

PROJET MEDICAL PARTAGE DU
GROUPEMENT HOSPITALIER DE
TERRITOIRE DU LOIRET



SOMMAIRE

I- PARCOURS DE SOINS EN MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE	5
A- METHODOLOGIE ET OBJECTIFS DU PROJET MEDICAL PARTAGE PAR FILIERE	6
1- METHODOLOGIE ET PRINCIPES GENERAUX D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL	7
2- OBJECTIFS MEDICAUX	8
a- Principes généraux	8
b- Objectifs médicaux par filière	8
c- Association du secteur psychiatrie	17
d- Modalités de la coordination avec le CHU de Tours	17
3- MODALITES D'ELABORATION DU PROJET	17
B- GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE ET ORGANISATION DES ACTIVITES PAR FILIERE.....	18
1- FILIERE GERIATRIQUE	18
a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE	18
b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	20
c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES	21
d- PLATEAUX TECHNIQUES	21
e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS	21
f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	21
g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE	21
h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE	26
2- FILIERE URGENCES	27
a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR SITUATION	27
b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	28
c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES	28
d- PLATEAUX TECHNIQUES	29
e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS	29
f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	29
g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE	29
h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE	29
3- FILIERE PERINATALITE, FEMME, ENFANT	30
a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE	30
b- PERMANENCE DES SOINS	31
c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES	32
d- PLATEAUX TECHNIQUES	32
e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS	32
f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	32
g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE	32
h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE	32
4- FILIERE CANCEROLOGIE ET MEDECINES INTERVENTIONNELLES	33
a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE	33
b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	36
c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES	36
d- PLATEAUX TECHNIQUES	37
e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS	37
f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	37
g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE	37
h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE	37
5- FILIERE NEUROLOGIE	38
a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE	38

b-	ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	41
c-	PRISE EN CHARGE DES URGENCES	41
d-	PLATEAUX TECHNIQUES	41
e-	ORGANISATION DES CONSULTATIONS.....	42
f-	ACTIVITE AMBULATOIRE, HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	42
g-	HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE.....	42
h-	MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE	42
6-	FILIERE AUTRES DISCIPLINES MEDICALES	43
a-	DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE	43
b-	ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	46
c-	PRISE EN CHARGE DES URGENCES	46
d-	PLATEAUX TECHNIQUES.....	46
e-	ORGANISATION DES CONSULTATIONS.....	46
f-	ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE.....	47
g-	HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE.....	47
h-	MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE	47
7-	FILIERE CHIRURGIE.....	48
a-	DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE	48
b-	ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	50
c-	PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES	51
d-	PLATEAUX TECHNIQUES.....	51
e-	ORGANISATION DES CONSULTATIONS.....	51
f-	ACTIVITE AMBULATOIRE, HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE	51
g-	HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE.....	51
h-	MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE	51
8-	FILIERE PREVENTION	52
II- OBJECTIFS, GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE ET ORGANISATION DES ACTIVITES EN SANTE MENTALE.....		53
A- METHODOLOGIE		54
1-	UNE GOUVERNANCE PARTAGEE DU PROJET	54
2-	UNE APPROCHE TERRITORIALE ET TRANSVERSALE.....	54
3-	UN CONSENSUS AUTOUR DU DIAGNOSTIC ET DES ORIENTATIONS DU PROJET.....	55
a-	Un diagnostic partagé par filière de soins.....	55
b-	Un consensus autour des projets et orientations futures.....	55
B- PLUS-VALUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT		56
C- DIAGNOSTIC PARTAGE ET FICHES PROJET PAR FILIERE : OBJECTIFS, GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE, FORCES ET FAIBLESSES DU TERRITOIRE ; PROJET 2017 - 2021		57
1-	FILIERE URGENCES PSYCHIATRIQUES	57
a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	57
b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	62
c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	62
d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPENDRE AU BESOIN.....	65
e-	EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES	67
2-	FILIERE PSYCHIATRIE DE LIAISON.....	79
a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	79
b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	82
c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	82

	d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	83
3-		FILIERE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	89
	a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	89
	b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	93
	c-	ANALYSE DES BESOINS DE POPULATION IDENTIFIES	94
	d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	96
	e-	EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES	99
4-		FILIERE PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE	115
	a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	115
	b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	118
	c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	118
	d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	120
	e-	EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES	122
5-		FILIERE ENFANTS ET ADOLESCENTS.....	133
	a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	133
	b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	135
	c-	ANALYSE DES BESOINS DE POPULATION IDENTIFIES	136
	1.	La population des moins de 20 ans dans le Loiret	136
	2.	Evolution de la répartition géographique de la population sur le territoire.....	136
	4.	Diagnostic synthétique : état des lieux de l'offre de soins et des dispositifs pour répondre aux besoins.	138
	5.	EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES	140
6-		FILIERE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE	149
	a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	149
	a-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	154
	b-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	154
	c-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	156
	d-	EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES	157
7-		FILIERE GERONTOPSYCHIATRIE	168
	a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	168
	b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	168
	c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	169
	d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AUX BESOINS.....	170
	e-	EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES	173
8-		FILIERE ADDICTOLOGIE.....	184
	a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	184
	b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	186
	c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIÉS.....	187
	d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	188
9-		FILIERE SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE.....	195
	a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	195
	b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	196
	c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	197
	d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	198

10-	FILIERE SOINS SOMATIQUES.....	207
a-	DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE	207
b-	OBJECTIFS DE LA FILIERE	207
c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	208
d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	208
11-	AXE THERAPIES SPECIFIQUES	213
a-	DESCRIPTION DE LA FILIERE	213
b-	OBJECTIFS DE L'AXE.....	213
c-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	214
d-	EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES	215
12-	AXE DEMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITE MEDICALE.....	222
a-	DESCRIPTION DES ACTEURS ET DISPOSITIFS	222
b-	OBJECTIFS DE L'AXE.....	222
c-	ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES.....	222
d-	DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPONDRE AU BESOIN.....	223
III-	VOLET QUALITE	230
IV-	BIOLOGIE MEDICALE, IMAGERIE MEDICALE ET PHARMACIE.....	232
V-	ANNEXE 1 : SYNTHESE PAR FILIERE	235
VI-	ANNEXE 2 : EFFECTIFS MEDICAUX PAR SPECIALITE	249
A-	MEDECINE - CHIRURGIE - OBSTETRIQUE.....	250
B-	PSYCHIATRIE	251
C-	GERIATRIE (Services de court séjour, SSR gériatriques et USLD/EHPAD)	252

I- PARCOURS DE SOINS EN MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE

A- METHODOLOGIE ET OBJECTIFS DU PROJET MEDICAL PARTAGE PAR FILIERE

Le Groupement Hospitalier de Territoire du Loiret comprend :

- Le Centre Hospitalier Départemental Georges Daumezon.
- Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM).
- Le Centre Hospitalier de Gien.
- Le Centre Hospitalier de Sully sur Loire.
- Le Centre Hospitalier de Pithiviers.
- Le Centre Hospitalier de Beaugency.
- Le Centre hospitalier de Beaune-la-Rolande.
- Le Centre Hospitalier de Neuville aux bois.
- Le Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO).

L'ensemble représente près de 2 600 lits dédiés aux activités MCO, SSR et psychiatrie.

Le bassin de population du Loiret comportait en 2013 une population totale de 665 587 habitants. La répartition des établissements membres du groupement sur le territoire et les temps de trajet entre chacun d'eux sont pris en compte dans l'élaboration des parcours patients.

Indications sur les distances et temps de trajet entre établissements du groupement

	CH MONTA RGIS	CH GIEN	CH PITHIVI ERS	CH NEUVIL LE	CH BEAUGE NCY	CH SULY/ LOIRE	CH BEAUNE La Rolande	CHRO
CH DAUMEZON	74 KM 57 min	69 KM 1H09	56 KM 40 min	21 KM 27 min	39 KM 34 min	49 KM 48 min	57 KM 48 min	12 KM 24 min
CH MONTARGIS		40 KM 38 min	64 KM 44 min	66 KM 56 min	121 KM - 1H21min	51 KM 57 min	32 KM 33 min	83 KM 1H10
CH GIEN			93 KM 1H	97 KM - 1H06min	95 KM 1H28	26 KM 33 min	61 KM - 51 min	75 KM 1H12
CH PITHIVIERS				21 KM - 23 min	95 KM 1H28	51 KM 1H02	19 KM 21 min	67 KM 48 min
CH NEUVILLE AUX BOIS					57 KM 52 min	51 KM 59 min	41 KM 36 min	34 KM 44 min
CH BEAUGENCY						68 KM 1H04	98 KM 1H02	32 KM 34 min
CH SULY/LOIRE							40 KM 46 min	42 KM 45 min
CH BEAUNE La Rolande								85 KM 57 min

source : www.mappy.com

Le projet médical partagé prend notamment en compte les disparités de l'état de santé de la population, la faiblesse de la démographie médicale, la précarité de la population et l'insuffisance des moyens de transport en commun en dehors des agglomérations Orléanaise et Montargoise.

Le GHT du Loiret s'inscrit sur un territoire où coexistent d'ores et déjà des coopérations, entre établissements publics d'une part, notamment entre les CH de Montargis, Pithiviers et Beaune La Rolande, et entre établissements publics et privés d'autre part, lorsque le maillage territorial l'exige.

Le CHRO et le CHAM s'engagent, compte tenu de la configuration géographique du département du Loiret, à bâtir une offre publique de référence sur le territoire en appliquant les principes de qualité et de subsidiarité. Les activités de référence ont vocation à être déployées sur les deux établissements. Leurs objectifs sont détaillés et mis en œuvre par le projet médical partagé.

Le GHT du Loiret est associé au CHU de Tours, établissement universitaire de la région Centre-Val de Loire.

Cette première partie expose la méthodologie suivie pour l'élaboration du Projet Médical Partagé et rassemble les différents objectifs médicaux identifiés par filière de soins.

1- METHODOLOGIE ET PRINCIPES GENERAUX D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL

Les travaux d'élaboration du projet associent nécessairement l'ensemble des praticiens des établissements membres. La conduite des échanges a été placée, dès l'origine, sous le signe du respect et de la considération de la place de chacun en matière d'offre de proximité.

La constitution du groupe s'inscrit aussi dans la nécessaire analyse du besoin en termes de coopération et d'offre de recours afin de garantir une prise en charge graduée des patients.

La constitution d'un Comité de Pilotage associant les différents présidents de CME (ou leurs représentants) des établissements membres a permis de définir les différentes filières de soins du projet. Pour chacune, un groupe de travail a été créé avec un ou plusieurs référents du CHRO et des représentants de chaque établissement membre.

Pour chaque filière, un état des lieux de l'offre de soins proposée par chaque établissement a été réalisé, et les besoins attendus par chaque établissement en termes de coopération et de recours identifiés.

Dans le contexte du territoire du Loiret, au vu notamment de l'état des coopérations existantes (pour des raisons géographiques principalement), le parti a été pris de travailler prioritairement sur les besoins en termes de recours sans réponse à ce jour et secondairement sur le recentrage du parcours de soins au sein du territoire (diminution des taux de fuites extrarégionaux).

Les travaux des groupes, tout comme l'identification des filières, se fondent notamment sur la structuration et les objectifs du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2016.

Huit filières somatiques ont ainsi été identifiées :

- Filière GERIATRIQUE
- Filière URGENCES
- Filière PERINATALITE
- Filière CANCEROLOGIE ET MEDECINES INTERVENTIONNELLES
- Filière NEUROLOGIE
- Filière AUTRES DISCIPLINES MEDICALES
- Filière CHIRURGIE
- Filière PREVENTION

2- OBJECTIFS MEDICAUX

a- Principes généraux

La réflexion des groupes de travail par filière est guidée par un consensus sur la nécessaire homogénéisation des prises en charge sur l'ensemble du territoire en favorisant la proximité.

Cette dernière n'est toutefois compatible avec l'objectif d'une prise en charge de qualité égale en tout point du territoire que si elle s'accompagne d'une identification des besoins en termes de recours, pour chacune des filières.

Par ailleurs, l'organisation des activités tient compte systématiquement d'une analyse de la démographie médicale et de ses conséquences en termes de maintien de l'offre à court et moyen terme.

A ce titre et en cohérence avec les orientations législatives et réglementaires relatives aux groupements hospitaliers de territoire, la constitution d'équipes territoriales pourrait être envisagée.

b- Objectifs médicaux par filière

FILIERE GERIATRIQUE

L'objectif du travail gériatrique est le maintien à domicile le plus longtemps possible. Les objectifs suivants ont été identifiés :

- Orienter le patient âgé vers la structure d'hospitalisation la plus adaptée à sa pathologie et son pronostic.
- Améliorer l'efficacité de la réponse des acteurs de la filière gériatrique dans l'anticipation des hospitalisations et le repérage de la fragilité de la personne âgée.
 - Développement progressif de l'activité de l'Equipe Mobile Gérontologique extrahospitalière au CHRO (EMG-EH).
 - Mettre en place des consultations avancées dans certains établissements.
 - Développer les consultations paramédicales avancées d'évaluation et d'orientation des patients en se basant sur le concept de fragilité et le modèle « PAERPA ».
 - Diminuer la sur-sollicitation du SAU en favorisant les entrées directes en hospitalisation (en court séjour, mais aussi en SSR quand cela est possible).
- Fluidifier / améliorer les conditions de sortie d'hospitalisation.
 - Utiliser des outils communs pour l'admission en SSR et en EHPAD (Trajectoire).
 - Intégrer les EHPAD dans le GHT (le projet sera mis en en cohérence avec celui de l'EMG-EH et la télémédecine).
- Diffuser la culture gériatrique auprès de différents partenaires.

- Former des médecins correspondants (libéraux et hospitaliers).
- Développer une culture commune autour de la thématique « fragilité » et de la bientraitance.
- Harmoniser les procédures de prise en charge de la personne âgée.
 - Développer la télémédecine.
 - Développer les staffs communs en visioconférence.
 - Mettre en place des protocoles communs de prise en charge médicale.
- En raison d'une démographie médicale faible, il est nécessaire et urgent d'essayer de rendre attractif cette spécialité au sein du GHT.
 - Les externes / les internes : développer une attitude de mise en situation, responsabilisante, graduée et positive, de sorte qu'ils soient motivés très tôt pour un internat / post-internat en gériatrie, ce d'autant que la population gériatrique est maintenant très présente au sein de nombreuses disciplines et que le DES de gériatrie est créé en novembre 2017.
 - Réfléchir sur des postes de praticiens partagés : épauler dès que possible des centres pouvant participer à l'ancrage de jeunes Gériatres sur Beaugency, Pithiviers, Gien et Montargis.
 - Recherche : elle pourrait être développée au sein du GHT 45, avec un temps ARC dédié, sur des thématiques concrètes déclinées en démarche PAERPA standard (chute en lien avec les filières fractures, APA, conciliation médicamenteuse et iatrogénie, malnutrition, fonctions supérieures en concertation avec le CM2R de Tours, oncogériatrie, indication des TAVI en concertation avec les cardiologues...) ; l'EMG-EH pourrait, sur certaines de ces thématiques, être facilitante pour lancer ces projets. Pour d'autres, le caractère nécessairement multicentrique devra faire appel à des projets PHRC / PHRIC.
- Développer une unité de géronto-psychiatrie aigue sur le site du CH Daumezon intégrée au groupement pour répondre au besoin de l'ensemble du territoire.
- Améliorer la coordination avec le médico-social.
 - Faciliter l'aide aux aidants pour permettre le maintien à domicile (favoriser l'augmentation des places d'accueil de jour et d'hébergements temporaires, ainsi que les « places relais » en sortie d'hôpital).
 - Favoriser l'augmentation du nombre de places en EHPAD relevant de l'aide sociale

FILIERE URGENCES

- Diminuer la sur-sollicitation des urgences.
- Favoriser les consultations spécialisées et les hospitalisations directes.
 - Encourager le développement des consultations de médecine générale hospitalières pour absorber l'afflux de patients ne nécessitant pas le recours au plateau technique des urgences.
 - Améliorer le lien ville-hôpital.
 - Assurer la fonction tri à l'accueil des urgences.
 - Organiser la réorientation des patients vers la médecine libérale pour éviter le recours hospitalier.
- Fluidifier le flux d'aval aux urgences des établissements du groupement.
 - Favoriser l'accès direct au sein des services de spécialité par la connaissance des praticiens des différentes spécialités du groupement.
 - Engager un travail de contractualisation et de protocolisation avec les structures d'HAD et du secteur médicosocial pour faciliter les retours précoces au domicile.
 - Permettre la connaissance de l'état des lits disponibles au sein de chaque établissement et partager cette information au sein du groupement.
 - Créer une Commission des Admissions et Consultations Non Programmées de groupement.
- Améliorer l'attractivité de la spécialité au sein du groupement face au contexte démographique.
 - Pérenniser les équipes et maintenir les lignes de garde afin d'offrir une égalité des soins à la population.
 - Augmenter le nombre d'internes formés dans le groupement et devenir terrain de stage pour les internes de spécialité.
 - Favoriser la création de postes de praticiens partagés et la mobilité.

L'ensemble des objectifs de la filière urgences doivent être déclinés, au niveau du territoire du groupement, en cohérence avec les orientations du Réseau Territorial des Urgences (RTU) et le SROS.

FILIERE PERINATALITE, FEMME, ENFANT

PERINATALITE

Le rôle du réseau périnatalité de la région Centre est central sur la thématique.

- SMUR pédiatrique 24/24 pour les 0/2 ans depuis le 02/05/2017. Prise en charge en hypothermie active également depuis le 02/05/2017.
- Préciser la prise en charge pour les grossesses entre 23 et 25 semaines (dans le cadre des recommandations du réseau périnatalité et en lien avec le CHU de Tours).
- Etendre le dispositif de visioconférence sur le Diagnostic Anténatal opérationnel avec le CHAM aux autres maternités du territoire.
- Développer l'activité Lactarium pour la distribution aux unités de néonatalogie du groupement.
- Mise en place du projet de l'hypothermie active dans le cadre des anoxo-ischémies périnatales.
- Réfléchir à la possibilité de créer des postes de praticiens partagés.
- Participer au projet de création d'une unité mère-bébé dans le cadre des maladies psychiatriques.
- Elaborer et partager des protocoles de prises en charge communs.
- Valoriser l'offre publique de PMA du groupement.
- Renforcer la coopération avec le Centre de périnatalité de proximité de Pithiviers.

PEDIATRIE

- Améliorer la prise en charge somatique et psychiatrique des adolescents.
- Organiser, au sein du groupement, la prise en charge des enfants de l'unité de réanimation néonatale créée en novembre au CHRO et pouvant être recours. Elaborer des conventions entre les services de pédiatrie et l'unité de réanimation pédiatrique du CHR ouvert depuis novembre 2015 et ayant vocation de recours, selon le SROS et les textes.
- Etendre la mise en place des consultations avancées de chirurgie pédiatrique et mettre en place des consultations avancées d'orthopédie pédiatrique.
- Poursuivre la prise en charge coordonnée en cancérologie pédiatrique au sein du groupement.
- Organiser la réalisation et l'interprétation des EEG pédiatriques en coordination avec le CHU. Organiser une plateforme régionale d'interprétation des EEG pédiatriques (en collaboration avec l'ARS et le CHU de Tours).
- Renforcer l'offre de neuro-pédiatrie au CHR d'Orléans.
- Elaborer et partager des protocoles de prises en charge communs.

GYNECOLOGIE

- Structurer la prise en charge de la cancérologie gynécologique au sein du groupement.
- Organiser la prise en charge chirurgicale par l'orientation vers les structures d'hospitalisation les mieux adaptées à la pathologie concernée et à la patiente.
- Ouvrir des possibilités de formation, au sein du groupement, aux techniques chirurgicales innovantes.
- Elaborer et partager des protocoles de prises en charge communs.

CANCEROLOGIE

- Orienter le patient vers la structure d'hospitalisation la plus adaptée à sa pathologie et son pronostic au sein du groupement.
- Consolider les coopérations public-privé existantes lorsqu'elles répondent aux objectifs qualitatifs de prise en charge des patients.
- Améliorer la lisibilité du parcours des patients au sein de chaque établissement et au sein du groupement, en fonction de la pathologie.
 - Conduire la réflexion au sein des 3C de chaque établissement, en prenant notamment en considération l'expertise disponible au sein de chacun des établissements.
 - Créer un outil partagé du groupement décrivant le parcours du patient en cancérologie et le diffuser pour faciliter l'adressage des patients par les praticiens.
- Homogénéiser les prises en charge.
 - Organiser des RCP communes (par visioconférence éventuellement).
 - Développer la télétransmission de l'imagerie.
- Assurer la connaissance et la promotion des différentes techniques de recours disponibles au sein du groupement (radiothérapie stéréotaxique, curiethérapie, chimio embolisation, cimentoplasties, biopsies et actes interventionnels divers).
 - Favoriser l'accès et la formation des praticiens du groupement.
- Améliorer les délais et la proximité de la prise en charge des patients.
 - Mettre en place des consultations avancées.
 - Envisager la création de postes de praticiens partagés.
 - Améliorer l'accès au plateau technique.

MEDECINES INTERVENTIONNELLES (CARDIOLOGIE, PNEUMOLOGIE, HEPATO GASTROENTEROLOGIE ET HEMATOLOGIE)

- Orienter le patient vers la structure d'hospitalisation la plus adaptée à sa pathologie et son pronostic au sein du territoire.
- Favoriser l'accès du patient aux techniques de recours disponibles au sein du groupement (autogreffes, coronarographies, échographies de stress, actes interventionnels en hépato-gastroentérologie et pneumologie).
- Organiser des RCP communes.
- Envisager les moyens de répondre aux problématiques de démographie médicale.
 - Consultations dédiées.
 - Praticiens partagés.
 - Développer la télémédecine.
 - Améliorer le cadre d'exercice.
- Protocoliser les prises en charge.

FILIERE NEUROLOGIE

- Orienter le patient vers la structure d'hospitalisation la plus adaptée à sa pathologie et son pronostic au sein du groupement.
- Formaliser et développer les liens des services de neurologie et la coopération avec le secteur psychiatrique.
 - Mise en place d'un groupe de travail pérenne pour aborder les problématiques en lien avec le secteur psychiatrique.
- Améliorer les délais et la proximité de la prise en charge des patients.
- Aider au développement d'unités spécialisées dans les établissements membres.
- Augmenter le nombre de praticiens du groupement.
 - Réflexion sur la création de poste de praticiens partagés.
 - Réflexion sur la création d'une équipe territoriale de neurologie.
- Faciliter l'accès aux explorations fonctionnelles de Neurologie.
 - Formaliser le réseau Télé-EEG Adultes qui sera à coordonner avec le réseau EEG régional (technologie commune permettant la récupération des tracés sur l'ensemble du territoire, coordination du réseau pour l'interprétation et la formation des techniciens).
 - Fluidifier l'accès à l'EMG (poursuivre la formation médicale pour la pratique des EMG, organiser des staffs communs par visio-conférence).
- Mettre en place une RCP commune et protocoliser les prises en charge.
- Renforcer le dispositif Télé-AVC.
 - Assurer l'extension de la plage horaire sous réserve des évolutions de la démographie médicale.
 - Réfléchir aux modalités d'une garde neuro-vasculaire régionale.

FILIERE AUTRES DISCIPLINES MEDICALES

La filière concerne les services de médecine de spécialité présentant une caractéristique commune liée au volume important de l'activité de consultation, sans nécessiter le recours systématique à un plateau technique lourd.

Ces disciplines sont le plus souvent regroupés dans des services de médecine polyvalente (avec parfois des unités dédiées) dans les établissements membres du groupement (hors CHRO).

Il s'agit des services de maladies infectieuses, rhumatologie, médecine interne, dermatologie, endocrinologie et douleur - soins palliatifs.

- Lister les besoins en termes de consultations avancées par spécialité pour faire face à la volumétrie importante du nombre de patients, en comparaison de la démographie médicale.
 - Consultations médicales.
 - Consultations paramédicales.
 - Réalisation d'actes techniques (échographies).
 - Télémédecine.
 - Création de postes de praticiens partagés en vue de la constitution d'équipes territoriales dans certaines spécialités.
- Organiser des RCP communes (médecine infectieuse, fédération des maladies de système).
- Aider au développement d'unités spécialisées dans les établissements membres.
- Créer des consultations dédiées au bénéfice des patients adressés par les établissements membres.
- Intégrer les patients du territoire en s'appuyant sur les filières existantes (drépanocytose, maladies de système, VIH, Hépatite C, Verneuil).
- Coordonner le parcours de soins des patients obèses par le Centre Spécialisé Obésité.
- Orienter le patient vers la structure d'hospitalisation la plus adaptée à sa pathologie et son pronostic.
- Accompagner les établissements membres demandeurs par le CLUD du CHRO.
- Mettre en place une collaboration renforcée sur la prise en charge palliative accompagnée, notamment par l'EADSP.

FILIERE CHIRURGIE

- Orienter le patient vers la structure d'hospitalisation la plus adaptée à sa pathologie et son pronostic au sein du groupement.
 - Adresser la chirurgie lourde vers l'établissement de recours.
 - Maintenir une chirurgie de qualité et de proximité dans les établissements du groupement.
 - Favoriser l'adressage des patients chirurgicaux à l'intérieur des établissements du groupement.
 - Développer les consultations avancées.
 - Réfléchir à la création de poste de praticiens partagés.
 - Réfléchir à la création d'une équipe territoriale.
 - Favoriser la mobilité.
- Assurer les conditions d'une meilleure attractivité du département pour les praticiens.
 - Proposer des formations à la chirurgie robotique et aux autres techniques innovantes.
 - Organiser des staffs communs par visioconférence.
 - Améliorer les conditions d'accueil des internes pour augmenter leur effectif dans les établissements du groupement.
- Faciliter l'accès au plateau technique du CHRO : imagerie, réanimation, laboratoire de biologie, anatomopathologie.
- Identifier des interlocuteurs « experts » dans chaque discipline chirurgicale au sein de l'ensemble du groupement.
- Promouvoir un outil de communication sur l'offre de soins en chirurgie disponible au sein de chaque établissement du groupement, à destination des praticiens du territoire.
- Anesthésie :
 - Identifier le réanimateur chirurgical de garde comme interlocuteur unique pour la prise en charge des patients chirurgicaux adressés en urgence par les établissements du groupement.
 - Renforcer l'attractivité de cette spécialité.
 - Travailler à l'élaboration d'une convention permettant de valider les consultations d'anesthésie de proximité.
 - Elaborer une convention entre les établissements du GHT concernant les retours de patients adressés à l'établissement support pour avis et/ou prise en charge spécialisé dans le contexte "traumatologique", en particulier pour les patients relevant des spécialités suivantes : neurochirurgie, chirurgie vasculaire, chirurgie thoracique.
 - Mettre en place des consultations par télémedecine pour avis spécialisés, dans le domaine de l'anesthésie (certaines consultations pré-anesthésiques pour les disciplines non pratiquées en dehors de l'établissement support), ou de la réanimation (chirurgicale, neurotraumatologique).
 - Favoriser la diffusion des protocoles de prise en charge, en particulier dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Ceci devra s'accompagner de conventions entre les établissements relevant du GHT pour la prise en charge en urgence de patients ayant bénéficié d'un acte de chirurgie ambulatoire dans un des établissements du GHT.

FILIERE PREVENTION

- Coordonner les actions d'éducation thérapeutique au niveau du groupement.
 - Identifier les programmes existants au sein de chaque établissement membre.
 - Identifier des référents par thématique dans chaque établissement.
 - Permettre l'échange de pratiques par le biais de la création d'une unité territoriale notamment.
 - Créer des consultations avancées.
 - Envisager des partenariats avec la médecine de ville.
- Renforcer la coordination entre les différents réseaux de santé.
- Développer les actions de promotion de la santé sur le territoire du groupement.
- Promouvoir les partenariats avec les structures médico-sociales après avoir réalisé un état des lieux des besoins.

c- Association du secteur psychiatrie

L'aspect relatif à la prise en charge psychiatrique des patients doit faire l'objet d'une réflexion au sein de chacune des filières. Une réflexion sur une filière psychiatrique du groupement doit être menée.

d- Modalités de la coordination avec le CHU de Tours

Le GHT du Loiret est associé au Centre Hospitalier Universitaire de Tours. Eu égard à sa dimension régionale, le CHR d'Orléans est l'établissement de recours pour certaines filières de soins.

La convention avec le CHRU de Tours apportera les précisions relatives aux modalités de coopération en matière de formation médicale, de démographie et de recherche.

3- MODALITES D'ELABORATION DU PROJET

Le périmètre des filières établies dans le cadre de ces objectifs médicaux pourra être amené à évoluer en fonction des concertations à venir.

Dans l'élaboration du projet médical est prise en compte la dimension « inter-filière », nécessaire à une prise en charge de qualité :

- Coordination des filières avec chacun des plateaux techniques concernés : l'organisation commune des divers plateaux techniques du groupement doit être décrite dans le projet médical partagé afin de répondre aux objectifs médicaux des différentes filières de prise en charge.
- Description des parcours patients : le parcours patient est décrit dans le projet médical en prenant en compte sa dimension inter-filière.

L'élaboration du projet nécessite l'implication des différents acteurs du territoire :

- Ensemble des praticiens concernés par le parcours patient, représentant chaque établissement du groupement.
- Psychiatrie.
- HAD.
- Etablissement et services médicosociaux.
- Représentants des usagers.

Le projet de soins partagé du groupement devra s'articuler avec le projet médical partagé.

B- GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE ET ORGANISATION DES ACTIVITES PAR FILIERE

1- FILIERE GERIATRIQUE

Le projet médical du GHT 45 est construit avec l'ensemble des partenaires des établissements publics de santé du territoire. Le travail a permis d'explorer les différents types de parcours des patients. Il a été choisi de décrire prioritairement les trois situations ci-dessous :

- Patient âgé adressé aux urgences.
- Patient âgé présentant des troubles intellectuels / dément (avec ou sans troubles comportementaux).
- Oncogériatrie.

Ces trois situations sont très fréquentes et reflètent une grande variabilité d'offres de soins avec un recours au SAU largement inadapté, et des pathologies sous diagnostiquées ou sous explorées.

Pour décrire le parcours de soins des patients âgés dans les trois situations choisies, nous proposons la classification utilisée par les gériatres pour adapter les explorations diagnostiques et les soins selon l'état de santé de la personne âgée.

Il est défini trois types de patient âgé : celui en bonne santé, le patient fragile et le patient en mauvais état de santé.

- Le patient en bonne santé présente peu de comorbidités et sans répercussion sur l'état de santé. Il garde une activité et une autonomie non modifiée par rapport à celle d'un adulte.
- Le patient fragile présente un déclin de son état de santé qui reste modéré, avec des comorbidités multiples mais gardant une autonomie et une activité conservée. La survenue d'une nouvelle pathologie peut conduire ce patient à devenir dépendant ou en santé altérée avec pertes de ses « réserves ». Ce patient relève d'une prise en charge adaptée gériatrique si possible pour maintenir ses capacités.
- Le patient en mauvaise santé ou en santé altérée ou « dépassée » est dépendant dans les activités quotidiennes, présente des pathologies multiples invalidantes et parfois non stabilisées. Il relève souvent d'une institutionnalisation ou d'un maintien au domicile avec des aides renforcées.

L'âge d'un patient relevant de la gériatrie est fixé à 75 ans. Les gériatres peuvent être amenés à prendre en charge des patients plus jeunes mais physiologiquement altérés.

a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE

PATIENT AGE ADRESSE AUX URGENCES

Trois situations sont retrouvées :

- Le recours au SAU est adapté et différentes situations cliniques ont été listées (*cf. tableau sur le passage au SAU pour le patient âgé*), précisant les ressources en soins cliniques et

paracliniques à mobiliser. Le recours au plateau technique, dont l'imagerie, et aux avis de spécialistes est alors nécessaire. L'hospitalisation en fonction des patients se fera dans un service de médecine d'organe, de chirurgie ou de gériatrie. La prise en charge en structures gériatriques ou l'avis gériatrique (via l'Unité Mobile Gériatrique intra hospitalière), particulièrement pour les patients fragiles, permet de mettre en œuvre toutes les mesures pour éviter la perte d'autonomie.

Les patients en santé altérée bénéficient aussi des soins gériatriques, avant un retour éventuel en structures d'hébergement (EHPAD). L'élaboration d'un projet social adapté est fondamentale car il évite les ré-hospitalisations inadaptées, particulièrement via les services d'urgence. Le travail des équipes sociales, s'appuyant sur les médecins (gériatres) et sur les équipes pluridisciplinaires, doit permettre le lien entre le secteur d'hospitalisation et les partenaires extérieurs (SSR, HAD, CLIC, MAIA...).

- Le recours au SAU est discutable quand il s'agit d'un biais pour une hospitalisation dans des services « difficiles d'accès » en raison d'une capacité d'accueil insuffisante pour la population (services de cancérologie, de gériatrie...). Le repérage des pathologies et l'adaptation des capacités médicales face au vieillissement doit permettre d'éviter le recours au SAU. Les hospitalisations directes avec un numéro de téléphone unique par site hospitalier, le développement des consultations de gériatrie et / ou spécialisées sont un socle pour prendre en charge les patients âgés avant qu'ils ne recourent au SAU pour être hospitalisés.

