prévalence issus d'études épidémiologiques européennes, on peut estimer qu'en Picardie il y a 20 000 à 25 000 patients souffrant de syndrome démentiel dont 50% lié à une maladie d'Alzheimer. Une étude récente en Picardie a montré que 25 à 28% des personnes au plus recevaient le traitement médicamenteux approprié, ce qui indique une carence et un retard thérapeutique (Magnier, Godefroy et al, revue Neurologie) ».

e) Les personnes âgées atteintes d'autres pathologies

Les personnes âgées par ailleurs, se soignent en grand nombre pour des affections de la vue, et des affections touchant les appareils respiratoire et circulatoire ainsi que les maladies du sang.

Le constat est général tant dans les établissements pivots de territoire que dans les hôpitaux de proximité.

On retrouve les personnes âgées en grand nombre dans le cadre des séances de dialyse ou de chimiothérapie.

En soins de suite et de réadaptation (SSR), l'âge moyen de 68 ans est plus élevé que la moyenne nationale et les patients plus dépendants, et conduit à privilégier une offre de soins nouvelle mieux coordonnée entre les SSR et le médico-social de manière à améliorer l'aval des SSR.

De l'analyse des suites de séjours, quelques tendances se dégagent concernant la description de la filière de soins.

Ainsi pour les établissements des trois départements picards, on peut constater que :

- environ 85 à 90 % des séjours concernent des patients provenant des services de court séjour ;
- environ 10 à 12,5 % des séjours concernent des patients provenant du domicile.

A la fin du séjour, il apparaît que les patients repartent majoritairement vers le domicile (entre 60 et 75 %).

Une proportion non négligeable repart en court séjour (entre 12 et 20 %). Les orientations vers le long séjour concernent semble-t-il entre 5 et 10 % des patients.

Les décès en structures de SSR sont assez conséquents, entre 5 et 10 %.. Ce qui met en évidence l'importance de l'accompagnement de fin de vie et l'utilité des lits identifiés en soins palliatifs (LISP) en SSR.

La sortie vers d'autres services ou établissements de soins de suite sans doute plus proches du domicile ou de la famille concerne 3% des sorties.

Les transferts vers les structures de psychiatrie sont négligeables.

20.1.2 L'OFFRE DE SOINS PICARDE

Le mode d'exercice du médecin généraliste, premier interlocuteur des personnes âgées en difficulté, reste davantage axé sur le soin que sur la prévention et la coordination, et rend parfois difficile une approche globale de la personne âgée.

Trop souvent la personne âgée polyopathologique arrive à l'hôpital par la structure de médecine d'urgence et ne bénéficie, pas faute d'organisation appropriée tant en amont qu'aux urgences, d'une prise en charge globale adaptée.

Les établissements de santé ne disposent pas suffisamment de structures de gériatrie aiguë permettant une prise en charge adéquate de ces patients.

Les structures alternatives à l'hospitalisation complète sont en développement, mais encore insuffisamment orientées vers l'évitement de l'hospitalisation.

Les services de SSR ne sont pas tous opérationnels pour l'accueil des personnes âgées.

La psychogériatrie fait souvent défaut par manque de relais ou de structures adaptées.

Le travail en réseau entre la ville et l'hôpital est encore trop peu formalisé ou inexistant, à l'exception des réseaux constitués avec le soutien du FIQCS, à Saint Valéry sur Somme et à Senlis.

Il existe peu de liens à la sortie de l'hospitalisation avec les structures œuvrant autour du domicile.

On constate un déficit des professionnels de santé en lien direct avec les personnes âgées.

Dans le secteur libéral, les médecins compétents en gériatrie représentent une faible proportion des

généralistes, pour lesquelles la Picardie présente une densité inférieure à celle de la France.

Dans le secteur libéral, les gériatres représentent une faible proportion des généralistes comme le montre le tableau suivant.

	Nombre de Médecins Généralistes	Densité Pour 100 000 H
PICARDIE	1788	96
AISNE	474	89
OISE	663	85
SOMME	651	117
FRANCE		114

Source : Statiss 1.01.2004

Dans le secteur hospitalier, on dénombre 88 postes de gériatres, mais près de 20 % des postes sont vacants.

En ce qui concerne les professions paramédicales en contact direct avec les personnes âgées (infirmières et masseurs kinésithérapeutes DE), leur densité est beaucoup plus faible en Picardie qu'en France.

	Nombre d'Infirmiers libéraux	Densité pour 100 000 H	Nombre de kinésithérapeutes	Densité pour 100 000 H
PICARDIE	1 233	66	889	48
AISNE	399	75	226	42
OISE	437	56	359	46
SOMME	397	71	304	55
FRANCE		102		77

Source : STATISS 1^{er} janvier 2004

En plus du problème quantitatif touchant les professionnels qualifiés en gériatrie, se pose également celui de la formation des personnels hospitaliers à la gériatrie.

Dans le secteur hospitalier

La gériatrie n'est pas une spécialité médicale au sens des textes réglementaires. Il s'agit d'une capacité, c'est-à-dire d'un diplôme national reconnaissant à des médecins généralistes une compétence particulière.

Cette capacité qui se prépare en deux ans, existe à Amiens depuis 1990.

Depuis 1999, on constate une augmentation significative des diplômes concernés.

Une partie des médecins ainsi diplômés continuent à exercer en libéral comme médecins généralistes.

Pour les établissements publics de santé, la gériatrie a été introduite comme spécialité au concours national

de praticiens hospitaliers depuis 1994.

La délivrance des capacités					
90/96	96/00	00/01	01/02	02/03	03/04
88	69	22	33	29	24

Médecins exerçant leur activité principale en Picardie ayant une compétence «gériatrie ou gérontologie»
(Source ADELI)

Territoires (Fichier ADELI 1/1/05)	MODE D'EXERCICE				Densité pour 1 000 PA de 75 ans et plus
	Libéral	Mixte	Salarié	Total	
NO	22	4	21	47	1.26
SO	3	2	17	22	0.74
NE	1	4	12	17	0.56
SE	4	1	6	11	0.42
REGION	30	11	56	97	0.79

Postes de praticiens hospitaliers spécialité : médecine polyvalente et médecine polyvalente gériatrique
(Source DRASS septembre 2005)

Territoire	Nombre de postes	PH Temps Plein		PH Temps partiel	
		occupé	vacant	Occupé	vacant
Nord ouest	31	16	5	7	3
Nord est	32	15	3	5	9
Sud ouest	30	17	3	6	4
Sud est	20	13	2	1	4
Région	113	61	13	19	20

29% des postes de praticiens hospitaliers sont déclarés vacants à cette date.

20.2. ORIENTATIONS DU SROS 3

20.2.1. LES OBJECTIFS STRATEGIQUES DU SROS 3

La révision du volet « Prise en charge des Personnes Agées » du SROS 3 de la Région Picardie vise à :

- **mettre en oeuvre une véritable filière de soins coordonnée** pour une prise en charge globale et continuée de la personne fragilisée par le vieillissement et la maladie, sans rupture, et dans toutes ses composantes (prévention, orientation, diagnostic complet, individualisation, accueil de proximité) ;

- **insérer les structures sanitaires et médico-sociales dans un réseau de coordination gériatrique** au niveau territorial ou infra-territorial, pour accroître la synergie entre tous les acteurs de la prise en charge (secteur libéral, secteur hospitalier, secteur social, secteur médico-social) en vue de promouvoir la santé et l'autonomie de la personne âgée et son maintien à son domicile ou en institution.

20.2.2 LES ORGANISATIONS A METTRE EN OEUVRE

20.2.2.1 – La filière gériatrique

a) Mission de la filière gériatrique

La filière gériatrique doit proposer une organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire considéré.

Elle a pour objectif d'une part une prise en charge globale de la personne âgée, et d'autre part la couverture de l'intégralité des parcours du patient âgé, prenant en compte l'évolution de ses besoins en soins et de recours à un plateau technique.

La filière gériatrique doit être en mesure de prendre en charge :

- les hospitalisations non programmées ;
- les hospitalisations programmées ;
- les activités de bilan « à froid » ;
- la réponse aux patients et soignants entrant dans la zone territoriale couverte ;
- les soins palliatifs (en s'appuyant sur les équipes mobiles et les unités de soins palliatifs) ;
- les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ;
- les personnes âgées relevant de la gérontopsychiatrie.

b) Organisation de la filière gériatrique

L'organisation de la filière gériatrique repose sur un maillage cohérent, impliquant un ou plusieurs établissements de santé, entre :

- le court séjour gériatrique (CSG) ;
- l'équipe mobile de gériatrie (EMG) ;
- des unités de consultations spécialisées (gériatrique, mémoire) ;
- des unités d'hospitalisation de jour gériatrique ;
- le Pôle d'Evaluation Gériatrique (PEG) ;
- une ou plusieurs structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) appropriés ;
- une ou plusieurs unités de soins de longue durée (USLD) ;
- des établissements et structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'établissement de santé support de la filière gériatrique doit disposer d'une structure de médecine d'urgence, ou être conventionné avec un établissement disposant d'une telle structure, et comporter un court séjour gériatrique, une unité de consultations spécialisées et d'hospitalisation de jour gériatrique et une équipe mobile de gériatrie.

Il peut également disposer lui-même de SSR adaptés et d'une USLD.

L'implantation des établissements supports de filière gériatrique en Picardie se décline comme suit :

Territoire de santé	Nord-Est	Nord-Ouest	Sud-Est	Sud-Ouest
Etablissements supports de la filière gériatrique	CH de St Quentin CH de Laon CH de Chauny et La Fère	CHU d'Amiens CH d'Abbeville	CH de Soissons CH de Compiègne	CH de Beauvais CH de Senlis (en partenariat avec Creil)

Les autres établissements participant à la filière de soins gériatriques (dont les hôpitaux locaux) disposent au minimum de lits de SSR, d'USLD ou d'EHPAD.

Par ailleurs, des partenariats et une articulation doivent être engagés avec :

- les réseaux de santé,
- les structures d'hospitalisation à domicile (HAD),
- les médecins traitants (programmation, retour à domicile ou en EHPAD),
- les acteurs du secteur médico-social (EHPAD, Plans Bleus, Conventions),
- les structures de coordination (CLIC, Coordination Gérontologique, Réseaux de Santé, SSIAD) pour l'organisation du retour à domicile notamment.

20.2.2.2 – Les pôles d'évaluation gériatrique (PEG)

L'amélioration de la filière de soins passe par la création de pôles d'évaluation gériatrique (PEG), qui doivent être des centres de prévention et d'orientation de la personne âgée fragile au sein du territoire de santé.

a) Définition et objectifs des PEG

Les Pôles d'Evaluation Gériatrique (référence : circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique) proposent des consultations avec accès à l'hospitalisation de jour, et permettent d'effectuer des bilans approfondis par une équipe pluridisciplinaire formée.

Ils s'adressent aux personnes âgées fragiles dans le domaine de la prévention secondaire en posant un diagnostic précoce évitant toute aggravation de la pathologie et dans celui de la prévention tertiaire en proposant des stratégies de soins évitant toute récurrence.

Ils peuvent également participer à des actions de prévention primaire en direction des personnes vieillissantes en lien avec les organismes spécialisés.

Ils fonctionnent sous forme de consultation avec accès à une hospitalisation de jour si besoin de la personne.

Le médecin généraliste, qui est le premier interlocuteur du patient gériatrique, joue un rôle essentiel dans la détection des troubles de la personne âgée et doit pouvoir être aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique, réalisée par un pôle spécialisé qui communique avec lui.

L'évaluation gériatrique doit se faire en collaboration avec les structures gérontologiques et psychiatriques locales, l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires, les collectivités territoriales, le milieu associatif... Elle constitue, en amont et en aval de l'hôpital, un moyen de prise en charge efficace et efficiente de la personne âgée.

Des rapports formalisés de partenariat et de complémentarité devront être établis entre le PEG et notamment les structures suivantes : CLIC, autres PEG régionaux (voire nationaux), hôpitaux de jour, services hospitaliers et hospitalo-universitaires, services de psychiatrie et de psychogériatrie, réseaux de santé existants.

Le PEG est le centre de référence des consultations gériatriques avancées (CGA) du secteur. Il établit un partenariat avec les consultations mémoire ou gériatriques existantes. Il prévient et évite les hospitalisations itératives des sujets âgés.

En raison de l'absence de prise en charge globale, les hospitalisations des personnes âgées sont parfois fréquentes et injustifiées. En permettant une évaluation gérontologique (appréciant le handicap fonctionnel et appréhendant l'environnement psycho-social du sujet âgé) le PEG doit permettre de limiter les hospitalisations indues.

Le recueil et le traitement des données permettant ensuite une diffusion vers l'ensemble des partenaires contribuera à apporter une aide de qualité aux personnes âgées et optimisera les moyens mis en œuvre en aval.

b) Localisation et quantification des PEG

L'implantation logique de chaque PEG est l'établissement de support de la filière gériatrique, ce qui correspond à *minima* à 2 PEG par territoire de santé.

Cependant, les établissements de santé ayant développé une filière gériatrique peuvent être siège d'un PEG, en lien avec le plateau technique de l'établissement support (comme par exemple le CH de la Fère).

Au sein de l'organisation hospitalière, le PEG peut être une unité fonctionnelle composante d'une structure de gériatrie, de gérontologie clinique ou de psychogériatrie.

Son implantation au sein d'un hôpital général ou du C.H.U. est un atout permettant de réunir et coordonner des compétences et de centraliser les actions, d'utiliser au mieux les professionnels spécialisés en évitant de multiplier les demandes d'examen spécialisés et les transferts de patients.

Dans le cas d'un PEG distant d'un hôpital général il conviendra de développer les outils de la télémédecine.

Compte tenu des modalités de fonctionnement des PEG, de la disponibilité du personnel soignant, on peut considérer que sur un fonctionnement 5/7 jours sur 42 semaines par an, chaque PEG peut traiter environ 1000 patients par an.

c) Le nombre de personnes pouvant bénéficier d'un bilan gériatrique approfondi

Territoires de santé	Nord Ouest	Nord Est	Sud Ouest	Sud Est
Personnes âgées ayant besoin d'un avis gériatrique	5 316 Amiens : 3 716 Abbeville : 1 600	4 262 St Quentin : 2 139 Laon : 2 123	4 200 Beauvais : 1 831 Creil : 2 369	3 666 Compiègne : 1 847 Soissons : 1 819
Perspectives 2010 pour les 75 ans et plus	6 376 Amiens : 4 400 Abbeville : 1 976	5 199 St Quentin : 2 624 Laon : 2 575	5 374 Beauvais : 2 349 Creil : 3 025	4 709 Compiègne : 2 397 Soissons : 2 312
% de patients vus en PEG à court terme	37.6	47	47	55

Avec des possibilités d'accueil de 1 000 patients par an, le nombre de PEG correspondant au nombre des établissements pivots, soit 8, c'est environ 8 000 patients qui pourraient bénéficier de cette évaluation, soit entre 37 et 55 % de la population concernée par un minimum de la population concernée.

20.2.2.3 - Les consultations gériatriques

Les consultations gériatriques avancées seront des antennes du PEG dans les établissements hospitaliers de proximité.

Définition et objectifs

Les consultations gériatriques constituent des consultations externes programmées à la demande du médecin traitant qui permettent à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social.

Elles sont assurées par un médecin gériatre qui peut faire appel à d'autres professionnels (psychologue, paramédicaux, travailleurs sociaux...), et organisées en lien et à proximité de l'hôpital de jour lorsqu'il existe, ou au sein d'un hôpital local (consultations gériatriques avancées) par convention entre établissements de santé.

Le bilan médico-psycho-social permet de :

- repérer les incapacités potentielles à brève échéance (prévention secondaire),
- proposer un ajustement des traitements en cours,
- établir un plan de soin et éventuellement d'aide,
- anticiper les limites du maintien à domicile,
- programmer, si nécessaire, une hospitalisation adaptée ou une consultation au pôle d'évaluation gériatrique.

Localisation et quantification

Chaque territoire de santé dispose au sein des établissements supports de consultations gériatriques (a minima 2 par territoire de santé), ce dispositif étant complété par des consultations gériatriques avancées en nombre suffisant pour permettre une prise en charge harmonieuse sur l'ensemble du territoire.