- Le recours est inadapté pour certaines situations listées dans le tableau ci-joint. Il s'agit alors de structurer la filière gériatrique pour repérer et anticiper les diagnostics (médicaux mais aussi sociaux) et orienter les patients. La difficulté des EHPAD recevant des patients toujours plus poly pathologiques et « lourds » tant en soins de nursing qu'en soins infirmiers doit être prise en compte. Les Unité Mobiles extra hospitalières, la télémédecine, les HAD...sont des outils pour ces structures avant que les patients ne soient adressés au SAU pour des situations ne relevant pas de l'urgence vraie.

Ce parcours du patient âgé adressé aux SAU est le reflet des difficultés de la filière gériatrique.

PATIENT AGE PRESENTANT DES TROUBLES COGNITIFS

Différentes situations ont été présentées.

Les pathologies cognitives et démentielles du sujet âgé avec ou sans troubles psycho-comportementaux, parfois intriquées avec des troubles psychiatriques, sont largement sous diagnostiquées. Le diagnostic est souvent fait lors de situations médicales ou sociales aiguës avec un mode d'entrée fréquent via les services d'urgence. Ces pathologies aiguës peuvent être des pathologies d'organe autre que neurologiques conduisant le patient en hospitalisation, soit dans un service de médecine ou de chirurgie, soit en gériatrie.

Le repérage des troubles cognitifs est souvent fait au cours de l'hospitalisation en gériatrie et largement sous-évalué dans les services de spécialité. L'adressage du patient peut venir du médecin traitant ou à la demande de la famille ou de l'entourage (aidants). Certaines situations sociales aiguës peuvent conduire à un adressage au SAU, à une entrée directe en service de gériatrie ou à une hospitalisation en psychiatrie.

Le repérage des pathologies se fera aussi avec la formation de l'ensemble de la filière de soins intra hospitalière mais aussi extra hospitalière (médecins, infirmiers, aide soignants et auxiliaires de vie...), et le parcours de santé PAERPA. Les consultations spécialisées (consultations « mémoire » ou « HDJ mémoire », CM2R) permettent le diagnostic des pathologies cognitives à un stade précoce et sont un recours pour les situations diagnostiques complexes.

La consultation de gériatrie assure le diagnostic des pathologies démentielles courantes, les neurologues hospitaliers ou libéraux participent au travail de dépistage diagnostique. Les pathologies démentielles sont sources de perte d'autonomie et de dépendance. La mise en place des aides à la personne, (SSIAD, Aides via l'APA, CLIC,...) et le lien avec les différents acteurs sociaux permettent de maintenir le patient à son domicile en évitant l'épuisement de l'aidant.

ONCOGERIATRIE

L'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation des pathologies cancéreuses. Le sujet âgé doit bénéficier d'un dépistage au même titre que le sujet plus jeune, avec un recours aux consultations de cancérologie, aux RCP et à des traitements et des soins de qualité.

La consultation d'onco-gériatrie permet une évaluation du patient et une classification selon son état de santé et sa survie. La décision des thérapeutiques et des soins en cancérologie sera dépendante de cette évaluation d'onco-gériatrie.

Le gériatre n'est pas oncologue mais permet à l'oncologue d'ajuster sa décision thérapeutique. Cela nécessite des gériatres formés au sein de structures hospitalières. Le recours au SAU est encore un mode d'entrée pour les patients présentant des pathologies néoplasiques ou présentant ou décompensant d'autres pathologies (exemple de la chute fracturaire d'une personne âgée adressée aux urgences et dont l'évaluation clinique va révéler comme facteur de la chute une néoplasie méconnue).

Les patients doivent être adressés dans les consultations ou les services de cancérologie. Certains patients fragiles relèvent des services de gériatrie d'emblée mais doivent toujours bénéficier de l'expertise des oncologues. Les diagnostics nécessitent des plateaux techniques (imagerie, médecine nucléaire, biologie spécialisée...). Les patients doivent aussi pouvoir bénéficier des structures et de l'évaluation palliative, et du recours à une hospitalisation soit dans des LISP soit dans une unité palliative.

b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

D'une manière générale, la permanence des soins pour les patients pris en charge en gériatrie dans les divers établissements du groupement est assurée selon les modalités définies par chacun des établissements

Dans le cadre de l'adossement du service de médecine et de SSR de l'hôpital de Beaugency aux services de gériatrie du CHR d'Orléans, une organisation innovante de la permanence des soins en semaine est proposée.

Compte-tenu de la rareté des ressources médicales sur le territoire de Beaugency, le CHRO en tant qu'établissement support envisagerait de proposer à titre expérimental une astreinte commune, en semaine, de gériatrie.

c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES

L'objectif du présent projet est d'éviter au maximum le passage des personnes âgées fragiles aux urgences des établissements. C'est la raison pour laquelle le choix a été fait de décrire spécifiquement un parcours patient relatif à la prise en charge de la personne âgée en urgence.

d- PLATEAUX TECHNIQUES

En gériatrie, la télémédecine est déployée au CHR avec des CH du Loiret et l'EHPAD de Villecante. Il est prévu d'élargir son déploiement à l'ensemble des CH du territoire qui en manifestent le besoin, et à davantage d'EHPAD déjà équipés.

D'une manière générale, l'hospitalisation des personnes âgées ne nécessite pas forcément le recours à un plateau technique. Les travaux d'élaboration du présent projet ont montré la nécessité d'une filière gériatrique organisée permettant, chaque fois que nécessaire, d'orienter le patient vers la structure disposant du plateau technique requis et son retour vers l'établissement d'accueil. C'est sur ce constat notamment et ce principe d'organisation qu'est conçue la coopération entre le CHRO et l'hôpital de Beaugency.

e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS

L'ARS a accompagné et autorisé la création d'une Equipe Mobile Gérontologique extrahospitalière (EMG-EH) au CHRO, qui a vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire du département. Les consultations réalisées par cette équipe permettront une prise en charge gériatrique plus adaptée, un repérage plus précoce de la fragilité par le partage de protocoles et de pratiques professionnelles visant à anticiper des situations à risque. Par ailleurs, le projet prévoit une réflexion sur les délégations de tâches possibles, permettant de développer des consultations paramédicales avancées d'évaluation et d'orientation des patients.

f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Le développement de la culture gériatrique et de l'organisation avec l'équipe mobile extrahospitalière (EMG-EH) doit faire prévoir une montée en charge des hospitalisations de jour et programmées en court séjour gériatrie. Celles-ci permettront notamment la réalisation des bilans mémoire ou de bilans d'évaluation complexe nécessitant la mise en route de l'EGS (Evaluation Gériatrique Standardisée) avec ses compétences relevant de la multidisciplinarité.

g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

HAD

Elle offre la possibilité d'éviter ou de limiter la durée de l'hospitalisation conventionnelle. L'Hospitalisation A Domicile, permet de répondre aux besoins de soins complexes et coordonnés sur le lieu de vie habituel de la personne âgée. Elle préserve ainsi le lien social (entourage familial, réseau de soins antérieur), contribue à limiter les risques de décompensation, et peut permettre une récupération optimale en remplaçant, dès que possible, la personne âgée dans son environnement de vie habituel.

Cette intervention est a fortiori importante pour la population des résidents d'EHPAD. Les missions de l'HAD, par nature multidisciplinaire, et concernant les personnes âgées, peuvent, de façon synthétique, se décliner comme suit : éviter l'hospitalisation "classique" ou réduire sa durée :

- En programmant les explorations en Hôpital de Jour ou de Semaine gériatrique lorsque nécessaire.
- En permettant une sortie rapide avec les soins requis : soins techniques, soins longs, soins coûteux, soins complexes coordonnés (rééducation, palliatif, soins de support en oncologie).
- En évitant - dans les limites du possible et du médicalement raisonnable - tout recours aux services d'urgence hospitaliers par des prises en charge rapides sur le lieu de vie.
- En offrant une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée à la polypathologie et aux spécificités de la personne âgée.
- En proposant une prise en charge rapide sur le lieu de vie, avant ou à la place de toute hospitalisation conventionnelle, dès lors que le besoin de recours au plateau technique n'est pas indispensable ou peut être différé.

EHPAD

La problématique des soins gériatriques donnés aux résidents âgés au sein des EHPAD est liée à un état de santé parfois avancé des patients entrant en EHPAD, du fait d'un âge élevé et de comorbidités multiples intriquées. L'entrée en EHPAD est souvent le « témoin » de la dépendance, qu'elle soit physique ou psychique, et le plus souvent associée. Les problèmes sociaux sont présents et parfois complexes (problème social plus souvent en amont de l'EHPAD).

Suivant la classification gériatrique des personnes âgées en trois groupes (« en bonne santé », « fragile » et « en mauvais état de santé ») nous retrouvons donc majoritairement des résidents le plus souvent en santé altérée.

CONSTATS

Les soins gériatriques pour les résidents en EHPAD posent les problèmes suivants :

➤ Au sein des EHPAD

- L'organisation et la coordination des soins gériatriques sont assurées par le médecin coordonnateur et l'infirmière qui doit être formée, elle aussi, aux soins gériatriques.
- Tous les EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur.
- En raison de la raréfaction du médecin traitant, le médecin coordonnateur peut être amené à assurer les soins médicaux des patients (sans médecin traitant) alourdissant sa charge de travail.
- Horaires de présence de l'infirmière laissant de larges créneaux sans IDE (surtout la nuit), avec seulement des aides-soignants en « première ligne » en cas de problèmes de santé (aigu, brutal et /ou non prévu) d'un résident.

- Difficultés, pour les soignants des EHPAD, à apprécier le niveau de gravité des pathologies dans les situations d'urgence.

L'arrivée des patients venant des services hospitaliers en EHPAD, soit pour première admission, soit après un retour d'hospitalisation, est compliquée par l'absence de renseignements médicaux et paramédicaux.

- Difficulté en raison de l'absence de transmissions et/ou de CRH, soit du service hospitalier, soit du SAU (quand le patient n'est pas hospitalisé mais bénéficie seulement d'un bilan dans un service d'urgence, avec retour parfois dans la nuit ou hors des horaires « habituels »).

Matériel médical insuffisant :

- Certains matériels médicaux, insuffisamment présents dans les EHPAD, permettraient d'améliorer la prise en charge et participeraient au diagnostic de certaines situations d'urgence : ECG (éventuellement avec tracé numérisé et pouvant être envoyé par internet), appareil BLADDER SCAN, défibrillateur...
- Transfert des EHPAD (en urgence ou non) avec le document de liaison d'urgence (DLU), avec traçabilité du consentement du patient et ou de sa famille, notification de la personne référente et de confiance : semble acquis.
- Intérêt de l'inclure dans le dossier médical du patient (DMP) ?
- Revoir les procédures de transfert avec les services d'urgence et les services hospitaliers pour une harmonisation.
- Difficultés posées par certains problèmes éthiques et non tracés.

➤ Au sein des établissements hospitaliers

- Méconnaissance ou absence de référents médicaux hospitaliers sur le territoire pour participer à des astreintes téléphoniques et assurer des hospitalisations programmées ou aider à la gestion des situations semi urgentes.
- Insuffisance de places d'hospitalisation.
- Discussion sur la place des Unités Mobiles Gériatriques extra hospitalières et des autres Unités mobiles (ergothérapie) pour améliorer le soin gériatrique sein des EHPAD ? mais « goutte d'eau par rapport aux besoins ?
- CRH en sortie d'hospitalisation « incomplets » : pas de synthèse, pas d'objectifs de soins (ré hospitalisations ou non ?, soins palliatifs ou non ?...).
- Insuffisance d'utilisation de la visioconférence : formations insuffisantes, insuffisance de régularité ou réunions trop espacées...

PROPOSITIONS

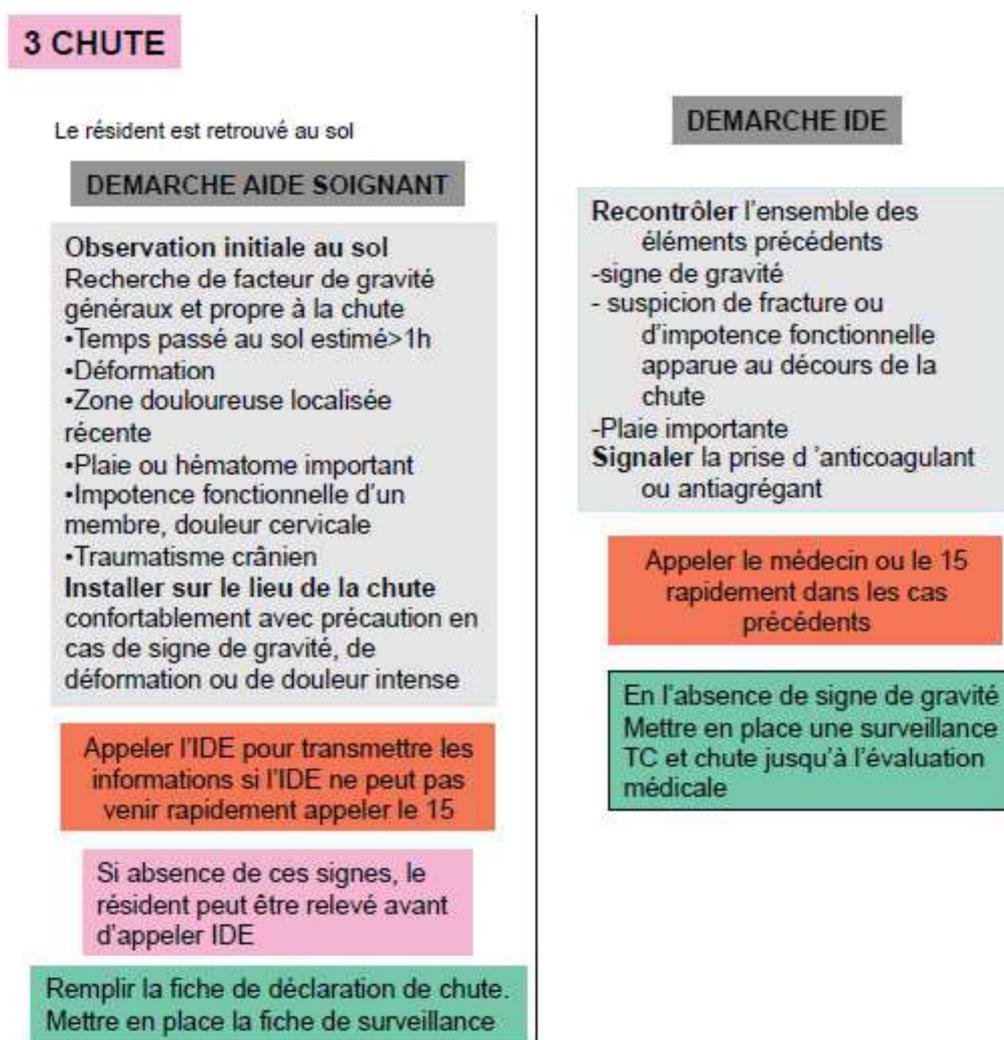
➤ Médecins

- Formation des médecins à la coordination en EHPAD et formation des médecins généralistes aux pathologies gériatriques rencontrées au sein des EHPAD.
- Augmentation du nombre de gériatres.
- CRH à la sortie d'hospitalisation du patient avec synthèse et objectifs.
- Augmenter l'utilisation de la visioconférence :
 - Former des médecins hospitaliers, coordonnateurs et généralistes.

- Structurer les réunions de visioconférences : pour commencer, par exemple, sur des thématiques telles que les syndromes gériatriques, puis en y associant progressivement des discussions de dossiers médicaux.

➤ Gradation des soins et des prises en charge gériatriques au sein des EHPAD

- Introduction dans les EHPAD « de protocoles d'aides dans les situations à risques ».
 - Fiches destinées aux paramédicaux et concernant certaines pathologies fréquentes survenant dans un contexte d'urgence et /ou aigu.
 - Mise en place d'une « check list » permettant aux soignants de repérer les signes nécessitant un appel du médecin.
 - Ces documents seraient utilisables aussi par les aides-soignants, particulièrement la nuit où, souvent, ils sont seuls confrontés à des situations (dont les 20 listées ci-dessous) aiguës et/ou urgentes.
 - Formation des soignants à leur utilisation.



- 20 fiches : documents sur l'agitation, le traumatisme crânien, la chute, la perte de connaissance, la suspicion d'AVC, le mal de tête (céphalée aiguë), l'asphyxie, les difficultés respiratoires (dyspnée), le saignement de nez (épistaxis), les douleurs thoraciques, les douleurs abdominales, la diarrhée, la constipation, le vomissement, la fièvre, l'hémorragie, la plaie, la grosse jambe chaude, l'hypoglycémie et le surdosage en AVK.

- Poursuite des réflexions éthiques au sein des EHPAD. Le questionnaire de René Sebag Lanoe est un document qui pourrait servir de base à une réflexion éthique commune aux EHPAD et aux services de gériatrie du GHT. Il permet une réflexion sur les soins incluant le patient, sa famille et l'équipe soignante au sens large du terme, donc pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Il ne doit pas être source de limitations inadaptées de soins. Le travail mené au sein du GHT avec l'ensemble des médecins participant aux réunions doit être poursuivi pour élaborer une réflexion éthique commune et assurer la formation des équipes soignantes, y compris médicales, en lien avec les structures déjà existantes (Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs EADSP).

QUESTIONNAIRE DE RENÉE SEBAG LANÖE

- 1 Quelle est la maladie principale du patient ?
2. Quel est son degré d'évolution ?
3. Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
4. Est-il facilement curable ou non ?
5. Y-a-t-il eu une répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses ?
6. Que dit le malade, s'il peut le faire ?
7. Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?
8. Quelle est la qualité de son confort actuel ?
9. Qu'en pense la famille ?
10. Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?
11. Quel est son état nutritionnel ?

Ce questionnaire est destiné à se poser les questions nécessaires à une prise de décision médicale de juste soin en accord avec les souhaits du résident, de sa personne de confiance et/ou de la famille. Ce questionnement se fait en équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur pour être intégré au projet de soins et au projet de vie du résident.

- Délégation de tâches entre médecins et soignants (particulièrement les infirmiers) : elle peut être source d'amélioration de la qualité des soins (meilleure réactivité), en raison d'une présence médicale rare. Ces délégations de tâches doivent être structurées, protocolisées et harmonisées au sein du GHT, en lien avec les recommandations HAS et les arrêtés de l'ARS sur les protocoles de coopération. Une réflexion doit donc être menée entre les différents acteurs du GHT pour avancer dans cette voie.
- Formations du personnel des EHPAD : la formation des personnels soignants est capitale dans la qualité des soins accordés aux résidents. Elle doit tenir compte d'une insuffisance de temps soignants infirmiers, particulièrement la nuit, laissant seuls des aides-soignants face à des patients présentant des situations « aiguës » relevant ou non de l'urgence. Les soignants doivent donc être formés aux pathologies et symptomatologies fréquemment rencontrées (exemple : la chute, la douleur), avec mise en place de « check list » qui conditionneraient l'appel du médecin ou le recours d'emblée aux services d'urgence.

Cette réflexion au sein du GHT doit être poursuivie avec la mise en œuvre de formations harmonisées. Les formations pourront être assurées par des médecins du Loiret : médecins hospitaliers, médecins coordonnateurs, gériatres dans le cadre de

l'EMG-EH et médecins généralistes (à discuter). Le recours à la télémédecine paraît intéressant.

- Permanence des soins IDE : il est reconnu que la présence d'un IDE la nuit améliore la prise en charge des patients et diminue le recours inadapté en urgence à l'hôpital. L'EHPAD de l'hôpital de Beaugency a mis en place un temps d'IDE d'astreinte la nuit. L'infirmier est appelé en cas d'urgence ou de situations difficiles le requérant sur place. Le « retour » de cette expérience est très favorable. Il est donc décidé d'élargir aux EHPAD publiques voisines cette expérience avec projet de mise « en commun » d'une IDE pour plusieurs EHPAD (Meung sur Loire...). Une réflexion va être menée en ce sens avec les directeurs des EHPAD et les médecins coordonnateurs. Un projet sera ensuite élaboré si la réflexion aboutit.

CONCLUSION

Les points cruciaux actuels pour les EHPAD sont :

- Formations des personnels.
- Harmonisation des protocoles et procédures avec mise en place de checklist (portant sur les symptômes ou sur la pathologie) avant recours aux médecins ou adressage au SAU.
- Acquisition de matériels indispensables (bladder scan).
- Réflexion éthique commune aux services de gériatrie et aux EHPAD du GHT.
- Délégation de tâches à définir (protocoles de coopération).
- Permanence des soins en EHPAD avec recours à des IDE d'astreinte la nuit (pouvant être communes avec plusieurs EHPAD).
- Comptes rendus d'hospitalisation à la sortie du patient en EHPAD avec synthèse et objectifs, documents de transmissions paramédicales.

Ces points devront faire l'objet de réflexions complémentaires, soit en groupes de travail restreints, soit en réunion du GHT, pour permettre l'avancement de ces projets et leur mise en place.

h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE

Le volet qualité du présent projet prévoit notamment la définition d'indicateurs communs et spécifiques pour chaque filière qui permettront le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Un suivi de l'évaluation du projet sera réalisé annuellement en collège médical.

2- FILIERE URGENCES

Le groupe de travail de la filière urgences du GHT 45 implique des représentants de l'ensemble des structures d'urgence du territoire et se nourrit notamment des travaux du Réseau Territorial des Urgences.

La filière « Urgences » du projet médical partagé du GHT 45 est, par nature, en lien avec les autres filières envisagées par le projet médical pour la prise en charge de diverses pathologies.

La gradation proposée ci-dessous n'identifie pas des pathologies mais trois situations de prise en charge de l'urgence, à savoir :

- Patient en situation d'urgence à domicile.
- Patient se présentant dans une structure d'urgence du territoire.
- Patient en situation d'urgence, hospitalisé dans un service de soins d'un établissement du territoire.

a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR SITUATION

PATIENT EN SITUATION D'URGENCE A DOMICILE

Trois cas de figure peuvent être distingués :

- Besoin évident de recours à une spécialité :
 - Offre disponible au CHRO ou au CHAM dans la spécialité : orientation vers l'établissement le plus proche.
 - Offre uniquement disponible au CHR d'Orléans : orientation d'emblée vers le CHR d'Orléans.
- Absence de besoin d'une spécialité de recours : orientation vers l'établissement géographiquement le plus proche du domicile du patient, disposant d'une structure d'urgence.
- Doute diagnostic : orientation vers l'établissement géographiquement le plus proche du domicile du patient, disposant d'une structure d'urgence

PATIENT SE PRESENTANT DANS UNE STRUCTURE D'URGENCE DU TERRITOIRE

La réorientation éventuelle dépend de la réponse à la question : *l'état du patient justifie-t-il une prise en charge de recours ?*

- NON : le patient est pris en charge dans l'établissement disposant d'une structure d'urgence dans lequel il s'est présenté.
- OUI : le patient est transféré vers l'hôpital de recours en collaboration avec le SAMU, a fortiori si une médicalisation est nécessaire (via ou non la structure d'urgence de l'hôpital de recours) : le principe d'un contact direct entre le médecin demandeur et le médecin receveur doit être privilégié.
 - En première intention : au CHR d'Orléans.

- En seconde intention : au CHRU de Tours.
- En troisième intention : vers un hôpital de référence hors région.

PATIENT EN SITUATION D'URGENCE HOSPITALISE DANS UN SERVICE DE SOINS

Deux cas de figures doivent être distingués, suivant que l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé dispose ou pas d'une structure d'urgence :

- Hôpital ne disposant pas de structure d'urgence : le patient est transféré vers l'un des établissements du territoire disposant d'une structure d'urgence en collaboration avec le SAMU, a fortiori si une médicalisation est nécessaire, en fonction de l'évaluation du patient. Le principe d'un contact direct entre le médecin demandeur et le médecin receveur doit être privilégié.
- Hôpital disposant d'une structure d'urgence :
 - Prise en charge possible sur place : pas de transfert du patient.
 - Prise en charge impossible sur place : transfert en collaboration avec le SAMU, a fortiori si une médicalisation est nécessaire SAMU. Le principe d'un contact direct entre le médecin demandeur et le médecin receveur doit être privilégié.
 - Transfert vers l'hôpital de référence : CHRO ou CHAM.
 - Transfert vers un hôpital de recours :
 - En première intention : au CHR d'Orléans.
 - En seconde intention : au CHRU de Tours.
 - En troisième intention : vers un hôpital de référence hors région.

b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Afin d'offrir une égalité d'accès aux soins en urgence, la permanence des soins, telle qu'elle est organisée aujourd'hui, doit être maintenue.

Toutefois, pour assurer la pérennité de l'organisation territoriale, des recrutements supplémentaires de praticiens urgentistes sont nécessaires.

Dans le cadre du projet médical partagé du groupement, il sera possible d'envisager ces recrutements sur des postes partagés, première étape de la constitution d'une équipe territoriale.

c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES

En complément de la description des prises en charge en fonction des diverses situations (paragraphe I), la mise en place systématique d'une fonction orientation / accueil médical et paramédical est prévue dans le cadre du présent projet.

Par ailleurs, il est prévu de développer les procédures d'entrée directe dans certains services de spécialité.

d- PLATEAUX TECHNIQUES

Dans les situations nécessitant un plateau technique hyperspécialisé, l'orientation du patient, se fait éventuellement en collaboration avec le SAMU a fortiori si une médicalisation est nécessaire, se fait vers l'établissement du groupement le plus proche disposant de l'offre de soins nécessaire et adaptée (services de réanimation, de chirurgie, d'imagerie interventionnelle, de cardiologie). Le principe d'un contact direct entre le médecin demandeur et le médecin receveur doit être privilégié.

e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS

Le présent projet propose de développer l'organisation de consultations non programmées sur le modèle de celles d'ores et déjà organisées au CHR (ophtalmologie, dermatologie). Par ailleurs, la réorientation des patients dont l'état le permet peut s'opérer vers les maisons médicales adossées ou non aux services d'urgence. La création de maisons médicales hospitalières, fonctionnant avec de praticiens salariés de l'hôpital, permet d'approfondir ces solutions alternatives au recours aux services d'urgence.

f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Un meilleur fonctionnement des unités d'hospitalisation de courte durée est attendu dans le cadre de la mise en place du présent projet, notamment au travers du gain attendu en termes de lisibilité de l'offre des différentes filières.

Les patients d'HTCD, dont l'hospitalisation doit se poursuivre en spécialité, doivent être adressés prioritairement aux établissements les plus proches géographiquement de leur domicile, dès lors que ces établissements disposent de l'offre de soins nécessaire.

En outre, l'amélioration des situations de crise suppose une organisation à l'échelle du groupement. Une organisation territoriale est envisagée par le présent projet, qui prévoit la mise en place d'une procédure commune «HOPITAL EN TENSION».

g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

L'objectif d'une meilleure fluidification des flux d'aval à partir des urgences appelle un développement des relations ville-hôpital et des partenariats avec les HAD d'une part, et le secteur médicosocial d'autre part. Ces deux derniers aspects sont envisagés dans le cadre de l'adhésion des structures au groupement.

Le développement des lettres de liaison remises au départ du patient, ainsi que le partage d'images avec les professionnels libéraux, doit s'étendre à l'ensemble des établissements du groupement pour permettre un renforcement du lien-ville hôpital, dans l'objectif d'une meilleure qualité de prise en charge des patients.

h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE

Le volet qualité du présent projet prévoit notamment la définition d'indicateurs communs et spécifiques pour chaque filière qui permettront le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Un suivi de l'évaluation du projet sera réalisé annuellement en collège médical.

3- FILIERE PERINATALITE, FEMME, ENFANT

La filière Périnatalité, Femme, Enfant envisage les coopérations à développer dans l'ensemble des disciplines suivantes : obstétrique, gynécologie, pédiatrie et chirurgie pédiatrique. La réflexion relative à l'élaboration du projet a été conduite avec les différents acteurs hospitaliers.

D'une manière générale, le champ des coopérations est vaste et le présent document ne prétend pas décrire de manière exhaustive l'ensemble des parcours patients qui pourront s'inscrire, à terme, dans une organisation territoriale.

Il priorise néanmoins les parcours patients pour lesquels les établissements membres sollicitent prioritairement un renforcement de la coopération, ceux qui peuvent être améliorés à court terme et/ou ceux qui présentent des fuites hors du territoire de santé ou vers le secteur privé, pour lesquels un recentrage sur le Loiret paraît légitime, sans porter atteinte à la qualité de prise en charge et en respectant le libre choix du patient.

Les parcours ou types de prise en charges suivants ont été retenus à ce titre :

- Orientation des femmes enceintes avec complication au cours de leurs grossesses.
- Cancérologie gynécologique.
- Chirurgie pédiatrique.
- Bronchiolite du nourrisson.
- Education thérapeutique en diabétologie pédiatrique.

a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE

ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES AVEC COMPLICATION AU COURS DE LEUR GROSSESSE

Constat : l'orientation des femmes est organisée sur le territoire en fonction des recommandations de l'HAS et avec le réseau « PERINAT CENTRE ». Le CH de Pithiviers n'a plus de maternité. Le CH de Gien dispose d'une maternité de niveau I et accepte les accouchements à partir de 34 semaines (1 800 kg). La maternité du CHAM est classée en niveau II B (accouchement à partir de 32 semaines).

Organisation du parcours patient : les femmes sont transférées au CHR à partir de 24 semaines d'aménorrhées, en respectant les conditions de transferts habituelles (transport par SAMU, accord du pédiatre réanimateur du CHR et de l'obstétricien de garde). A noter la mise en place en cours des TU informatisés. Pour les situations particulières et difficiles, le transfert peut être discuté à partir de 23 semaines d'aménorrhées.

CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE

Constat : pour les diagnostics de cancer de l'endomètre, du col de l'utérus, de l'ovaire et du sein, une prise en charge commune sur le territoire est proposée avec l'ensemble des établissements. Il est proposé de réorienter les patientes du territoire concerné vers le CHRO et le CHAM.

L'amélioration du dépistage sur l'ensemble du territoire nécessite une réflexion partagée entre les acteurs des différents hôpitaux. Les propositions d'orientation nécessitent la rédaction de protocole commun avec les gynécologues des établissements partenaires.

Cancers de l'endomètre et du col de l'utérus : une organisation de la filière en cancérologie doit se mettre en place pour orienter au mieux les patientes en fonction du stade TNM et de leur demande, avec validation en RCP multidisciplinaire.

Cancers de l'ovaire : favoriser l'adressage au CHRO pour la prise en charge des patientes (l'importance de la file active permettra le maintien d'un centre de compétence en la matière).

Cancers du sein : le CHAM réalise environ 100 prises en charge dans ce domaine, le CHRO 400. Les patientes sont orientées vers l'un des deux établissements en fonction de leur choix. Le CHRO peut proposer la reconstruction mammaire aux patientes du GHT.

FECONDATION IN VITRO

Le CHR dispose d'un centre de PMA en capacité de répondre aux besoins de la population du territoire du Loiret.

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

Constat : le CHRO est seul titulaire de l'autorisation de chirurgie pédiatrique sur le territoire. Il convient de noter que le CHAM réalise des interventions sur des enfants âgés de plus de deux ans et d'un poids supérieur à 12 kg en urologie notamment.

Organisation du parcours patient : d'une manière générale, les patients doivent être adressés au CHRO pour prise en charge chirurgicale. S'agissant des enfants polytraumatisés, ils sont orientés vers le CHRO sur régulation du SAMU, sauf dans les cas de suspicion de lésion neurologique, auquel cas le SAMU les oriente d'emblée vers le CHU de Tours.

BRONCHIOLITE DU NOURISSON

Le CHAM et le CH de Gien prennent en charge les bronchiolites non compliquées. En cas de pathologie « réanimatoire », la prise en charge est réalisée en réanimation pédiatrique au CHRO.

EDUCATION THERAPEUTIQUE EN DIABETOLOGIE PEDIATRIQUE

Le CHRO prend en charge les patients de diabétologie en suivi alterné avec les établissements demandeurs qui sollicitent le service pour l'ETP. Les patients montargois sont pris en charge par l'équipe de pédiatrie du CHAM.

b- PERMANENCE DES SOINS

D'une manière générale, la permanence des soins pour les patients de la filière est assurée selon des modalités définies par chacun des établissements concernés. En pédiatrie, les patients nécessitant une réanimation sont adressés et pris en charge au CHR d'Orléans. Par exemple, les aplasies cancérologiques et les bronchiolites sont prises en charge dans l'établissement de proximité mais sont admises en réanimation au CHR lorsqu'elles se compliquent.

c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES

Dans le cadre de sa maternité de niveau III, le CHRO est l'établissement de recours permettant la prise en charge des urgences obstétricales mais aussi gynécologiques ne pouvant être assurées par les établissements de proximité. Le CHAM, le CH de Gien et le CH de Pithiviers prennent en charge les urgences pédiatriques. Le CHRO dispose d'un service d'urgences pédiatriques dédié qui constitue l'offre de recours pour les établissements du territoire, et notamment la prise en charge des enfants polytraumatisés telle que décrite au I. Le partage des protocoles du CHRO pour la prise en charge des urgences pédiatrique pourra être envisagé dans le cadre du groupement.

d- PLATEAUX TECHNIQUES

Le CH de Gien participe à des staffs de Diagnostic Anténatal (DAN) avec Paris. Il est proposé que des staffs DAN soient réalisés dorénavant avec le CHRO en télé-médecine. En matière de chirurgie gynécologique, les patientes peuvent bénéficier d'une prise en charge chirurgicale par robot dans certaines indications. S'agissant des EEG pédiatriques, le projet médical prévoit que ces examens soient interprétés par le CHRU de Tours et qu'ils soient, à terme, réalisés au CHAM, au CH de Gien et au CHRO.

e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS

Des consultations avancées de chirurgie pédiatrique viscérale par un praticien du CHRO sont organisées à raison d'une fois par mois au CHAM. Un projet de mise en place d'une consultation d'orthopédie est en cours. En matière de neuro-pédiatrie, la nécessité de consultations avancées est prégnante au CHAM et au CH de Gien pour les cas nécessitant un avis de recours. Leur organisation est dépendante du recrutement pérenne d'un neuro-pédiatre au CHRO ; la mise en place de telles consultations pourra, en outre, être envisagée par télé-médecine. La création d'un Centre Périnatal de Proximité à Pithiviers permet la prise en charge des femmes en pré et post-partum. Le CHRO met en disposition 5 jours sur 7 des praticiens partagés au CH de Pithiviers.

f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Des hospitalisations de jour pédiatriques en allergologie, endocrinologie, rhumatologie et gastroentérologie sont proposées au CHRO pour les patients du territoire.

g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Dans le cadre du présent projet, la structuration de l'aval est en cours de réflexion avec les HAD du territoire. Des liens étroits existent actuellement entre l'HAD 45 et le service de pédiatrie du CHRO.

h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE

Le volet qualité du présent projet prévoit notamment la définition d'indicateurs communs et spécifiques pour chaque filière qui permettront le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. Un suivi de l'évaluation du projet sera réalisé annuellement en collège médical.

4- FILIERE CANCEROLOGIE ET MEDECINES INTERVENTIONNELLES

La filière « Cancérologie et médecines interventionnelles » envisage les coopérations à développer dans l'ensemble des spécialités suivantes au bénéfice de de la population du Loiret et vise à garantir un accès à des prestations de même qualité pour la population du territoire :

- Oncologie.
- Cardiologie.
- Pneumologie.
- Hépto-gastroentérologie.

La réflexion relative à l'élaboration du projet a été conduite entre les différents acteurs hospitaliers.

D'une manière générale, le champ des coopérations en matière de prise en charge dans cette filière est vaste et le présent document ne prétend pas décrire de manière exhaustive l'ensemble des parcours patients qui pourront s'inscrire, à terme, dans une organisation territoriale.

Il priorise néanmoins les parcours pour lesquels les établissements membres sollicitent un renforcement de la coopération, ceux qui sont d'ores et déjà existants mais non encore formalisés et/ou ceux qui présentent des fuites extrarégionales pour lesquels un recentrage sur le territoire paraît légitime, sans porter atteinte à la qualité de prise en charge et en respectant le libre choix du patient.

En cancérologie, il convient de noter qu'un dossier communicant commun (DCC) est utilisé par l'ensemble des acteurs de la prise en charge au niveau régional et permet de garantir un même niveau d'information sur l'état du patient et les conclusions des RCP.

Les parcours ou types de prise en charges suivants ont été retenus à ce titre :

- Hépatocarcinome (transplantation hépatiques et chimio-embolisation).
- Cancérologie gynécologique pelvienne.
- Cancers ORL.
- Radiologie interventionnelle.
- Hémorragies digestives relevant d'une prise en charge en réanimation.
- Radiothérapie stéréotaxique.
- Pathologies hépatiques complexes : maladies rares du foie, traitement de l'hépatite C, transplantation hépatique pour hépatopathie décompensée.
- Urgences cardiologiques.

a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE

HEPATOCARCINOME

Constat : le CHR a mis en place une coopération avec le CHRU de Tours pour les patients relevant d'une transplantation hépatique, qui est une option thérapeutique des Carcinomes Hépatocellulaires (CHC), reposant notamment sur une visio-conférence hebdomadaire avec le CHRU et un suivi à partir du 3^{ème} mois post transplantation au CHRO.

Cette organisation pourrait profiter aux patients du territoire.

Dans ce cadre, les patients peuvent aussi bénéficier d'un traitement d'attente par chimio-embolisation au CHRO (technique de radio interventionnelle uniquement disponible au CHRO dans le département).

Organisation des parcours patients : les patients relevant de ces traitements sont diagnostiqués et le bilan est effectué dans un des établissements du territoire (CHAM, Gien ou Pithiviers).

Puis, ils sont adressés au CHRO en consultation de recours avant la discussion pour décision thérapeutique en visio-conférence avec le CHRU de Tours. Cette organisation fonctionne d'ores et déjà avec l'hôpital de Gien.

HEMORRAGIES DIGESTIVES RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE EN REANIMATION

Constat : deux centres sont susceptibles d'accueillir ces patients (CHAM et CHRO).

Organisation du parcours patient : le patient est orienté vers l'un des deux centres en fonction de la disponibilité en lits et de la proximité géographique avec sa résidence.

PATHOLOGIES HEPATIQUES COMPLEXES (MALADIES RARES DU FOIE, TRAITEMENT DE L'HEPATITE C, TRANSPLANTATION HEPATIQUE POUR HEPATOPATHIE DECOMPENSEE)

Constat : le CHRO est centre de compétence pour les maladies rares du foie (surcharge en fer, maladie vasculaire du foie, maladie inflammatoire du foie et des voies biliaires...) et le siège de la RCP Virus de l'Hépatite C (VHC). De nombreux essais cliniques sont ouverts dans ce domaine, concernant l'hépatite C, la stéatofibrose métabolique, le VHB et les maladies rares.

Organisation du parcours patient : le CHRO est un centre de recours pour les établissements de la région pour la RCP VHC. Les patients du territoire pourraient bénéficier plus largement qu'actuellement de ce recours pour les maladies rares par l'envoi des patients en consultation et des dossiers en RCP.

CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE PELVIENNE

Organisation du parcours patient : le bilan est réalisé dans l'établissement qui accueille initialement le patient. La chirurgie est réalisée, pour les patients accueillis à Montargis, au CHAM (cf. filière Périnatalité, Femme, Enfant) à l'exception de la chirurgie complexe (type curage lombo-aortique ou rattrapage après radio ou chimiothérapie).

Pour les traitements non-chirurgicaux nécessitant une curiethérapie, le patient est adressé au CHRO en début de prise en charge pour valider la faisabilité du traitement de curiethérapie et, le cas échéant, sa programmation anticipée.

En post-opératoire, l'indication de curiethérapie peut être validée en RCP au CHAM (pour l'endomètre surtout). Pour une curiethérapie haut-débit, le patient est adressé en consultation en radiothérapie au CHRO.

Le suivi post-thérapeutique peut être organisé à Montargis en consultation de radiothérapie.

CANCERS ORL

Constat : le CHAM n'est pas autorisé pour la chirurgie cancérologique ORL.

Organisation du parcours du patient : après intervention chirurgicale, le dossier est discuté au CHRO en RCP pour décision sur le traitement complémentaire. Le traitement radio thérapeutique et/ou chimio thérapeutique est réalisé à Montargis.

Pour les patients localement avancés, chez qui la chirurgie n'a pas été retenue initialement, un avis peut être demandé en RCP au CHRO pour confirmer la contre-indication opératoire.

Pour les cancers ORL très complexes, une radiothérapie par modulation d'intensité par tomothérapie peut être proposée au CHR pour les patients qui ne peuvent pas bénéficier de RCMI à Montargis.

RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Constat : la demande commune des centres hospitaliers du territoire est de faciliter l'accès à ces techniques au CHRO dans les indications difficiles (biopsies de nodules hépatiques ou pulmonaires, drainage d'abcès hépatiques...).

Organisation du parcours patient : l'imagerie doit être adressée au radiologue du CHRO qui valide l'indication du geste.

L'organisation actuelle prévoit, une fois l'indication validée, que le médecin responsable du patient (établissement qui adresse le patient) contacte le médecin d'astreinte de la spécialité en cause au CHRO pour organiser l'hospitalisation du patient. A terme, l'organisation du CHR devra être revue pour proposer un interlocuteur unique.

RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE

Constat : les indications sont codifiées précisément par la HAS mais elles s'élargissent pour ce traitement de recours. Le CHR d'Orléans réalise depuis longtemps ces techniques et dispose des meilleurs appareillages.

Organisation du parcours patient : il serait souhaitable d'échanger en amont et en visio-conférence sur l'indication et la faisabilité de la technique. Le patient est ensuite, le cas échéant, adressé en consultation aux radiothérapeutes référents du CHR.

Le traitement est réalisé en ambulatoire au CHR et le suivi est réalisé conjointement avec le médecin référent du patient. Le CHRO garantit les meilleurs délais de prise en charge.

URGENCES CARDIOLOGIQUES (SYNDROME CORONAIRES AIGUS, POUSSEES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE)

Constat : absence de plateau technique de cardiologie interventionnelle sur l'ensemble des hôpitaux du territoire, sauf au CHR d'Orléans.

Organisation du parcours patient : les syndromes coronaires aigus doivent systématiquement être dirigés vers un centre capable de gérer l'urgence H 24, possédant une table de coronarographie.

Tous les patients pris en charge en primaire par le SMUR sur le territoire et présentant un syndrome coronaire aigu doivent être dirigés vers le CHR d'Orléans (le cardiologue de garde du CHRO est joignable au 02 38 22 95 37).

Le CHRO s'engage à la réalisation des coronarographies 24H/24, soit y compris la nuit (lorsque l'état du patient le nécessite).

Le protocole régional relatif à l'organisation des coronarographies sera transmis aux praticiens du CHAM.

Les poussées d'insuffisance cardiaque aiguë, en l'absence de soins intensifs cardiologiques sur place (Pithiviers et Gien), doivent être dirigées vers le CHR d'Orléans ou le CHAM en fonction de la localisation géographique du patient.

Les autres pathologies cardio-vasculaires nécessitant des investigations à visée étiologique ne pouvant être réalisées en hôpital périphérique seront dirigées vers le CHRO. S'agissant des troubles du rythme nécessitant la mise en place d'un stimulateur cardiaque, ils pourront être dirigés sur les deux hôpitaux de référence (CHAM et CHRO).

Lors des transferts de patients stabilisés, un compte-rendu systématique est adressé au service de l'établissement d'accueil.

b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

D'une manière générale, la permanence des soins pour les patients pris en charge dans cette filière est assurée selon les modalités définies par chacun des établissements.

S'agissant des hémorragies digestives nécessitant une prise en charge en réanimation, elles sont adressées soit au CHAM soit au CHRO, en fonction, d'une part, de la disponibilité en lits, et d'autre part de la localisation géographique du patient.

En cardiologie, la permanence des soins pour les actes techniques non réalisés dans les établissements du groupement est assurée par le CHR d'Orléans, selon les modalités définies ci-dessous pour la prise en charge des urgences.

c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES

En cardiologie, les syndromes coronariens aigus sont dirigés vers le CHRO après régulation par le SMUR.

Les décompensations cardiaques nécessitant des soins intensifs sont soit dirigées vers le CHR soit vers le CHAM, en fonction de leur localisation géographique.

Pour les hémorragies digestives, le CHAM et le CHRO accueillent les patients du groupement.

Les patients nécessitant une prise en charge urgente pour un acte interventionnel en radiologie sont adressés, après validation du geste par le radiologue interventionnel, au CHR d'Orléans (l'organisation de l'hospitalisation relève du spécialiste concerné du CHR).

d- PLATEAUX TECHNIQUES

Pour l'hépatogastroentérologie, la réalisation de CPRE et d'échoendoscopies est proposée au CHAM ou au CHRO, en fonction de la localisation géographique du patient.

Les endoscopies pulmonaires sont proposées au CHRO. Les endoscopies digestives standards sont réalisables dans tous les CH du département, notamment à Gien et à Pithiviers.

Pour les patients du groupement ne pouvant bénéficier de radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, la prise en charge en tomothérapie au CHRO est facilitée.

En cardiologie, le CHRO propose d'ouvrir son plateau technique pour permettre aux cardiologues du CHAM de disposer de plages de coronarographie, d'échographie d'effort et de stress, de pose de stimulateurs (CRT-P et CRT-D) et éventuellement d'imagerie et de défibrillateurs.

e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS

La mise en place du projet va permettre l'évaluation de la nécessité d'organiser des consultations avancées pour cette filière.

En cardiologie, le recrutement de praticiens partagés permettra d'augmenter le nombre de consultations pour répondre au besoin, en matière d'échographies cardiaques notamment, en priorité au CH de Pithiviers.

f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Pour certaines pathologies, comme les tumeurs cérébrales, les métastases sans cancer primitif, les compressions médullaires et sarcomes, il est proposé une prise en charge par le service d'onco-radiothérapie du CHRO afin de réaliser le bilan initial.

Pour la suite de la prise en charge, les patients sont ensuite dirigés vers l'établissement adresseur pour la continuité de l'hospitalisation, sauf dans les cas où le niveau de prise en charge justifie l'expertise du CHRO.

Certains actes de radiologie interventionnelle pourront être pris en charge en ambulatoire, selon les protocoles en vigueur.

g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

En matière de cancérologie, des conventions entre le CHRO et les HAD sont opérationnelles. Dans le cadre du présent projet, il est prévu d'élargir ces conventions à l'ensemble des établissements du groupement.

h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE

Le volet qualité du présent projet prévoit notamment la définition d'indicateurs communs et spécifiques pour chaque filière qui permettront le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Un suivi de l'évaluation du projet sera réalisé annuellement en collège médical.

5- FILIERE NEUROLOGIE

La gradation de l'ensemble des filières patients en neurologie est présentée dans ce document.

a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

La seule UNV du Loiret est située au CHR d'Orléans. Elle prend en charge les AVC ischémiques ou hémorragiques, ou toute urgence vasculaire cérébrale en dehors des hémorragies méningées qui sont prises en charges au CHRU de Tours. Un système de télémedecine a été installé au CHAM pour la réalisation de thrombolyse intraveineuses, pour l'instant aux heures ouvrables (n° de téléphone neurologue UNV : 02 38 22 99 99).

A la phase aiguë

L'UNV du CHR d'Orléans accueille tous les patients du Loiret candidats à la thrombolyse, quel que soit leur âge (régulation essentiellement par le SAMU 45, parfois le SAMU 41 et rarement par les SAU de Montargis, Gien et Pithiviers).

L'UNV accueille systématiquement tous les patients jeunes présentant un AVC (< 60 ans) ou les cas présentant une complexité particulière, après discussion avec le neurologue d'astreinte. Les patients pris en charge à l'UNV d'Orléans sont ensuite adressés soit à des centres de rééducation MPR adaptés (LADAPT ou Le Coteau), soit dans les services de médecine de Montargis, Gien ou Pithiviers.

Pour les patients présentant un AVC non hospitalisés en UNV, il serait souhaitable de créer des unités de proximité à Montargis et à Gien, permettant l'hospitalisation de patients neurologiques dans un même secteur et permettant d'y attribuer des personnels de rééducation (kinésithérapeute, orthophoniste,...). Le bilan étiologique ainsi que les principaux axes de la prise en charge thérapeutique initiale peuvent être protocolisés sur la région.

Thrombectomie mécanique

Actuellement, les patients sont adressés au CHRU de Tours pour une thrombectomie mécanique, avec une filière spécifique qui a été mise en place (signature d'une convention en attente).

Le CHR d'Orléans se positionne pour être un centre thrombectomiseur à moyen terme, sous réserve de recruter des neuroradiologues interventionnels. Se pose la question, pour les patients du montargois, d'une prise en charge en région parisienne (CH Henri Mondor), en raison de la proximité géographique (122 km vs 209 km).

Consultations post-AVC

Les patients ayant bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse ou d'une thrombectomie, ainsi que ceux de l'agglomération orléanaise, seront vus en consultation au CHR d'Orléans (neurologue ou gériatre du SSR). Les patients des autres bassins pourraient être suivis en consultation à proximité, avec la mise en place d'une feuille de consultation commune. Un deuxième avis pourrait être pris dans les cas complexes au CHR d'Orléans.

TABLEAUX COMPLEXES (ENCEPHALOPATHIE, MENINGOENCEPHALITE, MYELITE, LESIONS INEXPLIQUEES DU SNC)

Le service de neurologie d'Orléans reste à disposition des CH de Gien, Montargis et Pithiviers pour prendre en hospitalisation pour avis diagnostic et thérapeutique tout patient présentant un tableau neurologique complexe. En cas d'urgence, la discussion passera par le neurologue d'astreinte pour une hospitalisation dans les 24-48 heures. Si le patient est médicalement stable, une demande sera faite dans le secteur de neurologie générale (via la boîte mail du secrétariat) pour une programmation dans la semaine. Le retour au service envoyeur sera la solution privilégiée, à moduler selon l'évolution de la maladie et les traitements à envisager.

SCLEROSE EN PLAQUE (SEP)

Une consultation spécialisée SEP et maladies inflammatoires du Système Nerveux Central (SNC) a lieu au CHR d'Orléans. Le CHU de Tours sera prochainement centre expert. Des visio-conférences régulières (environ toutes les 6 semaines) sont mises en place avec le CHU de Tours et la participation du CH de Blois et d'Orléans. Les dossiers complexes de Montargis, Gien ou Pithiviers pourront également être discutés à ces visioconférences, après accord du neurologue référent du patient.

Le diagnostic initial de la SEP, la prise en charge des poussées, la mise en place d'un traitement de fond peuvent se faire à Orléans, Montargis, Gien ou Pithiviers. Le suivi régulier de ces patients peut également être réalisé en consultation dans ces centres. La consultation spécialisée des Maladies inflammatoires du CHR d'Orléans peut être proposée pour un second avis diagnostic dans les formes complexes, ou pour la discussion d'un traitement de 2^{ème} ligne (Tysabri, Gylenia...). Ces traitements de deuxième ligne peuvent être réalisés en HDJ après discussion et 2nd avis. Rédaction de protocoles communs.

MALADIE DE PARKINSON ET AUTRES SYNDROMES PARKINSONIENS

Une consultation spécialisée Parkinson a lieu au CHR d'Orléans depuis 2009. Le CHU de Tours est centre expert. Le diagnostic et le suivi simple peuvent se faire à proximité. Par contre, le CHR d'Orléans peut constituer un recours pour :

- Les diagnostics des cas complexes (second avis) ou un suivi alterné entre le CH de proximité et Orléans (exemple de Gien).
- Une hospitalisation pour adaptation de traitements chez les patients fluctuants (blocages, dyskinésies importantes).
- Une quantification de la dose en HDJ pour les stylos d'apokinon.
- La discussion des traitements de seconde ligne dans la maladie de Parkinson (pompe d'apomorphine, duo-dopa ou stimulation des noyaux sous-thalamiques).
- Enfin, le suivi des patients ayant bénéficié d'une stimulation des noyaux sous thalamiques.

SCLEROSE LATERAL AMYOTROPHIQUE

Le centre expert est le CHRU de Tours. Existence d'un réseau Neuro-Centre. Il sera demandé au Pr CORCIA des consultations avancées au CHR d'Orléans pour les patients du Loiret. Les patients atteints de SLA bénéficieront au CHRO d'une HDJ avec consultation de pneumologie, consultation neurologique, et selon les besoins, des consultations en gastroentérologie et/ou des consultations paramédicales (ergothérapeute, diététiciens,

orthophonistes). Ils peuvent également être hospitalisés dans le service de neurologie pour une prise en charge globale dans les Lits Identifiés Soins Palliatifs. La prise en charge peut également être poursuivie à domicile avec l'aide de l'HAD et de l'EADSP. La prise en charge de proximité (pose d'une gastrostomie, suivi respiratoire) peut se faire à proximité (Gien, Montargis).

EPILEPSIE

Des consultations « première crise » ainsi que le suivi d'une épilepsie pharmaco sensible peuvent être faites à Gien, Montargis ou Orléans. L'épilepsie pharmaco résistante peut être vue en consultation spécialisée à Orléans ou à Gien. Les états de mal épileptiques partiels, généralisés ou infra cliniques, doivent bénéficier d'une hospitalisation dans une structure bénéficiant de réanimation et d'accès facile et répété à l'EEG. Pour l'instant, les EME seront hospitalisés au CHR d'Orléans. Cette indication sera à revoir en cas de mise en place d'un réseau d'interprétation des EEG (télé EEG).

NEUROPATHIES

Le bilan et le suivi des neuropathies peuvent se faire à Gien, Montargis et Orléans. Les syndromes de Guillain Barré justifient d'une hospitalisation dans une structure bénéficiant de réanimation et d'accès facile et répétés à l'EMG. Toute suspicion de SGB sera hospitalisée au CHR d'Orléans (en neurologie ou réanimation médicale selon l'état du patient).

Le service de Neurologie du CHR d'Orléans peut proposer :

- Un second avis sur des dossiers de neuropathies complexes.
- Un avis thérapeutique sur les neuropathies Dy immunitaires.
- La réalisation d'EMG dans les cas complexes.

DEMENCES

Le service de neurologie d'Orléans suit des patients présentant une pathologie démentielle, le plus souvent avant l'âge de 70 ans, ou une démence d'évolution rapide et enfin une démence secondaire à une autre pathologie neurologique (parkinson, vasculaire...)

Des temps de consultations neurologiques et de bilan neuropsychologiques spécifiques y sont dédiés. Des visioconférences trimestrielles sont réalisées avec le CMRR du CHU de Tours (Dr K MONDON). Il faudra voir, dans un second temps, la faisabilité technique pour que les autres CH puissent y participer.

Le diagnostic et la prise en charge de ces pathologies peuvent se faire à Gien, Montargis ou Pithiviers. Les patients peuvent être adressés au CHR d'Orléans :

- Pour un avis ponctuel sur des cas atypiques.
- Pour une hospitalisation programmée (HDJ ou hospitalisation classique, selon l'autonomie du patient) permettant d'accéder au plateau technique.

INJECTION DE TOXINE BOTULINIQUE

Le seul centre injecteur est le CHR d'Orléans. Tous les patients présentant une dystonie peuvent être pris en charge au CHR d'Orléans.

COLLABORATION AVEC LE CH DAUMEZON ET AUTRES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Cette collaboration concerne les pathologies nécessitant une prise en charge conjointe ou complémentaire entre la neurologie et la psychiatrie (*cf. document spécifique*).

NEURO ONCOLOGIE

Les patients de la filière neuro-oncologie sont pris en charge par les neurochirurgiens et les onco-radiothérapeutes. Les neurologues de Gien, Montargis et Orléans prennent en charge les adaptations thérapeutiques en cas d'épilepsie tumorale mal équilibrée.

NEURO PEDIATRIE

Les neurologues du CHR d'Orléans n'ont pas de valence neuro-pédiatrique. Le Dr BARTHEZ consulte dans le service de pédiatrie du CHR d'Orléans pour l'épilepsie. Les patients pédiatriques seront donc adressés au CHRU de Tours, jusqu'au développement d'une activité régulière de neuro-pédiatrie au CHR d'Orléans.

b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

D'une manière générale, la permanence des soins pour les patients pris en charge en neurologie dans les divers établissements du groupement est assurée selon les modalités définies par chacun des établissements.

En matière de prise en charge des AVC, l'organisation actuelle de télé AVC (fonctionnement de 9H à 19H en semaine) donne satisfaction à l'ensemble des établissements qui en bénéficient. Une réflexion est en cours, dans le cadre du projet et en fonction de l'évolution des besoins et des effectifs médicaux du CHRO, d'étendre cette prise en charge au-delà des heures ouvrables, voire d'ouvrir à d'autres centres comme le CH de Gien, sous réserve de conditions radiologiques minimales.

c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES

En neurologie, l'urgence la plus fréquente concerne la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral. Celui-ci est pris en charge après régulation par le SAMU, à l'UNV du CHR, si le patient a moins de 60 ans et/ou s'il nécessite une thrombolyse. En cas de nécessité de thrombectomie mécanique, les patients du Loiret sont adressés soit au CHU de Tours, soit au CH Henri Mondor de Créteil, en fonction de leur localisation géographique.

Les autres urgences (syndrome de Guillain Barré, états de mal épileptiques, décompensation myasthénique...) seront prises en charges en collaboration avec les services de réanimation médicale du Loiret.

d- PLATEAUX TECHNIQUES

Le projet prévoit une amélioration de l'accès aux explorations fonctionnelles neurologiques. Au CH de Gien, le CHRO propose d'aider à la mise en place d'EEG et de leur interprétation. Ces examens seront réalisés par le praticien neurologue du CH de Gien.

D'autre part, un projet de plateforme régionale est en cours de déploiement avec l'ARS, afin de permettre la réalisation des examens au sein des établissements de santé. Ils seront interprétés par les médecins du CHRO, sauf pour les EEG pédiatriques, dont l'interprétation sera assurée par le CHU de Tours.

S'agissant des EMG, le recrutement de praticiens supplémentaires partagés permettra de réaliser les examens au sein de chaque établissement du groupement.

e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS

L'approfondissement de la structuration de filière en neurologie permettra d'évaluer la nécessité de proposer des consultations avancées au sein des différents établissements du groupement.

S'agissant des consultations post-AVC, le descriptif de la prise en charge ci-dessus (*cf. I*) est renforcé par la possibilité d'aider les établissements à structurer une consultation infirmière post-AVC sur le modèle de l'organisation en cours de mise en place au CHRO.

f- ACTIVITE AMBULATOIRE, HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Pour répondre aux objectifs d'amélioration des prise en charge tels qu'envisagés ci-dessus, le présent projet prévoit diverses adaptations des structures d'hospitalisation des établissements du groupement.

Au CH de Gien, le projet prévoit le développement d'un hôpital de jour de neurologie, dont les modalités d'organisation seront élaborées en coordination avec le service de neurologie du CHR d'Orléans.

Au CHAM, le projet prévoit d'identifier 8 à 10 lits d'hospitalisation conventionnelle, au sein desquels seront regroupés les patients atteints de pathologies neurologiques. Ce regroupement facilitera l'intervention d'un neurologue du CHR d'Orléans, qui se déplacera à raison de deux journées hebdomadaires au CHAM, permettant d'une part une collaboration plus étroite avec le neurologue du CHAM, et d'autre part une homogénéisation des pratiques et le développement de projets communs dans cette filière, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

La mise à disposition d'un temps médical supplémentaire permet de renforcer l'offre de soins dans l'est du Loiret.

g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

La structuration de l'aval en neurologie dans le cadre du présent projet est en cours avec les établissements médico-sociaux, et à développer avec les structures d'HAD.

h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE

Le volet qualité du présent projet prévoit notamment la définition d'indicateurs communs et spécifiques pour chaque filière qui permettront le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Un suivi de l'évaluation du projet sera réalisé annuellement en collège médical.

6- FILIERE AUTRES DISCIPLINES MEDICALES

La filière dite « Autres médecines » prend en compte les spécialités suivantes : rhumatologie, maladies infectieuses, médecine interne, dermatologie et endocrinologie, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs. Elle envisage les coopérations à développer au bénéfice de la population du Loiret et vise à garantir un accès à des prestations de qualité pour la population du territoire.

La réflexion relative à l'élaboration du projet a été conduite entre les différents acteurs hospitaliers. D'une manière générale, le champ des coopérations dans ces diverses spécialités est vaste et le présent document ne prétend pas décrire de manière exhaustive l'ensemble des parcours patients qui pourront s'inscrire, à terme, dans une organisation territoriale.

Il priorise néanmoins les parcours pour lesquels les établissements membres sollicitent un renforcement de la coopération, ou ceux pour lesquels un recentrage sur le territoire permettra, sans porter atteinte à la qualité de prise en charge, de renforcer la légitimité du potentiel de recours disponible sur le territoire.

Les parcours ou types de prise en charges suivants ont été retenus à ce titre :

- Arthrites septiques des articulations profondes et spondylodiscites.
- Crises drépanocytaires graves.
- Cancers thyroïdiens.
- Lésions suspecte en dermatologie.
- Hépatites virales.
- Prise en charge de la douleur.
- Soins palliatifs.

a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE

ARTHRITES SEPTIQUES DES ARTICULATIONS PROFONDES ET SPONDYLODISCITES

Constat : les centres hospitaliers de l'agglomération montargoise, de Gien et de Pithiviers ne disposent pas des compétences pour prendre en charge complètement ces pathologies, notamment pour réaliser les ponctions et biopsies nécessaires. Les patients sont envoyés de façon préférentielle à Paris (Hôpital de la Croix-Saint-Simon) en raison de relations historiques entre praticiens et d'une réponse apportée plus rapidement qu'au CHR d'Orléans.

Le CHRO dispose des compétences (les rhumatologues assurent eux-mêmes les ponctions, sauf celle effectuées sur le rachis assurées par les neuroradiologues). Il convient donc d'orienter les patients vers le CHRO, centre de recours du territoire.

Parcours patient : le diagnostic est posé par l'hôpital d'accueil. Le patient est transféré au CHRO dans les 48 heures, sur appel du médecin à son confrère rhumatologue ou spécialiste en maladies infectieuses.

Le patient est hospitalisé dans l'un de ces deux services du CHRO. Les prélèvements biologiques adéquats sont réalisés au CHRO, l'antibiothérapie initiée ou adaptée et le projet de soins défini.

Le suivi du patient est assuré par l'hôpital d'origine mais il est revu au CHRO :

- A 3 mois pour les arthrites profondes.
- A 1 mois et 3 mois pour les spondylodiscites.

CRISES DREPANOCYTAIRES GRAVES

Constat : le territoire du Loiret accueille une population migrante d'origine subsaharienne importante (notamment l'agglomération montargoise). Les établissements de Montargis, Gien et Pithiviers ne disposent pas de médecins référents pour la prise en charge de la drépanocytose. Le CHRO a structuré une équipe composée de professionnels des services de médecine interne et de maladies infectieuses de l'établissement, en lien avec l'hôpital Henri Mondor.

Organisation du parcours patient : le patient est accueilli dans l'un des services d'urgence des hôpitaux du territoire. Le diagnostic de crise drépanocytaire est posé et sa gravité évaluée sur la base d'une grille transmise par le CHRO. Le malade est transféré au CHRO, dans le service indiqué par la grille d'évaluation, en fonction du degré de gravité. Le CHRO prend en charge la période aiguë. Le patient retourne à domicile dès que son état est stabilisé.

Le suivi des patients est assuré :

- En consultation au CHRO à 1 an.
- En suivi infra annuel au niveau de l'hôpital l'ayant pris initialement en charge.

Le CHR d'Orléans propose, en outre, la formation de binômes médecins-infirmiers aux établissements qui le souhaitent pour le suivi des patients.

CANCERS TYROIDIENS

Constat : actuellement, tous les cancers thyroïdiens diagnostiqués au CHAM sont orientés vers l'Institut Gustave Roussy. Le CHRO est en capacité de les prendre en charge.

Organisation du parcours patient : le diagnostic est posé au CHAM. Il est proposé au CHAM d'adresser le dossier au CHRO pour examen en staff et prise de décision. S'il est décidé une chirurgie, celle-ci peut être effectuée au CHR d'Orléans. Cette filière doit, pour être opérationnelle, faire l'objet d'une concertation complémentaire avec les différents acteurs (endocrinologues du CHAM, endocrinologues et chirurgien du CHRO).

LESIONS SUPECTES EN DERMATOLOGIE

Constat : un dermatologue de ville intervient tous les 15 jours au CHAM. Il n'y a pas de prise en charge dans la spécialité organisée au CH de GIEN ni au CH de Pithiviers. Les besoins en termes d'avis en dermatologie ne sont donc pas totalement satisfaits. Le CHRO propose d'apporter une aide ponctuelle en la matière.

Prérequis : équipement en télémedecine des hôpitaux concernés.

Organisation du parcours patient : les avis dermatologiques concernent tant les patients hospitalisés dans les hôpitaux du territoire que ceux vus en consultation dans ces établissements, dont le cas appelle une aide au diagnostic. Si le diagnostic effectué avec l'aide du praticien du CHRO met en évidence une pathologie dermatologique grave et/ou mettant en jeu le pronostic vital du patient, ou se conclut par la découverte d'une maladie de système, le

patient est transféré au CHRO, où il est pris en charge jusqu'à stabilisation de son état. Il peut ensuite sortir ; son suivi sera assuré par le médecin généraliste ou le praticien de l'hôpital qui l'a adressé initialement.

HEPATITES VIRALES

Constat : depuis le 1^{er} janvier 2016, la structure de dépistage montargoise a été confiée à l'association « Espace ». Les patients dépistés pour les hépatites (tout comme d'ailleurs ceux dépistés pour le VIH) pourraient bénéficier d'un bilan pré-thérapeutique et d'une prise en charge par les praticiens gastroentérologues du CHAM.

Les médecins montargois impliqués dans ces prises en charge (gastroentérologie et médecine interne) adressent déjà des fiches à la RCP VHC du CHRO.

DOULEUR

Constat : il existe au CHRO un centre d'Activités Douleurs - Soins Palliatifs avec, au sein de celui-ci, la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur et l'unité de traitement de la douleur (6 lits d'hospitalisation), cette dernière étant la seule de la région Centre-Val de Loire. Il existe aussi une structure douleur au CHAM, qui réalise environ 400 consultations annuelles.

Organisation du parcours patient : le CHRO et le CHAM doivent couvrir l'ensemble des besoins en termes de consultation de la douleur pour l'ensemble du groupement, les patients ayant recours à l'un des deux centres en fonction de leur résidence géographique.

L'unité d'hospitalisation du CHR d'Orléans a vocation à accueillir l'ensemble des patients du groupement, voire des autres GHT de la région Centre-Val de Loire.