La consultation gériatrique avancée est située de manière à ce qu'elle soit d'accès facile pour le patient, c'est à dire sous forme d'une consultation externe dans un établissement de proximité. Elle peut bénéficier de moyens de télé-médecine avec le PEG.

Le PEG aidera à la mise en place de CGA en fonction des acteurs locaux et des structures existantes.

Idéalement et pour favoriser un maillage territorial, chaque personne consultante doit pouvoir accéder à une CGA dans le délai d'environ 30 minutes en moyenne.

Il est recommandé que les CGA soient implantées au sein des hôpitaux de proximité car elles constituent un premier niveau de prise en charge gériatrique. Ces CGA, lorsque les établissements concernés ne disposent pas de compétences gériatriques sur place, s'appuient sur des conventions de coopération avec les centres hospitaliers sièges de PEG afin de permettre à des gériatres d'intervenir en appui des médecins généralistes.

Les CGA fonctionnent en lien étroit avec le médecin traitant, le réseau de coordination gériatrique et le CLIC de son secteur d'implantation.

Le CLIC, lieu d'accueil de proximité, d'écoute et de soutien pour les personnes âgées et leur entourage peut orienter vers une CGA.

Le réseau de coordination gériatrique intervient en aval de la CGA car il assure des missions de coordination des différents dispositifs de soins et de maintien à domicile.

La CGA fonctionne également en collaboration avec les consultations mémoire ou d'autres consultations spécialisées selon des possibilités à définir au niveau local.

La CGA collabore en articulation étroite avec le PEG sectoriel.

Elle adresse de façon privilégiée au PEG le consultant nécessitant un bilan plus approfondi. Elle établit avec lui les outils d'évaluation du patient et les plans de formation des personnels. Elle définit des plans de concertation et d'échange.

20.2.2.4. – Les consultations mémoire

Les consultations mémoire (circulaires n°2002-222 du 16 avril 2002 et n°2005-172 du 30 mars 2005 complémentaire à la précédente) permettent le dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, en s'appuyant sur les compétences des médecins gériatres, neurologues et psychiatres, en liaison avec les médecins traitants.

Les consultations mémoire font l'objet d'une procédure de labellisation régionale et doivent répondre à un cahier des charges (annexe à la circulaire précitée).

Pour la Picardie, la labellisation s'effectue après avis du Réseau Régional Mémoire de Picardie.

Chaque territoire dispose de consultations mémoire adossées à une filière gériatrique et à un service de neurologie (à raison de 1 à 2 par territoire de santé).

Des consultations mémoires avancées peuvent être organisées au sein des établissements de santé de proximité et des hôpitaux locaux par voie de convention inter-établissements.

Au 1^{er} juillet 2008, les consultations mémoires labellisées mises en œuvre s'établissent comme suit :

- CH de St QUENTIN, avec antenne à Laon et consultations avancées à Ham, Péronne et Bohain depuis septembre 2008) ;
- CH de BEAUVAIS, avec consultation avancée à Chaumont en Vexin ;
- CH de COMPIEGNE ;
- en coopération CH de SENLIS, CREIL et CLERMONT ;
- CH de SOISSONS, avec antenne à Villers St Denis.

20.2.2.5 – Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR)

a) Définition et objectifs

Les Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR), prévus par les circulaires n°2002-222 du 16 avril 2002 et n°2005-172 du 30 mars 2005, sont chargés de coordonner la recherche clinique, l'innovation en matière de prise en charge et la formation de tous les professionnels.

Les CMRR travaillent en collaboration avec les unités de l'INSERM, du CNRS et des Universités, ainsi qu'avec le réseau européen de recherche sur la maladie d'Alzheimer.

Les CMRR assurent également les missions de la consultation mémoire sur son territoire de proximité.

b) Implantation

Les ressources mobilisées et le niveau d'expertise conduisent à privilégier l'implantation sur un site hospitalo-universitaire.

Pour la Picardie, le CMRR est implanté au CHU d'AMIENS.

20.2.2.6 - Les équipes mobiles gériatriques (EMG)

L'équipe mobile de gériatrie (référence : circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 et n°2007-117 du 28 mars 2007) permet d'émettre un avis gériatrique et d'établir un projet de soins et de vie adaptés aux besoins de la personne âgée.

Adossée à une activité gériatrique structurée, l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie s'opère :

- en intra-hospitalier : services de l'hôpital, urgences (pré-admission gériatrique)
- en extra-hospitalier : hôpitaux locaux (consultations avancées, transferts notamment), EHPAD ou domicile sous certaines conditions

L'EMG établit des partenariats avec la psychiatrie (prises en charges communes avec la psychiatrie de liaison et les secteurs), les soins palliatifs (liens avec l'équipe mobile de soins palliatifs), l'oncologie (avis à la demande, participation aux RCP).

L'EMG participe également à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques auprès des acteurs concernés.



Implantation des EMG

Les EMG sont installées dans les établissements supports, sièges d'un court séjour gériatrique et d'un service d'urgences.

A minima, chaque territoire dispose de 2 EMG.

Les équipes mobiles gériatriques intra et extra hospitalières mettront leurs compétences au service des personnes âgées hospitalisées ou relevant de structures médico sociales.

a) L'EMG intra hospitalière

Sur appel du médecin référent, l'équipe mobile gériatrique intra hospitalière dispense un avis gériatrique au lit du patient hospitalisé.

Sa présence au sein d'un établissement de santé permet aux services hospitaliers de bénéficier d'un avis ou d'une évaluation gériatrique pour toute personne âgée au « profil gériatrique ».

Il est souhaitable qu'une équipe mobile gériatrique soit développée au minimum dans l'établissement pivot de secteur où dans la structure hospitalière ayant développé une filière gériatrique reconnue dans le secteur.

Toutefois, elle ne peut être mise en place que s'il existe un service de court séjour gériatrique de rattachement, centre d'organisation et de mutualisation des moyens.

L'équipe mobile peut toutefois être rattachée à un autre service de la filière gériatrique (soins de suite...)

b) L'EMG extra hospitalière

L'expérience démontre que l'intervention d'une EMG au sein des établissements d'hébergement, à la demande de ceux ci, pour des résidents en situation de crise, (semi urgence) peut être très utile au même titre que celle de l'équipe psychiatrique de secteur ou de l'équipe mobile de soins palliatifs.

Il peut donc être envisagé la création sur un territoire de santé, d'une EMG extra hospitalière rattachée au réseau gériatrique. Celle ci est composée de personnels hospitaliers et d'intervenants libéraux et peut intervenir auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées où le GIR moyen pondéré est très élevé et où elle peut jouer un rôle de conseil auprès du personnel confronté à des situations de crise.

A la demande du médecin traitant, elle peut également intervenir au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un service de soins infirmiers à domicile.

L'intervention de l'équipe peut permettre ainsi d'éviter une hospitalisation, d'apporter un avis spécialisé pour l'orientation future du patient vers une structure adaptée à son état (sanitaire ou médico sociale).



L'équipe travaille au sein d'un réseau, en partenariat avec le pôle d'évaluation gériatrique, les consultations d'évaluation, des praticiens libéraux, dans le but d'éviter des hospitalisations ou des réhospitalisations.

20.2.2.7 - Les unités de court séjour gériatrique (CSG)

a) Définition et objectifs

L'unité de court séjour gériatrique (référence : circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 et n°2007-117 du 28 mars 2007) prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques généralement âgés de 75 ans et plus, polyopathologiques chroniques à haut risque de dépendance, suite à aggravation d'une ou plusieurs pathologies dont ils sont atteints ou de la survenue d'une affection aiguë.

Le CSG permet l'hospitalisation directe (après entretien entre le médecin traitant et le gériatre référent) ou après passage aux urgences, l'investigation, la stabilisation d'un traitement ainsi que l'orientation adéquate du patient à la fin de la période d'hospitalisation.

L'objectif est de favoriser les admissions directes des personnes âgées en service de court séjour gériatrique, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par la structure des urgences polyvalentes.

Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de médecine gériatrique.

Dans cette optique, le CSG doit travailler en étroite collaboration avec la médecine de ville.

Les médecins traitants et les médecins coordonnateurs d'EHPAD pourront négocier l'admission directe de leurs patients résidant à domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) en évitant des passages indus aux urgences.

Dans l'immédiat, le partenariat entre les CSG et les EHPAD sera renforcé, sur la base de conventions de coopération afin de faciliter la continuité de la prise en charge.

Le court séjour gériatrique s'intègre :

- dans une filière intra hospitalière, travaillant en complémentarité étroite avec les autres services et notamment avec le service des urgences et le pôle d'évaluation gériatrique,
- dans un réseau de coordination gériatrique comprenant sur la zone d'attractivité de l'établissement de santé, l'ensemble des services, institutions, professionnels de santé concourant au maintien au domicile et au bien être des personnes âgées.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD est un maillon important de cette coopération.

Un bilan social étant réalisé à l'entrée du patient, les sorties sont organisées dès la stabilisation de son état,

soit vers le domicile (avec prise en charge éventuelle en hôpital de jour, par le secteur psychiatrique...) soit vers les services ou institutions (soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, EHPAD).

Les sorties doivent satisfaire à un protocole élaboré en concertation avec les partenaires intéressés (médecin traitant, SSIAD, services de maintien à domicile, travailleur social de secteur, sectorisation psychiatrique, service de soins de suite et de réadaptation...)

b) Localisation et quantification

L'Unité de Court Séjour Gériatrique (UCG) doit disposer d'une capacité d'accueil minimale de 20 lits pour assurer son efficience médico-économique.

L'UCG doit offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 1 lit pour 1000 (Plan Solidarité Grand Age).

L'implantation est possible dans les établissements disposant d'une structure de médecine d'urgence en propre (établissements supports) ou par voie de convention, l'accès au plateau technique étant privilégié.

Chaque territoire de santé dispose *a minima* de deux unités de court séjour gériatrique.

La création d'un service de court séjour gériatrique est préconisée dans les établissements disposant d'une structure de médecine d'urgence de niveau recours ou référence ou ayant développé une filière gériatrique (comme le CH de La Fère).

La nécessité d'un plateau technique minimum dont la qualité technique l'emporte sur la notion de proximité est indispensable.

Selon les études menées dans les Régions Languedoc Roussillon et Bretagne, reprises au niveau national, entre 0.1% et 0.7% de la population âgée de 75 ans et plus, aurait besoin du recours au CSG, sachant que 7 personnes sur 1000 de cette tranche d'âge nécessitent un avis gériatrique qui peut aussi être apporté par une équipe mobile gériatrique.

Territoires	Nord Ouest	Nord Est	Sud ouest	Sud Est
EFFECTIF DE 75 ANS ET +	37207 Amiens : 26 012 Abbeville 11 195	29 837 St Quentin : 14 973 Laon : 14 864	29 397 Beauvais : 12 817 Creil : 16 580	25 663 Compiègne : 12 930 Soissons : 12 733
Prospective de 1999 à 2030 (x 1.9)	70 693 Amiens : 49 422 Abbeville : 21 271	56 690 St Quentin : 28 448 Laon : 28 242	55 854 Beauvais : 24 352 Creil : 31 502	48 760 Compiègne : 24 567 Soissons : 24 193
Personnes âgées de 75 ans et + hospitalisées hors USLD	855 Amiens : 598 Abbeville : 257	686 St Quentin : 344 Laon : 342	676 Beauvais : 294 Creil : 382	590 Compiègne : 297 Soissons : 293
Personnes âgées fragiles de 75 ans et	581 Amiens : 406	466 St Quentin : 234	459 Beauvais : 200	401 Compiègne : 202

105-

106-

+ hospitalisées	Abbeville : 175	Laon : 232	Creil : 259	Soissons : 199
-----------------	-----------------	------------	-------------	----------------

20.2.2.8 – L'Hôpital de jour gériatrique

a) Définition et objectifs

L'hospitalisation de jour constitue l'offre de soins privilégiant réellement une prise en charge de proximité et favorisant le maintien sur le lieu de vie habituel (domicile ou EHPAD).

L'hôpital de jour permet de réaliser, en complément de l'évaluation gériatrique, une prise en charge de courte durée en cas de situation complexe, l'adressage se faisant par le médecin traitant ou un service hospitalier.

L'hôpital de jour gériatrique intervient plus particulièrement :

- dans le suivi des patients à risques médicaux, psychologiques et sociaux
- pour le traitement en période de crise du maintien à domicile et en aval dans l'accompagnement du patient et de son entourage
- la réorientation ou réinsertion à domicile

L'hôpital de jour gériatrique est à différencier de l'accueil de jour proposé par le secteur social ou médico-social (EHPAD) dans le cadre du soutien des aidants familiaux.

b) Implantation

Il est recommandé que les unités d'hospitalisation de jour gériatrique puissent proposer une capacité d'accueil de 5 à 7 places minimum, l'offre de soins à mettre en œuvre étant d'une place pour 2000 habitants âgés de 75 ans et plus (référence Plan Solidarité Grand Age, circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques).

Chaque territoire de santé dispose au sein des établissements supports de la filière gériatrique (sièges d'un court séjour gériatrique) d'une hospitalisation de jour gériatrique (soit *a minima* 2 par territoire de santé).

20.2.2.9 - Les structures alternatives à l'hospitalisation complète

Les structures alternatives à l'hospitalisation complète offrent des modes de prise en charge privilégiés pour les personnes âgées.

a) Définition et objectifs

L'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile répondent incontestablement au souhait d'un nombre grandissant de personnes malades, de surcroît lorsqu'elles sont âgées et atteintes de pathologies chroniques.

L'hospitalisation à domicile (HAD) quant à elle, est particulièrement adaptée à la prise en charge de maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phases de rémission comme les cancers ou les pathologies neurologiques, orthopédiques, cardiologiques ou des poly pathologies.

Les patients gériatriques concernés sont ceux qui ont besoin de soins complexes coordonnés.

b) Localisation et quantification

Les structures développant ce type d'activité sont encore trop peu présentes sur la région et doivent donc être développées sur chaque territoire de santé et territoire de proximité.

Les services d'hospitalisation complète doivent offrir dans leur palette de prises en charge, des places d'hospitalisation de jour prioritairement pour des personnes âgées pour lesquelles tout séjour hospitalier est traumatisant.

Les unités de court séjour gériatrique ainsi que les services de soins de suite doivent disposer de quelques places d'hospitalisation de jour (le cas échéant mutualisées) pour l'approfondissement d'examen et de diagnostics, la prise en charge thérapeutique et la surveillance de traitements médicamenteux. Ils peuvent constituer un recours intéressant en cas de situations complexes dépassant les possibilités d'une simple consultation.

L'objectif vers lequel tendre est de source nationale, de 0.2 place dans un premier temps puis à terme de 0.4 place pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Estimation indicative des besoins en Picardie

Territoires de santé	Nord Ouest	Nord Est	Sud ouest	Sud Est
EFFECTIF DE 75 ANS ET +	37207 Amiens : 26 012 Abbeville 11 195	29 837 St Quentin : 14 973 Laon : 14 864	29 397 Beauvais : 12 817 Creil : 16 580	25 663 Compiègne : 12 930 Soissons : 12 733
Fourchette de besoins à court et long terme en H de Jour gériatrique	8 à 15 places Amiens : 5 à 10 Abbeville : 3 à 5	6 à 12 places St Quentin : 3 à 6 Laon : 3 à 6	5 à 11 places Beauvais : 2 à 5 Creil : 3 à 6	5 à 10 places Compiègne : 3 à 5 Soissons : 2 à 5

67-

108

--	--	--	--	--

20.2.2.10 - Les soins de suite et de réadaptation (SSR) à orientation gériatrique

a) Définition et objectifs

Les soins de suite et de réadaptation (référence : circulaires n°2002-157 du 18 mars 2002, n°2007-117 du 28 mars 2007, décrets n°2008-376 et 377 du 17 avril 2008) ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales de déficiences et des limitations de capacité des patients, ainsi que de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les établissements de soins assurant la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance doit répondre aux conditions particulières énoncées au décret n°2008-378 du 17 avril 2008, notamment assurer une prise en charge dans au moins trois des pratiques thérapeutiques suivantes : masso-kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, diététique, orthophonie, neuropsychologie.