Les représentants de chaque établissement ont proposé la création d'un inter-CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) du GHT 45, qui se réunira 4 fois par an (la première réunion a eu lieu au CHRO le 14 mars 2017). Il permettra une homogénéisation des protocoles de prises en charge, qui seront, à termes, réunis dans un seul et même document pour l'ensemble du groupement.

Le deuxième objectif est de permettre l'échange sur les pratiques de chaque établissement. Enfin, le CHRO propose d'ouvrir ses formations (validantes dans le cadre du DPC) à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux du groupement.

SOINS PALLIATIFS

Constat : le CHRO et le CHAM disposent chacun d'une équipe mobile de soins palliatifs et d'accompagnement. Elles exercent une activité transversale au sein de leur établissement. Par ailleurs, il existe une Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs qui intervient dans les autres établissements de santé et au domicile des patients. Enfin, il existe une unité d'hospitalisation en soins palliatif au CHR, avec des missions de soins, de formation et de recherche.

Gradation de l'offre : On distingue classiquement trois situations :

- *Situation stable ou habituelle.* Dans ce cas, le lieu de soins est le lieu habituel (résidence ou établissement de santé). Les soins sont pris en charge par les référents de santé habituels, avec un appui possible des équipes ressources (équipes mobiles - EMSP du CHR et du CHAM ou Equipe d'Appui Départementale en SP 45 - EADSP).
- *Situation nécessitant des ajustements thérapeutiques et des éclairages pluridisciplinaires.* Le lieu de prise en charge est le lieu habituel ou préférentiellement des lits identifiés soins palliatifs. Les professionnels concernés sont les référents habituels, avec appui renforcé par l'EMSP ou l'EADSP.
- *Situation très instable ou complexe, avec une forte intensité des symptômes.* La prise en charge a lieu préférentiellement en unité de soins palliatifs. Les professionnels concernés sont les référents habituels, avec appui renforcé par l'EMSP ou l'EADSP.

S'agissant des situations palliatives pédiatriques, dont l'occurrence est extrêmement rare, la prise en charge se fait en secteur pédiatrique au CHRO.

b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

D'une manière générale, la permanence des soins pour les patients pris en charge dans les divers établissements du groupement pour les spécialités de la filière « Autres médecines », est assurée selon les modalités définies par chacun des établissements.

c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES

La prise en charge des urgences dans les diverses spécialités de la filière s'organise selon les modalités décrites dans le cadre de la filière Urgences du présent projet.

d- PLATEAUX TECHNIQUES

En rhumatologie, le CHRO propose la mise en place de consultations dédiées aux patients adressés par les différents établissements de santé du territoire, permettant notamment la réalisation d'actes techniques (ponction, infiltration) sous échographie.

Le projet envisage d'une manière générale, pour les différentes spécialités, la réalisation de staffs communs par visioconférence.

e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS

Conformément aux objectifs initiaux, le groupe de travail a fait l'inventaire des besoins en termes de mise en place de consultations avancées. Aucune spécialité n'a fait part d'un besoin en la matière en plus des consultations déjà existantes à Gien en infectiologie.

Pour autant, la possibilité de les mettre en place dans certaines spécialités sera envisagée dès lors qu'un besoin sera identifié, sous réserve d'effectifs médicaux suffisants dans la ou les spécialités concernées. Le projet prévoit toutefois le développement de la télémédecine, notamment en dermatologie.

S'agissant de la prise en charge des drépanocytoses, les consultations de suivi ont lieu uniquement au CHRO de façon annuelle.

f- ACTIVITE AMBULATOIRE ET HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Les services de rhumatologie et de maladies infectieuses du CHRO organisent les hospitalisations conventionnelles pour les infections ostéo articulaires graves ou nécessitant un geste interventionnel tel que décrit en première partie.

Le développement de l'hospitalisation ambulatoire dans les diverses spécialités est dépendant des évolutions des règles de facturation.

g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Il existe une convention entre le CHRO et l'association ESPACE (qui gère un CARRUD et un CSAPA). L'association a ouvert une antenne du CeGIDD du CHRO à Montargis.

Dans ce cadre, le service de maladies infectieuses du CHRO intervient une fois par mois à Montargis pour la prise en charge des patients infectés par le VIH et des hépatites.

h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE

Le volet qualité du présent projet prévoit notamment la définition d'indicateurs communs et spécifiques pour chaque filière qui permettront le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Un suivi de l'évaluation du projet sera réalisé annuellement en collège médical.

7- FILIERE CHIRURGIE

La filière « Chirurgie » envisage les coopérations à développer dans l'ensemble des spécialités chirurgicales au bénéfice de la population du Loiret, et vise à garantir un accès à des prestations de qualité pour la population du territoire. La réflexion relative à l'élaboration du projet a été conduite entre les différents acteurs hospitaliers. D'une manière générale, le champ des coopérations en matière de prise en charge chirurgicale est vaste et le présent document ne prétend pas décrire de manière exhaustive l'ensemble des parcours patients qui pourront s'inscrire, à terme, dans une organisation territoriale.

Il priorise néanmoins les parcours pour lesquels les établissements membres sollicitent un renforcement de la coopération et/ou ceux qui présentent des fuites extrarégionales, pour lesquels un recentrage sur le territoire paraît légitime, sans porter atteinte à la qualité de prise en charge et en respectant le libre choix du patient. Les parcours ou types de prises en charge suivants ont été retenus à ce titre :

- Chirurgie du foie, du pancréas et de l'œsophage.
- Prise en charge de l'ischémie mésentérique.
- Prise en charge des pancréatites sévères.
- Chirurgie bariatrique de recours.
- Pneumothorax associé à un traumatisme thoracique.
- Chirurgie thoracique cancérologique et talcage pulmonaire.
- Patients polytraumatisés.

a- DESCRIPTIF DES PRISES EN CHARGE PAR PATHOLOGIE

CHIRURGIE DU FOIE, DU PANCREAS ET DE L'OESOPHAGE

Constat : les centres hospitaliers de l'agglomération montargoise, de Gien et de Pithiviers ne disposent pas d'une offre dans ces domaines.

Objectif : Le CHR d'Orléans est en capacité de prendre en charge les différents patients nécessitant ces types de chirurgie ou répondant à ces pathologies, disposant d'une grande expertise en la matière avec de très bons résultats.

Organisation des parcours patients : le diagnostic et l'indication sont réalisés dans l'établissement d'accueil initial (CHAM, CH de Gien, CH de Pithiviers). Les malades sont adressés au CHR d'Orléans pour la prise en charge chirurgicale, après contact du praticien référent, le Dr SAINT MARC (n°02 38 22 96 10). Le suivi du patient s'organise dans l'établissement d'accueil initial.

COMPLICATIONS INFECTIEUSES OU HEMORRAGIQUES SECONDAIRES DES PANCREATITES SEVERES ET ISCHEMIES MESENTERIQUES

Constat : les patients sont hospitalisés en service de réanimation au CHAM, sans solution locale de traitement, notamment en raison de l'absence de radiologues interventionnels. Le CHR d'Orléans prend en charge ce type de patients. Il dispose notamment de compétences en radiologie interventionnelle.

Organisation du parcours patient : le diagnostic est effectué au CHAM. Le patient est adressé au CHRO sur décision du réanimateur du CHAM, après contact avec le réanimateur chirurgical (joignable au 02 38 22 96 76), pour prise en charge des ischémies mésentériques et des complications infectieuses des pancréatites (ponction et drainage percutané) et stabilisation. Il est ré-adressé au CHAM en hospitalisation classique ou USC à la sortie de la réanimation chirurgicale du CHRO. Le suivi et d'éventuels gestes chirurgicaux ultérieurs (cholécystectomie, drainage kysto-gastrique) sont décidés et réalisés au CHAM, sauf demande spécifique.

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Constat : le CHAM dispose d'une activité en la matière. En revanche, il est sans solution au niveau local pour la prise en charge des patients en obésité sévère (IMC supérieur à 50) ou présentant des comorbidités sévères, pour lesquels une prise en charge post-opératoire spécifique est nécessaire, notamment la mise en œuvre des compétences disponibles dans un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO). Le CHRO dispose d'un CSO.

Organisation du parcours du patient en obésité sévère : le diagnostic et l'ensemble de la prise en charge préopératoire sont réalisés au CHAM. Le dossier est discuté et validé en RCP au CHAM. Le patient est adressé au CHRO pour le geste opératoire après contact avec le chirurgien référent, le Dr ABOU MRAD (02 38 22 95 10). Le suivi ultérieur est assuré au CHAM.

PNEUMOTHORAX ET HEMOTHORAX SPONTANES OU ASSOCIES A UN TRAUMATISME THORACIQUE

Constat : les urgences des établissements du territoire sont en capacité de prendre en charge un pneumothorax, mais, ne disposant pas de chirurgie thoracique, ils ont un besoin en termes de recours dans les cas de traumatisme thoracique. Le CHRO dispose des compétences en la matière.

Organisation du parcours patient : le pneumothorax est pris en charge aux urgences du CHAM, du CH de Gien ou du CH de Pithiviers, qui posent les drains pleuraux. En cas de traumatisme thoracique, le patient est adressé au CHRO pour la phase aiguë, si la prise en charge le nécessite. Il est réadressé vers l'établissement d'origine après stabilisation. Les praticiens référents au CHRO sont les Dr BARISIEN (02 38 22 95 64) et Dr VLAS (02 38 22 96 92).

CHIRURGIE THORACIQUE CANCEROLOGIQUE ET TALCAGE PULMONAIRE

Constat : le CHAM ne dispose pas d'une offre en chirurgie thoracique. Il a établi depuis plusieurs années une coopération avec la clinique privée orléanaise Oréliance. Le CHRO dispose d'une offre de prise en charge complète en chirurgie thoracique.

Organisation du parcours patient : pour la découverte d'une lésion cancérologique pulmonaire, le diagnostic est établi au CHAM. L'établissement prend en charge la réalisation complète du bilan. Il présente le dossier à la RCP (à laquelle devront participer les chirurgiens du CHRO). Décision de la RCP : si une chirurgie est décidée, le CHAM adresse le patient au CHRO après avis des chirurgiens référents, les Dr BARISIEN (n° 02 38 22 95 64) et Dr VLAS (n° 02 38 22 96 92). Suites de la prise en charge : le patient est réadressé après la chirurgie au CHAM pour la poursuite du traitement.

PATIENTS POLYTRAUMATISES

Constat : les patients polytraumatisés sont dirigés vers le CHRO sur régulation du SAMU. S'agissant des polyfracturés reçus aux CH de Gien ou Pithiviers, ils peuvent être pris en charge au CHRO ou au CHAM. En revanche, les polytraumatisés (polyfracturés ou non, mais avec suspicion de lésions vasculaires, neurologiques) nécessitent une prise en charge de recours disponible au CHR d'Orléans.

Organisation du parcours patient :

- Prise en charge de 1^{er} niveau des polyfracturés : CHAM, CH de Gien ou CH de Pithiviers.
- Polytraumatisés ou polyfracturés avec suspicion d'atteinte vasculaire ou neurologique post traumatique : transfert au CHRO.
 - 1- L'interlocuteur est le réanimateur chirurgical (02 38 29 26 76). C'est lui qui accepte la prise en charge du patient au CHRO et se charge ensuite des aspects « internes ».
 - 2- Les transmissions entre urgentiste / chirurgien du CHAM et chirurgien du CHRO restent impératives. Cela est demandé par le réanimateur chirurgical du CHRO, après qu'il a accepté le malade. Cela ne remet pas en question le transfert du patient, mais est indispensable pour informer du diagnostic fait par les professionnels du CHAM.
 - a. Absence de lésion : le patient est réadressé au CHAM si son état le permet (vigilance sur le risque d'embolie graisseuse dans les cas de fracture de fémur notamment) ;
 - b. Confirmation d'une lésion : le patient est pris entièrement en charge au CHRO pour régler le / les problèmes qui relèvent d'un besoin de recours. Le patient est réadressé à l'hôpital l'ayant reçu initialement après stabilisation de son état.
- Cas de la traumatologie de Gien ou de Pithiviers qui ne va pas au CHRO : à adresser au CHAM. Le CHAM propose, en outre, son aide au CHRO pour la prise en charge de la « traumatologie basique ».

b- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Pour la filière chirurgie, l'organisation de la permanence des soins au niveau du territoire du GHT concerne la chirurgie thoracique, l'ophtalmologie, la chirurgie vasculaire et la prise en charge des patients polytraumatisés.

Pour les urgences de chirurgie thoracique aiguës non prises en charge par les établissements de proximité, le CHRO assure la permanence des soins pour le territoire du Loiret.

S'agissant des urgences ophtalmologiques, la permanence des soins sur le territoire du Loiret est assurée par le CHRO.

Le CHRO dispose d'une organisation de la permanence des soins en chirurgie vasculaire. Il est prévu de renforcer l'effectif médical dans le cadre du projet médical partagé du GHT.

La prise en charge des patients polytraumatisés est dorénavant structurée pour le territoire du Loiret, conformément à l'organisation du parcours décrite ci-dessus. Le patient est accepté par le réanimateur chirurgical du CHRO.

L'organisation du retour du patient vers le service de chirurgie C du CHAM est organisée.

c- PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMES

Les patients pris en charge en urgence ou dans le cadre de soins non programmés seront référés dans l'établissement au regard des organisations prévues par chaque filière patient.

d- PLATEAUX TECHNIQUES

Afin de permettre l'accès aux techniques chirurgicales innovantes (en particulier la chirurgie robotique) à l'ensemble des patients du territoire d'une part, et d'améliorer l'attractivité des établissements du GHT d'autre part, il pourra être proposé aux chirurgiens des établissements parties d'être formés ou de pouvoir opérer leurs patients au CHRO en utilisant son plateau technique.

e- ORGANISATION DES CONSULTATIONS

Pour la filière chirurgie, chaque établissement concerné dispose de son organisation propre pour l'organisation de ses consultations programmées.

Dans le cadre de l'approfondissement des coopérations, le présent projet prévoit la mise en place de consultations avancées des chirurgiens du CHRO :

- Au CHAM en chirurgie thoracique et neurochirurgie.
- Au CH de Pithiviers, en chirurgie viscérale notamment.
- Au CH de Gien en urologie.

f- ACTIVITE AMBULATOIRE, HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Chaque établissement du territoire dispose de son organisation des prises en charge en ambulatoire. Le CHRO est en mesure de proposer d'homogénéiser l'organisation avec l'objectif d'augmenter la prise en charge ambulatoire en chirurgie.

g- HOSPITALISATION A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Les établissements du groupement disposent d'ores et déjà de liens avec les HAD et le secteur médicosocial. L'association des structures d'HAD et des EHPAD publics au GHT permettra de faciliter le développement des coopérations.

h- MODALITES DE SUIVI ET DE MISE EN ŒUVRE

Le volet qualité du présent projet prévoit notamment la définition d'indicateurs communs et spécifiques pour chaque filière, qui permettront le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Un suivi de l'évaluation du projet sera réalisé annuellement en collège médical.

8- FILIERE PREVENTION

Cette filière s'intéresse prioritairement :

- A la prévention et au dépistage des infections sexuellement transmissibles et à la santé sexuelle.
- A la prévention des maladies infectieuses par la vaccination.

Depuis janvier 2016, le réseau est organisé autour d'un Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) basé à Orléans et disposant d'antennes à Montargis, Gien et Pithiviers. Une infirmière assure la coordination de l'action du CeGIDD.

La mise en place d'un maillage territorial est en cours. Des formations sont organisées au sein des différentes antennes. Des médecins et infirmiers du CHRO assurent les consultations pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles :

- Monsieur le Docteur SEVE intervient chaque jeudi à Gien.
- Monsieur le Docteur NIANG intervient une fois par mois à Montargis.
- Un médecin est présent à Pithiviers à raison d'une journée tous les 15 jours.

Le CHR d'Orléans assure la formation des infirmiers vaccinateurs au niveau régional, dans le cadre du protocole national de délégation de tâches à la vaccination.

Par ailleurs, en matière de diabète et d'obésité, des praticiens du CHRO et du CHAM assurent la coordination des réseaux DIABOLO (Orléans) et LOIRESTDIAB (Montargis), dont l'objet concerne notamment la prévention primaire et secondaire des patients diabétiques et obèses.

II- OBJECTIFS, GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE ET ORGANISATION DES ACTIVITES EN SANTÉ MENTALE

A- METHODOLOGIE

1- UNE GOUVERNANCE PARTAGEE DU PROJET

L'élaboration du projet médical de santé mentale a été portée par le CHD, principal opérateur de la prise en charge psychiatrique du Loiret en association avec le CHAM et en coordination avec le CHRO autour de 10 filières et deux axes transversaux :

- ⇒ Les filières portant sur le parcours de soins de population spécifique :
 - Filière « Enfants et adolescents » ;
 - Filière « Psychiatrie de la personne âgée » ;
 - Filière « Soins en milieu pénitentiaire » ;
 - Filière « Prise en charge des personnes en situation de précarité ».

- ⇒ Les filières portant sur une étape clé du parcours de soins :
 - Filière « Urgences psychiatriques » ;
 - Filière « Réhabilitation psycho sociale » ;
 - Filière « Psychiatrie de liaison » ;
 - Filière « Soins somatiques ».

- ⇒ Les filières portant sur des pathologies particulières :
 - Filière « Autisme » ;
 - Filière « Addictologie ».

- ⇒ Les axes transversaux complémentaires de l'ensemble des filières :
 - Les thérapies spécifiques en psychiatrie ;
 - L'attractivité médicale.

Sur les 10 filières de soins, 4 filières ont été pilotées par un médecin du CHD en binôme avec un médecin du CHAM ou du CHRO ;

Les travaux ont été organisés, suivis et instruit par un Comité de Pilotage pluridisciplinaire. Les instances et administrateurs du CHD ainsi que le comité stratégique et le collège médical du GHT ont été régulièrement informés de l'avancement du projet.

2- UNE APPROCHE TERRITORIALE ET TRANSVERSALE

La force du projet a été d'ouvrir dès le début l'ensemble des groupes de travail non seulement aux professionnels de psychiatrie du CHD, du CHAM et du CHRO mais également aux services de spécialité des 9 établissements sanitaires du GHT (ex : SAU, gériatrie, neurologie, pédiatrie, etc.), ainsi que des partenaires médico-sociaux, sociaux, les associations d'usagers et des familles (UNAFAM) qui sont impliqués dans le repérage, l'orientation, l'insertion et l'aval des prises en charge tout au long du parcours de vie et de soins des patients de psychiatrie.

Afin de répondre à l'enjeu d'une prise en charge globale, chaque filière a donné lieu à la constitution d'un groupe de travail pluri disciplinaire, regroupant les acteurs des secteurs sanitaire, médico social, et social pour une approche complète du parcours de soins. L'articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques a fait à cette occasion l'objet d'une attention particulière.

Par ailleurs, le projet s'est attaché à prendre en compte les spécificités et disparités infra-départementales du Loiret entre l'Orléanais, le Montargois, le Giennois ou encore le Pithiverais. A ce titre, ce projet s'inscrit dans les travaux engagés par les différents Contrats Locaux en Santé Mentale portés par les élus du territoire. Plusieurs groupes de travail ont associé les services des municipalités.

3- UN CONSENSUS AUTOUR DU DIAGNOSTIC ET DES ORIENTATIONS DU PROJET

a- Un diagnostic partagé par filière de soins

La plus value de ce mode projet est l'émergence d'un diagnostic et d'orientations partagées entre l'ensemble des acteurs.

Chaque groupe de travail a défini pour chaque filière un diagnostic comprenant :

- Une description des acteurs et une gradation de la prise en charge ;
- Les objectifs médicaux ;
- Une analyse des besoins en santé identifiés autour d'indicateurs épidémiologiques, des données médico-économiques à disposition, des disparités géographiques de l'offre de soins, de l'aménagement du territoire et des contraintes de ressources, notamment médicales ;
- Un état des lieux des forces du territoire en présence pour répondre à ces besoins et des ruptures du parcours de soins et difficultés identifiées dans la prise en charge ;
- Un recensement des expériences et innovations développées dans d'autres territoires.

b- Un consensus autour des projets et orientations futures

De ce constat collégial sont nés des orientations stratégiques et des projets qui ont fait consensus. Les groupes de travail ont donc proposé des fiches projet afin d'améliorer la qualité et la continuité du parcours de soins entre acteurs sanitaires psychiatriques, somatiques, acteurs médico-sociaux et sociaux, en s'inscrivant également dans une démarche d'innovation et de retours d'expérience issus d'autres territoires.

Certains projets se feront ainsi en co-portage avec le CHAM, le CHRO ou encore avec des partenaires médicaux sociaux.

B- PLUS-VALUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le projet médical de territoire en santé mentale du Loiret pour la prise en charge du patient s'attache à apporter :

- Une réponse de territoire en matière d'accès aux soins en santé mentale en adaptant l'offre de soins aux disparités des territoires infra départementaux, dans un contexte global de croissance démographique de la population générale ;
- Une réponse de qualité en traitant les principaux points de rupture des parcours de soins en psychiatrie, en mutualisant les compétences, en harmonisant la coordination des acteurs ;
- Une réponse attractive pour les professionnels de santé, notamment les médecins psychiatres, en inscrivant ce projet de territoire dans l'évolution et l'innovation des pratiques cliniques de psychiatrie.

Le projet médical de territoire en santé mentale s'est donc construit autour de ces enjeux en :

- Réaffirmant la psychiatrie inscrite au cœur de la cité qui place ses prises en charge dans la mobilité et « l'aller vers » le patient à son domicile, en institution, afin d'anticiper le parcours de soins, de prévenir la crise et le recours à l'hospitalisation ;
- Développant l'insertion et réhabilitation du patient au travers « d'un chez soi d'abord » comme facteur d'inscription dans les soins, de prévention de la récurrence ; au travers d'outils thérapeutiques favorisant l'autonomie et l'éducation à la santé ;
- Renforçant la complémentarité des prises en charge globale, sectorielle et les prises en charge spécialisées au travers de thérapies spécifiques innovantes ;
- Facilitant la visibilité, la lisibilité, l'attractivité de l'offre de soins et de son fonctionnement aux partenaires, aux usagers et aux professionnels.

C- DIAGNOSTIC PARTAGE ET FICHES PROJET PAR FILIERE : OBJECTIFS, GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE, FORCES ET FAIBLESSES DU TERRITOIRE ; PROJET 2017 - 2021

1- FILIERE URGENCES PSYCHIATRIQUES

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

1. Définition de l'urgence psychiatrique

La **définition de l'urgence psychiatrique** est "*l'ensemble de situations et de pathologies ayant en commun la nécessité d'une réponse urgente, en l'absence de laquelle il y aurait aggravation*" (cf. DUVERGER-GUEDJ).

L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide, et adéquate, de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique (cf. Définition du groupe de travail de la commission des maladies mentales, 1991).

Les spécialistes de l'urgence y intègrent des états d'urgence autres que strictement psychiatriques : l'urgence psychiatrique recouvre en réalité 3 grandes catégories d'états pathologiques :

- **L'urgence psychiatrique pure** par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation) qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique.
- **Les urgences psychiatriques mixtes** groupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc.
- **Les états aigus transitoires** c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'évènements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc.) (définition adoptée par le rapport présenté au conseil économique et sociale par le Professeur STEG en 1989).

La part des urgences psychiatriques dans la totalité des urgences se présentant dans un service d'accueil des urgences est estimée de 10 à 30 %.

Les urgences en psychiatrie sont très diverses et peuvent revêtir d'emblée un caractère bruyant et souvent grave (suicide ou hétéro-agressivité) ou être la révélation d'un état pathologique qui pourra entraîner des manifestations différées dans le temps (décompensation, installation de maladies psychologiques ou somatiques).

Ces définitions doivent encore être complétées et éclairées par la notion de crise : selon les professionnels qui s'y sont intéressés, la crise se situe en amont de l'urgence, dont elle doit, selon eux, être distinguée.

Il s'agit en général d'une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux...). C'est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence médicale, psychiatrique ou mixte.

Dans la pratique on constate que les notions d'urgence et de crise sont souvent amenées à se recouper. Cependant, dans tous les cas, une prise en charge rapide et appropriée de cette manifestation urgente est primordiale car de la qualité de la réponse peut dépendre, en partie, l'évolution de la situation et ses répercussions sur l'environnement familial, professionnel et social¹. La crise est à la fois un danger et une opportunité de changement. Une situation de crise est susceptible d'aggravation vers l'urgence en l'absence de réponse ou d'évolution vers un nouvel équilibre.

L'urgence correspond à une situation de crise pathologique associée à un sentiment de danger imminent ou de risque vital pour le sujet et/ou son entourage. L'urgence ressentie définit une crise à l'issue incertaine, qui pourrait évoluer vers une urgence vitale si aucune réponse n'est donnée. Il est important de noter que la crise ne signifie pas intrinsèquement une pathologie.

2. Descriptif de l'offre de soins pour la prise en charge de l'urgence psychiatrique sur le territoire du Loiret

La prise en charge des urgences psychiatriques enfant et adulte est structurée autour du Centre hospitalier Départemental G. DAUMEZON (CHD) et du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM). Elle comprend les dispositifs suivants :

2.1 En amont de la prise en charge :

En amont de la prise en charge de l'urgence psychiatrique, l'accent doit être mis sur la prévention des situations d'urgence et de crise et le développement des réponses de la communauté.

La prise en charge de l'urgence psychiatrique s'organise avec les CMP enfant et adulte de l'ensemble du territoire du Loiret rattachés au CHD et au CHAM pour lesquels l'orientation se fait en fonction de la domiciliation de l'utilisateur. Au nombre de 12 pour la psychiatrie infanto-juvénile et 13 pour la psychiatrie adulte, accessibles les jours ouvrés de 9h00 à 17h00, ils permettent une prise en charge en équipe pluri-professionnelle au plus près des besoins de la population. Par leurs missions de dépistage, de diagnostic précoce, de soins et de prévention, ils constituent le maillon de proximité essentiel à la prévention des situations d'urgence et de crise. Dans ce cadre, ils doivent apporter une réponse dans des délais rapides à des demandes en soins non programmées.

En parallèle, les CMP, pour assurer ces missions, travaillent en coopération et collaboration avec l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des patients : familles et proches, médecins libéraux (généraliste, spécialiste, SOS médecins), services d'urgence hospitalière, professionnels paramédicaux libéraux, éducatifs, de l'enseignement, médico-sociaux, sociaux, les services hospitaliers, la justice, les forces de l'ordre, les services d'aide à l'enfance, d'aide au logement, d'insertion professionnelle...

¹ Circulaire N°39-92 DH PE/DGS 3C du 30 Juillet 1992, relative à la prise en charge des Urgences psychiatriques

Le dispositif est complété par :

- ✓ L'Unité d'Accueil Psychothérapeutique au CHAM qui propose des consultations les jours ouvrés de 9h00 à 17h00 avec une possible redirection rapide vers le service des urgences du CHAM où un psychiatre intervient à la demande de 9h00 à 18h30 et est d'astreinte de 18h30 à 9h00.
- ✓ Le CPAU à Fleury-les-Aubrais dont les missions d'accueil physique et téléphonique, d'écoute, d'évaluation, d'orientation permettent de prévenir les situations d'urgence et de crise en offrant une ouverture 24h/24, 7 jours/7.

Enfin, les unités d'hospitalisation temps plein du CHD et du CHAM viennent compléter ces missions de prévention de la situation d'urgence et de crise. De plus, dans le cadre, pour les patients se trouvant dans des structures médico-sociales ou à domicile et présentant des troubles déficitaires, 1 lit, dans chacune des 2 unités d'hospitalisation temps plein adulte projet de vie/insertion du CHD, est dédié à l'hospitalisation programmée.

2.2 Pendant la prise en charge :

La prise en charge de l'urgence psychiatrique s'organise sur trois niveaux :

Niveau 1 : prise en charge de proximité immédiate

OÙ ?	QUI ?	QUOI ?	QUAND ?
CMP	Infirmiers, médecins	Ecoute téléphonique, VAD ² , évaluation psychiatrique, orientation	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00
CPAU (CHD)	Infirmiers, médecins	Ecoute téléphonique, évaluation psychiatrique, orientation	24h/24, 7 jours sur 7
Unité d'Accueil Psychothérapeutique (CHAM)	Infirmiers, médecins	Ecoute téléphonique, évaluation psychiatrique, orientation	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00

Niveau 2 : prise en charge locale

OÙ ?	QUI ?	QUOI ?	QUAND ?
CMP	Infirmiers, médecins	Accueil téléphonique et physique, consultation, évaluation psychiatrique, orientation	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00
CPAU	Infirmiers, médecins	Accueil téléphonique et physique, consultation, évaluation psychiatrique, orientation	24h/24, 7 jours sur 7
Urgences et HTCD du CHAM	Equipe des urgences du CHAM Médecin psychiatre	Evaluation et prise en charge somatique Consultation, évaluation psychiatrique, orientation	Présence d'un psychiatre à la demande sur les urgences du CHAM de 9h00 à 18h30

² Visites à domicile

OÙ ?	QUI ?	QUOI ?	QUAND ?
			puis astreinte de 18h30 à 9h00
Unité d'Accueil Psychothérapeutique (CHAM)	Infirmiers, médecins	Accueil téléphonique et physique, consultation, évaluation psychiatrique, orientation	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00
Urgences et HTCD ³ adulte CH GIEN	Equipe des urgences adulte Infirmiers de CMP adulte de Gien se déplacent sur le service d'urgences du Centre hospitalier de Gien	Evaluation et prise en charge somatique, consultation, évaluation paramédicale psychiatrique	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00
Urgences pédiatriques CH GIEN	Equipe des urgences pédiatriques Infirmiers et / ou médecin de CMP enfant de Gien se déplacent sur le service urgences du Centre hospitalier de Gien	Evaluation et prise en charge somatique, consultation, évaluation paramédicale et médicale psychiatrique	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00
Urgences et HTCD adulte CH PITHIVIERS	Equipe des urgences adulte Equipes de CMP adulte des CMP de Pithiviers se déplacent sur le service d'urgences du Centre hospitalier de Pithiviers	Evaluation et prise en charge somatique, consultation, évaluation paramédicale psychiatrique	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00
Urgences pédiatriques CH PITHIVIERS	Equipe des urgences pédiatriques Equipes de CMP enfant des CMP de Pithiviers se déplacent sur le service d'urgences du Centre hospitalier de Pithiviers	Evaluation et prise en charge somatique, consultation, évaluation paramédicale et médicale psychiatrique	Les jours ouvrés de 9h00 à 17h00
Urgences et HTCD adulte CHRO	Equipe des urgences adulte Equipe soignante du CPAU présente sur le service d'urgences adulte du CHRO	Evaluation et prise en charge somatique, consultation, évaluation paramédicale et médicale psychiatrique	Infirmier : 9h00-17h00, 7 jours sur 7 ; médecin les jours ouvrés, tous les après-midis
Urgences pédiatriques CHRO	Equipe des urgences pédiatriques Intervention des infirmiers et médecins du CPAU	Evaluation et prise en charge somatique, consultation, évaluation paramédicale et médicale psychiatrique	Sur demande aux urgences pédiatriques Infirmier : 9h00-17h00, 7 jours/7 Médical : les jours ouvrés, tous les après-midis

³ Hospitalisation à Très Courte Durée

Niveau 3 : prise en charge de recours spécialisé

OU ?	QUI ?	QUOI ?	QUAND ?
CPAU	Infirmiers ; médecins	Accueil téléphonique et physique; consultation ; évaluation psychiatrique; orientation ;	24h/24, 7 jours sur 7
CHAM	Equipe des urgences du CHAM Médecin psychiatre	Evaluation somatique et psychiatrique ; orientation	Présence d'un psychiatre à la demande sur les urgences du CHAM de 9h00 à 18h30 puis astreinte de 18h30 à 9h00
CHD	Equipe pluri professionnelle	2 unités d'hospitalisation adulte temps plein fermées de crise 2 unités d'hospitalisation adulte temps plein ouvertes de crise 1 unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents	24h/24, 7jours/7
CHAM	Equipe pluri professionnelle	2 unités d'hospitalisation adulte temps plein	24h/24, 7jours/7

2.3 En aval de la prise en charge :

L'efficacité de la prise en charge de l'urgence psychiatrique est garantie par le renforcement des actions en aval. Quelle que soit l'orientation après une prise en charge de l'urgence psychiatrique, une coordination avec les acteurs de la prise en charge ultérieure est nécessaire afin d'assurer la continuité des soins dans les délais requis.

En aval de la prise en charge de l'urgence psychiatrique, le territoire du Loiret dispose :

- Des unités d'hospitalisation à temps complet sur les sites du CHD pour les patients adultes (à partir de 16 ans) et adolescents et du CHAM pour les patients adultes du montargois.
- Des unités d'hospitalisation pédiatriques du CHRO pour l'hospitalisation d'enfants présentant des troubles du comportement.
- Des CMP adulte et enfant du territoire qui assurent des consultations de suivi.
- Des équipes des CMP intervenant au niveau des services des urgences de Gien ou Pithiviers ainsi que l'équipe du CPAU intervenant au CHRO assurent quant à elles des consultations de post crise au niveau soit des services d'urgences ou HTCD, soit des CMP ou CPAU.
- De la psychiatrie de liaison du CHRO qui intervient dans les services du CHRO.

Comme pour la prise en charge en amont, la prise en charge en aval nécessite le développement d'un travail en réseau avec l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge de l'utilisateur en Santé Mentale.