Actuellement les patients sont pour l'essentiel accueillis au sein de service SSR Polyvalents, mais aussi au sein de services SSR à « orientation gériatrique ».

La prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance pourra se faire sous la forme d'une spécialisation des lits existants ou redéploiement des lits MCO existants (recommandation inscrite au Rapport LARCHER du 10 avril 2008).

Les soins de suite et de réadaptation s'intègrent pleinement dans la filière gériatrique puisqu'ils sont destinés à assurer dans une approche globale du patient âgé, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation, en vue du retour à une existence autonome.

L'admission dans ces SSR peut être directe, sans passage systématique par un service de court séjour, sous réserve qu'une évaluation gériatrique, justifiant l'orientation vers un service de soins de suite et de réadaptation ait été préalablement réalisée. Le service travaille donc en partenariat très étroit avec les autres acteurs de la filière gériatrique.

L'intégration formalisée et progressive de l'unité dans un réseau gériatrique de proximité orienté vers les professionnels libéraux, les services à domicile et les EHPAD doit être entreprise.

L'efficacité des soins de suite et de réadaptation de la personne âgée conduisant à un retour à domicile optimal, est tributaire d'une bonne organisation de la filière gériatrique.

Il n'est plus question d'envisager le retour au domicile sans s'être préoccupé des bonnes conditions de ce retour.



Si la solution du placement en EHPAD est préconisée, les SSR doivent pouvoir offrir en lien avec le réseau de coordination gériatrique des propositions de solutions à la personne ou à son entourage.

b) Localisation et quantification

L'accueil des patients doit s'effectuer dans des unités de 20 à 30 lits regroupés, pour une offre de soins équivalente à 3 lits pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus (Plan Solidarité Grand Age).

La notion de proximité des soins est à privilégier pour les implantations retenues.

Les besoins estimés à partir des projections démographiques pour chaque territoire de santé s'établissent à 2010 comme suit :

Territoire de santé	Nord-Est	Nord-Ouest	Sud-Est	Sud-Ouest
Lits SSR gériatriques	123	152	113	125

Les unités de SSR gériatriques doivent également comporter autant que de besoins des lits identifiés de soins palliatifs, une réelle articulation entre les réseaux de santé « Personnes Agées », de soins palliatifs et le cas échéant de cancérologie restant indispensable.

Une unité identifiée « cognitivo-comportementale » destinée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées sera à créer lorsque nécessaire au sein de la RRF gériatrique (Plan Alzheimer 2008-2012).

Les soins de suite à vocation gériatrique sont des services de soins fonctionnant en liens étroits avec le secteur médico social.

La notion de proximité des soins de suite est très importante. Les services de soins de suite et de réadaptation gériatriques doivent être développés sur l'ensemble de la région à un bon niveau de proximité.

20.2.2.11 – Le rôle des établissements et services de santé mentale

Les établissements et services de santé mentale devraient être dotés d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée.

Avec le vieillissement de la population, toutes les prévisions s'accordent sur l'augmentation prévisible de la prévalence des états démentiels (Alzheimer et autres démences) dans la population.

Les démences cependant ne résument pas toutes les pathologies mentales des personnes âgées, celles



des malades mentaux âgés, ni celle des troubles mentaux et de la souffrance psychique liée au vieillissement, à la co-morbidité handicap-santé mentale, à l'association poly pathologique due à l'âge, le tout survenant dans un contexte de désavantage physique, sensoriel, fonctionnel et souvent financier, familial et social.

Les trajectoires de soins des personnes âgées souffrant de problèmes psychiatriques doivent s'inscrire dans une filière de soins géronto-psychiatrique, pluri disciplinaire, offrant un panel de ressources adaptées aux besoins de ces personnes, à domicile ou en institution.

Les unités de soins en géronto psychiatrie doivent être des lieux de soins actifs et spécifiques permettant d'accueillir pour une durée temporaire des patients à profil gériatrique atteints de troubles mentaux.

La continuité des soins entre référent psychiatrique et référent somaticien doit être assurée et formalisée sous forme de conventions entre les établissements de rattachement.

Chaque projet d'établissement de santé mentale doit prévoir un volet obligatoirement consacré aux personnes âgées et à la psycho-gériatrie.

La psychiatrie doit constituer une composante des équipes d'évaluation médico-psycho sociale.

20.2.2.12 - La prise en charge de la démence de type ALZHEIMER au stade sévère

a) Définition et objectifs

L'enquête PAQUID (INSERM U593 Université Bordeaux 2) évalue la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés à 17,8% chez les personnes de 75 ans et plus.

Cette prévalence augmente avec l'âge et double environ tous les 5 ans.

Il faut donc s'attendre à ce que le nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées croisse fortement dans les années à venir, et faire face aux difficultés particulières posées par la perte d'autonomie et les pathologies associées, qui retentissent lourdement sur l'entourage (60% des personnes présentant une démence sévère vivent à domicile et 40% en EHPAD).

La filière gériatrique doit organiser l'accompagnement et les soins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (circulaire n°2007-117 du 28 mars 2007).

Les structures hospitalières constituent un des acteurs pivot de la prise en charge au sein de la filière gériatrique, de part leur implication en amont, en aval ou pendant le suivi du patient (à domicile, en structure médico-sociale (SSIAD, EHPAD) ou HAD).

b) Implantation

Chaque territoire de santé doit disposer de 2 équipes mobiles de gériatrie, capables d'intervenir tant en milieu hospitalier (en intra, en extra) qu'au domicile ou en EHPAD si besoin est.

Chaque territoire de santé doit offrir le bénéfice de consultations gériatriques et de consultations mémoire pour leur ressortissants territoriaux (a minima 2 par territoire).

Les structures hospitalières participeront aux actions relevant des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), notamment en matière de coordination, de diagnostic (bilan Alzheimer), dispositif d'annonce (référence Plan Alzheimer 2008-2012).

Le dispositif sanitaire s'articule notamment avec celui du champ médico-social dans la recherche de la solution appropriée selon l'état de santé du patient :

- l'accueil de jour en EHPAD
- l'accueil de nuit en EHPAD
- l'accueil de répit pour les aidants
- l'hébergement temporaire en EHPAD
- l'hébergement complet en unité Alzheimer en EHPAD

La coordination avec le médecin traitant est également un point fort à consolider.

Les réseaux de santé comme « ALOÏSE » existant pour le territoire Sud-Ouest concourent au maintien au domicile des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées.

20.2.2.13 – Les unités de soins de longue durée (USLD)

20.2.2.13.1 – Contexte réglementaire

Article 46 de la Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006

Cet article prévoit :

- la redéfinition des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) afin de permettre aux personnes âgées de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins, soit dans le secteur sanitaire, soit dans le secteur médico-social ;
- la réalisation de coupes transversales à visée statistique par les médecins des établissements sites d'USLD, conventionnés ou non, ayant un statut juridique sanitaire, en fonction d'un

- référentiel fixé par arrêté ministériel ;
- la réintégration des USLD dans l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) ;
- la répartition des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire (USLD) et le secteur médico-social (USLD redéfinie ou EHPAD).

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

Il définit ainsi les USLD :

- « les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptibles d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum ».

Circulaire n° 193 du 10 mai 2007

Elle inscrit la réforme des USLD dans la révision du volet « Personnes âgées » du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS III), en terme d'implantations et d'objectifs quantifiés exprimés en journées.

Elle précise l'évaluation territoriale et régionale des besoins

- sur la base des résultats de la coupe transversale PATHOS réalisée en 2006 ;
- en tenant compte de l'évolution démographique attendue, de l'estimation du nombre de personnes âgées prises en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), de l'identification de groupes de patients particuliers (âge, symptomatologie, pathologie) pouvant bénéficier de prises en charge spécifiques dans certaines USLD,

Elle prévoit une partition pluriannuelle et concertée :

- des capacités sur la base d'un socle sanitaire minimum constituant les USLD redéfinies de taille critique suffisante et économiquement viables ;
- des crédits répartis en fonction du GIR moyen pondéré soins (GMPS).

20.2.2.13.2 - Méthodologie

Type d'enquête

Il s'agit d'une étude descriptive qui évalue, au moyen d'une coupe transversale sur site, l'état de santé global de toutes les personnes présentes, un jour donné, dans les unités de soins de longue durée (USLD) des quatre territoires de santé de la région Picardie.

Référentiel

Le référentiel destiné à la réalisation de l'enquête est défini par l'arrêté du 12 mai 2006

Il prend en compte les données issues de l'outil Pathos et comporte quatre rubriques :

- 1 Des données d'identification des unités de soins existantes
- 2 Des pré requis concernant la continuité des soins et de la surveillance
- 3 Des indicateurs de profil des soins requis issus du logiciel Pathos
- 4 Un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation.

Le logiciel GALAAD

Les pathologies et les besoins d'aides et de soins de chaque personne présente au moment de l'étude sont évalués par deux types de modèles :

- 1 le modèle AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources) permet d'évaluer les besoins en soins de base (aide aux actes essentiels de la vie et soins d'hygiène) liés à la perte d'autonomie corporelle et mentale,
- 2 le modèle PATHOS permet d'évaluer les niveaux de soins médicaux et techniques liés à la poly pathologie.

Le modèle PATHOS

A partir des situations cliniques observées, ce modèle évalue les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

Ce modèle comporte :

- 1 un thésaurus de 49 états pathologiques plus un 50^{ème} dénommé « aucune pathologie pertinente à retenir »,
- 2 12 profils de stratégie thérapeutique ou profils de soins indiquant la gravité de l'état pathologique.

Profil T1	Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne Pronostic vital en jeu dans l'immédiat
Profil T2	Equilibration et surveillance rapprochée Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24h sur 24
Profil P1	Soins de prise en charge psychiatrique de crise
Profil P2	Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique
Profil R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
Profil R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, le plus souvent collective, ou allégée chez un

M3

M4

	patient ne pouvant supporter une rééducation intensive
Profil CH	Plaies, soins locaux complexes et long (opérés récents, plaies importantes, dermatose) mobilisant l'infirmière au moins 30 mn tous les deux jours
Profil DG	Investigations pour un état non diagnostiqué
Profil M1	Soins palliatifs lourds psychothérapeutiques et ou techniques
Profil M2	Soins palliatifs d'accompagnement d'affections terminales conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
Profil S1	Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
Profil S0	Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace)

A chaque état pathologique ne correspond qu'un nombre limité de profils : 250 couples « état pathologique-profil » décrivent l'ensemble des situations rencontrées en gériatrie.

Un algorithme mesure pour chaque couple « état pathologique-profil » les niveaux de soins nécessaires à sa prise en charge dans huit postes de ressources qui représentent les huit acteurs des soins : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie.

Ces huit indicateurs, calculés pour une population sur la base de niveaux moyens de soins nécessaires par personne sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de ressources, rapportés à une valeur maximale de 100.

Après analyse des associations de pathologies présentées, l'algorithme réalise une sommation pondérée des moyens requis dans les huit postes de soins.

Deux autres indicateurs synthétiques sont utilisés dans cette enquête transversale :

- les « Soins Médicaux et Techniques Importants » (SMTI) :
un patient est SMTI quand il présente un ou plusieurs couples « état pathologique-profil » imposant une permanence infirmière 24 heures sur 24 et une surveillance médicale rapprochée pluri hebdomadaire ;
- le PATHOS Moyen Pondéré (PMP) :
le PMP est un indicateur global de charge en soins médicaux et techniques pour la prise en charge des poly pathologies dans une population donnée.

Les populations « SMTI » et « non SMTI » peuvent être subdivisées en « groupes de patients proches » (GPP) rassemblant des personnes ayant des besoins qualitativement et quantitativement comparables :

SMTI	Non SMTI
GPP1 Pronostic vital en jeu au quotidien	GPP6 Déments susceptibles d'être perturbateurs
GPP2 Prise en charge psychiatrique de crise	GPP7 Mourants non lucides
GPP3 Rééducation intensive	GPP8 Pathologies chroniques stabilisées
GPP4 Soins palliatifs	GPP9 Autres situations non SMTI

MS-

20.2.2.13.3 – Résultats de l'évaluation des besoins

Il est rappelé que la réforme des USLD est engagée depuis 2007 et étalée sur 3 ans : 2008 à 2010.

2868 personnes étaient présents au jour de la coupe.

Les coupes réalisées à l'été 2006 ont chiffré à 1392 lits le nombre de lits « pathosifiés » en Picardie, dont :

- 525 pour le territoire Sud-ouest (yc Liancourt APHP 89 lits),
- 415 pour le Nord-ouest,
- 241 pour le Nord-est,
- 211 pour le Sud-est.

Chaque établissement de santé a été destinataire des résultats de sa coupe PATHOS.

20.2.2.13.4 – La mise en œuvre de la réforme des USLD

Un minimum de 30 lits par unité autorisée est retenu comme le seuil d'efficience pour une USLD.

Ce seuil s'entend comme un référentiel d'organisation. Au-delà de 30 lits, il convient de raisonner par multiple de 15 ou 30 lits.

L'idéal est d'organiser les multiples de 30 lits sur un même niveau, de manière à optimiser la prise en charge des personnes soignées et les personnels affectés à la continuité des soins.

Les établissements disposant d'USLD requalifiables ont été invités à faire délibérer leurs instances sur leur engagement dans la réforme des USLD.

Cette réforme, qui doit se mettre en place de manière neutre au plan tarifaire comme pour les personnes hébergées, est mise en œuvre en 3 tranches :

- une première en 2008 pour laquelle les établissements devaient s'engager en 2007,
- une seconde en 2009 pour laquelle les établissements se sont engagés en 2008,
- une dernière pour laquelle ils devront s'engager en 2009 pour mise en œuvre en 2010.

La 1^{ère} tranche a concerné les 12 établissements suivants, représentant 735 lits requalifiés :

- Territoire Nord-ouest : CH de Doullens (35 lits), CH de Roye (35 lits), HL de Saint Valéry (68 lits) ;
- Territoire Nord-est : CH de Chauny (44 lits), CH de Laon (41 lits) ;

MG-

- Territoire Sud-ouest : CH de Beauvais (100 lits), CH de Clermont (88 lits), CH de Chaumont en Vexin (80 lits), CH de Senlis (73 lits), Fondation Condé (51 lits) ;
- Territoire Sud-est : CH de Compiègne (73 lits), CH de Noyon (47 lits).

Ces établissements sont entrés dans la réforme à compter du 1^{er} janvier 2008 sur la base des arrêtés de partition signés conjointement par le préfet de département concerné et le directeur de l'ARH en date du 13 décembre 2007.

A *contrario*, ces 12 établissements ont vu 415 de leurs lits requalifiés en EHPAD, soit 36 % des capacités antérieurement en USLD.

L'accompagnement financier de la réforme s'élevé pour les 12 établissements susvisés à 4,4 M€ en crédits DAF reductibles dès 2008. Cet abondement supplémentaire doit leur permettre de renforcer la médicalisation et la paramédicalisation des USLD requalifiées pour prendre en charge les personnes SMTI-requérantes.

La seconde tranche validée par la DHOS en 2008 concerne les établissements suivants :

- Territoire de santé Nord-ouest : CHU d'Amiens (190 lits), CH de Montdidier (30 lits), CH de Corbie (30 lits), CH de Ham (30 lits) ;
- Nord-est : MS. Bohain (30 lits) ;
- Sud-est : HL de Crépy en Valois (30 lits) ;
- Sud-ouest : HL de Grandvilliers (31 lits).

La troisième tranche n'est pas déterminée à ce jour.

20.2.2.13.5 – La planification des besoins en USLD à moyen terme

L'exercice de planification que constitue le SROS se distingue de la requalification susvisée issue de la réforme des USLD. Elle repose toutefois sur la même approche organisationnelle d'unités de 30 lits et plus.

La planification régionale intègre les besoins liés au vieillissement de la population depuis la coupe PATHOS 2006, et vise à répondre non seulement aux inadéquations de prise en charge constatées en USLD (champ de la réforme), mais aussi à celles pouvant être constatées en EHPAD (plusieurs établissements ont procédé à une évaluation des besoins en EHPAD sur la base de la méthodologie PATHOS)..

De cette façon, il est proposé de retenir le principe, dans la présente révision du SROS 3, d'un indice bas correspondant aux capacités requalifiées en USLD à l'issue de la 3^{ème} tranche de la réforme des USLD, et d'un indice haut de 10 lits d'USLD pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

47-

PICARDIE - Besoin en lits USLD par territoire

Territoire	10 lits/1000	Pathos 2006	Ecart/Pathos	10 lits/1000	Pathos 2006	Ecart
NE	215	241	26	368	241	127
NO	267	415	148	245	415	170
SE	196	211	15	326	211	115
SO*	224	525	301	373	525	152

Région	10 lits/1000	Pathos 2006	Ecart/Pathos	10 lits/1000	Pathos 2006	Ecart
	301	1352	1051	1562	1352	210

* SO incluant Villemin Paul Doumer AHP

Compte tenu des données du tableau ci-dessus, le principe décrit précédemment est adapté comme suit :

- pour les territoires Nord-ouest, Nord-est et Sud-est, la fourchette basse de l'objectif quantifié de l'offre de soins en volume est calculée selon les données de la coupe PATHOS 2006 et la fourchette haute sur la base de l'indice de 10 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus ;

- pour le territoire Sud-ouest la fourchette basse est celle de l'indice de 10 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus, et la fourchette haute celle résultant des données de la coupe PATHOS 2006 incluant les capacités de l'AP-HP à Liancourt.

20.2.2.14 - LES BESOINS EN GERONTOPSYCHIATRIE

a) Définition et objectifs

La circulaire 2007-176 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées énonce les orientations relatives à la prise en charge des sujets âgés souffrant de troubles psychiques.

MB

La gérontopsychiatrie pourrait être définie comme étant la prise en charge des troubles psychiatriques des sujets âgés ou de patients chez lesquels survient une pathologie psychiatrique après 65 ans.

Cette prise en charge est à distinguer de la prise en charge de personnes âgées démentes présentant des troubles du comportement, associés ou non à des comorbidités psychiatriques qui relèvent du dispositif gériatrique.

Les modes de prise en charge et les traitements spécifiques destinés aux patients psychiatriques âgés font l'objet du volet révisé « Psychiatrie » du SROS 3.

b) Implantation

L'offre de soins doit proposer l'hospitalisation complète, et des dispositifs d'alternative à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, CMP, CATTP).

Actuellement, il existe des unités de psychogériatrie pour 3 des territoires de santé :

- EPSM Prémontré (Nord-Est et Sud-Est) ;
- CH gérontologique de La Fère (Nord-Est) ;
- CHI de Clermont (Sud-Ouest et secteurs de Compiègne et de Noyon) ;
- CH Philippe Pinel à Amiens (Nord-Ouest).

L'ensemble des quatre territoires de santé doit pouvoir disposer de l'offre de soins adéquate à la prise en charge des personnes âgées.

Des petites unités de gérontopsychiatrie peuvent être constituées au sein des établissements psychiatriques destinées à prendre en charge en milieu spécialisé et pour des durées courtes les personnes présentant une symptomatologie trop importante pour un accueil en ambulatoire.

Des équipes mobiles de psychiatrie sont à mettre en œuvre (il n'en existe pas de constituées à l'heure actuelle).

L'hospitalisation de jour, inexistante actuellement, est à organiser notamment pour des prises en charge conjointes avec les services de gériatrie et les bilans.

Données par territoire de santé pour l'orientation théorique en gérontopsychiatrie :

467 personnes relèveraient d'une orientation en gérontopsychiatrie.

La répartition des patients selon l'orientation théorique en gérontopsychiatrie (SMTI à dominante psychiatrique et patients présentant deux affections psychiatriques P2 dans les GPP 6 et 9) figure dans

les tableaux suivants.

Territoire Nord Ouest			
USLD	SMTI	Non SMTI	Total
Abbeville	0	0	0
Albert	3	3	6
Amiens	27	17	44
Corbie	4	1	5
Doullens	6	2	8
Montdidier	2	0	2
Roye	12	1	13
Rue	3	3	6
Saint Valéry	7	2	9
total	64	29	93

Territoire Nord Est			
USLD	SMTI	Non SMTI	Total
Bohain	1	9	10
Chauny	2	10	12
Guise	1	0	1
La Fère	0	0	0
Laon	12	3	15
Le Nouvion	2	0	2
Saint Quentin	5	32	37
Ham	6	0	6
Péronne	1	1	2
Total	30	55	85

Territoire Sud Ouest			
USLD	SMTI	Non SMTI	Total
Beauvais	33	5	38
Conde chantilly	7	0	7
Chaumont	15	0	15
Clermont	53	0	53
Crevecoeur	3	2	5
Grandvilliers	9	1	10
Liancourt	43	1	44
Nanteuil le Haudoin	0	1	1
Pont Ste Maxence	2	1	3
Senlis	7	5	12
Total	72	16	188

Territoire Sud Est			
USLD	SMTI	Non SMTI	Total
Soissons	10	34	44
Chateau thierry	4	0	4
Compiègne	28	0	28
Crepy en Valois	7	4	11
Noyon	13	1	14
Total	62	39	101

20.2.2.15 – Les réseaux de santé et réseaux gérontologiques

20.2.2.15.1 - Les Réseaux de Santé Personnes Agées

a) Définition et Objectifs

Les réseaux de santé « Personnes Agées » tels que définis par la circulaire n°2007-197 du 15 mai 2007 relative aux réseaux de santé « P.A. » et au référentiel national de mise en œuvre, s'adressent prioritairement à des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à domicile.

Les réseaux de santé « P.A. » permettent aux personnes concernées de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux, la prise en charge au domicile restant privilégiée.

Les réseaux favorisent la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.

Les réseaux de santé personnes âgées ont pour objectifs :

- le repérage des personnes en situation de rupture socio-sanitaire
- d'établir un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire (diagnostic, proposition de plan d'intervention, soutien aux aidants et intervenants professionnels)
- la mise en œuvre d'actions d'information et d'éducation de la santé
- la définition et la gestion de l'organisation des relations avec les financeurs intervenants dans la prise en charge, pour éviter toute rupture dans cette prise en charge

b) Implantation

L'aire géographique du réseau, établie en association avec le Conseil Général concerné, tient compte des ressources et compétences médico-sociales disponibles ainsi que de l'organisation territoriale de la filière gériatrique.

Le réseau gériatrique devrait assurer le suivi d'un minimum de 200 patients par an.

Les réseaux de santé personnes âgées doivent rechercher une articulation avec les autres réseaux de santé du territoire (soins palliatifs, douleur, cancérologie.....), une mutualisation des fonctions support étant souhaitée.

Les réseaux de santé personnes âgées sont complémentaires des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).

L'information et la coordination sont organisées comme suit :

- département de l'Aisne : 9 CLICS, répartis sur l'ensemble du territoire départemental

- département de l'Oise : 4 CLICS en 2006, faisant place progressivement à des « relais autonomie », lieux d'accueil, d'information et d'orientation dédiés aux personnes en pertes d'autonomie (personnes âgées et handicapées) pour des réponses convergentes à ces publics. Deux relais ont été ouverts en 2007, deux le seront en 2008, et trois en 2009

- département de la Somme : 4 Coordinations Territoriales

Ils sont également complémentaires aux réseaux de santé gérontologiques (cf point 4.2).

Pour la Picardie, il est souhaité que chaque territoire constitue un réseau de santé personnes âgées par filière gériatrique.

20.2.2.15.2 – Les réseaux gérontologiques

a) Définition et Objectifs

En référence à la circulaire n° 2004-452 du 16 septembre 2004, les réseaux de santé répondent aux besoins spécifiques de la population, ou à des pathologies particulières ou encore à certaines activités du champ sanitaire.

Les réseaux de santé gérontologiques concernent les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Les réseaux de santé gérontologiques offrent une expertise médicale facilement mobilisable permettant aux personnes âgées polypathologiques de bénéficier d'une prise en charge globale et continue.

124

109

Le réseau doit également assurer la continuité des soins sans rupture pendant toute la trajectoire du patient, de l'amont jusqu'à l'aval (consultation chez le généraliste et spécialiste, hospitalisations en court séjour ou soins de suite et, le cas échéant, en unités de soins psychiatriques, retour à domicile avec soins ambulatoires...).

Le plus souvent sollicité par le médecin généraliste, référent du patient, le réseau permet l'articulation contractualisée autour de la personne âgée fragile (et de son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aides et de soins aux personnes âgées, usagers et famille.

b) Implantation

Eu égard à l'organisation de la filière gériatrique, il est souhaitable qu'au moins un réseau de santé gériatrique soit constitué par territoire de santé.

C'est au sein d'un réseau gérontologique que doit s'opérer l'articulation de toutes les structures concourant à la préservation de l'état de santé et de l'autonomie de la personne âgée.

Des conventions passées entre celles-ci, des coopérations poussées le cas échéant sous forme de groupements de coopération permettront de mettre au point leurs complémentarités dans la filière gériatrique.

Des conventions avec les acteurs médico sociaux, le Conseil général, les caisses d'Assurance Maladie permettront de préciser les relations afin de coordonner la démarche vers le plan d'aide.

Elaboré à partir d'un service hospitalier de la filière gériatrique reconnu pour sa compétence dans le domaine et des professionnels de santé libéraux, le réseau de coordination est constitué autour d'un noyau composé dans un premier temps d'un référent médical (vacations ou temps partagé), d'un cadre de santé ou d'une infirmière coordonnatrice ayant une parfaite connaissance des milieux hospitalier et médico social et d'un temps de secrétariat médical.

Ce staff sollicité par les différents acteurs du réseau (cf schéma en annexe) travaillant en lien avec les CLIC dont la couverture géographique concerne une population de 30 000 à 40 000 personnes âgées de 60 ans et plus, doit être en mesure d'offrir aux personnes âgées dont l'état de santé et de dépendance nécessitent l'aide de plusieurs intervenants une coordination des soins et des aides dont il a besoin après évaluation par les services compétents du réseau.

20.2.2.16 – La prise en charge en oncogériatrie

a) Définition et objectifs

Les modes de prise en charge et les traitements spécifiques destinés aux patients atteints de cancer font l'objet du volet révisé « Cancérologie » du SROS 3.

b) Implantation

Actuellement au niveau régional il n'existe qu'une équipe mobile d'oncogériatrie implantée dans le territoire Sud-Ouest (Centre Hospitalier de Senlis). Il est nécessaire d'atteindre à terme la constitution d'une (à minima) à deux équipes par territoire de santé, sachant que 70% des cancers surviennent chez les sujets âgés de 70 ans et plus.

Au minimum une consultation d'oncogériatrie par territoire de santé est à organiser pour l'évaluation des patients déjà atteints de cancers (une fédération inter-hospitalière créée entre les huit établissements supports de la filière gériatrique régionale est chargée de développer les outils communs et le recueil des données).

20.2.2.17 - L'articulation entre le SROS et le PRIAC

Concernant la prise en charge des personnes âgées, l'articulation avec le volet SROS 3 s'attache à :

- la mise en place de consultations avancées au sein des Hôpitaux Locaux (gérontologiques, mémoire) ;
- le développement des réseaux gérontologiques ;
- la mise en œuvre de la réforme des USLD (requalification) ;
- le développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) en EHPAD ;
- l'accroissement des capacités de prise en charge des SSIAD, des capacités d'accueil de jour, d'hébergement temporaire.

Ainsi, sont inscrites au PRIAC 2008-2012 :

- la programmation de 1978 places supplémentaires d'EHPAD ;
- la programmation de 274 places supplémentaires d'hébergement temporaire ;
- la programmation de 415 places supplémentaires d'accueil de jour ;
- la programmation de 1504 places supplémentaires de SSIAD Personnes Agées.

territoire nord ouest - objectifs quantifiés				
activités de soins				
activité	existant - nb d'implantations (sites)	futur - nb d'implantations (sites)	volume d'activité 2010	
accueil et traitement des urgences	4 sites de médecine d'urgence (dont CH Abbeville, Amiens CHU et SAS cardiologie-urgences, CH Doullens, CH Montdidier), 1 urgence pédiatrique, 4 SMUR, 1 SMUR pédiatrique	4 structures de médecine d'urgence (idem), 1 à 2 urgences pédiatriques, 2 à 4 SMUR, 1 SMUR pédiatrique, 1 GAMI		
médecine	7 sites (Abbeville, St Valéry, Amiens, Doullens, Albert, Corbie, Montdidier)	7 sites (idem)	97000 à 112000 séjours	
chirurgie	4 sites (Abbeville, Amiens, Doullens, Montdidier)	2 à 3 sites (Abbeville, Amiens, Doullens)	48000 à 58000 séjours	
réanimation	3 sites (Abbeville, Amiens, Doullens)	2 sites (Amiens CHU, Abbeville CH)		
unités de soins intensifs	cardiologiques	2 sites (Amiens, Abbeville)	2 sites (idem)	
	hépatogastroentérologiques		1 site (Amiens)	
unités de surveillance continue	adossées à une réanimation	Abbeville, Amiens	2 sites (Amiens CHU, Abbeville CH)	
	autonomes sous convention		2 à 3 sites (Amiens, Abbeville, Doullens)	
activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	angioplastie coronarienne	1 site (Amiens); 2 centres (CHU, SARTL, PECV)	1 site (idem) 2000/3000	
	électrophysiologie interventionnelle (ablation endocavitare par radiofréquence / fulguration)	1 site (Amiens)	1 site (Amiens) 235 / 280 (50 à 70 actes minimum / centre; besoin régional 380 = 200 / M habitants)	
	stimulateurs cardiaques	conventionnels 2 sites (Abbeville, Amiens) STC 2 sites : Abbeville (1 centre: CH), Amiens (2 centres: CHU, SAS cardiologie-urgences)	2 sites (idem) 2 sites (idem) critères spécifiques	
	défibrillateurs implantables	1 site (Amiens : CHU)	1 site (2ème centre possible à Amiens) critères spécifiques	
traitement du cancer	activité de chirurgie	2 sites Amiens Abbeville	Sein : 1 à 2 sites Amiens, Abbeville Digestif : 2 sites Amiens Abbeville Urologie : 2 sites Amiens Abbeville Gynécologie : 1 site Amiens ORL : 2 sites Amiens Abbeville Thorax : 1 site Amiens	
	activité de chimiothérapie	3 sites Amiens Abbeville Doullens	2 sites Amiens Abbeville	
	activité de radiothérapie	1 site Amiens	1 site Amiens	
	activité de curethérapie	1 site Amiens	1 site Amiens	
pathologie cardio-vasculaires	cardiologie hospitalo universitaire	1	1	
	cardiologie avec usc	2 (Amiens et Abbeville)	2 (idem)	
accidents vasculaires cérébraux	unité neurovasculaire de référence	1 (Amiens : CHU)	1 (idem)	
	unité neurovasculaire (SI et subaiguë)	1 (Amiens : CHU)	1 à 2 (implique SAU, IRM, Neuro)	
traitement de l'IRC par épuration extra rénale	centres d'hémodialyse	2 (Amiens, Abbeville)	2 (idem)	
	unités de dialyse médicalisée	1 (Amiens)	1 à 2	
	unités d'autodialyse	4	3 à 4	
soins de suite	polyvalents	10 (Abbeville, Albert, Amiens, Corbie, Doullens, Montdidier, Roy, Rve, St Valéry, Villers Bretonneux)	10 patients 243 / 311 dont alternatives 105 / 133	
	spécialisés	neurologiques (avec respiratoires)	1	1
		nutritionnels	1	1 site idem + 1 site en coopération inter territoriale (implantation à déterminer)
		alcoolologie	1	1 à 2
		pédiatriques		0 à 1
rééducation et réadaptation fonctionnelle	MPR polyvalente	3 (Amiens, Albert, Corbie)	2 à 3	
	MPR spécialisée	à orientation neurologique	2 (Amiens, Corbie)	2
		post réanimation		0 à 1 (Amiens)
		cardiovasculaire	1 (Corbie)	1 (avec extension capacitaire) à 2 (+ Abbeville)
		pédiatrique	1 (Amiens)	1
	réadaptation professionnelle		0 à 1 (Corbie)	