2.4 Les interfaces

Que ce soit en amont, pendant ou en aval de la prise en charge de l'urgence psychiatrique, le travail en interface avec l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge de cette urgence psychiatrique constitue une garantie de la qualité des soins apportés à l'utilisateur.

Au décours de la prise en charge de l'urgence psychiatrique, les professionnels de santé mentale sont en interface avec :

- Les familles et proches des usagers.
- Les médecins généralistes ou spécialisés, SOS médecins, le SAMU 15 qui procèdent à l'évaluation et l'orientation médicale de la demande.
- La CUMP⁴.
- Les pompiers et transports sanitaires pour le transport de l'utilisateur.
- Les services d'urgences hospitaliers pour l'évaluation somatique et la demande d'évaluation psychiatrique.
- Les établissements de santé mentale des départements limitrophes, notamment suite à des consultations dans les services d'urgences de Gien ou Pithiviers.
- Les établissements de Santé Mentale privés du territoire (Belle-Allée, clinique du Pont de Gien) voire des départements limitrophes.
- Les forces de l'ordre dans le cas des hospitalisations sous contrainte et/ou pour la sécurisation du patient et/ou des professionnels.
- Les professionnels paramédicaux libéraux, éducatifs, médico-sociaux, sociaux, la justice, les services d'aide à l'enfance.

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

Les objectifs identifiés de la filière urgences psychiatriques :

- Structurer et harmoniser la prise en charge des urgences psychiatriques enfants et adulte sur le territoire ;
- Renforcer la coordination et la coopération entre les différents niveaux de la prise en charge de l'urgence psychiatrique ;
- Renforcer la coordination et la coopération entre les services d'urgences des soins généraux et de psychiatrie du territoire (interfaces) ;
- Renforcer l'activité des urgences psychiatriques dans les structures ambulatoires existantes ;
- Améliorer la visibilité du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques sur le territoire, à destination des partenaires et professionnels du territoire et de l'utilisateur.

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

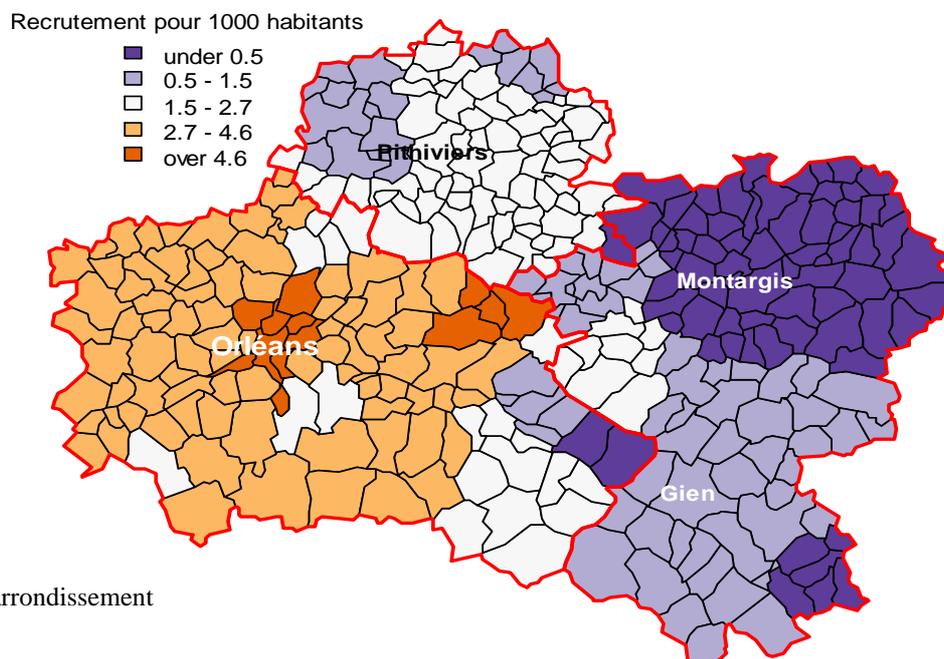
Le Loiret est le département le plus peuplé de la région Centre avec 660 000 habitants (soit 26% de la population de la région). Entre 2008 et 2013, le taux de croissance du Loiret est de 0,5% (identique taux de croissance nationale). En moyenne annuelle, le taux de croissance est de 0,31 % en Centre-Val de Loire contre 0,49 % en France métropolitaine.

1. Provenance géographique des recrutements des patients fréquentant le CPAU

Les patients proviennent principalement des communes de l'arrondissement d'Orléans avec une moyenne de 3,4‰ [cf. carte 1], mais aussi de celles de Pithiviers et dans une moindre mesure de celles de Gien et Montargis. Ce dernier arrondissement a la particularité d'englober une partie du secteur G07 relevant du CHD avec la présence d'une équipe de liaison du CHD sur les urgences du CH de Gien alors que le secteur G06 est couvert par le service de

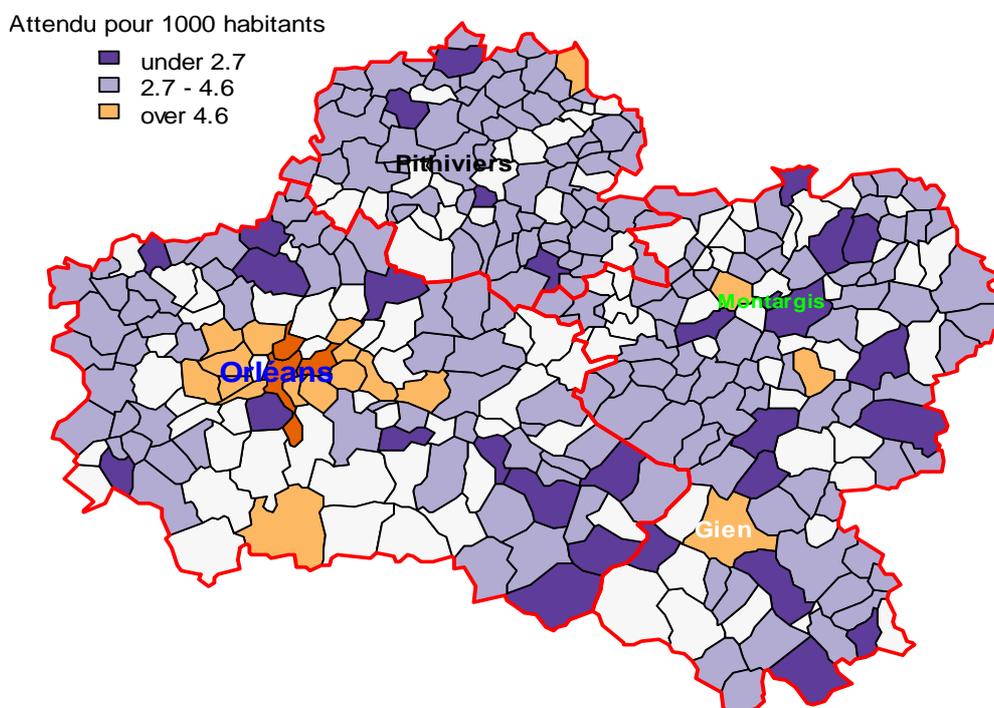
⁴ Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

psychiatrie dans le centre hospitalier de l'agglomération montargoise. Concernant l'arrondissement de Pithiviers, le service d'urgence du centre hospitalier de Pithiviers comporte quatre lits pouvant accueillir indifféremment des urgences somatiques ou psychiatriques ou les deux. Les patients relevant de soins mentaux sont vus par les soignants de l'unité de psychiatrie de liaison du CHD (secteur G08).



Carte 1 : Cartographie du recrutement

Lorsque la distribution des taux de l'arrondissement d'Orléans est appliquée aux deux autres arrondissements, 541 patients supplémentaires sont attendus [Cf. carte 2].



Carte 2 : Cartographie des taux attendus

2. Analyse détaillée de l'activité CPAU/CHR La Source/Psychotrauma 2015-2016

	Principales Provenances par ordre décroissant	2015		2016		Principaux Motifs par ordre décroissant	2015		2016		Principales Orientations par ordre décroissant	2015		2016	
		Nb	%	Nb	%		Nb	%	Nb	%		Nb	%	Nb	%
CPAU /CHR La Source/ Psychotrauma Nb de passages patients : 2015 : 3914 2016 : 4627	CH la Source	1207	30,84%	1331	28,77%	Tentative d'autolyse et IMV ⁵	695	17,76%	697	15,06%	Hospitalisation au CHD	1451	37,08%	1567	33,87%
	Patient	1140	29,13%	1486	32,12%	Hospitalisation	590	15,07%	696	15,04%	CMP	1105	28,23%	1399	30,24%
	Famille	509	13%	644	13,92%	Angoisse	454	11,60%	582	12,58%	Consultation CPAU	317	8,10%	410	8,86%
	Pompiers Samu	194	4,96%	212	4,58%	Dépression	396	10,12%	560	12,10%	Psychiatre libéral, Médecin généraliste	272	6,95%	385	8,32%
	Reconvocation CPAU	163	4,16%	206	4,45%	Troubles du Comportement	305	7,79%	311	6,72%	Domicile	298	7,61%	350	7,56%
sur le site du CHR La Source Nb de passages patients : 2015 : 998 2016 : 1056	CH la Source	998	100%	1056	100%	Tentative d'autolyse et IMV	524	52,50%	503	47,63%	CMP	313	31,36%	275	26,04%
						Problèmes d'alcool	165	16,53%	177	16,76%	les CHR la Source	146	14,63%	168	15,91%
						Plainte somatique	58	5,81%	60	5,68%	Consultation CPAU	123	12,32%	160	15,15%
						Dépression	38	3,81%	47	4,45%	Hospitalisation au CHD	142	14,22%	150	14,20%
						Troubles de comportement	64	6,41%	42	3,98%	Domicile	106	10,62%	122	11,55%
						Angoisse	40	4,01%	42	3,98%	Psychiatre libéral, Médecin généraliste	89	8,91%	93	8,81%

Nombre de patients vus CPAU/CHR La Source/Psychotrauma par année		
2014	2015	2016
2323	2442	2653

Taux de progression annuelle de l'activité CPAU /CHR La Source/ Psychotrauma	
2014-2015	2015-2016
+ 5,12%	+ 8,64%

⁵ Intoxication Médicamenteuse Volontaire

**d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS
ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN**

URGENCES PSYCHIATRIQUES	
FORCES	OPPORTUNITES
<p><u>En amont de la prise en charge :</u> Prise en charge en équipe pluri-professionnelle des CMP au plus près des besoins de la population : maillon essentiel de la prévention de la situation d'urgence ou de crise avec travail de réseau important.</p> <p>L'UAP⁶ au CHAM avec un relais possible vers les urgences du CHAM où un médecin psychiatre est de garde quotidiennement de 9h00 à 18h30 et d'astreinte de 18h30 à 9h00, ainsi que le CPAU : accueil téléphonique et physique 24h/24, 7 jours/7 avec une présence infirmière et médicale permettant une consultation, une évaluation et une orientation.</p> <p>Pour les usagers déjà connus du CHD, ce dispositif d'accueil téléphonique est complété par la possibilité de contact direct avec les infirmiers de l'unité d'hospitalisation temps plein de référence, 24h/24, 7 jours/7.</p> <p>1 lit dans chacune des 2 unités d'hospitalisation temps plein adulte projet de vie/insertion du CHD est dédié à l'hospitalisation programmée pour les patients des structures médico-sociales ou à domicile des et présentant des troubles déficitaires.</p> <p><u>Pendant la prise en charge :</u> Niveau 1 : écoute téléphonique par les CMP enfant et adulte, le CPAU et L'UAP avec possibilité de visites à domicile à partir des CMP. Permanence téléphonique du CPAU ouverte aux usagers et à leurs proches, aux médecins généralistes, au centre 15 et aux urgences hospitalières, 7j/7j, 24h/24h.</p> <p>Niveau 2 : les équipes du CMP enfant et adulte et l'UAP prennent en charge l'urgence psychiatrique les jours ouvrés de 9h à 17h. Interventions au niveau des urgences hospitalières à Gien, Pithiviers (conventions avec les CMP) et le CHRO (convention avec le CPAU).</p> <p>Niveau 3 : La prise en charge de recours est organisée autour des unités d'hospitalisation temps plein adultes et adolescents du CHD et adultes du CHAM, du CPAU et des urgences du CHAM. Cette organisation permet une prise en charge rapide de l'urgence psychiatrique 24h/24, 7 jours/7 sur l'ensemble du territoire du Loiret, infirmière et médicale (ligne de garde).</p> <p>Le CPAU, qui a une mission d'accueil d'urgence, est composé d'une équipe infirmière dédiée à cette structure, compétente et formée à la prise en charge de l'urgence psychiatrique et à l'évaluation du risque suicidaire (90% de l'équipe infirmière). Participation au congrès annuel de l'association francophone</p>	<p>Rapport relatif à la Santé Mentale de Michel LAFORCADE.</p> <p>Contrats locaux de santé mentale du Loiret.</p> <p>Le Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 et le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.</p> <p><u>En amont de la prise en charge :</u></p> <p>Des actions de prévention sont menées avec les différents partenaires du réseau sur le territoire à partir des CMP, travail d'information sur le dépistage et la prise en charge du risque suicidaire sur les enfants et les adolescents. La maison des adolescents (AMARA) constitue un lieu identifié d'information.</p> <p>Les personnels du CPAU rencontrent les différents services médico-sociaux du département et interviennent dans les formations paramédicales, accueillent en stage des policiers municipaux en formation.</p> <p>Les formations de l'ARS sur le dépistage des risques suicidaires.</p> <p>Le travail sur le ROR avec la participation d'un médecin psychiatre du CHD.</p> <p>L'implantation de maisons médicales sur le territoire.</p>

⁶ Unité d'Accueil Psychothérapeutique

<p>pour l'étude et la recherche sur les urgences psychiatriques.</p> <p>Sur le CHRO, les enfants de moins de 10 ans présentant des troubles du comportement sont pris en charge en pédiatrie, après concertation des médecins (pédopsychiatres, pédiatres).</p> <p><u>En aval de la prise en charge :</u> 12 CMP pour la psychiatrie infanto-juvénile et 13 CMP pour la psychiatrie adulte, accessible les jours ouvrés de 9h00 à 17h00 (avec possibilité de RDV programmé en dehors des heures d'ouvertures les jours ouvrés), répartis sur l'ensemble du Loiret, proposant une prise en charge médicale, paramédicale, psychologique, sociale et éducative (pour les enfants).</p> <p>Les équipes professionnelles intervenant dans les services d'urgences hospitalières ainsi que le CPAU propose des consultations de post-crise.</p> <p>Enfin, il existe au niveau du CHRO une équipe psychiatrique de liaison qui intervient dans l'ensemble des services (hors urgences et HTCD), les jours ouvrés de 9h00 à 17h00.</p>	
FAIBLESSES	RISQUES
<p><u>En amont de la prise en charge :</u> Délais de réponses à une demande de prise en charge initiale hétérogènes.</p> <p><u>Pendant la prise en charge :</u> Niveau 1 : Des plages horaires pour les consultations d'urgence paramédicale et médicale hétérogènes sur l'ensemble des CMP enfant et adulte. Manque d'une procédure dégradée au niveau de consultations médicales d'urgences sur les CMP adulte et enfants définie.</p> <p>Niveau 2 : Inégalité de formalisation de la réponse à l'urgence psychiatrique adulte ou enfant dans l'ensemble des CMP.</p> <p>Sur les urgences hospitalières adulte et enfant de Gien et de Pithiviers, l'absence de présence infirmière le soir et le week-end nécessite le recours au CPAU qui se situe à 66 km (pour Gien). L'absence d'intervenant médical sur les urgences adulte de ces établissements ne permet pas un avis médical pour une aide à la décision.</p> <p>Difficultés d'organisation du transfert en ambulance pour consultation au CPAU, notamment à Gien (une seule ambulance). Les usagers ne nécessitant pas d'hospitalisation se trouvent au CPAU à l'issue de leur consultation, sans moyen de locomotion, famille ou argent pour rentrer à leur domicile.</p> <p>Au CHRO, le service d'urgences déplore l'absence d'infirmier dédié à la prise en charge de l'urgence psychiatrique 24h/24.</p> <p>Absence d'équipe mobile d'intervention sur l'urgence psychiatrique sur le territoire, fonctionnant 24h/24, 7 jours/7.</p>	<p><u>En amont de la prise en charge :</u> La démographie médicale contrainte dans le Loiret et zones de désertification médicale avec précarité de la population (Gien, Pithiviers).</p> <p><i>Surmortalité régionale par suicide. Le suicide représente une des principales de causes de décès chez les jeunes (15-25 ans et 25-44 ans). Le nombre de personnes âgées touchées reste également important."</i> (Schéma régional de prévention 2012-2016).</p> <p>La lisibilité du dispositif de Santé Mentale et de l'offre de soins de cette filière est inégalement connue par les partenaires et les usagers du territoire.</p> <p><u>Pendant la prise en charge :</u> Un manque de communication et de coordination entre les médecins du CHD et des services d'urgences des CH de Gien, de Pithiviers, du CHRO ;</p> <p>Un manque d'évaluation somatique ou absence de transmissions systématiques des informations du bilan somatique par les services</p>

<p>Au CHRO, il existe 2 parcours de soins pour les patients par 2 équipes différentes : le CPAU et l'équipe de psychiatrie de liaison. Le CPAU assure les consultations sur les urgences et les HTCD 7 jours/7 de 9h à 17h00 pour les paramédicaux et les après-midis, les jours ouvrés pour les consultations médicales. Sur les autres services adultes, les consultations sont assurées par l'équipe de liaison les jours ouvrés de 9h00 à 17h00. Cependant, les consultations des sorties de post réanimation qui ont le lieu le week-end sont réalisées, dans l'intérêt du patient, par le CPAU, faute de permanence de l'équipe de liaison.</p> <p>Manque de possibilité de recours à un pédopsychiatre dans le cadre des urgences pédiatriques.</p> <p><u>Pour la prise en charge de l'urgence pédopsychiatrique :</u> Au niveau du CPAU, il n'y a pas de pédopsychiatre ;</p> <p>Aux urgences du CHAM, il n'y a pas de pédopsychiatre ; l'enfant est vu par le médecin de garde à partir de 14/15 ans et l'hospitalisation a lieu sur le CHD si besoin. Avant 14 ans, c'est le pédiatre qui s'occupe de la prise en charge.</p> <p><u>En aval de la prise en charge :</u> Absence de lits CAC⁷ : manque dans la gestion de la post crise.</p> <p>Inégalité de formalisation de la réponse à une demande de prise en charge en post-urgence psychiatrique dans les CMP enfant et adulte sur le territoire.</p>	<p>d'urgences ;</p> <p>Un manque de protocoles médicamenteux pour répondre à l'urgence psychiatrique ;</p> <p>Une absence d'informations claires sur la délégation de l'autorité parentale pour les enfants en foyer dépendant de l'Aide Sociale à l'Enfance, nécessitant une hospitalisation ; pas de convention existante ;</p> <p>Une absence de formation et information des équipes des urgences ou HTCD sur la psychiatrie.</p> <p><u>En aval de la prise en charge :</u> Manque de communication avec les services d'urgences hospitalières adresseurs pour informer de l'orientation du patient.</p> <p>Contact ou courrier au médecin traitant encore non systématique.</p> <p>Absence de partenariat régional pour la prise en charge de post-urgence psychiatrique en unité d'hospitalisation temps plein pour des prises en charges spécifiques (autisme, anorexie...).</p>
--	---

e- EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES

Le dispositif ERIC (78) (cf. Pratiques en santé mentale 2016/4 (62^{ème} année) Équipes mobiles, "Traiter la crise au domicile", Frédéric Mauriac, pages 17 à 20).

Le dispositif psychiatrique de soins intensifs au domicile (SID) (69) (cf. Pratiques en santé mentale 2016/4 (62^e année) Équipes mobiles, " Soins psychiques de crise à domicile", Abdoukafi Ali Ismae, pages 29 à 32).

⁷ Centre d'Accueil et de Crise

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : URGENCES PSYCHIATRIQUES					
Chef de projet médical : Dr VAGAPOFF/Dr GALLOIS					
Public concerné : l'ensemble de la population du territoire, adulte et enfant, nécessitant une prise en charge d'urgence psychiatrique					
FICHE PROJET N° 1 : Structuration et harmonisation de la prise en charge de l'urgence psychiatrique sur le territoire					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<p>La prise en charge de l'urgence psychiatrique nécessite, en amont, une évaluation du degré de l'urgence (le jour même, à 2, 3 ou 8 jours) et de proposer une orientation en adéquation avec cette évaluation.</p> <p>Les objectifs et résultats attendus sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La création COPIL urgences psychiatriques de territoire pour : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi des actions du projet d'établissement de la filière "urgences psychiatriques" du territoire ✓ Assurer l'analyse du recueil des indicateurs de la filière "urgences psychiatriques" du territoire et proposer aux ajustements nécessaires ✓ Assurer la coordination avec les services d'urgences hospitalières du territoire ✓ Assurer le lien avec le RTU 2. La coordination et la coopération entre les différents niveaux de la prise en charge des urgences psychiatriques adulte et enfant sur le territoire en : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clarifiant sur l'ensemble du territoire, le parcours de l'urgence psychiatrique ✓ Décrivant les parcours de soins enfant, adolescent et adulte ✓ Créant dans le DPI un item spécifique pour la saisie des urgences psychiatriques, afin de renforcer la coordination entre les différents professionnels et de permettre une analyse quantitative et qualitative des urgences psychiatriques sur le territoire, spécifiant : <ul style="list-style-type: none"> ➤ le lieu d'intervention : CMP, domicile, Services d'urgence hospitalière, CPAU... ➤ les date et heure de la demande ➤ la saisie de l'évaluation du degré d'urgence et le degré d'urgence ➤ les date et heure de la réponse ➤ les observations infirmières et médicales 3. L'harmonisation de la prise en charge des urgences psychiatriques de proximité adulte et enfant en: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Replaçant le CMP au centre du dispositif de prise en charge de l'urgence psychiatrique de proximité sur le territoire. ✓ Clarifiant le parcours de soins du patient sur les CMP ✓ Garantissant la même offre de soins pour les patients sur l'ensemble du territoire ✓ Proposant des mesures organisationnelles pour éviter les ruptures de soins. 4. Le développement d'une meilleure prise en charge en post urgence psychiatrique en : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Replaçant les CMP adulte et enfant au centre du dispositif de prise en charge de la post urgence psychiatrique ✓ Créant des lits CAC : voir fiche projet n°2 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
CMP enfant et adulte du territoire ; Le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Urgence ; L'UAP ; Services d'urgences : CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CHAM ; SAMU ; L'équipe de liaison du CHRO ; DIM CHD/CHAM ; Chefs des pôles de psychiatrie adulte et enfant du CHD et CHAM ; Présidents CME : CHD/CHAM ; Directeurs : CHD/CHAM ;					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de	Echéancier	Ressources	Budget	Modalités de

	l'action	prévisionnel	nécessaires		suivi
Créer un COPIL urgences psychiatriques de territoire	Directeurs CHD/CHAM ; Présidents CME CHD/CHAM ;	Septembre 2017- décembre 2018	Ressources existantes dans chaque Pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM ; représentants des urgences hospitalières du CHRO/CH Gien et Pithiviers ; SAMU	-	Date de la 1 ^{ère} réunion du COPIL
Décrire les parcours de soins enfant, adolescent, adulte et rédiger les procédures sur ces parcours de soins de l'urgence psychiatrique sur le territoire (notamment en définissant et délimitant le champ d'action des équipes urgences psychiatriques)	Médecin Chef de pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM/ Direction de l'ACQAG / COPIL Urgences psychiatriques	Septembre 2017 – décembre 2018	Ressources existantes dans chaque Pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM	-	Date de validation CME et CSIRMT et date de diffusion des procédures
Communiquer auprès de l'ensemble des partenaires sur ces procédures (SAMU- médecins urgentistes, médecins généralistes, partenaires du réseau....)	COPIL Urgences psychiatriques ; responsables des structures ambulatoires ; CPAU	Décembre 2018- mars 2019	Ressources existantes dans chaque Pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM	-	Echéancier de communication
Créer dans le DPI un item spécifique pour la saisie des urgences psychiatriques	DIM CHD/CHAM. COPIL Urgences psychiatriques	Septembre 2017 – décembre 2018	Equipe du DIM CHD / CHAM COPIL urgences psychiatriques	-	Date de réalisation
Identifier sur chaque CMP adulte et enfant du territoire des plages horaires paramédicales pour répondre à l'urgence psychiatrique et à la post urgence psychiatrique	Médecin Chef de pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM	Septembre 2017 – décembre 2018	Ressources existantes dans chaque Pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM	-	Evolution du nombre de CMP enfant et adulte n'ayant pas de plages horaires paramédicales dédiées à l'urgence psychiatrique
Rédiger dans chaque pôle de psychiatrie	Médecin Chef de pôle de	Septembre 2017 –	Ressources existantes dans	-	Date de communication

une procédure dégradée offrant une garantie de réponse médicale à l'urgence psychiatrique de proximité	psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM	décembre 2018	chaque Pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM		des procédures par pôle
Mettre en œuvre des stratégies pour limiter les "perdus de vue"	Médecin Chef de pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM ; responsables des structures ambulatoires	Septembre 2017 – décembre 2018	Ressources existantes dans chaque Pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM	-	Date de communication sur les stratégies mises en œuvre

LEVIERS/RISQUES

LEVIERS/OPPORTUNITES	PRINCIPAUX RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Rapport relatif à la Santé Mentale de Michel de LAFORCADE ⇒ Des organisations déjà existantes dans certains CMP ⇒ Une expérience de procédure dégradée dans le pôle nord-est pour apporter une réponse médicale à l'urgence de proximité ⇒ Des professionnels formés à la prise en charge de l'urgence psychiatrique et notamment à l'évaluation du risque suicidaire 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ La définition de la notion d'urgence psychiatrique ⇒ Le ressenti de l'urgence psychiatrique par le patient, l'entourage, le professionnel ⇒ L'amalgame entre l'urgence psychiatrique et la liaison pour les interventions dans les services hospitaliers avec un risque d'utilisation des plages dédiés aux services d'urgences hospitalières des CH pour des situations non urgentes relevant du programmable. ⇒ Les DPI différents sur le CHAM et le CHD ⇒ Les écarts liés à la saisie des actes ⇒ Des pertes de plages de consultations paramédicales et médicales dans les CMP en lien avec les plages laissées pour la prise en charge de l'urgence psychiatrique ou post urgence et une non optimisation de ces plages ⇒ Des parcours de soins standardisés qui ne prennent pas en compte des spécificités individuelles

INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION

<ul style="list-style-type: none"> • Nombre annuel de réunions du COPIL urgences psychiatriques de territoire • Evaluation annuelle de l'activité urgence psychiatrique sur chaque structure permettant d'obtenir des données départementales sur l'urgence psychiatrique de proximité • Délai de RDV accueil IDE/date appel urgence du patient • Délai de médical/date appel urgence du patient • Délai de RDV IDE en post urgence • Délai de RDV médical en post urgence • Taux de RDV non honorés • Nombre de fiches de signalement d'événements indésirables liés à la prise en charge de l'urgence psychiatrique

Filière : URGENCES PSYCHIATRIQUES

Chef de projet médical : Dr VAGAPOFF/Dr GALLOIS

Public concerné : l'ensemble de la population du territoire, adulte et enfant, nécessitant une prise en charge d'urgence psychiatrique

FICHE PROJET N° 2 : Création d'un Centre d'Accueil et de Crise

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Le SROS 2006-2011 indique que « tout département doit être équipé d'au moins un centre d'accueil et de crise (CAC) à même d'héberger sur 48 ou 72 heures des patients reçus en urgence, quel que soit leur âge, aux fins d'évaluation et de traitement.

La création d'un centre d'accueil et de crise de 6 lits sur le site du CHD, à vocation départementale, a pour objectif de

- mettre en place une offre de soins nouvelle, permettant de prendre en charge des situations de crise
- réaliser, à l'occasion d'une hospitalisation en principe de moins de 72 heures, un travail spécifique autour de la notion de crise dans un cadre plus adapté et moins stigmatisant que les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale
- dans un premier temps, le CAC s'adresse à un public adulte ; dans un second temps, l'extension vers une prise en charge des adolescents sera à étudier

Le CAC a vocation :

- à offrir un lieu contenant et rassurant, clairement distinct de tout autre lieu de soins. Il s'agit d'un lieu intermédiaire offrant la possibilité au patient d'une mise à distance de son environnement tout en restant en lien et en interaction avec les lieux et les intervenants externes.
- à générer une prise en charge globale du patient à la fois sur le plan somatique et psychique. Dans ce cadre, l'évaluation somatique par l'adresseur (service d'urgences, SAMU, médecins généralistes, CMP...) constitue a fortiori une obligation, notamment pour exclure des pathologies somatiques sous-jacentes (de type neurologique en particulier), mais aussi pour recueillir au besoin un bilan biologique d'entrée permettant de sécuriser la mise en place d'un traitement neuroleptique.
- à permettre ainsi une évaluation fine de la problématique à la fois médicale, psychologique, sociale, environnementale et familiale ; évaluation du degré de gravité du risque d'un éventuel passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Le CPAU ; Pôles de psychiatrie adulte du CHD ; Direction ; Président de CME ; SAU du territoire ;

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Réaliser le cahier des charges-programme fonctionnel pour la future unité CAC	Directeur /Président de CME CHD Médecin chef du pôle nord-est	Mai 2017- septembre 2017	Médecin chef du pôle nord-est Encadrement supérieur du pôle nord-est Cadre de santé du CPAU Equipe du CPAU Direction de la Logistique des Achats Travaux Développement Durable	-	Suivi en directoire Retroplanning Recours à une AMO
Construction de l'unité d'accueil et de crise sur le site du CHD	Directeur	En cours – décembre 2021	Médecin chef du pôle nord-est Encadrement supérieur du pôle nord-est Cadre de santé du CPAU Direction de la Logistique des Achats Travaux	1 900 000 €	Planification des travaux Suivi des travaux

			Développement Durable Entreprise de construction Architectes Maitres d'œuvre/d'ouvrage		
Définir les modalités d'admission vers le CAC (protocoles médicaux), d'organisation avec la médecine générale et les modalités d'organisation avec les adresseurs	Médecin chef du pôle nord-est	A déterminer en fonction de la date d'ouverture du CAC	Président CME CHD Médecin chef du pôle nord-est Encadrement du pôle nord-est Cadre de santé du CPAU Equipe du CPAU Médecins CHD		Consultation des instances
Recruter le personnel nécessaire au fonctionnement du CAC	Médecin chef du pôle nord-est Encadrement supérieur du pôle nord-est DSI Direction des affaires médicales	A déterminer en fonction de la date d'ouverture du CAC	Elaboration des fiches de postes pour les IDE, Psychiatre, aides soignants.	457 149 €	Suivi par la direction des soins/direction des affaires médicales
Communiquer sur l'ouverture du CAC et ses modalités d'admission	Directeur /Président de CME CHD Médecin chef du pôle nord-est	A déterminer en fonction de la date d'ouverture du CAC	Médecin chef du pôle nord-est, Encadrement du pôle nord-est, Cadre de santé du CPAU, Equipe du CPAU	A définir	Suivi par le pôle nord
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
⇒ Priorité régionale sur précédent SROS 2006-2011 ⇒ Validation par l'ARS du projet en mai 2017			⇒ recrutement des professionnels nécessaires au bon fonctionnement de la structure ⇒ La durée d'hospitalisation ⇒ Le dimensionnement du CAC ⇒ Le non-respect des modalités d'admission		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'occupation du CAC • Durée moyenne de séjour et <i>turn-over</i> • Motif d'hospitalisation et ventilation par provenance (adresseurs, géographie) et orientation à la sortie. • Nombre de prise en charge ayant un suivi en CMP en post crise • Evaluation du parcours de soins (patient traceur) et analyse des évènements indésirables 					

Filière : URGENCES PSYCHIATRIQUES					
Chef de projet médical : Dr VAGAPOFF/Dr GALLOIS					
Public concerné : l'ensemble de la population du territoire, adulte et enfant, nécessitant une prise en charge d'urgence psychiatrique					
FICHE PROJET N°3 : <i>Visibilité du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques du territoire pour les partenaires et professionnels du territoire et les usagers.</i>					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<p>Le système actuel est complexe pour les partenaires, professionnels et usagers et ne permet pas toujours une bonne identification des ressources existantes à tous les temps de la prise en charge. Qu'il s'agisse d'intervenir le plus en amont possible de la crise, ou lorsque celle-ci n'a pu être évitée et devient urgence, une visibilité du dispositif existant sur le territoire est indispensable. En effet, pour une urgence psychiatrique comme somatique, l'adage suivant doit être retenu : « Le bon malade, au bon endroit, au bon moment ». Une mauvaise articulation entre les acteurs, une erreur d'orientationont un retentissement sur la prise en charge et peuvent constituer un risque de rupture dans le parcours du patient.</p> <p>Les objectifs et résultats attendus sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'amélioration de la visibilité du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques sur le territoire à destination des professionnels de santé, des partenaires et des usagers en : <ul style="list-style-type: none"> • Favorisant l'adressage sur les CMP en communiquant sur ces structures • Développant et tenant à jour une "base des partenaires" dans chaque CMP • Améliorant les sites internet des établissements • Développant le ROR sur le territoire. <p>Ces 2 dernières actions seront développées de façon transversale sur l'ensemble des filières du projet médicale de territoire.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. L'amélioration du maillage territorial en poursuivant la structuration des réseaux sur les CMP en : <ul style="list-style-type: none"> • S'appuyant sur la mise en place des CLSM sur le territoire. 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
CMP du territoire ; direction CHD/CHAM ; Ensemble des professionnels et partenaires du territoire ; Associations d'usagers ; élus des communes d'implantation des CMP ; CLSM					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Réaliser dans chaque CMP une plaquette de présentation de la structure à destination des professionnels et des usagers	Médecin et cadre responsables du CMP	Septembre 2017 – juin 2018	Ressources existantes dans chaque CMP	Impression des plaquettes	Nombre de CMP ayant une plaquette
Améliorer la signalisation des CMP dans les communes où ils sont implantés	Direction/COPIL Urgences psychiatriques	Septembre 2017 – juin 2018	Elus des communes d'implantation des CMP	A déterminer en fonction de chaque commune	Nombre de CMP non signalisé
Renforcer les missions d'informations et de communication des CMP	Médecin Chef de pôle de psychiatrie adulte et enfant du CHD/CHAM ; responsables des structures	Septembre 2017 – décembre 2020	Ressources existantes dans chaque Pôle de psychiatrie adulte et	-	

auprès des différents partenaires de leur territoire (réseau)	ambulatoires		enfant du CHD/CHAM		
S'appuyer sur la création CLSM pour assurer la visibilité des structures existantes	COFIL Urgences psychiatriques/CLSM	Septembre 2017- septembre 2021	CLS et CLSM du département	-	Suivi en commission information du CLSM
Créer un site internet départemental "Santé Mentale Loirétaine"	Direction/ ARS	Janvier 2018/juin 2019	Administrateur de site	A définir	A proposer dans le cadre du PRSM
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
⇒ Plaquettes déjà existantes dans certains services du CHD ⇒ Fiches projet des CLS du territoire ⇒ ROR			⇒ Faire des outils simples d'utilisation ⇒ Les mises à jour des outils à disposition		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hospitalisations de patients non connus des CMP • Nombre de plaquettes imprimées annuellement par CMP • Nombre d'utilisateurs annuel du site internet "Santé Mentale Loirétaine" 					

Filière : URGENCES PSYCHIATRIQUES

Chef de projet médical : Dr VAGAPOFF/Dr GALLOIS

Public concerné : l'ensemble de la population du territoire, adulte et enfant, nécessitant une prise en charge d'urgence psychiatrique

FICHE PROJET N°4 : *Coordination et coopération entre les services d'urgences des soins généraux et de psychiatrie du territoire*

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Afin de garantir une continuité de qualité de la prise en charge à chaque étape du parcours de soins du patient et d'éviter les risques de ruptures dans ce parcours, une coopération et coordination entre les services d'urgences des soins généraux et de psychiatrie du territoire est indispensable.