125 -

hospitalisation à domicile		5 sites (Amiens, Abbeville, Doullens, Albert, Montdidier)	3 à 5 sites (avec des regroupements)		
soins palliatifs	unités de soins palliatifs	0	1 (Amiens : CHU)		
	équipes mobiles	2 sites (Amiens et Abbeville)	2 sites (idem)		
	lits identifiés	6 sites (Amiens, Abbeville, St Valéry, Corbie, Montdidier, Roy)	6 à 8 sites (idem + Doullens et Albert)		
psychiatrie générale	hospitalisation complète	2 (Amiens et Abbeville)	2 (Somme : 121548 journées en 2006)	Somme : 120000 à 140000 journées	
	hospitalisation de jour	2 (Amiens et Abbeville)	2 (Somme : 85 places)		
	hospitalisation de nuit	1 (Amiens)	1 (idem)	Somme : 85 à 125 places	
	placement familial thérapeutique	3 (Amiens, Abbeville et Montdidier)	3 (idem)		
	appariements thérapeutiques				
	post cure psychiatrique	1 (Amiens)	1 (idem)		
psychiatrie infanto juvénile	hospitalisation complète	1 (Amiens)	1 (Somme : 6717 journées)	Somme : 6500 à 13500 journées, 70 à 80 places	
	hospitalisation de jour	3	3 (Somme : 70 places)		
périnatalité	centre périnatal de proximité (CPP)	2 sites (Corbie, Montdidier)	2 à 3 sites		
	activité de gynécologie obstétrique (niveau 1)	3 sites (CH Abbeville, Amiens CHU et clinique Victor Pauchet, CH Doullens)	2 à 3 sites		
	activité de néonatalogie (niveau 2)	soins courants (A)	2 sites (Abbeville, Amiens : CHU et Clinique Victor Pauchet)	2 sites (Abbeville, Amiens)	
		soins intensifs (B)	1 site (Amiens : CHU)	1 (idem)	
	activité de réanimation néonatale (niveau 3)	1 site (Amiens : CHU)	1 (idem)		
	activités cliniques d'AMP	1 site (Amiens : CHU et Pauchet)	1 (idem)		
	activités biologiques d'AMP	recueil et traitement du sperme	1 site (Amiens : CHU et LABM Mail Albert ter)	1 (idem)	
autres activités		1 site (Amiens : CHU et LABM Mail Albert ter)	1 (idem)		
activités de diagnostic prénatal	cytogénétique	1 site (Amiens : CHU)	1 (idem)		
	biochimie par les marqueurs sériques	1 site (Amiens : CHU et LABM Mail Albert ter)	1 (idem)		
personnes âgées	soins de longue durée	6 sites (Amiens CHU, Corbie, Doullens, Montdidier, Roy, St Valéry)	7 à 8 sites	151 475 à 162 428 journées	
	centre mémoire de ressources et recherche	1 (Amiens : CHU)	1 (idem)		
	consultations mémoire	1 (Amiens : CHU)	1 à 2 (idem + Abbeville)		
	court séjour gériatrique	2 services (Abbeville, Amiens)	2 (idem)		
	pôle d'évaluation gériatrique (PEG) + hôpital de jour		1 à 2 (Amiens : CHU, Abbeville)		
	équipes mobiles de gériatrie (intra / extra)		1 à 2 (Amiens : CHU, Abbeville)		
équipements matériels lourds					
caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons		1 site : Amiens (5 appareils)	1 site (idem)	5 appareils minimum	
caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence ; tomographe à émission, caméra à positons		1 site : Amiens (2 appareils)	1 site (idem)	2 appareils	
IRM à utilisation clinique		2 sites : Amiens (3 appareils), Abbeville (1 appareil)	2 sites (idem)	1 appareil supplémentaire sur le site d'Amiens (CRIS), soit 5 appareils au total	
scanographe à utilisation médicale		4 sites : Amiens (6 appareils), Abbeville (2 appareils), Doullens, Montdidier	2 à 4 sites	1 appareil supplémentaire à Amiens et à Abbeville selon activité, soit 8 à 12 appareils au total	

126 -

territoire nord est - objectifs quantifiés					
activités de soins					
activités	existant - nb d'implantations (sites)	futur - nb d'implantations (sites)	volume d'activité 2010		
accueil et traitement des urgences	5 sites, dont 2 structures SAU (St Quentin, Laon) et 4 structures UPATOU (St Quentin, Péronne, Hirson, Chauny)	5 sites de médecine d'urgence (dont St Quentin avec 2 structures) ; 1 à 2 urgences pédiatriques ; 4 à 5 SAU ; 1 SAMU			
médecine	10 sites (Guise, Le Nouvion, Verrières, Hirson, Ham, Péronne, St Quentin, Chauny, La Fère, Laon)	10 sites (idem, avec des complémentarités à renforcer)	64000 à 77000 séjours		
chirurgie	5 sites (Hirson, Péronne, St Quentin, Chauny, Tergnier, Laon)	3 à 4 sites (Péronne, St Quentin, Chauny-Tergnier, Laon)	26000 à 35000 séjours		
réanimation	4 sites (St Quentin, Laon, Chauny, Péronne)	2 sites (St Quentin, Laon)			
unités de soins intensifs	cardiologiques	2 sites (St Quentin, Laon)	3 sites (idem + Chauny St cardiologiques et respiratoires)		
	hépatogastroentérologiques		0 à 1		
unités de surveillance continue	sdossées à une réanimation		2 sites (St Quentin, Laon)		
	autonomes sous convention		2 à 3 sites médico-chirurgicaux (Chauny, Péronne, St Quentin)		
activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	angioplastie coronarienne	1 site (1 centre : CH St Quentin)	1 site (idem)	500 à 900	
	électrophysiologie interventionnelle (ablation endocavitaire par radiofréquence / fulguration)	1 site (1 centre : CH Laon)	1 site (idem) (en coopération avec les sites de St Quentin et de Soissons)	50 actes minimum / centre - bassin régional 300 pour 200 / 1 000 000 hab.	
	stimulateurs cardiaques	conventionnels	2 sites (Laon, St Quentin)	2 sites (idem)	226 / 366 (passer de 580 à 937 / 1 000 000 habitants - taux national)
		STC	0	1 site : Laon (en coopération avec les sites de St Quentin et de Soissons)	critères spécifiques
	défibrillateurs implantables	0	0	0	critères spécifiques
traitement du cancer	activités de chirurgie	3 sites St Quentin Laon Chauny Péronne	Scin : 1 à 2 sites St Quentin, Chauny Digestif : 2 sites St Quentin Laon Urologie : 2 sites St Quentin Laon Gynécologie : 1 site St Quentin ORL : 1 site St Quentin Thorax : 0		
	activités de chimiothérapie	4 sites St Quentin Laon Péronne Chauny	2 à 3 sites St Quentin Laon Chauny		
	activité de radiothérapie	1 site St Quentin	1 site St Quentin		
	activité de curiethérapie	0	0		
pathologies cardio-vasculaires	cardiologie hôpital universitaire				
	cardiologie avec USC	2 sites (St Quentin et Laon)	2 sites (idem)		
accidents vasculaires cérébraux	unité neurovasculaire de référence	0	0		
	unité neurovasculaire (SI et subaiguë)	0 (mais 1 unité de Neurologie à St Quentin)	1 à 2 en coopération (dispositif de urgences, IRM, neurologues)		
traitement de l'IRC par épuration extra rénale	centres d'hémodialyse	2 sites (St Quentin et Laon)	2 sites (idem)	patients 229 / 278 dont alternatives 72 / 94	
	unités de dialyse médicalisée	2 (St Quentin, Chauny)	2		
	unités d'automodialyse	3	2 à 3		
soins de suite	polyvalents	11 sites (St Quentin, Guise, Bohain, Péronne, Ham, Laon, Chauny, La Fère, Hirson, Verrières, Le Nouvion)	11 sites (idem)	129200 à 155500 journées	
	spécialisés	neurologiques (avec)			
		respiratoires		1 site	
		nutritionnels		1 site en coopération inter territoriale (implantation à déterminer)	
		alcoologie	2 sites (Ham, Verrières)	2 sites (idem)	
pédiatriques					
rééducation et réadaptation fonctionnelle	MPR polyvalente	2 sites (St Quentin, St Gobain)	2 sites (idem)	81000 à 97700 journées	
	MPR spécialisée	à orientation neurologique	2 sites (St Quentin, St Gobain)		2 sites (idem)
		post réanimation			
		cardiovasculaire	1 (Laon)		1 site
		pédiatrique	0		1 (en coopération)
réadaptation professionnelle		0 à 1 site (St Gobain)			
hospitalisation à domicile	7 sites (St Quentin, Ham, Péronne, Guise, Chauny, Laon, Le Nouvion)	3 à 7 (regroupements à opérer)			
soins palliatifs	unités de soins palliatifs	1 (La Fère)	1 à 2		
	équipes mobiles	2 (St Quentin et Laon)	2 à 3		
	lits identifiés	5 (St Quentin, Laon, Le Nouvion, Guise, Péronne)	5 à 10 (idem + Hirson, Chauny, Verrières, Bohain, Ham)		

107

psychiatrie générale	hospitalisation complète	6 (St Quentin, Prémontzé, Laon, Chauny, Péronne, Hirson)	6 (idem : Aisne : 163469 journées en 2006)	Aisne : 147000 à 181000 journées	
	hospitalisation de jour	4 (Laon, Tergnier, Péronne, St Quentin)	4 (Aisne : 84 places)	Aisne : 84 à 120 places	
	hospitalisation de nuit	1 (Péronne)	1 (idem)		
	placement familial thérapeutique	2 (Péronne, EPSMDA)	2 (idem)		
	appareillages thérapeutiques	9	9 (idem)		
	post cure psychiatrique				
psychiatrie infanto juvénile	hospitalisation complète	2 (Prémontzé, Chauny)	3 (idem + Laon : Aisne : 4954 journées)	Aisne : 4900 à 7600 journées, 94 à 113 places	
	hospitalisation de jour	6 (St Quentin, Chauny, La Fère, Hirson, Laon, Péronne)	6 (Aisne : 113 places)		
	centre périnatal de proximité (CPP)	2 sites (Guise et Hirson)	2 à 3 sites		
périnatalité	activité de gynécologie obstétrique (niveau 1)	4 sites (St Quentin : CH et CH St Claude; CH Péronne, CH Chauny, CH Laon)	3 à 4 sites		
		activités de néonatalogie (niveau 2)	soins courants (A)	2 sites : St Quentin (CH) et Laon (CH)	2 sites (St Quentin avec coopération public/privé, Laon)
		soins intensifs (B)	2 sites : St Quentin (CH) et Laon (CH dans le cadre d'une coopération avec CH Soissons)	2 sites (idem)	
	activité de réanimation néonatale (niveau 3)		0	0	
	activités cliniques d'AMP		0	0	
	activités biologiques d'AMP	recueil et traitement du sperme	0	0	
autres activités		0	0		
	activités de diagnostic périnatal	cytogénétique	0	0	
		biochimie par les marqueurs sériques	0	0	
personnes âgées	soins de longue durée	4 sites (Bohain, Chauny, Laon, Ham)	6 à 8 sites	87 965 à 130 670 journées	
	centre mémoire de ressources et recherche		0	0	
	consultations mémoire	1 (St Quentin CH)		2 à 3	
	court séjour gériatrique	4 sites, dont 2 services (St Quentin, Le Nouvion), 2 unités (La Fère, Péronne)		2 à 3 sites	
	pile d'évacuation gériatrique (PEG) + hôpital de jour	1 (La Fère en coopération avec Chauny)		2 à 3	
	équipes mobiles de gériatrie (nits / extra)		0	2 à 3	
équipements matériels lourds					
	caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons	1 site : St Quentin (2 appareils)	1 site (idem)	(2 appareils)	
	caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émission, caméra à positons	1 (St Quentin)	1 site (idem)	1 appareil	
	IRM à utilisation clinique	2 sites : St Quentin (1 appareil), Laon (1 appareil)	2 sites (idem)	1 appareil supplémentaire sur le site de St Quentin, soit 3 appareils au total, sous condition de permanence des soins coordonnés	
	scanographe à utilisation médicale	5 sites : St Quentin (2 appareils), Laon (1 appareil), Chauny (1 appareil), Hirson, Péronne	3 à 5 sites	possibilité d'1 appareil supplémentaire à St Quentin et à Laon selon l'activité, soit au total 5 à 8 appareils	

108 -

territoire sud est - objectifs quantifiés

activités de soins				
activités	existant - nb d'implantations (sites)	futur - nb d'implantations (sites)	volume d'activité 2010	
accueil et traitement des urgences	4 sites de médecine d'urgence : Compiègne (2 structures), Soissons, Noyon, Château-Thierry ; 4 SMUR	3 à 4 sites de médecine d'urgence ; 1 à 2 urgences pédiatriques ; 3 à 4 SMUR		
médecine	5 sites (Compiègne, Crépy en Valois, Noyon, Soissons, Château-Thierry)	5 (idem)	53000 à 66500 séjours	
chirurgie	4 sites (Compiègne, Noyon, Soissons, Château-Thierry)	3 à 4 sites	26000 à 35000 séjours	
réanimation	3 sites (Compiègne, Soissons, Château-Thierry)	3 sites (idem)		
unités de soins intensifs	cardiologiques	3 sites (Compiègne, Soissons, Villiers St Denis)	3 sites (Compiègne, Soissons, Château-Thierry suite au transfert de l'USIC de Villiers St Denis)	
	hépatogastroentérologiques			
unités de surveillance continue	adossées à une réanimation		3 sites (Compiègne, Soissons, Château-Thierry)	
	autonomes sous convention		1 site	
activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	angioplastie coronarienne	1 site (CH Compiègne)	1 à 2 sites en coopération et avec permanence des soins hospitalière coordonnée	
	électrophysiologie Interventionnelle (ablation endocavitaire par radiofréquence / fulguration)	0	0	
	stimulateurs cardiaques	conventionnels	3 sites (CH Soissons, CH Château-Thierry, CH St Come Compiègne)	3 sites (idem)
		STC	1 site (CH Soissons)	1 site (idem) (CH Soissons, en coopération avec CH Laon)
	défibrillateurs implantables	0	0	critères spécifiques
traitement du cancer	activité de chirurgie	4 sites (Château-Thierry, Compiègne, Noyon, Soissons)	Sein : 2 sites Compiègne, Soissons Digestif : 2 sites Compiègne, Soissons Urologie : 3 sites Château-Thierry, Compiègne, Soissons Gynécologie : 2 sites Compiègne, Soissons ORL : 1 site Compiègne Thèses : 0	
	activité de chimiothérapie	3 sites (Compiègne, Noyon, Soissons)	2 sites (Compiègne, Soissons)	
	activité de radiothérapie	2 sites (Compiègne et Soissons)	1 à 2 sites (Compiègne, Soissons)	
	activité de curiethérapie	1 site (Compiègne)	1 site (Compiègne)	
pathologies cardiovasculaires	cardiologie hospitalo universitaire			
	cardiologie avec usc	3 (Compiègne, Soissons, Villiers St Denis)	3 sites (Compiègne, Soissons et Château-Thierry)	
accidents vasculaires cérébraux	unité neurovasculaire de référence	0	0	
	unité neurovasculaire (SI et subaiguë)	0 (mais unités de neurologie à Compiègne et Soissons)	1 à 2 (dispositif de urgences, IRM neurologique)	
traitement de l'IRC par épuration extra rénale	centres d'hémodialyse	2 sites (Compiègne, Soissons)	2 (idem)	
	unités de dialyse médicalisée	3 (Compiègne, Soissons, Château-Thierry)	3 (idem)	
	unités d'autodialyse	4	3 à 4	
soins de suite	polyvalents	6 (Compiègne, Noyon, Crépy en Valois, Soissons, Villiers St Denis, Autriche)	6 (idem)	
	spécialisés	neurologiques (avec)		0 à 1
		respiratoires		
		nutritionnels		1 site en coopération inter territoriale (implantation à déterminer)
		alcoologie	2 (Compiègne, Bucy le Long)	2 (idem)
pediatriques				
rééducation et réadaptation fonctionnelle	MPR polyvalente	2 (Compiègne, Villiers St Denis)	2 (idem)	
	MPR spécialisée	à orientation neurologique	2 (Compiègne, Villiers St Denis)	2 (idem)
		post réanimation		
		cardiovasculaire	2 (Tracy le Mont, Villiers St Denis)	2 (idem)
		pediatrique		
réadaptation professionnelle	1 (Villiers St Denis)	1 (idem)		