Les objectifs et résultats attendus sont :

1. Le développement d'une communication entre les services d'urgences hospitalières adulte et enfant et les services d'urgences psychiatriques par :
 - La mise à jour des conventions existantes entre les Centres Hospitaliers de soins généraux et psychiatriques et procéder à leur évaluation ;
 - La réalisation de rencontres annuelles entre les professionnels chaque service d'urgences hospitalières adulte et enfant et les professionnels de psychiatrie intervenants sur ces services ;
 - La réalisation de protocoles médicamenteux pour aider les services d'urgences hospitalières à gérer une situation d'urgence psychiatrique ;
 - L'information et / ou la formation des équipes d'urgences hospitalières et HTCD à la gestion de crise et de l'urgence psychiatrique.
2. Le renforcement de la prise en charge de l'urgence psychiatrique sur les services d'urgences hospitalières en :
 - Déterminant l'opportunité, à partir de l'activité constatée, de présence infirmière sur les services d'urgences hospitalières adulte, la nuit pour le CHRO et le week-end pour les Centres hospitaliers de Gien et Pithiviers.
 - Déterminant l'opportunité, à partir de l'activité constatée, de modalités de consultation médicale psychiatrique sur les services d'urgences des centres hospitaliers de Gien et Pithiviers
 - Structurant la prise en charge de l'urgence psychiatrique enfant sur les services d'urgences pédiatriques de l'ensemble du territoire

Ce dernier point sera intégré et développé dans le projet du pôle de psychiatrie infanto-juvénile du CHD pour les secteurs I 01 et I 02.
3. La transmission mutuelle des informations :
 - Indispensables à la prise en charge du patient et à son orientation tout au long de son parcours
 - Relatives à l'orientation post urgence du patient
4. L'obligation d'une évaluation somatique du patient la plus complète possible et la transmission écrite systématique des informations de ce bilan somatique lors de l'orientation afin de:
 - lever toute étiologie organique aux troubles psychiatriques
 - De permettre une prise en charge somatique immédiate adaptée
 - D'optimiser l'orientation de l'utilisateur

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Directions générales : CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/ CHD/CHAM ; Médecins responsables des services d'urgences de soins généraux et psychiatriques : CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/ CHD/CHAM ; DIM CHD/CHAM/CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers ; CPAU ; CMP adulte et enfant de Gien et de Pithiviers ; l'UAP ; services d'urgences : CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CHAM ; SAMU

ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budg et	Modalités de suivi
Evaluer, mettre à jour, puis réévaluer annuellement les conventions entre les différents centres hospitaliers pour la prise en charge de l'urgence psychiatrique (CHRO/Gien/Pithiviers/CHD/CHAM) et procéder aux ajustements nécessaires ; communiquer sur ces conventions auprès des services concernés	Chefs de pôle / Direction	Septembre 2017 – septembre 2021	Ressources existantes CHD/ CHRO/CH Gien/CH Pithiviers/CH AM	-	Tableau de suivi des conventions
Organiser des rencontres annuelles entre les professionnels des services d'urgences hospitalières adulte et enfant et de psychiatrie	COPIL Urgences psychiatriques ; médecins et cadres responsables des structures ou services concernés ; infirmiers	Septembre 2017- septembre 2021	Ressources existantes CHD/ CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CH AM	-	Suivi en COPIL
Elaborer des protocoles médicamenteux pour la prise en charge des urgences psychiatriques adulte et enfant sur les services d'urgences hospitalières adulte et enfant	COPIL Urgences psychiatriques ; CPAU	Septembre 2017 – septembre 2019	Ressources existantes CHD/ CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CH AM	-	Validation des protocoles en CME Communication des protocoles aux services d'urgences hospitalières
Proposer aux services d'urgences hospitalières des actions d'information ou de formation sur la prise en charge de l'urgence psychiatrique	COPIL Urgences psychiatriques ; CPAU	Septembre 2017 – septembre 2021	Ressources existantes CHD/ CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CH AM	-	Compte rendu des COPIL urgences psychiatriques Nombre de personnels informés ou formés
Etablir la liste des documents et informations à fournir indispensables à la continuité du parcours de soins d'un patient allant d'un service de soins généraux vers le CHD ou inversement	COPIL Urgences psychiatriques ; CPAU	Septembre 2017 – septembre 2019	Ressources existantes CHD/ CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CH AM	-	Compte rendu des COPIL urgences psychiatriques Date de

					communication aux services d'urgences hospitalières
Définir les modalités de communication entre les services de psychiatrie et d'urgences hospitalières adresseurs relatives à l'orientation post urgence	COPIL Urgences psychiatriques ; CPAU	Septembre 2017 – septembre 2019	Ressources existantes CHD/ CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CH AM	-	Compte rendu des COPIL urgences psychiatriques Date de communication aux services d'urgences hospitalières
Définir avec les services d'urgences hospitalière et psychiatrique un bilan somatique standardisé à réaliser en amont de l'orientation à partir d'un service d'urgence du territoire vers un service de psychiatrie	COPIL Urgences psychiatriques	Septembre 2017 – septembre 2019	Ressources existantes CHD/ CHRO/ CH Gien/CH Pithiviers/CH AM	-	Formalisation du bilan validé en CME
Déterminer l'opportunité à partir de l'activité constatée de modalités de réponse médicale psychiatrique sur les services d'urgences des centres hospitaliers de Gien et Pithiviers	COPIL urgences psychiatriques	Janvier 2019 – décembre 2019	COPIL urgences psychiatriques Services d'urgences hospitalières DIM Centres hospitaliers concernés CPAU	-	Sur une période définie, suivi de l'activité constatée sur les services d'urgences hospitalière nécessitant une réponse médicale psychiatrique sur les services d'urgences des CH de Gien et Pithiviers
Déterminer l'opportunité à partir de l'activité constatée de présence infirmière sur les services d'urgence hospitalière adulte, la nuit au CHRO et le week-end dans les CH de Gien et Pithiviers	COPIL urgences psychiatriques	Janvier 2020 – décembre 2020	COPIL urgences psychiatriques Services d'urgences hospitalières DIM CH concernés CPAU	-	Sur une période définie, suivi de l'activité d'urgences psychiatriques constatée sur les services d'urgences hospitalières en dehors de temps de

					présence des personnels paramédicaux du CHD
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Des conventions déjà existantes avec les services d'urgences hospitalières à actualiser ⇒ Des professionnels de santé de psychiatrie intervenant dans l'ensemble des services d'urgences hospitalières du territoire ⇒ Des professionnels formés à la prise en charge de l'urgence psychiatrique et notamment à l'évaluation du risque suicidaire ⇒ Un projet de pôle infanto-juvénile en cours ⇒ La création du COPIL urgences psychiatriques de territoire ⇒ Le COPIL soins somatiques ⇒ Le RTU 			<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Absence d'évaluation somatique en amont de l'orientation psychiatrique ⇒ Erreur d'orientation et / ou des ruptures dans le parcours du patient ⇒ Orientation en dehors des temps de présence de professionnels de psychiatrie sur les services d'urgences hospitalières ⇒ Difficulté de participer aux informations/formations proposées pour les services d'urgences hospitaliers par manque de temps ⇒ Turn-over important sur les services d'urgences hospitalières 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluations des conventions • Nombre d'actes "urgences psychiatriques" dans les services d'urgences hospitalières • Analyse des évènements indésirables liés à la prise en charge de l'urgence psychiatrique et somatique (CREX) • Evaluation de la pertinence du parcours de soins (patient traceur) 					

2- FILIERE PSYCHIATRIE DE LIAISON

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

Le champ de la psychiatrie dite de liaison se situe à l'interface de la psychiatrie et de la médecine somatique. Elle s'inscrit dans une approche globale du patient et s'appuie sur un modèle biopsychosocial. La psychiatrie de liaison met au service de la médecine somatique les compétences de la psychiatrie et contribue à maintenir cette dernière dans le champ de la médecine.

Les équipes de psychiatrie de liaison ont pour mission d'intervenir dans l'ensemble des services de l'hôpital, plus souvent à la demande du personnel hospitalier que des malades eux-mêmes. Elles se sont attachées à définir toute une série de missions qui vont de l'approche directe au lit du malade en vue notamment d'une aide à la verbalisation et d'une évaluation de la symptomatologie présentée à l'occasion d'une hospitalisation à des situations de décompensations psychiatriques secondaires à la pathologie somatique. Mais également et de plus en plus, à un soutien aux équipes soignantes afin que celles-ci répondent par leurs propres moyens aux diverses situations.

La psychiatrie de liaison est en effet une approche transversale où les différents partenaires échangent autour de la situation rencontrée sur un pied d'égalité, ne se référant pas à un organe malade mais privilégiant l'approche globale de la personne dans son environnement médico-psycho-social.

Les interventions de l'équipe de liaison se font en direction du patient, de son entourage, des soignants, par la création d'une alliance entre l'ensemble de ces acteurs et autour du projet de soins.

1. Les missions des équipes de liaison

- Faciliter l'accès aux soins par une activité de consultation axée sur le patient et qui consiste à donner au confrère demandeur un avis de spécialiste en psychiatrie.

Prestation axée sur le patient qui consiste à donner au confrère demandeur non psychiatre, un avis de spécialiste.

- ✓ Repérage des personnes en difficulté dans les services de MCO⁸.
- ✓ Orientation pour une prise en charge, favoriser le relais, liens et prise de contact entre l'hôpital et la communauté.
- ✓ Pendant l'hospitalisation : évaluer et initier.
- ✓ Actions d'éducation à la santé et de prévention.
- ✓ Aider aux diagnostics et initier la mise en place des traitements.
- ✓ S'assurer que toute personne rencontrée quitte l'hôpital continue à obtenir les soins adéquats après sa sortie.

- Activité de liaison afin de sensibiliser les personnels par des actions de formation

⁸ Médecine Chirurgie Obstétrique

Prestation axée sur l'équipe soignante qui consiste en la formation et en la sensibilisation des soignants de soins généraux aux aspects psychologiques de leur activité.

- ✓ Informer et assister les personnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge des pathologies.
- ✓ Elaborer des protocoles.
- ✓ Développer les liens en réseau avec tous les acteurs de la prise en charge.

2. Dispositif sur le département du Loiret

- CHRO : équipe de psychiatrie de liaison rattachée à l'établissement. Responsables : Dr MICHEL et son équipe médicale
- CHAM : équipe de l'Unité d'Accueil Psychothérapeutique (UAP), missions de liaison, rattachée à l'établissement. Responsables : Dr GALLOIS et équipe médicale, dont le Dr BELMADANI.
- CH Pithiviers : équipe du CMP de Pithiviers CHD Georges Daumezon assure une mission de liaison sur les services du MCO.
- CH Gien : équipe du CMP de Gien CHD Georges Daumezon assure une mission de liaison sur les services du MCO.
- CH Sully : équipe du CMP de Sully CHD Georges Daumezon assure une mission de liaison sur les services du MCO.

3. Organisation de la prise en charge/parcours patient

3.1 En amont de la prise en charge sanitaire psychiatrique

- **Origine de la demande :** les demandeurs sont les médecins somaticiens des services du MCO en charge du patient.
- **Points d'accès :** par communications téléphoniques, fax, courrier, courriels, en lien direct avec l'équipe chargée de la psychiatrie de liaison.
- **Modalités d'inclusion :**
 - Patient inconnu : nécessité d'un avis psychiatrique seulement après élimination d'une affection somatique aiguë.
 - Patient à comorbidité psychiatrique.
 - Décompensation psychiatrique en MCO.
 - Toute demande du PH du MCO nécessite une réponse.

3.2 Pendant la prise en charge psychiatrique

- **Prise en charge de proximité :** dans tous les établissements hospitaliers MCO dont le CHAM, les patients hospitalisés pour lesquels il est demandé un avis psychiatrique (dont ceux adressés par le CHD Georges Daumezon), sont évalués dans le service dans une salle d'accueil ou au lit du malade directement par l'équipe d'appartenance en charge de la psychiatrie de liaison, ou par un représentant des équipes de Centres médico-psychologiques du CHD qui assurent sur ces établissements une mission d'aide au diagnostic aux urgences et en psychiatrie de liaison. Parfois, si l'état clinique du patient le permet, celui-ci peut être accompagné jusque dans le service de psychiatrie pour consulter.
- **Prise en charge de recours :** en cas de nécessité les patients sont orientés vers :

- ✓ L'hospitalisation à temps complet (service de psychiatrie au CHAM, au CHD, cliniques privées).
 - ✓ Hospitalisation, à temps partiel (en HDJ⁹ pour le CHAM).
 - ✓ Consultation programmée de suivi (en CMP/CHD, UAP¹⁰/CHAM), psychiatres libéraux
 - ✓ Consultation sociale (service social des EPS¹¹, CCAS).
 - ✓ Consultation spécialisée (ELSA¹² alcoologie, addictologie, victimologie, autisme, gérontopsychiatrie, neurologie EEG, douleur, troubles du sommeil...).
 - ✓ Consultation de psychothérapie longue avec un psychologue hospitalier ou libéral.
 - ✓ Consultation auprès du médecin traitant.
 - ✓ Liens pour suivi avec infirmier ou psychologue scolaire.
 - ✓ Liens avec les services de santé au travail.
 - ✓ Liens avec les services mère-enfant.
 - ✓ Liens avec l'entourage familial qui peut apporter des solutions aidantes.
- **Indications : à visée d'évaluation et /ou diagnostique**
 - ✓ Troubles thymiques.
 - ✓ Troubles anxieux.
 - ✓ Troubles délirants.
 - ✓ Troubles de la personnalité.
 - ✓ Conduites addictives.
 - ✓ Difficultés existentielles.
 - ✓ Troubles de la dégénérescence (état confusionnel, entrée dans la démence, dépression de la personne âgée).
 - **Interfaces avec les services de soins somatiques et autres membres du GHT à développer :**
 - ✓ Aide au diagnostic psychiatrique ; recherche d'hypothèses de diagnostic psychiatrique (par échange d'avis concertés).
 - ✓ Apport de formation et à la connaissance des troubles psychiatriques.
 - ✓ Travail partagé avec l'équipe mobile de gériatrie au CHAM.
 - ✓ Relais de prise en charge d'un établissement vers un autre (synthèse pluri professionnelle de situation).
 - ✓ Fiche et courrier de liaison.
 - ✓ Compte rendu de consultation et bilan somatique.
 - ✓ Dossier médical du patient (si l'équipe de liaison est en appartenance sur le centre hospitalier, par exemple CHAM et CHRO).

3.3 Aval de la prise en charge

Consultation post hospitalisation, organisation de la continuité des soins par relais :

- ✓ Equipes de secteur en CMP.
- ✓ Médecine libérale (psychiatres et médecins traitants).
- ✓ Orientation en hospitalisation en EPSM ou clinique privée.
- ✓ Orientation en médicosociale.
- ✓ Soins en service d'accueil familial thérapeutique.

⁹ Hôpital de Jour

¹⁰ Unité d'Accueil Psychothérapeutique

¹¹ Etablissements Publics de Santé

¹² Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

L'objectif global des activités de psychiatrie de liaison est de soutenir l'accompagnement de toute personne en situation d'hospitalisation en MCO et nécessitant un accès aux soins spécialisés en psychiatrie.

- **Promouvoir des outils de communication sur l'offre de soins des équipes de liaison :** accompagner l'information, création de plaquette et organisation d'une demi-journée de formation/information avec présentation des missions aux professionnels des établissements (à différencier avec les missions des urgences psychiatriques).
- **Améliorer la prise en charge et la continuité des soins :** développer des liens professionnels inter équipes, des suppléances sur les weekends et jours fériés ainsi que des supports de traçabilité. Rapprochement de l'équipe de liaison vers le CHD.
- **Développer l'attractivité médicale :** demander des moyens supplémentaires.
- **Améliorer l'exhaustivité de la traçabilité et valoriser les actes de la psychiatrie de liaison :** revoir avec les DIM les différentes possibilités de saisies spécifiques.
- **Partager des protocoles :** à développer en inter établissements (circuit patient en interne et inter établissement lors des relais de prise en charge, sevrage alcoolologie, appel à SOS médecins pour les contraintes...).
- **Développer un principe de formations partagées** (complémentarité de compétences et des qualifications dans un domaine précis (par exemple, alcoolologie/addictologie,...)).
- **Engager un partenariat inter établissements pour la prise en charge des professionnels** (hospitalisés en MCO nécessitant une prise en charge psychiatrique ou accompagnement de membres des équipes en difficulté suite à des chocs psychologiques, débriefing).
- **Se donner les moyens de la mission de formation des professionnels :** intervenir auprès des équipes à la demande.

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

L'analyse des données d'activité portent sur l'activité de liaison du CHD et du CHAM, les données de la psychiatrie de liaison du CHRO n'ayant pas pu être exploitées.

1. Analyse de l'activité de liaison réalisée par les unités de liaison au CHD

Résultats	2011	2012	2013	2014	2015
File Active - CHD	13070	13332	13814	14661	15781
File Active liaison	1304	1066	1513	1559	1508
% FA liaison	10,0%	8,0%	11,0%	10,6%	9,6%
Nb actes – CHD	116716	118746	128880	130835	137464
Nb d'actes – liaison	3223	2589	4205	3963	3999
% actes liaison	2,8%	2,2%	3,3%	3,0%	2,9%

La file active s'entend ici en termes de patients vus au moins une fois par un professionnel soignant, toutes catégories professionnelles confondues. Les actes de liaison représentent 3% en moyenne de l'ensemble des actes réalisés au CHD. Cependant, il convient de noter que certains actes de consultation de psychiatrie de liaison sont saisis dans la consultation ordinaire, ce qui ne permet pas d'obtenir à ce jour des données exhaustives.

La population se distribue autour d'une moyenne de 49 ans sur l'ensemble des années, mais avec une forte dispersion. Les classes d'âge prédominante sont celles des 45-49 ans et 50-54 ans selon les années et quel que soit le sexe, avec une prédominance des 50-54 ans chez les hommes pour les années 2011, 2013 et 2015.

2. Analyse de l'activité de liaison réalisée par les unités de liaison au CHAM

Résultats	2011	2012	2013	2014	2015
FA – CHAM pôle psychiatrie				2440	2452
Nb actes – CHAM pôle psychiatrie				17898	16613
Nb d'actes – liaison	252	315	393	317	335
% actes liaison				1.8%	2%

Les actes de liaison représentent environ 2% des actes de psychiatrie réalisés au CHAM.

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

PSYCHIATRIE de LIAISON	
FORCES	OPPORTUNITE
<p>Activité : Bon partenariat avec les équipes de liaison qui sont reconnues dans leur spécificité d'expertise psychiatrique par les services de MCO, les demandes sont légitimes, justifiées, ciblées et adaptées dans l'ensemble. Consultations de consolidation souvent proposées.</p> <p>Maillage des organisations efficace et apprécié entre les services d'urgences, de liaison et le reste du MCO dès lors que ces équipes sont en liens quotidiennement sur le même site.</p> <p>Ressources : Les équipes de liaison sont toujours pluridisciplinaires, formées et qualifiées. Des protocoles existent à disposition des équipes.</p> <p>Organisation : Les réponses sont rapides et organisées, des temps sont dédiés. Le plus souvent une grande richesse de concertation entre les équipes de la liaison et les équipes des urgences et du MCO.</p> <p>Qualité des soins :</p>	<p>Activité : Les équipes de liaison présentent dans les CH permettent d'éviter un grand nombre d'hospitalisations en psychiatrie lourde.</p> <p>Ressources : Il existe des intervenants en psychiatrie de liaison dans tous les établissements représentés qui sont volontaires pour une évolution de leurs missions. Certains acteurs ont été formés dans des domaines spécifiques (alccologie/addictologie, évaluation du risque suicidaire, pathologie de la personne âgée,...)</p> <p>Les DIM sont prêts à aider les équipes pour clarifier la saisie des actes.</p> <p>Organisation : Les urgences psychiatriques donnent ponctuellement du temps pour une mission de liaison en particulier lors des weekends et jours fériés en l'absence de l'équipe de liaison référente au CHRO.</p> <p>Qualité des soins : Mise en place du GHT et de la réflexion partagée</p>

<p>Les protocoles connus et utilisés en MCO (circuit patient et traitement pharmaceutiques, sevrage alcoolique). Majoritairement les relais sont programmés avec l'ambulatoire ou l'hospitalisation pour la continuité des soins.</p>	<p>pour faciliter les liens inter établissements et améliorer la prise en charge et de la continuité des soins.</p>
FAIBLESSES	RISQUES
<p><u>Activité :</u> Les missions sont souvent confondues avec les urgences psychiatriques et peu ou pas identifiées dans certains CH – voire même dans les établissements d'appartenance. Pas ou peu de temps dédié à la formation des professionnels soignants du MCO.</p> <p><u>Ressources :</u> Temps médicaux et paramédicaux insuffisants pour cette activité, qui génèrent une absence de mission de la liaison lors des weekends et jours fériés dans tous les établissements. Peu ou pas de psychiatrie de ville pour la continuité des soins.</p> <p><u>Organisation :</u> Dans les dossiers patients, la traçabilité des observations n'est pas toujours clairement identifiée comme telle : souvent enregistrée comme une consultation ordinaire, ainsi il est difficile d'évaluer précisément le nombre d'acte réalisés en liaison.</p> <p><u>Qualité des soins :</u> Inégalité d'accès à la psychiatrie de liaison dès lors que les équipes ne communiquent pas quotidiennement.</p>	<p><u>Activité :</u> Activité non exhaustive : intervention des équipes d'urgence psychiatrique en suppléance, saisie des actes dans le dossier patient de manière non différenciée, ainsi que pour les CMP saisie des actes comme une consultation ordinaire. La continuité des soins n'est pas assurée le weekend et les jours fériés.</p> <p><u>Ressources :</u> Impact sur les coûts : en cas de cloisonnement des équipes, double temps médicaux et paramédicaux.</p> <p><u>Organisation :</u> Le cloisonnement des équipes par appartenance à un établissement est dommageable pour la qualité des soins : liens complexes, communication insatisfaisante.</p> <p><u>Qualité des soins :</u> Non adhésion aux soins quand les patients ne sont pas informés de la consultation spécialisée. Insatisfaction des usagers, mécontentement des professionnels : quand il existe un cloisonnement et que l'équipe de liaison ne travaille pas avec les soignants des urgences ni les équipes de proximité, les risques sont majeurs pour la qualité de la prise en charge des patients : défaut de communication sur l'état clinique, la prise en charge globale n'est pas discutée, retard de prise en charge, pas d'évaluation bénéfiques/risques, peu voire pas de relais pour la continuité des soins (certains patients non vus durant l'hospitalisation en MCO,...)</p>

PARTIE II. FICHES PROJETS

PSYCHIATRIE DE LIAISON					
Chef de projet médical : Dr Houria BELMADANI (CHAM) en lien avec les responsables médicaux des équipes de liaison					
Public concerné : toute personne hospitalisée en MCO dans les établissements du GHT pour lesquelles il est demandé un avis psychiatrique.					
Services concernés : les équipes soignantes de MCO afin que celles-ci puissent répondre par leurs propres moyens aux diverses situations de souffrance psychiatrique.					
FICHE PROJET N° 1 : Amélioration de la prise en charge holistique du patient					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
Objectifs de soins : améliorer la prise en charge en lien avec les équipes de psychiatrie de liaison du territoire et la continuité des soins à la sortie d'hospitalisation en MCO.					
Résultats attendus :					
<ul style="list-style-type: none"> • les délais de prise en charge sont améliorés grâce à une meilleure coordination et les retards de prise en charge sont évités ; • la prise en charge globale du patient est favorisée par une évaluation médicale croisée et complémentaire ; • une continuité des soins est assurée après la sortie du MCO ; 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Etablissements du GHT : équipes soignantes du CHRO, CHAM, CH Gien, CH Pithiviers, CH Sully-sur-Loire ; Services de psychiatrie du CHD et du CHAM (équipe de liaison des CMP de Pithiviers-Gien/hospitalisation à temps complet/ équipe de liaison de psychiatrie du CHAM) et équipe de liaison du CHRO ; Médecine libérale (médecins traitants, IDE, Psychologues...) ; Mandataires judiciaires et aidants.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
<p>Orienter les patients vers l'équipe adaptée en clarifiant les missions des équipes de liaison à différencier avec celles des urgences psychiatriques. Accompagner l'information, par la création d'une plaquette.</p> <p>Organisation de 1/2 journées d'information : présentation des missions de la liaison aux professionnels des établissements</p>	<p>Dr Belmadani en lien avec les équipes médicales du CHRO, CHAM et CHD. Avec soutien de l'encadrement supérieur sur les 3 établissements (CHRO/ CHAM/ CHD)</p>	<p>Fin de 1^{er} semestre 2018, puis action</p> <p>1^{er} semestre 2019 rencontre inter établissements à renouveler tous les 2ans</p>	<p>Collaboration avec le service de communication du CHRO, CHAM, CHD</p> <p>Déplacements sur les établissements</p>	<p>Frais d'impression et de diffusion</p> <p>Frais de déplacements</p> <p>Temps déplacé sur une autre mission</p>	<p>Nombre de plaquettes à disposition</p> <p>Fréquence des séances de formation</p> <p>Nombre de personnes ciblées par la formation ou rencontres professionnelles ou en immersion</p>

de santé					
<p>Structurer la prise en charge en harmonisant les procédures Améliorer la lisibilité du parcours du patient au sein de chaque établissement par le partage de protocoles et fiches de liaison communs</p> <p>Développer un principe de formations partagées, pour les services de MCO) Identifier les interlocuteurs experts dans une discipline au sein des établissements, et faciliter des interventions de formation en inter établissements ; rencontres pluri-professionnelles</p>	<p>Dr Belmadani PH du CHRO du CHD</p> <p>Responsable des services formations professionnelles en lien avec l'encadrement supérieur</p>	<p>2^{ème} semestre 2019</p> <p>2^{ème} semestre 2019</p>	<p>Temps de formation et de rédaction de protocoles inclus dans le temps de travail</p> <p>Ressources mutualisées : Compétences internes au GHT à moyens constants</p> <p>Déplacements sur les établissements</p>	<p>Frais de déplacements</p>	<p>Nombre de : Protocoles Fiches de liaison réalisées</p> <p>Listing des formations ciblées Nombre de professionnels formés Nombres de participants et leur qualification</p>
<p>Améliorer les délais de prise en charge par une meilleure coordination afin d'éviter les retards de prise en charge Et assurer la continuité de la prise en charge le week-end sur le MCO Favoriser les liens avec les équipes ambulatoires ou d'HTC pour</p>	<p>Dr Belmadani PH du CHRO du CHD</p>	<p>2^{ème} semestre 2018</p>	<p>Publication régulière des postes vacants. Demander des internes avec supervision des seniors assurée</p>	<p>Estimation réalisée par la Direction selon la remontée des besoins</p>	<p>Nombre de PH et d'internes recrutés Nombre de suppléances les week-ends pour une évaluation des besoins (en augmentation) Nombres de prise en charge non assurées</p>

préparer la sortie du MCO (Compte Rendu de prise en charge)					
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Dispositifs déjà existants : des intervenants en psychiatrie de liaison dans tous les principaux établissements représentés dans le GHT sont volontaires pour une évolution de leurs missions. Les équipes de liaison présentes dans les CH permettent d'éviter un grand nombre d'hospitalisations en psychiatrie lourde. Acteurs formés dans des domaines spécifiques (alcoologie/ addictologie, évaluation du risque suicidaire, pathologie de la personne âgée, soins psychiatriques ...) 			<ul style="list-style-type: none"> Manque de temps, de liens et de moyens pour renforcer la coopération inter établissements 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> Délais de réponse et de prise en charge (dans les 24 heures). Nombre de protocoles ; évaluation des pratiques professionnelles (CREX, patient traceur) Diversité de prises en charge relais, acceptées pour la continuité des soins (médecin traitant, IDE libéraux, médico-social...). Activité : nombre d'actes ; exhaustivité du codage. Nombre d'hospitalisations et taux de ré hospitalisation avec ventilation des provenances et orientations Evaluation de la pertinence du parcours de soins (Patient traceur) Analyse des évènements indésirables (CREX). 					

PSYCHIATRIE DE LIAISON					
Chef de projet médical : Dr Houria BELMADANI (CHAM) en lien avec les responsables médicaux des équipes de liaison					
Public concerné : agents des établissements entrant dans le GHT					
FICHE PROJET N° 2 : Soins aux personnels des établissements du GHT					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
Engager un partenariat inter établissements pour la prise en charge des professionnels souffrants des troubles psychiques (nécessitant une prise en charge psychiatrique), ou accompagner les membres d'une équipe en difficulté suite à des chocs psychologiques post traumatiques (débriefing).					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Direction des établissements GHT ; Médecine de santé au travail ; Praticiens hospitaliers ; Psychologues					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Rédaction d'une convention de partenariat inter – établissements entrant dans le GHT	Médecins du travail et psychiatres de la psy de liaison et CUMP	2020	Moyens constants	-	Suivi par le GHT
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> • Il y a un besoin repéré • Leviers : liens instaurés par le GHT, • Personnels qualifiés en post traumatique • Choix du lieu d'hospitalisation ou de suivi par l'agent (pas de stigmatisation) • Hospitalisation d'agent déjà réalisée ponctuellement 					
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'actes • Nombre d'agents pris en charge 					

3- FILIERE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

1.1 Le contexte et les missions de réhabilitation psychosociale

- Les grands principes de la réhabilitation psychosociale

Depuis maintenant plusieurs décennies, la réhabilitation, est née du constat d'un écart entre la rémission clinique et les possibilités de réinscription des sujets souffrant de troubles psychiques dans la vie quotidienne et sociale. Ces personnes peuvent se rétablir, c'est-à-dire se réapproprier sa vie et d'accéder à une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive, malgré les limites résultant de la maladie. Ce rétablissement peut être effectif même s'il persiste des symptômes cliniques de la maladie.

La réhabilitation regroupe l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes vivant avec un trouble psychique pour favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. Toute personne touchée par un trouble psychique sévère limitant ses capacités fonctionnelles ou susceptible de les limiter doit pouvoir en bénéficier.

On considère actuellement les pathologies psychiatriques sévères comme des problématiques multifactorielles qui ont, au-delà d'une base cérébrale et cognitive de mieux en mieux connue et dont elle est en partie tributaire, une importante composante psychosociale. Ces constatations soulignent l'importance d'avoir une conception globale des maladies psychiatriques et la nécessité d'envisager des traitements qui ne se limitent pas aux médicaments et à la psychothérapie, mais qui incluent d'autres types d'interventions thérapeutiques. La réhabilitation est une pratique de soin intégrative prenant en compte des aspects aussi bien cognitifs que systémiques et psychodynamiques. Les outils de soin de réhabilitation ont comme objectif commun de limiter le handicap psychique et comme principe de s'appuyer sur les forces des personnes afin de favoriser leur processus de rétablissement.

La réhabilitation est ainsi un moyen d'accompagnement du sujet vivant avec un trouble psychique, afin de lui permettre d'améliorer ses compétences sociales, de renforcer son estime personnelle, de lui permettre de mieux vivre avec la maladie et d'apprendre à la gérer, de prévenir ou de limiter les répercussions fonctionnelles de la maladie dans sa vie quotidienne. La réhabilitation « *permet l'insertion, la citoyenneté, la qualité de vie, la dignité, l'accès à la formation et au travail et plus généralement la lutte contre la fatalité et l'abandon dont sont trop souvent victimes les personnes vivant avec des troubles psychiques* » (plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015).

- Les actions de soins sont centrées sur les besoins de la personne dans différents domaines de la vie quotidienne :

- La santé (accès à la santé, connaissance du traitement et de la maladie, connaissance du réseau de soins...).
- La cognition et le retentissement fonctionnel sur les actes du quotidien.
- Les ressources personnelles (estime de soi, soutien social et familial).
- L'hébergement, l'accès au logement.

- L'autonomie dans la vie quotidienne (hygiène, présentation, tenue, alimentation, aptitude à se déplacer, aptitude à gérer son budget).
 - Les liens sociaux et les compétences sociales (communication et interactions sociales, gestion des situations interpersonnelles difficiles).
 - Les aptitudes professionnelles.
 - La motivation et l'engagement.
- La réhabilitation psycho-sociale implique également des actions menées dans la société :
- La lutte contre la stigmatisation.
 - La sensibilisation de la population et des pouvoirs publics au handicap psychique.
- Le développement d'un réseau de partenaires, issus des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, est primordial pour proposer un plan d'aide et d'accompagnement individualisé. Les divers acteurs du projet de soins et de vie du sujet, ont à cœur de lui permettre de sortir du « statut » de malade et de se sentir intégré dans la collectivité, comme tout citoyen.

1.2 La population concernée

Les soins en réhabilitation psychosociale du territoire s'adressent à toute personne du département du Loiret, souffrant de troubles psychiques sévères (notamment schizophrénie, autres troubles psychotiques, troubles de l'humeur et bipolaires, troubles du spectre autistique, troubles graves de la personnalité), déjà inscrite dans un parcours de soins et se situant en dehors de la crise. Ces soins s'adressent à une large tranche d'âge (de 16 à 60 ans) mais privilégient cependant la population des 16-35 ans, qui se situe plutôt au début de la maladie et qui peut présenter des difficultés de socialisation, d'accès à la formation, à l'emploi et au logement.

1.3 Le dispositif de soins de réhabilitation du CHD et du CHAM

- **Le dispositif de proximité, de Niveau 1 :**
- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) pour adultes (> 16 ans)
 - 7 CMP dans l'agglomération orléanaise, 1 à Pithiviers, 2 à Montargis, 1 à Gien, 1 à Sully-sur-Loire, 1 à Meung-sur-Loire.
 - Le CMP constitue l'entrée dans le soin de la grande majorité des personnes touchées par la maladie mentale. La prise en charge est effectuée par une équipe pluridisciplinaire selon leur domicile (sectorisation), sans distinction de pathologie.
 - Les unités adultes d'hospitalisation à temps complet (HTC) dites « d'insertion » :
 - Le projet de réinsertion du patient doit être idéalement pensé dès la crise passée et donc avant la sortie d'hospitalisation. Pour certains patients, l'élaboration d'un tel projet est plus délicate est plus complexe et nécessite une hospitalisation prolongée.
 - Au CHD : 2 unités d'insertion (1 pour chacun des pôles adultes) qui prennent en charge les patients ayant des pathologies psychiatriques chroniques, en dehors de la phase aiguë, et nécessitant un accompagnement renforcé dans le projet de sortie et d'insertion.
 - Au CHAM : pas d'unité d'hospitalisation à temps complet dédiée à l'insertion.

- En alternative à l'hospitalisation à temps complet :
 - Les prises en charge de jour au sein des Centres d'Accueils Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) et des Hôpitaux de jour (HDJ) du CHD ou du CHAM. Ils ont vocation à maintenir ou favoriser une existence autonome des patients par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe en vue d'une plus grande autonomie et d'une resocialisation. Ces prises en charge sont organisées en aval des prises en charge aiguës en temps complet ou depuis les CMP afin de prévenir le recours à l'hospitalisation à temps complet. Ils sont adossés aux CMP ou à des services d'HTC et s'adressent à la population d'un secteur ou d'un pôle.
 - 6 places d'Accueil Familial Thérapeutique, 35 places en appartements d'insertion, 29 places en appartements thérapeutiques sont disponibles au CHD. Ces dispositifs constituent une étape entre l'hospitalisation et le retour à domicile ou l'entrée en structure médico-sociale. Selon le niveau d'autonomie du patient, ces dispositifs nécessitent une présence et un étayage en journée et/ou la nuit par des équipes de soins pour développer l'autonomie et la réinsertion. L'accueil est limité dans le temps et est souvent proposé à des patients ayant des troubles psychiatriques lourds et en situation de handicap psychique, en attente de projet d'insertion. Il est à noter que le secteur du Montargois est dépourvu d'alternatives à l'hospitalisation.

- **Le dispositif de Niveau 2, départemental :**

- Le Centre de Réhabilitation Psycho-Sociale du Loiret (CRPS 45) :
Propose des soins ambulatoires sous la forme de bilans d'évaluation neurocognitive et de cognition sociale, des prises en charge individuelles ou groupales en remédiation cognitive, en entraînement aux habiletés sociales et un programme d'éducation thérapeutique pour les personnes souffrant de schizophrénie. L'équipe soignante bénéficie en outre des compétences spécifiques d'une neuropsychologue et d'une orthophoniste.
- Le Centre Thérapeutique Maurice Parienté (CTMP) :
Propose des soins ambulatoires et à temps partiels, sous la forme d'accompagnements, de groupes thérapeutiques à médiation dirigés vers l'insertion dans la cité et le bien-être ainsi que des ateliers techniques permettant une mise en situation de travail sans contrainte de rentabilité. L'équipe associe des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social avec notamment les compétences originales de 5 moniteurs d'ateliers techniques et 2 éducateurs spécialisés.

1.4. L'orientation vers les soins de réhabilitation psychosociale du CHD et du CHAM :

- **Vers le Niveau 1**
 - Le pivot des soins de réhabilitation est le CMP car c'est à partir de ce type de structure de soins que s'organisent toutes les actions ambulatoires et que s'élaborent tous les projets alternatifs pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient. Le CMP réalise à ce titre des actions de prévention, de diagnostic, des soins ambulatoires et des interventions à domicile. Les usagers s'adressent au CMP par eux-mêmes, ou conseillés par leurs proches ou bien encore orientés par tout acteur du champ sanitaire (psychiatrie de liaison du CHRO, psychiatrie libérale, clinique psychiatrique privée, médecin généraliste, médecin conseil, médecin du travail...), médico-social (IME, ESAT ...) et social (service social de proximité...).

- Les CATTP/HDJ : l'orientation est médicale, le plus souvent par le psychiatre référent du patient en CMP ou de l'unité d'hospitalisation à temps complet, ou bien par le psychiatre libéral qui le suit.
- **Vers le Niveau 2**
 - CRPS 45 et Centre Thérapeutique Maurice Parienté : ces soins en réhabilitation plus spécialisés se font sur orientation médicale (médecin généraliste, psychiatre hospitalier ou libéral, médecin du travail, médecin conseil...), par l'intermédiaire d'un courrier médical spécial pour le CRPS 45 ou d'un dossier d'admission pour le Centre Parienté, dans lesquels le sujet exprime également ses propres attentes et l'aide qu'il souhaiterait pouvoir recevoir pour ses projets.

1.5 D'autres dispositifs sanitaires de réhabilitation psychosociale au niveau départemental et régional

- Les cliniques institutionnelles (La Borde, La Chênaie, Saumery...).
- La Clinique du Pont de Gien (établissement privé, spécialisé dans la stabilisation psychosociale).

1.6 Les dispositifs de prise en charge en aval de la prise en charge psychiatrique

En aval des soins de réhabilitation du champ sanitaire, les partenaires sont multiples et vont être sollicités selon les besoins exprimés par le sujet et identifiés par les équipes soignantes. Les partenaires identifiés (de manière non-exhaustive) **sur le territoire couvert par le CHD** :

- Accès au logement ou à un lieu de vie :
 - Association Le Lien (appartements associatifs).
 - AIDAPHI (Maison relai, résidence sociale...).
 - Les bailleurs sociaux (Logem Loiret, Résidence de l'Orléanais...).
 - Maison inter-générationnelle de Saint-Jean-de-Braye.
 - Foyers d'hébergement.
 - Foyers Jeunes Travailleurs.
 - Foyers Occupationnels ou Semi-occupationnels.
 - Foyers de vie.
 - Foyers d'Accueil Médicalisé.
 - Conseil Départemental (Accueil Familial Social).
- Insertion professionnelle :
 - Pôle Emploi.
 - CAP Emploi.
 - Les ESAT.
 - Le travail en milieu ordinaire et en entreprises adaptées.
 - Mission Locale.
 - Associations d'insertion professionnelle (RESPIRE, TREMLIN, Jardins du Cœur...).
 - AGEFIPH.
 - AFPA.
 - CIHL (Comité Inter-Entreprises d'Hygiène du Loiret), service de médecine du travail.
 - Bénévolat (Secours Populaire, Croix-Rouge...).

- Vie sociale et culturelle :
 - Les SAVS.
 - Les GEM.
 - Les associations : notamment avec Culture du Cœur, Le 108, Le Colombier, Scène ouverte, qui ont conventionné avec le CHD.
- Soutien aux familles et aux aidants :
 - UNAFAM.

Sur le territoire du CHAM : 1 GEM, l'association IMANIS, l'UNAFAM, 2 ESAT.

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

- Les objectifs médicaux de cette filière sont déjà ceux véhiculés par les soins de réhabilitation psychosociale eux-mêmes :
 - Prévenir l'apparition du handicap chez les personnes souffrant de troubles psychiques.
 - Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées psychiques et limiter le handicap fonctionnel dans la vie quotidienne.
 - Aider à l'insertion socio-professionnelle.
 - Permettre la sortie de l'hôpital des sujets à risque de chronicisation.
 - Prévenir les rechutes et les hospitalisations itératives.
 - Informer et lutter contre la discrimination envers les personnes souffrant de troubles psychiques.
 - Accompagner les familles et les proches.
- Développer et structurer l'offre de soins en réhabilitation psychosociale sur le territoire :
 - Permettre l'accès à ce type de soins à l'ensemble de la population du territoire, en les structurant sur deux niveaux, avec un Niveau 1 de soins de proximité proposés par le secteur et un Niveau 2 de soins plus spécialisés avec un recrutement à l'échelon départemental.
 - Permettre l'accès à ce type de soins le plus précocement possible au cours de la maladie psychique, c'est-à-dire en privilégiant la population jeune et en développant ces soins dès le décours de la crise.
 - Développer l'information auprès des professionnels et de la population concernant la spécificité de certains soins en réhabilitation psychosociale encore méconnus (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, éducation thérapeutique, ateliers techniques thérapeutiques...) et améliorer la lisibilité de l'accès à ce type de soins.
 - Renforcer la complémentarité et la coordination des soins proposés par le CRPS 45 et le Centre Thérapeutique Maurice Parienté qui constituent les 2 structures pivots des soins de Niveau 2, au sein d'une structure départementale unique et mieux repérée.
 - Décloisonner les champs de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale en créant des passerelles pour construire, mettre en œuvre et coordonner les parcours de soins et de vie des personnes atteintes de troubles psychiques, pour une plus grande fluidité.
 - Développer des partenariats pour une cohérence et une synergie des interventions des acteurs concernés : psychiatres, médecins généralistes, professionnels de santé mais aussi professionnels des secteurs médico-social et social, du monde judiciaire, de l'éducation, et les élus locaux.

c- ANALYSE DES BESOINS DE POPULATION IDENTIFIES

- Les indicateurs épidémiologiques et les données de la littérature

o La prévalence des troubles psychiatriques :

Les soins de réhabilitation psychosociale s'adressent aux personnes présentant un trouble psychiatrique sévère. La prévalence en France, en population générale, de ces principaux troubles psychiatriques est la suivante, selon l'Organisation Mondiale de la Santé :

- Schizophrénie = 1%
- Trouble bipolaire = 1%
- Episode dépressif Sévère = 3%
- Troubles du spectre Autistique = 0,6%

o Le handicap psychique

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) constatent que les personnes souffrant de troubles psychiques représentent 40% des personnes reconnues comme présentant un handicap

o L'insertion professionnelle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé¹³, les troubles mentaux sont la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle et l'une des premières causes d'absentéisme au travail. Les troubles psychiques sévères constituent ainsi l'une des dix premières causes d'incapacité chez les 15 à 44 ans. Seuls 15 à 20% des personnes vivant avec la schizophrénie travaillent et la plupart n'ont pour seule ressource que l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Il est estimé que les taux d'activité des personnes souffrant de troubles psychotiques sont de l'ordre de 10% pour le travail en milieu ordinaire et d'environ autant pour le travail en milieu protégé.

Selon l'IGAS, 8% des personnes handicapées psychiques seraient accueillies par Cap Emploi, moins de 5% feraient l'objet d'un placement dans l'emploi et 60% percevraient une allocation, principalement l'AAH¹⁴. Les personnes vivant avec une schizophrénie ont moins d'accès à l'emploi : 50 % ne travailleront jamais, 30% pourront travailler dans le cadre d'un emploi protégé et les 20% restants atteindront un emploi avec une qualification inférieure à celle à laquelle ils auraient pu prétendre avant le début de leur maladie¹⁵.

o L'insertion sociale et la précarité

Les personnes présentant une schizophrénie sont également plus souvent célibataires et rapportent significativement moins d'événements en rapport avec les loisirs ou avec les relations sociales et familiales¹⁶.

Les troubles mentaux sont associés aux phénomènes d'exclusion sociale. Les troubles mentaux et les troubles de la personnalité participent à la précarisation des personnes en

¹³ OMS 2006

¹⁴ *La prise en charge du handicap psychique*, Rapport IGAS, août 2011

¹⁵ *La schizophrénie*, B. GRANGER, J. NAUDIN, 2006

¹⁶ *Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie*, A. PROUTEAU et al., 2009

altérant leurs aptitudes sociales, économiques, relationnelles. L'enquête Samenta indique que le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques et de l'humeur est dix fois plus important que pour la population générale. Inversement, les situations d'exclusion sociale, la précarité financière forment un terrain propice à l'apparition et/ou à l'aggravation des troubles psychiques. Un tiers des populations en situation de précarité sociale et financière souffrirait de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux)¹⁷

○ Les hospitalisations prolongées ou itératives :

Il est considéré que 30% de patients seraient hospitalisés par « défaut », du fait de l'insuffisance de voies de sortie sécurisées.

○ Les troubles cognitifs :

Les troubles cognitifs touchent en moyenne 80% des patients souffrant de schizophrénie, 60% des patients présentant un trouble bipolaire, contre 5% en population générale. Ils ont un impact majeur dans le handicap fonctionnel.

- **Les indicateurs d'activité du CHD**

○ L'analyse des durées moyennes de séjour (DMS) :

- En 2014 : 18,5% de séjours supérieurs à 30 jours (soit 3006 séjours), 4,8 % de séjours de plus de 3 mois, 2% de séjours supérieurs à 6 mois.
- En 2015 : 16,8% de séjours supérieurs à 30 jours (soit 3209 séjours), 4,2% de séjours de plus de 3 mois, 2% de séjours supérieurs à 6 mois.
- Plus de 50 % des séjours supérieurs à 6 mois sont réalisés dans les deux unités d'hospitalisation à temps complet d'insertion. Les DMS dans ces 2 unités sont de 56,9 jours et 39 jours en 2014, de 53,1 jours et 44,9 jours en 2015.
- Les pathologies pourvoyeuses d'hospitalisation longues sont la schizophrénie, les retards mentaux et les troubles envahissants du développement. Les autres psychoses et les troubles bipolaires alimentent également ces hospitalisations. A contrario, les dépressions et troubles anxieux génèrent des séjours plus courts.

○ L'analyse des données socio-démographiques (à analyser avec précautions car beaucoup de données sont manquantes) :

- Sur 10 421 patients pris en charge en 2015 (toutes modalités de soins confondues) :
 - 473 sont considérés comme ayant un logement précaire (difficultés à maintenir dans le logement ou hébergement provisoire et non stable).
 - 82 n'ont aucun logement à la sortie de l'hospitalisation.
 - 80 sont sans domicile fixe.
 - 6,1% des patients ont des difficultés liées au logement.
 - 27% travaillent (dont 4,5% en milieu protégé et 95,5% en milieu ordinaire).
 - 33% sont sans activité professionnelle.
 - 8,7% sont demandeurs d'emploi.
 - 11% bénéficient d'une prestation liée au handicap.

¹⁷ Enquête Samenta (SANTé MENTale Addictions), Observatoire du Samu Social, 2011

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

STRUCTURER ET DEVELOPPER LES SOINS EN REHABILITATION PSYCHOSOCIALE SUR LE TERRITOIRE	
FORCES	OPPORTUNITES
<p>En amont des soins en réhabilitation psychosociale :</p> <p><u>Orientation vers le Niveau 1 :</u> L'existence de dispositifs de proximité (CMP, CATTP/HDJ) est connue par les partenaires extérieurs.</p> <p><u>Orientation vers le Niveau 2 :</u> Des plaquettes d'information ont été créées à l'attention des professionnels et des usagers, pour expliquer les soins en réhabilitation du Centre Parienté et du CRPS 45 et présenter ces structures. Une fiche d'information est en cours de réalisation, à destination des soignants du CHD pour repérer les troubles cognitifs chez les personnes souffrant de troubles bipolaires et psychotiques, pour favoriser l'orientation vers les soins de remédiation cognitive et d'entraînement aux habiletés sociales.</p> <p>Pendant les soins en réhabilitation psychosociale :</p> <p><u>Les outils de soins en réhabilitation de premier recours, de secteur :</u> Des activités thérapeutiques à médiation, des accompagnements, des interventions à domicile, des actions de psychoéducation, sont proposés dans les CMP et CATTP/HDJ des secteurs ; Dispositif important d'appartements thérapeutiques (alternatives à l'hospitalisation) et de dispositifs dédiés à l'insertion (appartements d'insertion), avec des équipes dédiées à la réalisation des projets individualisés en lien avec les équipes des secteurs ; Soins de proximité de « Niveau 1 ».</p> <p><u>Les soins en réhabilitation plus spécialisés, départementaux :</u> 1 Programme d'Education Thérapeutique pour les patients souffrant de Schizophrénie, validé par l'ARS et mis en œuvre par le CRPS 45 ; 1 Programme d'Education Thérapeutique pour les patients souffrant d'un Trouble Bipolaire, en cours de construction ; CRPS 45 : évaluation neurocognitive et fonctionnelle, programmes individuels ou groupaux de Remédiation Cognitive et d'Entraînement aux Habiletés Sociales ; Centre Thérapeutique Maurice Parienté : prise en charge individualisée associant des activités thérapeutiques à médiation dirigées vers l'insertion dans la cité, 5 ateliers techniques thérapeutiques pour une mise en situation professionnelle sans exigence de productivité, des actions d'éducation psycho-sociale (autour de la notion de travail, de logement, d'accès aux soins...) ; Soins de « Niveau 2 » spécialisés.</p> <p><u>Les compétences humaines spécifiques :</u></p>	<p>Les lois et rapports qui promeuvent la réhabilitation psychosociale :</p> <p><u>Le rapport « Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » (2009),</u> présenté par Édouard COUTY (conseiller maître à la Cour des comptes) à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN (ministre de la santé et des sports), qui fait la promotion de la réhabilitation psychosociale et de l'éducation thérapeutique ainsi que de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation du malade, de la maladie mentale et du handicap psychique.</p> <p><u>L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 par le Haut Conseil de la Santé Publique (2011)</u> qui donne la priorité au logement et à l'insertion professionnelle, promeut les pratiques de réhabilitation psychosociale et fait du changement d'image des troubles mentaux et des personnes qui en sont atteintes une priorité.</p> <p><u>Le rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013)</u> qui recommande le développement d'une offre de logements adaptés, le développement de l'insertion professionnelle et une amélioration de l'articulation avec le médico-social, afin de favoriser l'insertion sociale.</p> <p><u>Loi HPST du 21 juillet 2009,</u> portant l'éducation thérapeutique comme une priorité nationale et définissant le cahier des charges national.</p>

<p>Des personnels du CHD formés aux outils de remédiation cognitive, à l'éducation thérapeutique et aux soins en réhabilitation psycho-sociale ;</p> <p>Des postes à compétences spécifiques :</p> <p>Au CHD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 neuropsychologue (CRPS 45) ○ 1 orthophoniste (CRPS 45) ○ 5 moniteurs d'ateliers techniques (Centre Parienté) ○ 2 éducateurs spécialisés (Centre Parienté) ○ En plus des infirmiers, psychiatres, assistants sociaux... <p>Au CHAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 neuropsychologue <p>Association de personnels issus du champ sanitaire, médico-social et social au sein-même du CHD (exemple au Centre Parienté)</p> <p><u>Le travail en réseau :</u></p> <p>Avec les équipes de soins référentes du patient : via des synthèses, des courriers au médecin qui adresse...</p> <p>Avec les partenaires extérieurs : via des conventions de partenariat, des synthèses...</p> <p>En aval des soins en réhabilitation psychosociale</p> <p><u>Socialisation et accès à la culture :</u></p> <p>Existence de conventions avec des partenaires extérieurs (Culture du cœur, Scène Ouverte, Le 108, le Théâtre d'Orléans, le gymnase de Semoy, Le Lien, Musique et Equilibre...).</p> <p><u>Accès au logement :</u></p> <p>Le tissu des hébergements sociaux et des dispositifs médico-sociaux est développé dans le Loiret [cf. <i>diagnostic de l'axe « Précarité »</i>].</p> <p>L'AIDAPHI a développé un dispositif d'hébergement de 10 places (Maison Relai Les Floréales) dédiées aux personnes en situation de précarité et souffrant de troubles psychiatriques stabilisés.</p> <p>L'AIDAPHI souhaiterait conventionner avec le Centre Parienté (ou plus largement avec le CHD).</p> <p>L'association le Lien offre un accès à des logements individuels ou collectifs pour les personnes recevant des soins psychiatriques.</p> <p><u>Accès ou maintien dans l'emploi :</u></p> <p>15 ESAT dans le Loiret [cf. <i>tableau listing</i>] ;</p> <p>« Ouverture » progressive des ESAT à l'emploi de personnes handicapées psychiques ;</p> <p>Conventions de stage possibles entre les ESAT ou les entreprises adaptées/le patient /le CHD.</p>	<p><u>La reconnaissance des compétences spécifiques :</u></p> <p>Le Programme d'Education Thérapeutique pour les sujets souffrant de schizophrénie a été validé par l'ARS ;</p> <p>Le CRPS 45 est référencé au niveau national, auprès de l'Association Française de Remédiation Cognitive (AFRC).</p> <p><u>Les partenariats sollicités et les nouveaux dispositifs :</u></p> <p>Convention de partenariat entre l'AIDAPHI et le Centre Parienté ¹⁸ pouvant faciliter l'accès à des logements en Maison Relai ou Résidence Sociale ;</p> <p>Projet d'une structure d'Accueil de Jour pour les personnes présentant un Trouble Bipolaire à Orléans, de l'EHPAD Nazareth et PUV L'Entraide ;</p> <p>Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) de la région Centre Val de Loire ;</p> <p>Le GHT (loi du 26 janvier 2016) ;</p> <p>Les Comités Locaux de Santé Mentale.</p>
FAIBLESSES	RISQUES
<p>En amont des soins en réhabilitation psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'offre de soins psychiatrique et le recours aux différents CMP est mal identifiée et manque de lisibilité pour les partenaires sociaux, médicaux sociaux et sanitaires ; - Difficultés de recrutement d'un nombre suffisant de patients, au niveau du secteur (dans les CMP, CATTP/HDJ), pour des prises en charge groupales spécialisées (type psychoéducation, actions d'éducation 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de fermeture des ateliers techniques du Loup Pendu en lien avec l'éventuelle cessation du bail décidée par les propriétaires ; - Locaux vétustes et inadaptés du Centre Parienté ; - Localisation géographique

¹⁸ En cours de rédaction.

<p>psycho-sociale...);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'orientation vers les structures spécifiques de soins en réhabilitation psycho-sociale (CRPS 45 et Parienté), par manque de connaissance de ces structures et des soins qui y sont proposés. <p>Pendant les soins en réhabilitation psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peu ou pas de soins spécifiques en réhabilitation psychosociale en intra-hospitalier (hormis PETAL¹⁹ et des actions mises en œuvre dans les unités d'insertion intra-hospitalières); - Absence de coordination structurée entre le CRPS et le Centre Thérapeutique Maurice Parienté (CTMP); - Eloignement géographique entre le CRPS et le CTMP qui ne favorise pas la coordination et la complémentarité des prises en charge ;; - Les structures inter-polaires (le CRPS 45 et le CTMP) sont rattachées à 1 pôle de soins ce qui peut être confondant ; - Absence de gouvernance pour l'ETP au sein du CHD ; - Encore trop peu de professionnels du CHD formés aux outils spécifiques de soins en réhabilitation et les professionnels formés sont affectés dans des structures diverses du CHD mais ne sont pas repérés. - Pour le CHAM : <ul style="list-style-type: none"> o Manque d'alternative à l'hospitalisation sur le secteur du Montargois (pas d'appartements thérapeutiques), ce qui engendre des hospitalisations prolongées (10 lits en moyenne occupés par des séjours de plus de 35 jours). o Pas de conventions de stage d'ESAT possibles avec le CHAM. <p>En aval des soins en réhabilitation psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les partenaires évoquent un manque de formation de leurs équipes pour prendre en charge ou accueillir des personnes souffrant de handicap psychique ; - Les partenaires mettent en avant certaines ruptures du suivi et des soins psychiatriques une fois que la prise en charge ou l'accueil sont assurés par eux et leurs difficultés pour amener les personnes vers le soin ; - Les partenaires déplorent encore parfois un manque de réactivité des CMP. - <u>Pour l'accès et le maintien dans l'emploi :</u> <ul style="list-style-type: none"> o L'insertion par l'emploi n'est pas assez développée o Stigmatisation, « fantasmes », manque de sensibilisation limitant l'emploi des personnes handicapées psychiques o Absence de dispositif spécifique d'aide au maintien dans l'emploi mis en place par le CHD o Manque de places en ESAT et absence de convention de partenariat avec les ESAT ; 	<p>inadaptée du CRPS et facteur de confusion (au sein des locaux d'un CMP);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer le travail en réseau tout en s'attachant à respecter le secret médical dans les partenariats avec les services médico-sociaux, sociaux, les acteurs du champ professionnel etc.
---	--

¹⁹ Poly Espace Thérapeutique d'Activités et de Loisirs

<ul style="list-style-type: none"> ○ Manque de partenariat avec les collectivités locales pour des stages professionnels ou de découverte ; ○ Absence de contrat de sous-traitance entre les ateliers techniques du Centre Parienté et des entreprises locales (qui permettrait « un palier » supplémentaire dans l'évaluation des compétences professionnelles des patients). <p>- <u>Pour l'accès et le maintien dans le logement</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence de convention de partenariat avec des bailleurs sociaux pour des accès « privilégiés » à des logements. ○ Besoin exprimé par les bailleurs sociaux d'un partenariat renforcé avec les équipes de secteur afin de faciliter le maintien dans leur logement des patients ayant des troubles psychiatriques. <p>- <u>Pour le soutien aux familles</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'UNAFAM met en avant l'absence de programme d'éducation thérapeutique (type ProFamille) dans le Loiret. 	
--	--

e- EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES

- Accès au logement :
 - Appartement-test du SAVS Espoir 54 en Meurthe-et-Moselle, avec un T1 financé par le Conseil Général et la Fondation de France pour accueillir une personne souffrant de troubles psychiques vivant dans un lieu de vie non-autonome (famille, foyer...), dans un logement autonome, et permettre une évaluation de ses compétences en situation réelle, sur une durée de 24 heures à 3 mois.
 - Depuis 2011 et dans 4 villes françaises (Marseille, Lille, Toulouse, Paris), le programme « un chez soi d'abord » permet à des sans-abris souffrant de troubles psychiatriques et d'addictions d'accéder sans condition à un logement et de bénéficier d'un accompagnement global.
 - La Maison de la Réhabilitation de Poitiers, centre de post-cure psychiatrique de 33 places qui accueille des jeunes patients souffrant d'une schizophrénie débutante au sein d'une unité de moyen séjour (24 mois).
 - Foyer d'Hébergement Les Sablons de l'ESAT ESSOR de Poitiers comportant 49 places d'hébergement à temps complet pour des personnes handicapées psychiques.
 - Association Les Invités au Festin à Besançon, proposant 2 Maisons Relai spécialement pour les personnes souffrant de handicap psychique ou mental.
 - Le projet Oïkeo de l'Association pour la Réadaptation et l'Intégration à Bordeaux, repose sur une priorité d'accès à un logement autonome de personnes sans-abri atteintes de problèmes mentaux sévères. Le logement n'est plus l'objectif de l'accompagnement, mais son point de départ. Il est pensé comme le préalable à l'engagement des soins et à un parcours d'insertion.
- Accès à la formation, à l'emploi :
 - Le dispositif Passerelle à Pau (CH des Pyrénées) permettant l'insertion par le travail de personnes en situation de handicap psychique et la prévention des décompensations dans les ESAT. Collaboration entre le CH des Pyrénées et les ESAT du SIFA ADAPEI de Pau.

- L'Association Psychotérapeutique d'Aide à l'Insertion Socio-Professionnelle (A.P.A.I.S.) à Nantes, chargée de la réinsertion de personnes handicapées psychosociales, tente de stabiliser ses patients en leur trouvant des stages en entreprise. C'est ainsi qu'opportunistement l'A.P.A.I.S. s'est associée avec une grande surface de Nantes qui assure du travail aux stagiaires handicapés.
- Soutien aux familles :
 - Cluster ProFamille en Ile-de-France qui est un dispositif inter-sectoriel regroupant les 5 équipes animant le programme ProFamille (programme de psychoéducation des familles des malades) en Ile-de-France.
- Dispositifs de réhabilitation psycho-sociale avec des soins de remédiation cognitive, EHS et ETP :
 - Le dispositif régional de Réhabilitation Psychosociale en Rhône-Alpes (CH Le Vinatier) comprenant 3 niveaux de structures, intervenant en complémentarité des secteurs de psychiatrie et de la psychiatrie libérale.
 - CRISALID – Centre Intersectoriel de Remédiation Cognitive et de Réhabilitation Médico-Psycho-Sociale du CHI Clermont de l'Oise (Oise – Picardie).
- Autre, au Canada par exemple :
 - Le « *Case Management* » = la gestion de situations individuelles ;
 - IPS (*Individual Placement and Support*) est un programme qui offre un suivi intensif individualisé à la recherche d'emploi, au maintien et au soutien à l'emploi sur le marché du travail régulier.

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière STRUCTURER ET DÉVELOPPER LES SOINS DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE SUR LE TERRITOIRE
Chef de projet médical : Dr Nadège BAUERHEIM (CHD), Dr Monique OLLAND (CHD), le chef du pôle Sud Ouest du CHD
Public concerné : Toute personne du Loiret présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source d'un handicap psychique, déjà inscrite dans un parcours de soins psychiatriques, en dehors de la crise. Sujets de 16 à 60 ans, en privilégiant les 16-35 ans, plutôt en début de maladie.
FICHE PROJET N° 1 : Création d'un centre de soins de réhabilitation psycho-sociale de niveau 2
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT
<p><u>Objectifs médicaux :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Développer l'accès aux soins spécialisés de réhabilitation psycho-sociale pour les patients du département et favoriser l'accès le plus précocement possible à ce type de soins afin de limiter la chronicisation et le handicap.- Structurer l'offre de soins de réhabilitation psycho-sociale en créant une filière à deux niveaux de recours : des soins de réhabilitation au sein des structures sectorielles de niveau 1 (CMP, Hôpitaux de jour, CATTP...) et un centre référent départemental de niveau 2 ayant pour mission la réalisation de bilans spécialisés, la dispensation de soins pour les patients et de formation pour les équipes soignantes.- Renforcer la complémentarité et la coordination des soins proposés actuellement par le Centre de Réhabilitation Psycho Sociale 45 et le Centre Thérapeutique Maurice Parienté qui constituent les 2 structures pivots des soins de niveau 2, au sein d'une structure départementale unique et mieux repérée, en y joignant également les programmes d'éducation thérapeutique « schizophrénie » et « trouble bipolaire ».- Permettre l'évaluation des besoins de soins en réhabilitation psycho-sociale des patients à travers la réalisation de bilans intégratifs multidisciplinaires.- Développer l'utilisation d'outils de soins innovants en réhabilitation (programmes d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive, d'entraînement aux habiletés sociales...)- Mutualiser les compétences des soignants formés en réhabilitation psychosociale ainsi que les moyens.- Permettre une meilleure visibilité, en interne mais également pour les partenaires extérieurs, des soins spécialisés en réhabilitation psychosociale, pour favoriser l'adressage et l'orientation des patients vers ce type de soins.- Optimiser l'articulation avec les partenaires en amont (services hospitaliers de psychiatrie, psychiatrie libérale, médecins généralistes, structures médico-sociales...) et en aval (services médico-sociaux et sociaux) afin de fluidifier le parcours de soins et de vie du sujet, de limiter les ruptures. <p><u>Contenu du projet de prise en charge et/ou d'organisation de la prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Regroupement, au sein d'une même structure, des soins proposés au CRPS, au Centre Thérapeutique Maurice Parienté et en éducation thérapeutique Schizophrénie et Trouble Bipolaire (ETP).- Relocalisation des ateliers techniques du Centre Parienté, actuellement situés à Saint-Pryvé (car risque de cessation brutale du bail).- Conservation de 3 axes de soins distincts (remédiation cognitive/ETP/Centre Parienté) pour le patient, mais développement de passerelles et d'interfaces entre ces types de soins pour les patients, en mettant en place des réunions cliniques et de coordination inter-équipes, en permettant une plus grande souplesse et une plus grande mobilité pour le recours aux compétences spécifiques des soignants au sein de ces 3 types de soins.- Définition d'un parcours du patient au sein de la filière de soins en réhabilitation psychosociale.- Travail en complémentarité des soins déjà proposé et avec les équipes de soins référentes pour le patient (réunions de synthèse, concertations et réunions de restitution).- Travail en réseau avec les partenaires du champ médico-social et social.