131 -

hospitalisation à domicile		2 (Compiègne et Soissons)	2 sites (idem)		
soins palliatifs	unité de soins palliatifs	1 (Compiègne)	1 à 2		
	équipes mobiles	2 (Compiègne, Soissons)	2 (idem)		
	lits identifiés	3 (Compiègne, Soissons, Villiers St Denis)	3 à 6 (idem + Noyon, Crépy en Valois, Château-Thierry)		
psychiatrie générale	hospitalisation complète	4 (Soissons, Villiers St Denis, Pierrefonds, Compiègne)	4 (idem)	Alise (147 000 à 181 000 journées) et Oise (200 000 à 250 000 journées)	
	hospitalisation de jour	1	1 à 2	Alise (84 à 120 places) et Oise (224 places max)	
	hospitalisation de nuit	2	2 à 3		
	placement familial thérapeutique	2	2 à 3		
	appartements thérapeutiques	5	5 (idem)		
post cure psychiatrique	1	1 (idem)			
psychiatrie infanto juvénile	hospitalisation complète	2	3 (idem + Soissons)	Alise (4900 à 7600 journées et 94 à 113 places) et Oise (5600 à 9800 journées et 144 à 220 places)	
	hospitalisation de jour	5	6 (idem + Soissons)		
périnatalité	centre périnatal de proximité (CPP)	0	0 à 1		
	activité de gynécologie obstétrique (niveau 1)	4 sites : Compiègne (CH et Polyclinique St Com), Noyon (CH), Soissons (CH), Château-Thierry (CH)	3 à 4		
	activité de néonatalogie (niveau 2)	soins courants (A)	2 sites : Compiègne (CH), Soissons (CH)	2 (idem)	
		soins intensifs (B)	2 sites : Compiègne (CH), Soissons (CH dans le cadre d'une coopération avec le CH Laon)	2 (idem)	
	activité de réanimation néonatale (niveau 3)	0	0		
	activités cliniques d'AMP	0	0		
	activités biologiques d'AMP	recueil et traitement du sperme	2 (LABM Lauran à Compiègne, CH Soissons)	2 (idem)	
		autres activités	0	0	
	activités de diagnostic prénatal	cytogénétique	0	0	
		biochimie par les marqueurs sériques	0	0	
personnes âgées	soins de longue durée	3 (Compiègne, Crépy, Noyon)	4 à 5	77 015 à 118 990 journées	
	centre mémoire de ressources et recherche	0	0		
	consultations mémoire	2 (Soissons CH, Compiègne CH)	2 sites		
	court séjour gériatrique	0	2 sites		
	pôle d'évaluation gériatrique (PEG) + hôpital de jour	0	2 sites		
équipes mobiles de gériatrie (extra extra)	0	2 sites			
équipements matériels lourds					
caméra à scintillation non munie de détecteur d'émission de positons		2 sites : Compiègne (2appareils), Soissons (2 appareils)	2 sites (idem)	(1 à 2 appareils supplémentaires selon besoins)	
caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émission, caméra à positons		0	1		
IRM à utilisation clinique		3 sites : Compiègne (2 appareils), Soissons (1 appareil), Château-Thierry (CH)	3 sites	1 appareil supplémentaire par site selon besoins, soit 4 à 6 appareils au total	
scannographe à utilisation médicale		4 sites : Compiègne (2 appareils), Soissons (1 appareil), Château-Thierry (1 appareil), Noyon	3 à 4 sites	1 appareil supplémentaire à Compiègne et Soissons selon activité, soit 4 à 7 appareils au total	

132 -

SROS 3
Révision du volet PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE
Chapitre 15

Plan du chapitre

PREMIERE PARTIE : CADRES EXISTANTS

1 - RAPPEL DES ORIENTATIONS NATIONALES.....

1-1 Plan national psychiatrie et santé mentale 2004-2008

1.2 SROS.....

1-3 PRIAC

1-4 PRSP et loi de santé publique

1-5 Contexte financier

2 - PROGRAMMATIONS REGIONALES EXISTANTES.....

2-1 SROS 2 et SROS 3 PSYCHIATRIE

2-1-1 LE SRO DE PSYCHIATRIE 2001-2005

2-1-2 LE VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE DU SROS III 2006-2010

2-2 PRIAC

2-3 PRSP (Programme Régional de Santé Publique)

2-4 Contrat Etat-ARH.....

2-5 Informations épidémiologiques

3 - SCHEMAS DEPARTEMENTAUX MEDICO-SOCIAUX :

PLACE DE LA MALADIE MENTALE

3-1 Personnes âgées

3-2 Personnes handicapées.....

4- DEMOGRAPHIE ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

4-1 démographie médicale.....

4-1-1 *médecins psychiatres hospitaliers*

4-1-2 *médecins psychiatres libéraux*.....

4-1-3 *plan régional démographie médicale hospitalière*.....

4-2 place et formation des professionnels de la santé mentale.....

4-2-1 *formation initiale des médecins psychiatres*

4-2-2 *infirmiers*

4-2-3 *Place des psychologues*

4-2-4 *Médecins généralistes*

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE.....

133 -

1 - Pilotage régional (commun au plan de santé mentale).....

2 - Commission régionale de concertation en santé mentale.....

3 - Groupes de travail et thématiques

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

3-2 CMP adultes.....

3-3 Inadéquations en hospitalisation complète adultes

3-4 Pédopsychiatrie

3-5 Santé – justice.....

3.5.1 *Soins aux détenus*

3.5.2 *Délinquants sexuels*).....

3-6 Familles (UNAFAM).....

3-7 Télémédecine en psychiatrie

3-8 Autres thématiques.....

4- Autres instances concernées

4-1 Commission régionale de la naissance.....

4-2 CROSEA.....

4-3 Groupe de travail démographie médicale

134 -

TROISIEME PARTIE : APPROCHE THEMATIQUE : ETAT DES LIEUX ET ORIENTATIONS

1 - PSYCHIATRIE ADULTE

- 1-1 - Démographie et moyens des secteurs de psychiatrie.....
- 1-2 - Offre en lits et en places.....
- 1-3- Fonctionnement des CMP

 - 1-3-1 État des lieux.....

 - 1-3-1a- Bilan réalisé par l'enquête
 - 1-3-1b Réflexions.....

 - 1-3-2 Propositions

 - 1-3-2 a – Accueillir.....
 - 1-3-2 b – Orienter.....
 - 1-3-2 c – Proposer

- 1-4- inadéquations en hospitalisation complète.....

 - 1-4-1 définition.....
 - 1-4-2 évaluation quantitative
 - 1-4-3 propositions (sur le plan quantitatif).....

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

 - 1-5-1 constats
 - 1-5-2 propositions
 - 1-5-3 concrétisation et perspectives.....

2- PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE

- 2-1 Le partenariat.....
- 2-2 L'hospitalisation
- 2-3 Constats et propositions pour les CMP
- 2-4 Les Maisons des Adolescents.....
- 2-5 La périnatalité : Déclinaison pratique en Picardie du plan périnatalité à partir de 2009.....
- 2-6 La prise en charge des plus de 16 ans
- 2-7 Conclusion.....

3 - SANTE MENTALE ET JUSTICE.....

- 3-1 Psychiatrie en milieu pénitentiaire.....

 - 3-1-1 Etats des lieux
 - 3-1-2 Propositions
 - 3-1-3 Cas de l'hospitalisation en psychiatrie des détenus

- 3-2 délinquants sexuels

 - 3-2-1 Etat des lieux de l'offre de soins.....
 - 3-2-2 Propositions (groupe de travail de M. SAVIN et Mme LEMAIRE).....

- 3-3 articulations avec la Justice.....

4 –URGENCES

5 – PSYCHIATRIE DES PERSONNES AGEES.....

6 - SANTE EXCLUSION, SANTE PRECARITE

- 6-1 état des lieux : principaux constats
- 6-2 Recommandations

7 – TELEMEDECINE

- Développement de la Télémédecine et de la Télépsychiatrie

8 - PLACE DU SECTEUR PRIVE

- 8-1 Secteur hospitalier.....
- 8-2 Secteur ambulatoire.....

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

9- RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT

- 9-1 Psychiatrie adultes
- 9-2 Pédopsychiatrie
- 9-3 Liens pédopsychiatrie / psychiatrie adultes.....
- 9-4 Contribution des familles (UNAFAM)

10 - PLACE DES FAMILLES.....

- Aide aux aidants / accompagnants familiaux.....

QUATRIEME PARTIE : SUIVI ET EVALUATION

- 1- PREAMBULE
- 2- ORGANISATION
- 3- OUTILS.....

CINQUIEME PARTIE : RESUME DU SROS III DE PSYCHIATRIE.....

- 1 METHODOLOGIE.....
- 2- CADRES.....
- 3-CONTRIBUTIONS

135

136

Le présent volet révisé se substitue au chapitre 15 du SROS 3 publié en date du 31 mars 2006.

PREMIERE PARTIE : CADRES EXISTANTS

1 - RAPPEL DES ORIENTATIONS NATIONALES

1-1 Plan national psychiatrie et santé mentale 2004-2008

Ce plan concerne à la fois la prévention et le dépistage, le soin et le médico social.

Il comporte des financements spécifiques notamment sur l'investissement, les personnels en psychiatrie et les créations de place en secteur médico social.

Le plan se décline en 5 axes :

- Le décloisonnement de la prise en charge psychiatrique
- Les familles, patients et professionnels
- Le développement de la qualité et de la recherche
- La mise en œuvre des programmes spécifiques
- Enfin, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan.

Le décloisonnement de la prise en charge s'appuie sur :

- une meilleure information et visibilité du système de prise en charge sur la base de campagnes grand public de promotion de la santé mentale,
- une amélioration de l'accueil des patients et une meilleure prise en charge par la formation des médecins généralistes,
- le renforcement de la prise en charge ambulatoire au sein des CMP
- la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète,
- une adaptation de l'hospitalisation complète
- le développement de réseaux en santé mentale.

Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète par :

- Le renforcement du dispositif ambulatoire et de l'accès aux soins de proximité au sein des CMP ;
- L'intensification de la diversification des modes de prise en charge au profit des alternatives à l'hospitalisation et des actions en amont, en aval de l'hospitalisation afin de favoriser une offre de soin publique et privée diversifiée et coordonnée pour assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire en adéquation avec les besoins de la population.

Mesures à mettre en œuvre dans chaque territoire de santé en articulation avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvéniles :

- Optimisation des moyens humains en psychiatrie générale et infanto-juvénile pour consolider le maillage territorial et le rôle des CMP dans l'accès aux soins de proximité et le développement de prise en charge extra-hospitalière, en favorisant les organisations fédératives entre plusieurs CMP avec la mutualisation des moyens.
- Développement des alternatives à l'hospitalisation complète pour les établissements sous dotation annuelle de financement, et développement de l'hospitalisation de jour et de nuit pour le secteur privé ex-OQN.
- Développement de la mutualisation des équipements sur les territoires de santé.

Adapter l'hospitalisation complète par :

VI - ANNEXES

VI - 1 : Centre de soins et coordination psycho légale du CHI Clermont

VI - 2 : Service médecine psychologique régional d'Amiens

VI - 3 : Etat des lieux et propositions pour le milieu pénitentiaire

VI - 4 : Hopital de jour du SMPR d'Amiens

VI - 5 : Consultations externes du SMPR d'Amiens

VI - 6 : Résumé du SROS Psychiatrie

- Développement adapté des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile par la création de lits, et l'amélioration de la coopération entre la pédiatrie et la psychiatrie.
- Amélioration de la réponse à la crise et à l'urgence pour prévenir les hospitalisations inadéquates en psychiatrie générale.
- Développement d'organisations fédératives et mutualisées des moyens des secteurs.
- Poursuite de la politique de rapprochement des unités d'hospitalisation des populations desservies, tenant compte des nécessités de la permanence des soins hospitalière.
- Renforcement de la coopération avec les établissements privés.
- Amélioration des conditions d'accueil et d'hospitalisation.
- Développement d'une offre médico-sociale adaptée articulée avec l'évolution du sanitaire.

Faire évoluer la rééquilibrage géographique des professionnels de santé notamment les psychiatres sur le territoire et entre secteurs libéral et le secteur hospitalier.

Développer des réseaux en santé mentale pour une meilleure coordination des prises en charge sur le secteur avec élaboration d'un cahier des charges

Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques persistants en :

- promouvant une offre sociale et médico-sociale diversifiée et adaptée par le développement des services d'accompagnements avec la création en 3 ans de 1 900 places de SAMSAH et l'encouragement de la création de places de SAVS par les Conseil Généraux,
- en créant des groupes d'entraide mutuelle,
- en favorisant l'accès à un logement ou un hébergement adapté basé sur une évaluation de la population faisant l'objet d'un accueil inadéquat et en mobilisant les dispositifs de travail protégé.

Enjeux pour les Patients, familles et professionnels

- Renforcer les droits des malades et de leurs proches par l'accroissement de la place des usagers et des familles dans la concertation, notamment dans toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre du SROS et au sein des établissements et des structures de prise en charge.
- Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponse aux besoins de santé.
- Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie.

Mettre en œuvre des programmes spécifiques sur la dépression et le suicide par notamment le développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent (SROS enfants et adolescents) mais aussi par des actions santé/justice pour améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, notamment des personnes sous injonction de soins.

Périnatalité, enfants et adolescents.

- Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité pour renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants par la réalisation d'un état des lieux des collaborations médico-psychologiques en lien avec la naissance, une meilleure définition des conditions d'intervention des psychologues en maternité et la mise en place de formations.
- Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents afin d'améliorer le repérage des enfants et adolescents en souffrance, de favoriser une organisation de soins centrée sur les enfants et adolescents en renforçant les moyens en hospitalisation complète, en ambulatoire et dans les alternatives à l'hospitalisation en renforçant les articulations entre pédopsychiatrie, psychiatrie générale, libéraux, champs social, médico-social, éducatif et judiciaire ainsi que le renforcement des moyens d'intervention des équipes de pédopsychiatrie pour assurer la prévention et les soins dans les différents champs cités.

Précarité Exclusion

- Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion par la création et le renforcement des équipes mobiles spécialisées.

Personnes âgées

- Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale par le renforcement des réponses de proximité, et le renforcement des compétences psychiatriques au sein des équipes pluri-disciplinaires dans le cadre de la poursuite du développement des consultations mémoire.

Finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe pour achever le renforcement du réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique

1.2 SROS 3

Le SROS 3 publié en avril 2006 reposait sur 3 orientations :

- Améliorer l'accessibilité aux soins en psychiatrie ;
- Diversifier et améliorer les modalités de prise en charge en psychiatrie ;
- Mieux répondre aux besoins de populations spécifiques.

1-3 PRIAC

En application du Plan National de Santé Mentale, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), en lien avec la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), a défini les orientations nationales qui vont favoriser les articulations entre les secteurs sanitaire et médico-social (handicap et dépendance). Ces articulations se concrétisent au niveau régional dans le PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie), dont le détail est présenté dans les programmations régionales existantes.

Le niveau national insiste sur la nécessité de renforcer le développement des articulations sanitaires, sociales et médico-sociales dans le champ de la santé mentale et du handicap psychique. En effet, le plan santé mentale pointe à la fois 13 000 patients qui restent hospitalisés de manière inadaptée faute de relais médico-sociaux ou sociaux suffisants et des difficultés à faire hospitaliser certains patients faute de lits disponibles.

Les effets d'une meilleure articulation entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux doivent donc se traduire par une meilleure capacité de la psychiatrie à répondre à l'ensemble des demandes de soins et permettre aux patients accueillis dans les structures sociales et médico-sociales de bénéficier d'un suivi sanitaire de qualité.

Outre les opérations de transformation et le renforcement de l'offre médico-sociale, il est recherché le développement des pratiques de coopération de terrain entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social. A ce titre, il est encouragé une collaboration entre les équipes de psychiatrie et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) car elle est une condition indispensable à une évaluation et une compensation appropriée des personnes en situation de handicap psychique.

En ce qui concerne la politique en faveur des personnes âgées, suite à une enquête menée par la Direction Générale de la Santé (DGS) en 2007, les priorités suivantes ont été définies :

- améliorer la qualité des pratiques en particulier du suivi de la santé somatique des adultes atteints de troubles psychiatriques lors de leur vieillissement
- mettre en place des équipes de psycho-gériatrie.
- élaborer et mettre en œuvre une stratégie d'amélioration des connaissances scientifiques, épidémiologiques, démographiques et statistiques
- généraliser, dans tous les départements, l'utilisation de la mallette d'outils pour le repérage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression du sujet âgé.

1-4 PRSP et loi de santé publique

L'Axe stratégique 3 du PRSP est réservé à la déclinaison au niveau régional du volet prévention du plan Santé Mentale. Il se concentre donc sur 2 objectifs généraux :

→ La réduction des conséquences du mal-être, concrétisée par la diminution de l'incidence des suicides en Picardie en ciblant sur 3 populations spécifiques : les jeunes, les personnes en situation de précarité et les personnes âgées. Le PRSP préconise pour cela :

- La poursuite et l'amélioration via des évaluations des formations pluriprofessionnelles.
- La finalisation et la valorisation des audits cliniques sur la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide par une synthèse régionale commune des résultats et problématiques.
- L'évaluation de la pertinence du guide répertoire régional sur la prévention du suicide par une enquête.
- L'adaptation de la prévention et du dépistage du mal-être et du suicide dans les différents lieux de vie (milieu scolaire, travail et milieu pénitentiaire).

→ L'amélioration de la prévention et du dépistage des maladies mentales en Picardie

- Par le renforcement de l'implication des médecins généralistes par le biais de la formation, d'intégration dans des réseaux pluridisciplinaires de santé mentale et la diffusion des bonnes pratiques de soins en santé mentale.
- Par le développement d'un réseau d'écoute spécifique

1-5 Contexte financier

Les travaux menés dans le cadre de la révision du volet psychiatrie du SROS III ont pris en compte le contexte financier actuel, particulièrement difficile, des établissements hospitaliers.

Il a donc été demandé à chacun des groupes de travail de faire quelques propositions très structurantes et susceptibles d'être mises en œuvre dans des délais rapprochés. En effet, compte tenu du faible taux de progression de l'ONDAM hospitalier et de la situation financière des établissements psychiatriques, il est apparu important de privilégier quelques actions fondamentales et ce dans un cadre financier délibérément raisonnable.

Il convient de souligner que les établissements psychiatriques se sont vus également concernés par le plan d'économies de l'Assurance Maladie, que donc leur marge de manœuvre reste relativement faible. Le contexte financier est également aujourd'hui marqué par la préoccupation du retour à l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie d'ici à 2012.

En région, deux des trois établissements publics de santé mentale, Prémontré et le CHI de Clermont, sont confrontés à des déficits à résorber, et à la nécessité de soutenir une politique d'investissement et de modernisation de leur patrimoine.

Il convient de souligner à cet égard que le plan de Santé Mentale a permis de redonner du souffle à la psychiatrie et que si celui-ci n'était pas renouvelé à son terme, il serait très difficile aux établissements psychiatriques de dégager des moyens pour financer des mesures nouvelles.

Par ailleurs, il est nécessaire que, compte tenu des problèmes de suroccupation actuels rencontrés dans les établissements et des inadaptations de prises en charge constatées, que de nouvelles structures sociales et médico-sociales soient créées au sein de l'enveloppe spécifique de ce secteur afin de répondre aux inadaptations mais aussi de redonner une marge de manœuvre aux établissements psychiatriques quant au développement de leurs projets au plan sanitaire.

En effet, les redéploiements entre les deux enveloppes ne doivent être que partiels et à la marge car c'est en leur laissant les moyens au plan sanitaire que des marges de manœuvre pourront être dégagées au niveau des établissements psychiatriques pour mettre en place et financer les projets prioritaires contenus dans le présent document.

Compte tenu de ce contexte, les différents travaux réalisés par les groupes ont privilégié deux approches :

- la création de structures nouvelles par redéploiement,
- des approches qualitatives liées à des réorganisations et à des coordinations internes et externes.

2 - PROGRAMMATIONS REGIONALES EXISTANTES

2-1 SROS 2 et SROS 3 PSYCHIATRIE

2-1-1 LE SRO DE PSYCHIATRIE 2001-2005

Ce schéma avait été arrêté le 26 janvier 2001.

Les éléments du bilan faisaient apparaître notamment une faible progression démographique, un découpage sectoriel non homogène, des niveaux d'équipements variables selon les départements et les secteurs et une démographie médicale peu favorable à la Région.

Les orientations régionales qui avaient été retenues étaient les suivantes :

*** AMELIORER L'ACCESSIBILITE ET LA QUALITE DE L'ORGANISATION :**

- recomposer l'offre en santé mentale,
- renforcer les articulations avec les secteurs social et médico-social.

*** ELARGIR LA DEMARCHE DE SOINS :**

- accroître la prévention,
- favoriser la réinsertion sociale et professionnelle.

*** RENFORCER LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES :**

- petite enfance, mère-enfant, maltraitance,
- optimiser la réponse aux besoins de soins des adolescents,
- les malades chroniques hospitalisés,
- la prise en charge des personnes âgées,
- la prise en charge des malades difficiles et dangereux,
- l'activité psychiatrique en milieu pénitentiaire.

*** ACCOMPAGNER L'EVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :**

- favoriser une politique dynamique de formations et de promotions,
- réfléchir à l'élaboration de référentiels de prises en charge,
- poursuivre la dynamique régionale de réflexion en santé mentale.

*** VALORISER LA PLACE DE L'USAGER DANS LE DISPOSITIF DE SANTE MENTALE :**

- un constat préalable : la spécificité de la psychiatrie,
- le respect du droit des patients.

*** METTRE EN ŒUVRE LE SRO, LE SUIVRE ET L'EVALUER :**

- des outils d'accompagnement au service de la mise en œuvre du SRO de psychiatrie,
- un suivi et une évaluation au service de la connaissance et de l'adaptation.

2-1-2 LE VOLET PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE DU SROS III 2006-2010

Le SROS III a été arrêté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie en Mars 2006. Un volet psychiatrie et santé mentale y figure.

Les objectifs stratégiques de ce volet sont développés autour des orientations suivantes :

*** AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS EN PSYCHIATRIE :**

- renforcer les prises en charge ambulatoires et l'accès aux soins de proximité au sein des CMP,
- améliorer l'accueil et le traitement des situations d'urgence et de crise,
- développer la prise en charge psychiatrique dans les établissements non spécialisés.

*** DIVERSIFIER ET AMELIORER LES MODALITES DE PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE :**

- poursuivre le développement et la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète,
- améliorer les conditions d'hospitalisation complète,
- développer les coopérations sanitaires et renforcer l'articulation avec les secteurs social et médico-social.

*** MIEUX REPONDRE AUX BESOINS DE POPULATION SPECIFIQUES :**

- améliorer l'adéquation de la prise en charge aux besoins des patients,
- améliorer la prise en charge des enfants et adolescents,
- répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale,
- améliorer les soins psychiatriques des personnes détenues tant en milieu pénitentiaire qu'en matière d'hospitalisation.

2-2 PRIAC

Le PRIAC est une programmation interdépartementale prévisionnelle à 5 ans des besoins de créations, d'extensions de transformations de places en structures pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Il est arrêté chaque année par le Préfet de Région et transmis à la CNSA.

Le PRIAC de la Picardie, en sa version 3, a été arrêté en avril 2008 pour la période 2008-2012. Il identifie de nombreux axes d'articulation avec le SROS 3 et notamment sur le champ de la santé mentale :

- la mise en place d'équipes mobiles en psychiatrie intervenant en établissements médico-sociaux
- identifier les prises en charge inadéquates
- diversifier l'offre d'accueil en établissements et structures médico-sociales
- formation mutuelle du personnel en psychiatrie et en médico-social

En terme de programmation, le PRIAC, sur la période du présent SROS 3, soit jusqu'en 2011, identifie par arrondissement les besoins en matière de handicap psychique.

Il conclut au niveau régional à un besoin en places de 854 places qui se décline par type d'équipement et par département de la manière suivante :

Adultes	Oise	Aisne	Somme	Picardie
ESAT	240	20		260
SAMSAH	60	39	28	127
MAS	120			120
GEM	3 créations			3 créations
FAM	51		30	81
Enfants	Oise	Aisne	Somme	Picardie
ITEP	130		24	154
SESSAD	56	2	50	108
CMPP			2 créations	2 créations

ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico Social pour adultes handicapés

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
SESSAD : Service d'Education et Soins à Domicile
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

Le secteur sanitaire peut-être également impacté par les créations de structures et services pour personnes âgées, tant les services de psychogériatrie que les services gérant des équipes mobiles. Il est donc intéressant de noter que le PRIAC identifié d'ici 2011 les besoins suivants en places pour personnes âgées : EHPAD : 1 139 ; SSIAD : 1234 ; Hébergement temporaire : 193 et Accueil de jour : 261.

2-3 PRSP (Programme Régional de Santé Publique)

Le Programme Régional de Santé Publique est arrêté par le Préfet de région après consultation de la Conférence Régionale de Santé.

L'Axe stratégique 3 du PRSP est réservé à la déclinaison au niveau régional du volet prévention du plan de Santé Mentale. Il se concentre donc sur 2 objectifs généraux :

→ La réduction des conséquences du mal-être, concrétisée par la diminution de l'incidence des suicides en Picardie en ciblant sur 3 populations spécifiques : les jeunes, les personnes en situation de précarité et les personnes âgées. Le PRSP préconise pour cela :

- La poursuite et l'amélioration, via des évaluations, des formations pluriprofessionnelles.
- La finalisation et la valorisation des audits cliniques sur la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide par une synthèse régionale commune des résultats et problématiques.
- L'évaluation de la pertinence du guide répertoire régional sur la prévention du suicide par une enquête.
- L'adaptation de la prévention et du dépistage du mal-être et du suicide dans les différents lieux de vie (milieu scolaire, travail et milieu pénitentiaire).

→ L'amélioration de la prévention et du dépistage des maladies mentales en Picardie

- Par le renforcement de l'implication des médecins généralistes par le biais de la formation, de l'intégration dans des réseaux pluridisciplinaires de santé mentale et la diffusion des bonnes pratiques de soins en santé mentale.
- Par le développement d'un réseau d'écoute spécifique.

2-4 Contrat Etat-ARH

Signé fin juin 2006 avec la DHOS pour 3 ans, il engage la région sur des objectifs nationaux (déclinés en région) et régionaux dont la psychiatrie.

Concernant la psychiatrie, le contrat Etat-ARH 2007-2010 a pour objectif général de renforcer les structures de proximité, la prise en charge de l'enfant et l'adolescent et de développer les alternatives à l'hospitalisation. Pour atteindre cet objectif, le contrat Etat-ARH s'appuie sur 3 objectifs opérationnels :

→ L'assurance et le renforcement des prises en charge de proximité par les CMP de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie. Le contrat Etat-ARH prévoit :

- Un élargissement des plages horaires des centres d'au moins 20 % par secteur de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie.
- Une réduction à moins de 2 mois les délais d'attente pour un premier rendez-vous.
- Au moins un créneau horaire hebdomadaire par intersecteur de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie réservé à l'accueil non programmé.

- Et à titre expérimental un accueil téléphonique 24 heures sur 24 par secteur ou groupe de secteurs.

→ Le 2^{ème} objectif opérationnel a pour but de rééquilibrer la répartition territoriale des structures d'accueil en pédopsychiatrie en hospitalisation complète et de garantir 1 CMP de pédopsychiatrie opérationnel par intersecteur de pédopsychiatrie. Le contrat Etat-ARH préconise :

- Une couverture d'activité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie à 100 % des territoires de santé.
- Une couverture optimale fonction des besoins de la population via une évaluation de l'adéquation du nombre de lits aux besoins.

→ Enfin, le troisième objectif opérationnel a pour but de développer les alternatives à l'hospitalisation complète. Le contrat Etat-ARH prévoit :

- 100 % des secteurs pourvus d'un dispositif complet d'alternative à l'hospitalisation.
- Et une augmentation de 10 % des places en hospitalisation de jour de psychiatrie.

2-5 Informations épidémiologiques :

La mortalité par suicide en Picardie en 2000-2005 est de 22,7 pour 100 000, ce qui est largement au-dessus de la moyenne nationale (17,6). Elle est la plus élevée dans la Somme (26,4). La différence est encore plus marquée pour les hommes : 37,6 pour 100 000 habitants contre 28,7 pour 100 000 au niveau national. La même tendance est observée sur la mortalité prématurée par suicide (avant 65 ans) qui reste au-dessus de la moyenne nationale (19,2 en Picardie contre 15,4 en métropole). Ceci s'inscrit dans un contexte de sur-mortalité globale au niveau régional puisque le taux de mortalité générale picard est très largement supérieur au taux national (1043,7 versus 903,2).

Mais, de façon globale au niveau de la région Picardie le taux standardisé d'admissions en ALD (Affection Longue Durée) pour affection psychiatrique de longue durée est de 131,9 pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur au taux national qui est de 169,8. Inversement, concernant les admissions en Affections de Longue Durée pour maladie d'Alzheimer et autres démences, le taux picard est supérieur à celui de la France métropolitaine (89,5 pour 100 000 habitants contre 86,2).

Sur l'ensemble de la région, 24,1 % des assurés sociaux ont été remboursés au moins une fois sur l'année 2005 pour un psychotrope. Les anxiolytiques sont les plus prescrits (16,4 % des assurés), puis viennent les anti-dépresseurs (8,3 %), les neuroleptiques (1,6 %) et les normothymiques (0,2 %). Un traitement de la dépendance alcoolique a été prescrit au moins une fois sur l'année à 0,4 % des assurés et un traitement de substitution aux opiacés à 0,3 % des assurés.

Venant se surajouter à une situation sanitaire médiocre, la Picardie se démarque avec la plus faible densité médicale de France au 1^{er} janvier 2003 (257 médecins pour 100 000 habitants contre 338 pour 100 000 de moyenne nationale) et la densité de psychiatres y est trois fois inférieure à la moyenne nationale (3.5 versus 10.9 pour 100 000 habitants).

Source : or2s

3 - SCHEMAS DEPARTEMENTAUX MEDICO-SOCIAUX : PLACE DE LA MALADIE MENTALE (CF annexe VI-1)

3-1 Personnes âgées

- Les évolutions démographiques vont vers un vieillissement sensible de la population qui touche plus l'Oise, actuellement département plus "jeune".

- Les schémas ont des temporalités peu différentes :

- Aisne : 2007-2011
- Oise : 2003-2007
- Somme : 2007-2011

- les départements sont divisés en territoires avec une coordination assurée par les CLIC sauf dans la Somme où le département assure lui-même une coordination sur 4 grands territoires.

- La couverture institutionnelle est relativement complète :

- Taux d'équipement en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) supérieur à la moyenne nationale surtout dans l'Oise
- Une bonne couverture territoriale des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- L'existence d'unités ALZHEIMER de plus en plus nombreuses
- Un accueil familial surtout développé dans la Somme.

- les orientations (PRIAC et schémas) sont les suivantes :

- Renforcer et améliorer les services à domicile : maillage des SSIAD, professionnalisation des intervenants, téléalarme, portage de repas
- Augmenter le nombre de places d'EHPAD, d'USLD, en variant les modes de prises en charge (accueil temporaire, de jour) et développer des unités ALZHEIMER (+ réhabilitation et modernisation sur l'existant)
- Renforcer la coordination, les réseaux, en incluant les médecins généralistes.

3-2 Personnes handicapées

- l'existant :

- 80 % des places concernent la déficience mentale et les créations en relation avec la pathologie mentale sont consacrées essentiellement aux autistes.
- Une estimation place la maladie mentale en 3^{ème} place dans les handicaps après la déficience mentale et motrice : prévalence de 6 pour mille soit 600 (pour 100.000 habitants) adultes handicapés de 20 à 59 ans.
- Les taux d'équipement sont globalement supérieurs à la moyenne nationale avec quelques nuances :

- Somme : taux en MAS voisin de la moyenne, manque de places de foyers pour déficience motrice et sensorielle
- Aisne : pas de place spécifique pour handicapé psychique.

- Coopérer avec les familles.

En conclusion : un équipement globalement important malgré une demande encore non satisfaite (listes d'attente) mais très peu de place pour le handicap psychique. Cependant les orientations générales des schémas (et spécifiques dans l'Aisne) pourraient être reprises pour le handicap mental. Visiblement il y a sous estimation de ce type de handicap et connaissance incomplète.

- Quelques chiffres sur l'ensemble des places:

DEPT	MAS	Foyers occupationnels + accueil de jour	Foyers médicalisés	ESAT	Foyers d'hébergement	SAVS	Placement familial	Total
Aisne		201 + 161	111		535		21	
Oise		256 + 45	76	1794	749	111		
Somme	128	546 + 145			313			
Total								

- Principales orientations des schémas (en général) :

- S'adresser à tous les types de handicaps
- Rendre la personne active de son choix et la placer au centre des dispositifs
- Développer l'observation des dispositifs
- Améliorer la qualité des services notamment à domicile (dont formation des personnels)
- Favoriser l'accès au logement de choix commun
- Renforcer l'accueil temporaire et d'urgence
- Formaliser des coopérations par territoire.

- orientations concernant la prise en charge institutionnelle :

- Développer l'accueil familial
- Adapter les prises en charge aux handicapés vieillissants.

- évocation réduite du handicap psychique, essentiellement dans le schéma de l'Aisne qui reconnaît l'absence de place spécifique et propose de :

- Mieux connaître le public
- Renforcer la coopération avec la psychiatrie
- Offrir des services variés en privilégiant la vie à domicile
- Ouvrir et diversifier le dispositif existant

4- DEMOGRAPHIE ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

4-1 démographie médicale 4-1-1 médecins psychiatres hospitaliers

- Données de la SAE 2006 par établissement de santé :
http://www.picardie.sante.gouv.fr/doc/stateud/synthese_public_de_2006.pdf

- Résultats de l'enquête du service statistiques de la DRASS 2007 présentés lors des 1ers Etats régionaux de la démographie médicale hospitalière :

La DRASS de Picardie a mené une enquête auprès des établissements de santé en 2007 sur l'ensemble des postes médicaux. Le protocole a été validé par le groupe de travail "démographie médicale hospitalière" et testé dans 4 établissements. La psychiatrie représentait environ 250 ETP budgétés dans les hôpitaux publics de Picardie en décembre 2006, dont 200 environ pour la psychiatrie "adultes", et 50 ETP pour la psychiatrie infanto-juvénile (en ne comptant ici ni les internes, ni les personnels universitaires).

Le taux de vacance en psychiatrie pour adultes était de 14 %, mais le taux de vacance totale dans cette discipline (en comptant les postes occupés par des faisant fonction), de 23 %. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, ces taux étaient respectivement de 34 et de 44 %. Les praticiens étaient plus âgés en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie pour adultes : les taux de praticiens de plus de 55 ans y étaient respectivement de 39 et de 23 %.

Géographiquement, dans l'Aisne, on remarque des taux de vacances très importants en psychiatrie juvénile (48 %), moins en psychiatrie pour adultes (15 %), ainsi que, dans ces spécialités, des praticiens assez âgés : les taux de praticiens de plus de 55 ans y étaient à cette date respectivement de 28 et 31 %.

Par contre dans l'Oise c'est la psychiatrie juvénile qui avait le taux de praticiens de plus de 55 ans, le plus élevé : 50 % environ, et 31 % de vacances en psychiatrie générale, tandis que dans la Somme on était plus jeune dans ces deux disciplines (36 et 3 % respectivement).

- Les données publiées dans le rapport de la mission « Démographie médicale » (septembre 2006) piloté par le Pr Yvon BERLAND, sont les suivantes pour la psychiatrie hospitalière en Picardie :

- effectif temps plein : 196 salariés ;
- effectif temps partiel : 67 salariés ;
- soit au total 221,80 ETP ;
- plus 8 libéraux exclusifs et 14 libéraux non exclusifs.

Le nombre de salariés en ETP représente 2,58 % de l'effectif France entière, alors que la population picarde représente 3 % de la population française.

Un autre élément de comparaison peut être fourni avec le nombre de journées d'hospitalisation picarde qui représente 3,40 % du nombre France entière.

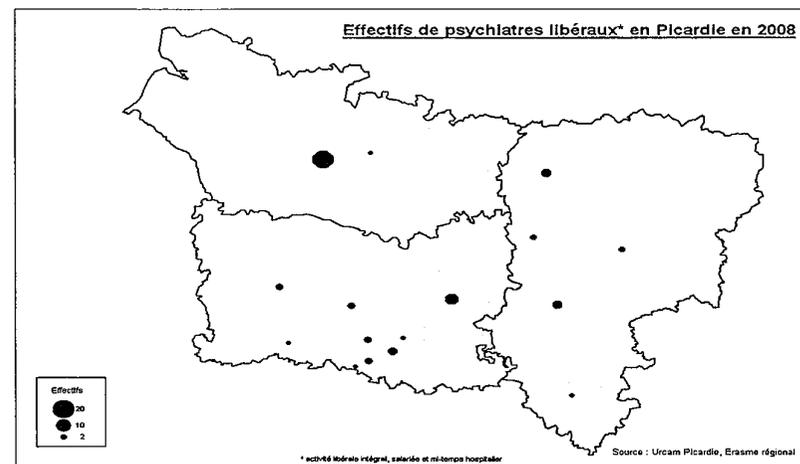
4-1-2 La démographie médicale des spécialistes en psychiatrie (source URCAM)

Nombre de médecins libéraux en psychiatrie en Picardie en 2008

	Aisne	Oise	Somme	Picardie
Neuropsychiatre	2	0	1	3
Psychiatrie générale	13	26	19	58
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	0	1	0	1
Ensemble des spécialistes en psychiatrie	15	27	20	62
Densité des spécialistes en psychiatrie pour 100 000 habitants	2,8	3,4	3,6	3,3

151-

NB: 1 spécialiste temps plein hospitalier ayant une activité libérale (1 psychiatre dans la Somme) n'est pas intégré dans le tableau.



La profession est majoritairement masculine : 7 spécialistes sur 10 sont des hommes.

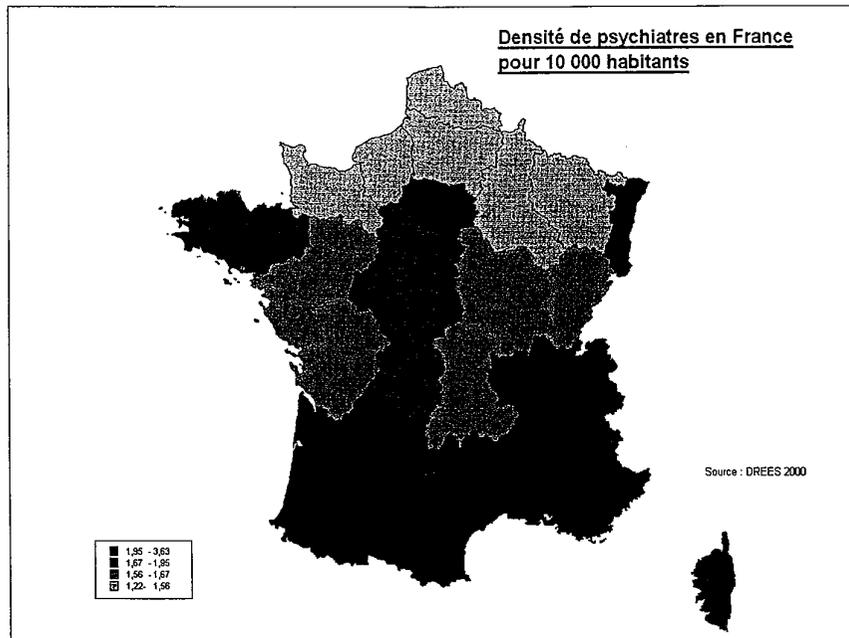
Entre le 1^{er} janvier 2006 et le 1^{er} juillet 2008, la Picardie a perdu 7 spécialistes (1 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 5 dans la Somme) dont 3 seulement ont été remplacés (1 dans l'Aisne et 2 dans la Somme).

La densité des médecins spécialistes en psychiatrie libérale en Picardie est estimée à 3,3 pour 100 000 habitants. Elle est inférieure à celle de la France qui est de 10,6. Dans l'Aisne, elle est évaluée à 2,8 médecins pour 100 000 habitants, densité la plus faible de la région.

Les cartes de densité régionale montrent globalement un fort ratio nord-sud croissant, que l'on s'intéresse aux psychiatres d'exercice hospitalier ou aux praticiens exerçant en ville.

La carte ci-dessous représente les densités régionales de psychiatres, tous exercices confondus, rapportées à 10 000 habitants (source DREES 2000). Ces densités varient globalement d'un facteur 3 entre la région la mieux dotée (Ile de France) et la région la plus mal dotée (Picardie).

152-



4-1-3 Plan régional stratégique sur la démographie médicale hospitalière

- Le plan régional pour la démographie médicale hospitalière est en cours de formalisation. Le principe de son élaboration a été acté lors des 1ers états régionaux de la démographie médicale hospitalière organisés par l'ARH de Picardie le 4 décembre 2007.

- Il s'appuie sur un groupe de travail spécifique ouvert aux professionnels et établissements, ainsi qu'une enquête menée en 2007 par la DRASS auprès des établissements de santé.

- Il comporte des actions déjà en cours ou envisagées, dans 3 grandes directions :

- > Les internes et étudiants en médecine : séminaires d'accueil et de carrière, livret de l'interne, amélioration de la qualité des stages...
- > L'attractivité des postes hospitaliers : postes prioritaires, postes partagés CHU/Hôpitaux périphériques...
- > Les médecins à diplôme étranger

- De plus chaque volet du SROS comportera désormais un volet démographie médicale.

4-2 Place et formation des professionnels de la santé mentale

4-2-1 Formation initiale des médecins psychiatres

- Favorisé par la filiarisation, le nombre d'internes en psychiatrie a rapidement augmenté ces dernières années avec actuellement des promotions de 15 internes et une quarantaine en cours de formation. Ce chiffre ne pourrait pas beaucoup augmenter en tenant compte des capacités de formation pratique, un effort ayant déjà été consenti pour créer des postes d'internes supplémentaires.

- Cependant parmi eux certains qui ont fait un choix par défaut ou se sont découragés lors des 1ers semestres, quittent la filière

- > Il est souhaité de désigner les services plus adaptés à l'accueil des jeunes internes : encadrement important et 2^{ème} interne senior
- > Les internes ne doivent pas être confinés à l'hospitalisation mais accéder aux services ambulatoires au sein des services de psychiatrie
- > Un appui peut être apporté aussi par le suivi individualisé et les mesures d'attractivité (livret, séminaires d'accueil et de carrière, dispositif d'accueil dans les établissements).

- Le départ hors région de la plupart des internes formés en Picardie reste préoccupant :

- > Les postes de chefs de clinique sont peu nombreux eu égard aux sortants : il est souhaité un ratio de 2 postes pour 12 internes, chiffre également nécessaire pour renforcer la formation des étudiants et le suivi des internes en périphérie
- > Un appui peut être apporté par les postes d'assistants partagés avec le CHU créés par l'ARH, et l'éventuelle création régionale de postes de chefs de clinique.

- la création d'équipes tripartites intégrant des internes dans la procédure d'agrément des services contribuera à renforcer la qualité des stages.

- l'offre de formation spécialisée initiale :

- > Le DES de psychiatrie (Diplôme d'Etudes Spécialisées)
- > Le DESC de pédopsychiatrie (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) avec des formations théoriques en régional et interrégional (au sein du G4)

- offre de formation continue :
 - 2 Diplômes d'Université (DU):
 - adolescence : rupture et crise
 - observation du nouveau né selon la méthode d'Ester Bick
 - enseignement post universitaire avec participation des services universitaires, sur toute la région
 - l'institut collégial pour la santé mentale en Picardie (depuis 1976) : journées de travail de pédopsychiatrie ouvertes à des partenaires extérieurs

4-2-2 Infirmiers

- la disparition progressive des infirmiers psychiatriques (remplacés par des diplômés généralistes) a de l'avis général un impact sur le fonctionnement des soins, contribuant à aggraver le déficit médical en mettant les psychiatres en première ligne.

- la mise en place du tutorat pour les nouveaux infirmiers de psychiatrie, financée et mise en place dans le cadre du plan de santé mentale, doit être poursuivie ainsi que la consolidation des savoirs après évaluation, si besoin sur les fonds de formation continue.

- de nombreux postes d'infirmiers restent vacants en établissements de santé mentale, posant la question des vocations et de l'attractivité des établissements.

- un renforcement des formations initiales en santé mentale en IFSI peut être envisagé surtout sur certains aspects peu développés (santé des détenus, psychogériatrie...)

- L'organisation régulière de séminaires d'échanges de pratiques pour les infirmiers au niveau régional doit être réalisée.

- faire valoir la dimension psychiatrie dans les nouveaux programmes de formation (2009)

- l'organisation régulière de séminaires d'échanges de pratiques pour les infirmiers au niveau régional doit être réalisée.

- Accentuer le partenariat et développer la collaboration IFSI/TERRAINS DE STAGE

- ✚ Engager les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et les terrains de stage à développer et formaliser un partenariat réellement interactif qui s'appuiera sur une politique commune de formation initiale en psychiatrie avec une organisation, des principes d'action, des objectifs opérationnels, des logiques d'apprentissage, des méthodes pédagogiques, des pratiques d'encadrement et d'évaluation pleinement partagés
 - ✚ Traduire clairement cette politique dans l'élaboration des Projets Pédagogiques des IFSI d'une part et des Projets de Soins des établissements d'autre part. Après validation des instances concernées, ces documents seront mutuellement mis à disposition des différents partenaires.
 - ✚ Développer les supports techniques communs nécessaires à l'optimisation de ce partenariat et permettant de formaliser :
 - le pilotage du dispositif par l'ensemble des différents partenaires
 - l'organisation spécifique de l'enseignement théorique des modules de psychiatrie dans le cadre des orientations pédagogiques définies
 - l'organisation, la préparation, le suivi et l'exploitation des stages
 - les principes d'évaluation retenus pour les différentes séquences de formation.
 - ✚ Favoriser dans l'ensemble des IFSI, l'intégration dans les équipes pédagogiques permanentes de cadres de santé possédant une expérience avérée d'exercice clinique en milieu psychiatrique.
 - ✚ Favoriser, tout en respectant le projet pédagogique des IFSI et en respectant les réseaux mis en place, des analyses critiques de situations de soins, tables rondes, panels, vidéo, exercices de mise en situation, présentations de rapports de stage, études documentaires sur des thèmes ciblés.
 - ✚ Favoriser le préalable de préparation des stages en psychiatrie en partenariat avec les équipes d'accueil, surtout pour le premier stage
 - ✚ Construire, en collaboration avec les référents IFSI / tuteurs de terrains de stage, un référentiel des compétences à acquérir et à intégrer au cours du stage en précisant les niveaux de progression attendus
 - ✚ Optimiser la formation des étudiants par le stage et par la contribution active des professionnels soignants au dispositif de formation.
 - ✚ Définir dans les projets de soins des établissements :
 - les enjeux de la formation initiale des IDE pour la psychiatrie
 - la politique d'accueil et d'encadrement des étudiants en soins infirmiers dans les services de psychiatrie
 - Une politique de formation sur la consolidation des savoirs et le tutorat des infirmiers issus du programme après 1992
 - ✚ Solliciter la participation active des médecins psychiatres à l'enseignement théorique et à la formation clinique des étudiants sur les terrains de stage
- le sujet des transferts de compétences : pourrait être travaillé au niveau régional à 2 conditions :
 * une amélioration de la démographie des infirmiers et un renforcement des formations
 * un travail préalable sur la place et la formation initiale des psychologues.

4-2-3 Place des psychologues

- On note des fonctions très polymorphes liées aux modes et lieux d'exercice avec des spécificités de plus en plus marquées remettant en question l'unicité du métier.