Plusieurs hypothèses concernant le regroupement CRPS 45 + Parienté + Education Thérapeutique :

1. Réhabilitation des locaux actuels de Parienté
 - Avantages :
 - Localisation géographique idéale, bien desservie par les transports en commun, à proximité de lieux qui ont conventionné avec le CHD (théâtre, association 108...) ou d'autres lieux permettant l'accès à la culture (musées, médiathèque...);
 - Lieu déjà bien repéré par certains partenaires (ESAT, UNAFAM, GEM...);
 - Inconvénients :
 - Limites structurelles dans les possibilités de réhabilitation des locaux de Parienté;
 - Maintenir l'activité de Parienté pendant la durée des travaux;
 - Eventuelles difficultés d'intégration pour les soignants du CRPS et de l'ETP
2. Création d'une nouvelle structure
 - Avantages :
 - Elaboration d'emblée d'un projet commun et complètement nouveau pour les différentes entités.
 - Inconvénients :
 - Difficulté à trouver un lieu géographique suffisamment bien desservi par les transports, proche du cœur de ville d'Orléans.
 - Risque d'un moins bon repérage par les partenaires donc nécessité de bien communiquer afin de faire connaître cette nouvelle structure.
3. Création d'une nouvelle structure + regroupement avec les thérapies spécifiques [cf. groupe de travail « thérapies spécifiques »]
 - Avantages :
 - Permettre des ponts plus faciles entre ces différents types de soins, selon les besoins du patient, amélioration de la coordination du parcours de soins;
 - Proposer 1 structure « référente » regroupant des soins spécialisés à vocation départementale, sans distinction de secteur.
 - Inconvénients :
 - Perte de l'identité d'une structure dédiée à la « réhabilitation psychosociale », identité à valoriser;
 - Problème de repérage lié à des soins très différents les uns des autres, destinés à un public différent et travaillant avec des partenaires différents;
 - Difficulté à trouver un lieu géographique et des locaux satisfaisant toutes les équipes concernées.

Relocalisation indispensable des ateliers de Saint-Pryvé :

- Risque de remise en cause du bail actuel pour les ateliers rue du Loup Pendu (Bois, Fer/Espaces Verts et Floriculture);
- Nécessité de regrouper les 5 ateliers actuels (les 3 précédents + Travaux Ménagers/Cuisine et Potager) sur un même lieu;
- Mise aux normes des ateliers (normes de sécurité, isolation phonique et thermique);
- Elaboration du projet d'un atelier intermédiaire [cf. fiche projet n°3];
- Conserver une localisation différente entre le site principal de l'unité de réhabilitation psychosociale (lieu d'accueil, de secrétariat, lieu des entretiens, consultations, bilans, réunions...) et le site technique (symbolique de se rendre au travail);
- Envisager une nouvelle localisation à proximité d'un ESAT par exemple, afin de faciliter certains liens ou activités communes et de renforcer le partenariat.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

CRPS 45, Centre Thérapeutique Maurice Parienté, équipes ETP Schizophrénie et Troubles Bipolaires; Groupe de travail « Thérapies spécifiques »; Direction; ARS Centre-Val de Loire.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Etudier la	Groupe de	2017		-	Validation

pertinence d'opérer un rapprochement avec les thérapies spécifiques	travail sur les thérapeutiques spécifiques et groupe de travail Réhabilitation				en Directoire Mise à jour de la fiche projet
Regrouper le CRPS 45 + le Centre Thérapeutique Maurice Parienté + les programmes d'ETP schizophrénie et trouble bipolaire	Chef de pôle et cadre sup. du pôle sud ouest ; Docteurs BAUERHEIM, OLLAND et GOUMEIDANE Les cadres de santé du CRPS 45 et de Parienté ; La DLAP	2017- 2020	- A moyens constants dans un premier temps, par mutualisation des ressources humaines actuelles de chaque UF concernée - Officialisation des 0,5 ETP d'infirmier actuellement prêtés par le CMP La Source pour le CRPS - Réévaluation des besoins selon la montée en charge, avec contribution du PNE si besoin (car vocation interpolaire) - Programme architectural et d'équipement à réaliser	A définir	Suivi dans le cadre du projet foncier
Relocalisation des ateliers de Saint-Pryvé	Docteur BAUERHEIM et Mme DEBRAY-AIGROT	2017-2020	- Programme immobilier et d'équipement à réaliser	A définir	
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Plan Santé Mentale (2011-2015) et rapport Laforcade (2016). Cahier des charges de l'ARS Rhône-Alpes pour « les centres référents de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive ». Localisation géographique de la future structure principale en cœur de ville d'Orléans, bien desservie par les transports en commun avec une localisation géographique différente pour les ateliers techniques, avec accès aux transports en commun. Envisager de situer les ateliers techniques à proximité d'un ESAT afin de renforcer les partenariats possibles (exemple : terrains en friche en face de l'ESAT des Cents Arpents). 			<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance intersectorielle à clarifier. Localisation de la structure principale inadaptée, mal desservie par les transports en commun ou trop éloignée du cœur de ville d'Orléans. Réfection de Parienté trop coûteuse ou inadaptée aux nouveaux besoins. Manque d'orientation des patients par les partenaires internes ou externes si la structure est mal repérée ou mal située géographiquement. Risque de fermeture des ateliers techniques de Saint-Pryvé par cessation soudaine du bail actuel en l'absence de relocalisation. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> La file active, ventilation par motif/diagnostic ; ventilation par provenance (type d'adresseurs - recrutement géographique) ; Les délais de prise en charge ; durée moyenne de prise en charge ; Le nombre de patients ayant participé à des programmes d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive ou d'entraînement aux habiletés sociales ; Nombre de patients accédant aux soins de réhabilitation et hospitalisés de manière prolongée au CHD (dans les unités HTC d'insertion ou les appartements thérapeutiques par exemple). 					

**Filière STRUCTURER ET DÉVELOPPER LES SOINS DE RÉHABILITATION
PSYCHOSOCIALE SUR LE TERRITOIRE**

Chef de projet médical : Docteur BAUERHEIM Nadège, Docteur OLLAND Monique, Chef de Pôle du PSO

Public concerné : Toute personne du Loiret présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source d'un handicap psychique, déjà inscrite dans un parcours de soins psychiatriques, en dehors de la crise. Sujets de 16 à 60 ans, en privilégiant les 16-35 ans, plutôt en début de maladie.

FICHE PROJET N° 2 : création d'un appartement-test

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Objectifs médicaux :

- Proposer un accueil dans un logement individuel, pour une personne souffrant de troubles psychiques vivant dans un lieu de vie non-autonome (famille, foyer, institution, appartement thérapeutique ou d'insertion, appartement collectif...), afin d'expérimenter la vie quotidienne seul et d'évaluer les compétences et les limites de la personne en situation réelle, sur une durée contractualisée maximum de 3 mois.
- Réaliser un bilan d'autonomie en vie quotidienne et évaluer la pertinence d'un éventuel projet d'accès à un logement autonome pour le patient.
- Offrir au patient d'expérimenter une étape supplémentaire vers l'autonomie en expérimentant une période de rupture d'avec son environnement habituel (institution, domicile parental...).
- Mettre en évidence les besoins en accompagnement qui seront nécessaires dans la mise en œuvre d'un éventuel projet de logement autonome.
- Aider à l'orientation du patient vers les différentes solutions alternatives d'accès au logement.

Contenu du projet de prise en charge et/ou d'organisation de la prise en charge :

- 1 appartement individuel mis à disposition, situé en dehors d'une structure de soins, dans la cité.
- Pour 1 patient qui peut s'inscrire dans la dynamique des soins de réhabilitation psychosociale proposés par le CRPS 45 et Parienté.
- Contrat de soins passé avec l'équipe du Centre Thérapeutique Maurice Parienté, d'une durée de 3 mois maximum, non-renouvelable.
- Bilan d'autonomie en vie quotidienne (compétences / limites de la personne dans la gestion des actes quotidiens), réalisé par l'équipe de Parienté.
- En fonction de ce bilan, mise en place des accompagnements soignants nécessaires durant le temps de la prise en charge dans ce logement (courses, hygiène personnelle, cuisine, entretien du logement, gestion du budget et des tâches administratives...).
- Dispositif ouvert 7j/7, avec intervention soignante 5j/7, en journée. Recours au CPAU en cas d'urgence la nuit et les week-ends.
- Accompagnement pluri-disciplinaire : Assistante sociale/infirmier/éducateur spécialisé/aide-soignant/ASH, selon les besoins de la personne et son autonomie et proposition d'aide via des outils de remédiation cognitive pour l'organisation, la planification...
- En fin de prise en charge, compte-rendu d'expérience fait au patient et à l'équipe de soins référente du patient et retour du patient dans son lieu de vie habituel en fin d'expérience.
- Maintien d'un suivi ultérieur d'un éventuel projet d'accès à un logement autonome, en coordination avec l'équipe de soins référente.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Centre Thérapeutique Maurice Parienté et CRPS 45 ; les appartements thérapeutiques et d'insertion des 2 Pôles Adultes, l'association Le Lien, représentants des usagers (Passerelle 45 avec un lien possible avec leur projet de « résidence accueil » ; UNAFAM) ; bailleur social : intérêt manifesté par Pierres & Lumières pour travailler des partenariats avec le CHD.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
---------	---------------------	-------------------------	------------------------	--------	--------------------

Trouver un appartement individuel dans la cité et mettre en œuvre le projet	Docteur BAUERHEIM/ Direction	2019	- Achat d'un logement par le CHD ou location par le CHD à un bailleur avec sous-location au patient. - Ressources humaines : à moyens constants, avec les moyens humains actuels de Parienté, avec interventions selon les besoins et l'autonomie de la personne ; - Programme d'équipement à définir.	A définir	Projet foncier/ programme de conventions d'accès aux logements
Développer des échelles d'évaluation	Equipe de Parienté + Equipe du CRPS	2019-2020		-	
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience préalable de l'équipe de Parienté d'un dispositif d'Equipe Mobile d'Accompagnement (EMA) dans le logement. • Association Le Lien, bien identifiée par les bailleurs sociaux. • Intérêt porté par Passerelle 45 et par l'UNAFAM dans la réflexion autour de ce projet. • Possibilité de conventionnement avec un bailleur social si montage type « sous-location ». • Travail en partenariat avec l'Appartement Pédagogique de l'AIDAPHI. 			<ul style="list-style-type: none"> • Contractualisation également avec la structure ou la personne hébergeant habituellement le patient, car engagement à reprendre la personne en fin de contrat de soins. • Difficultés du patient à regagner son lieu de vie habituel en fin de contrat d'hébergement. • Changements fréquents de locataire à gérer vis-à-vis du voisinage et du bailleur si montage type « sous-location ». 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients ayant bénéficié de cet appartement-test avec un projet d'insertion par le logement à l'issue ; • Durée des contrats de soins et d'hébergement réalisés avec les patients (de 24 heures à 3 mois) et motifs des arrêts précoces du contrat (avant 3 mois). 					

**Filière STRUCTURER ET DÉVELOPPER LES SOINS DE RÉHABILITATION
PSYCHOSOCIALE SUR LE TERRITOIRE**

Chef de projet médical : Docteur BAUERHEIM Nadège, Docteur OLLAND Monique, Chef de Pôle du PSO

Public concerné : Toute personne du Loiret présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source d'un handicap psychique, déjà inscrite dans un parcours de soins psychiatriques, en dehors de la crise. Sujets de 16 à 60 ans, en privilégiant les 16-35 ans, plutôt en début de maladie.

FICHE PROJET N° 3 : Création d'un atelier technique intermédiaire

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Les objectifs médicaux :

- Aider à l'insertion socio-professionnelle des personnes présentant des troubles psychiques ;
- Préparer l'entrée en ESAT afin de rendre l'accueil de la personne plus facile et créer des passerelles avec les ESAT ;
- Proposer aux patients dont le projet de réinsertion professionnelle est bien avancé, une étape supplémentaire dans leur parcours vers l'emploi ;
- Eviter les points de rupture dans les projets d'insertion professionnelle des patients, dans les périodes notamment d'attente de stage ou de formation, ou bien d'attente d'un poste de travail, en leur permettant d'intégrer cet atelier qui se rapprocherait d'un environnement professionnel de type ESAT ;
- Renforcer l'estime de soi du patient et valoriser le travail engagé par le patient ;
- Confronter la personne aux contraintes et aux exigences d'un emploi ou aider au deuil d'une activité professionnelle le cas échéant ;
- Conserver la dimension de soin au sein de cet atelier, d'où son positionnement intermédiaire entre les soins et l'activité professionnelle et proposer des outils de remédiation cognitive.

Contenu du projet de prise en charge et/ou d'organisation de la prise en charge :

- 1 atelier technique de type conditionnement au sein du Centre Thérapeutique Maurice Parienté, géré par un éducateur technique spécialisé, proposant une activité quotidienne, 5 jours sur 7, calquée sur les horaires, les consignes de travail et un type d'activité retrouvés en ESAT, avec la recherche de contrats de sous-traitance, afin d'introduire une exigence (limitée) de production et une attente de résultat ;
- A différencier des autres ateliers techniques de Parienté, sans exigence de productivité, et dont le rythme de présence ainsi que les horaires sont adaptés à chacun, leur objectif étant moins tourné vers l'insertion professionnelle et davantage vers l'insertion sociale et le bien-être personnel ;
- Contrats de sous-traitance passés avec des ESAT, pour 5 personnes, à temps complet ;
- Contractualisation avec chaque personne, avec notion de durée pour permettre un *turn-over* sur cet atelier ;
- Bénéfices de l'intervention d'un ergothérapeute au sein de cet atelier, pour l'évaluation des besoins de la personne pour un futur poste de travail.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Centre Parienté, CRPS 45 ; Direction du CHD; Partenaires médico-sociaux : ESAT ; Partenaires de l'insertion professionnelle : associations d'insertion professionnelle, CAP Emploi...

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Elaborer le cahier des charges, avec étude du statut juridique selon réglementation en vigueur	Docteur BAUERHEIM ; Mme DEBRAY-AIGROT	2018	Programme foncier, équipement à définir	A définir	Suivi en directoire
Création de	Le Centre	Lors de la	- <u>Ressources humaines</u> : 1	A	Suivi par

l'atelier intermédiaire	Parienté	mise en œuvre de la nouvelle localisation des ateliers techniques de Saint Pryvé	ETP d'éducateur technique spécialisé/ 0,2 ETP à 0,4 ETP d'ergothérapeute (mutualisation possible avec le PASA du CAPA) ; - <u>Besoin de formation</u> : stage pour l'éducateur technique spécialisé au sein du dispositif similaire existant au CH Le Vinatier de Lyon ; stage en ESAT pour l'ergothérapeute; - <u>Investissement immobilier</u> : Prévoir le local pour cet atelier, au sein de la nouvelle structure regroupant les futurs ateliers techniques de Parienté. - <u>Investissements en équipement</u> : Matériel nécessaire au travail en conditionnement ; - Démarches auprès des ESAT pour trouver des petits contrats de sous-traitance.	définir	le pôle et en annuaire
-------------------------	----------	--	--	---------	------------------------

LEVIERS/RISQUES

LEVIERS/OPPORTUNITES	PRINCIPAUX RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt manifesté par la directrice adjointe de l'ESAT des Cents Arpents à Saran dans l'élaboration de ce projet. • Intérêt de mettre ce projet en lien avec celui développé dans la fiche projet n°5 (renforcement des liens avec les ESAT). • Existence d'un dispositif similaire au CH Le Vinatier de Lyon permettant l'accès à des conseils avisés dans l'élaboration de ce projet. • Expérience du Centre Parienté concernant les ateliers techniques dans le champ sanitaire. • Recrutement d'un éducateur technique spécialisé possédant les compétences requises. • Construction de nouveaux locaux pour les ateliers techniques de Parienté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de fermeture inopinée des ateliers actuels de Saint-Pryvé par cessation du bail. • Cahier des charges, réglementation et statut juridique à préciser. • Difficultés pour trouver des petits contrats de sous-traitance. • Difficultés à tenir les engagements de production et les délais. • Eventuel manque de patients pouvant intégrer ce type d'atelier. • Nécessité de contractualiser avec le patient en introduisant une notion de durée limitée afin de permettre le turn-over sur cet atelier, sinon risque d'embolisation par manque de solution en aval. • Quid de la rémunération compte-tenu du travail engagé.

INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION

<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients ayant intégré cet atelier intermédiaire ; • Durée de prise en charge à l'atelier intermédiaire ; • <i>Turn over</i> de l'atelier ; • Nombre de contrats de sous-traitance; • Nombre de patients ayant pu ensuite trouver un poste dans un ESAT, en milieu ordinaire ou dans une structure d'insertion professionnelle.

Filière STRUCTURER ET DÉVELOPPER LES SOINS DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE SUR LE TERRITOIRE

Chef de projet médical : Docteur BAUERHEIM Nadège, Docteur OLLAND Monique, Chef de Pôle du PSO

Public concerné : Toute personne du Loiret présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source d'un handicap psychique, déjà inscrite dans un parcours de soins psychiatriques, en dehors de la crise. Sujets de 16 à 60 ans, en privilégiant les 16-35 ans, plutôt en début de maladie.

FICHE PROJET N° 4 : *développer les prises en charges des patients au sein des Hôpitaux de Jour et CATTP ainsi que la coordination avec les soins en réhabilitation psychosociale de niveau 2*

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Les objectifs médicaux : étoffer et diversifier l'offre de soins au sein des hôpitaux de jour et CATTP, afin de :

- Prévenir les décompensations cliniques des patients pris en charge pour diminuer le nombre d'hospitalisations à temps complet et la durée moyenne des séjours en unité d'hospitalisation à temps complet ;
- Surveiller l'état psychique des patients suivis en collaboration avec les CMP ;
- Soutenir de meilleurs engagements et réflexions cliniques multidisciplinaires pour offrir des soins personnalisés ;
- Augmenter l'investissement des patients dans leurs soins psychiatriques et améliorer la connaissance de leur maladie ;
- Travailler à réduire les symptômes négatifs afin d'obtenir une régularité et une implication dans les soins proposés ;
- Favoriser le maintien dans l'emploi, soutenir le désir de formation et d'accès à l'emploi, notamment pour les patients jeunes ;
- Soutenir l'insertion sociale des patients accueillis et lutter contre le retrait social, la stigmatisation et l'exclusion ;
- Mobiliser les ressources psychiques et cognitives des patients au travers d'activités et de médiations thérapeutiques et développer l'autonomie psychique et les aptitudes sociales des patients ;
- Accroître la coordination et le partage des compétences et des outils de soins entre les HDJ, les CATTP, le CRPS 45 et le Centre Thérapeutique Maurice Parienté ;
- Préparer et favoriser l'accès des patients des hôpitaux de jour aux soins de réhabilitation de niveau 2.

Besoin identifié en offre de soins à temps partiel pour le pôle Sud Ouest :

- Les trois hôpitaux de jour existants ont chacun une file active importante et une population spécifique (secteur urbain orléanais pour Marcel Proust, secteur urbain et rural Sud Loire La Cossonnière, patients hospitalisés pour Le Stade) avec la nécessité de diversifier l'offre de soins pour accueillir un public plus large (notamment les patients de 16 à 25 ans).

Besoin identifié en offre de soins à temps partiel pour le pôle nord-est :

- L'implantation des 3 CATTP couvre les besoins du Giennois et Pithiverais dont la population est éloignée du Centre de Jour de St Jean de Braye ; le CATTP de Saran répond à l'ensemble des besoins de la population urbaine du Pôle ;
- Nécessité d'engager une réflexion sur la mise en adéquation des moyens selon l'activité notamment à Gien et pour l'hôpital de jour de Saint Jean de Braye (besoin de 0.10 ETP de temps médical supplémentaire, nécessité d'un véhicule de transport collectif) ;

Modalités de prise en charge en amont et en aval des CATTP/Hôpitaux de jour :

- Protocoliser les articulations avec les différentes structures de soins (CMP, appartements thérapeutiques, unités d'HTC des 2 Pôles Adultes, mais aussi l'HDJ pour Adolescents du Pôle Infanto-Juvenile).
- Favoriser la collaboration avec les soins en réhabilitation psycho-sociale de niveau 2 (CRPS 45 et Centre Thérapeutique Maurice Parienté) avec par exemple des temps de visites programmées aux

ateliers techniques de Parienté pour les patients des hôpitaux de jour des 2 pôles et proposition de formation à des outils de remédiation cognitive ou d'entraînement aux habiletés sociales par l'équipe du CRPS 45.					
- Renforcer les partages d'expériences et la collaboration entre les hôpitaux de jour des deux pôles adultes, mais aussi l'infanto juvénile.					
- Renforcer les liens avec le tissu associatif (GEM, associations de quartier).					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Les HDJ et CATTP des 2 Pôles Adultes ; Les CMP et services d'hospitalisation à temps complet de chaque pôle ; Le Centre Thérapeutique Maurice Parienté ; Le CRPS 45 ; Les partenaires médico-sociaux (essentiellement les GEM) ; l'ARS.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Diversifier l'offre de soins pour accueillir un public plus large (16-25 ans) Projet immobilier pour l'HDJ Marcel Proust et la Cossonière	Dr DIRADURYAN cadre de santé des hôpitaux de jour du pôle Sud Ouest	2018-2019	<ul style="list-style-type: none"> Programme de formation du personnel soignant à de nouveaux supports de médiation thérapeutique ; Achat de matériels correspondant aux nouvelles médiations qui seront mises en place (à préciser en fonction des besoins) ; Renforcement de la collaboration avec le projet culturel ; Programme immobilier à définir selon étude de besoins. 	-	Projet à évaluer et suivre dans le cadre du projet du pôle sud ouest
Pérenniser la variété des soins proposés (médiateurs différents, séjour thérapeutiques) et continuer de développer l'éducation à la santé	Dr VAGAPOFF, Chef de Pôle du PNE et médecins des CATTP/Hôpital de jour ;	2018-2019	<ul style="list-style-type: none"> Etude de dimensionnement du CATTP de Gien selon activité à réaliser ; Augmentation du temps médical de 10% au Centre de Saint Jean de Braye ; Continuer les formations des personnels en adéquation avec les projets de soins ; Minibus alloué à l'hôpital de Saint Jean de Braye 		
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Plan Santé Mentale 2011-2015 et rapport Laforcade ; Les liens existants déjà avec les partenaires internes et externes, en amont et en aval des hôpitaux de jour ; 			<ul style="list-style-type: none"> Manque de clarification des indications entre hospitalisation à temps complet et hospitalisation de jour ; Patients accueillis insuffisamment stabilisés sur le plan thérapeutique et clinique (risque de non adhésion aux soins) ; 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Inadéquation entre le projet médical des HDJ du Pôle sud-ouest et les locaux ;
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients suivis en commun par les hôpitaux de jour/CATTP et le Centre Maurice Parienté ; • Nombre de patients ayant accès à l'emploi et aux groupes d'entraide mutuelle ; • Diminution attendue du nombre et/ou de la durée des hospitalisations à temps complet pour les patients suivis en hôpital de jour ; • Proportion de patients pris en charge en hôpital de jour, âgés de 16 à 25 ans ; • Ventilation des prises en charge selon motif/diagnostic ; ventilation des provenances (adressage) et des orientations à la sortie de la prise en charge ; • Proportion de la population suivie au CHD et accueillie dans ces structures. 	

**Filière STRUCTURER ET DÉVELOPPER LES SOINS DE RÉHABILITATION
PSYCHOSOCIALE SUR LE TERRITOIRE**

Chef de projet médical : Docteur BAUERHEIM Nadège, Docteur OLLAND Monique, Chef de Pôle du PSO

Public concerné : Toute personne du Loiret présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source d'un handicap psychique, déjà inscrite dans un parcours de soins psychiatriques, en dehors de la crise. Sujets de 16 à 60 ans, en privilégiant les 16-35 ans, plutôt en début de maladie.

FICHE PROJET N° 5 : renforcer les liens avec les ESAT du Loiret

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Objectifs médicaux :

- 1- Mettre en place des stages accompagnés en ESAT pour les patients :
 - Permettre aux patients participant aux ateliers techniques de Parienté d'expérimenter, en groupe, ponctuellement, le travail en ESAT.
 - Permettre une mise en situation professionnelle, en milieu protégé, différente de celle possible avec les stages individuels de découverte en ESAT, en conservant en partie le cadre sécurisant du groupe et du moniteur d'atelier que les patients connaissent.
 - Aider à lutter contre la stigmatisation parfois liée à l'idée du travail en milieu protégé que peut avoir le patient et à la représentation du travailleur souffrant de troubles psychiques que peuvent avoir les partenaires.
- 2- Mettre en place des stages pour les personnels :
 - Echanges d'expérience et de savoirs entre les membres du personnel de Parienté ainsi que du CRPS 45 et le personnel des ESAT.
 - Permettre au personnel de l'ESAT de mieux appréhender le travail réalisé au CHD et créer des liens professionnels.
- 3- Mettre en place des conventions de stage en ESAT signées avec le CHAM :
 - Permettre la réalisation de stages individuels en ESAT, pour les patients de l'ensemble du territoire du Loiret, y compris du montargois.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Centre Parienté, CRPS 45 ; Direction du CHD et direction du CHAM ; Partenaires médico- sociaux : les ESAT du Loiret.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Conventionnement entre le CHD et des ESAT	Docteur BAUERHEIM et Docteur OLLAND/direction des affaires générales	2018	Définir les ESAT concernées et proposer un modèle de convention après rencontre des équipes	-	Suivi en directoire
Echange entre la direction du CHD et celle du CHAM concernant la signature des conventions de stages individuels en ESAT	Directions CHD/CHAM	2017	Proposer à la direction du CHAM le modèle de convention du CHD	-	

LEVIERS/RISQUES

LEVIERS/OPPORTUNITES

PRINCIPAUX RISQUES

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de travailleurs en ESAT présentant des troubles psychiques, en augmentation ces dernières années • Existence de liens professionnels avec l'ESAT des | <ul style="list-style-type: none"> • La capacité des ESAT à pouvoir encadrer et donner du travail aux « patients stagiaires » |
|--|--|

<p>Cents Arpents ; ESAT de Lignerolles ; ESAT APhL (ESAT Rodin et Denis Papin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérience des moniteurs d'atelier de Parienté • Expérience du CRPS 45 dans l'utilisation d'outils de remédiation cognitive pouvant être intéressants en ESAT • Liens CHD/CHAM et opportunité du GHT permettant un croisement d'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de conventions de stages en ESAT possibles actuellement via le CHAM
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de journées de stages accompagnés réalisés ; • Nombre de patients ayant pu bénéficier de stages accompagnés en ESAT ; • Proportion de ces patients ayant ensuite accédé à des stages individuels en ESAT ; • Proportion de ces patients ayant pu obtenir un emploi en ESAT ; • Nombre de journées de stages du personnel du CHD réalisées au sein des ESAT et par type de professionnel ; • Nombre de journées de stages du personnel d'ESAT au sein du CHD et par type de professionnel ; • Nombre de conventions de stage individuel en ESAT signées avec le CHD et avec le CHAM ; 	

**Filière STRUCTURER ET DÉVELOPPER LES SOINS DE RÉHABILITATION
PSYCHOSOCIALE SUR LE TERRITOIRE**

Chef de projet médical : Docteur BAUERHEIM Nadège, Docteur OLLAND Monique, Chef de Pôle du PSO

Public concerné : Toute personne du Loiret présentant un trouble psychique sévère, potentiellement source d'un handicap psychique, déjà inscrite dans un parcours de soins psychiatriques, en dehors de la crise. Sujets de 16 à 60 ans, en privilégiant les 16-35 ans, plutôt en début de maladie.

FICHE PROJET N° 6 : Faire vivre et évoluer le réseau en réhabilitation psycho-sociale du Loiret

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Les objectifs médicaux :

- Développer ou renforcer les liens entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et social en réhabilitation psycho-sociale sur le territoire du Loiret au travers d'un réseau constitué ;
- Aider à la connaissance mutuelle des dispositifs existants, mais également les faire connaître aux usagers ;
- Mettre en œuvre la complémentarité des différents acteurs afin d'envisager de mener des actions communes ou croisées et réfléchir à créer des passerelles entre les différents dispositifs existants, afin de limiter les points de rupture dans le parcours de soins et de vie du patient en décloisonnant les actions ;
- Informer sur le handicap psychique et lutter contre la stigmatisation.

Modalités d'organisation :

1. Organiser des rencontres (1 à 2 par an) réunissant les partenaires du réseau, après avoir défini les grands champs nécessaires de réflexion et d'échange afin de prévoir une thématique principale à chacune de ces réunions (exemple : accès au logement, accès et maintien dans l'emploi, droits des patients...).
2. Réfléchir avec l'ensemble des partenaires à créer un outil, à destination des usagers et des partenaires, répertoriant et expliquant les différents dispositifs du réseau de réhabilitation psycho-sociale (ex : guide ; site internet).
3. Travailler sur un contenu théorique autour de la réhabilitation psycho-sociale et s'engager dans un processus de formation, d'information et de sensibilisation des partenaires, via le centre de formation du CHD.
4. Organiser une journée de la Réhabilitation Psycho-sociale à l'initiative du CRPS 45 et du Centre Parienté, à destination des soignants du CHD et éventuellement une autre journée à destination des partenaires et des usagers.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Ensemble des services du CHD, service de psychiatrie du CHAM ; Partenaires du réseau en réhabilitation psycho-sociale : GEM, SAVS, CAP Emploi, Pôle Emploi, Mission Locale, associations d'insertion professionnelle, associations d'usagers, UNAFAM, ESAT, MDPH, AIDAPHI, bailleurs sociaux...

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Organisation de rencontres entre partenaires du réseau	Dr BAUERHEIM/Dr OLLAND	2018	- créer un COFIL - Lister les partenaires concernés et identifier des représentants repérés, issus de différentes unités de soin du CHD et de		Suivi de la constitution du réseau par le COFIL : calendrier et programme des rencontres

			la psychiatrie du CHAM		
Création d'un outil d'information commun sur la réhabilitation psycho-sociale	L'ensemble des partenaires du réseau + les représentants du CHD	2019	A étudier dans le cadre du projet de communication du CHD	A définir	Projet de communication
Proposer un contenu théorique de formation à destination des soignants du CHD et des partenaires	CRPS 45 et Centre Parienté	2019	A définir en lien avec le service de formation		Programme de formation en commission formation et DPC
Organisation de 2 conférences (1 à destination des soignants du CHD et 1 autre à destination des partenaires et des usagers)	CRPS 45 et Centre Parienté	2019	A définir en lien avec le service communication	A définir	Suivi dans le cadre du projet de communication
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> La HAS donne aux réseaux la mission d'assurer une coordination optimale des différents intervenants²⁰ Centre de formation continue sur le site du CHD et service communication 			<ul style="list-style-type: none"> La coordination des acteurs du réseau qui sont nombreux Le coût des formations 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> Evaluation du fonctionnement du réseau : respect et analyse des résultats du programme défini. Nombre de professionnels formés en réhabilitation. 					

²⁰ Circulaire n° DHOS/03/CNAM/2007/88

4- FILIERE PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

1. LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET LA GRADATION DES SOINS

⇒ L'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Les Permanences d'Accès aux Soins somatiques (PASS) d'Orléans, Gien et Montargis accueillent, évaluent et coordonnent l'orientation des personnes en situation de précarité sociale. La PASS oriente vers les Centres Médico-psychologiques du territoire. Il est à noter qu'il n'existe pas de PASS psychiatriques ni d'équipes mobiles psychiatrie-précarité adossées ou travaillant en complémentarité des PASS généralistes sur le territoire, à l'instar des autres départements de la région.

Les Services d'Accueil et d'Urgence du CHR d'Orléans, du CH de Montargis, du CH de Pithiviers et du CH de Montargis, les médecins traitant adressent les patients vers les dispositifs de prise en charge psychiatrique. L'adressage et le repérage des troubles sont également effectués par les acteurs médico-sociaux et sociaux du territoire, les patients sont aussi amenés à se présenter spontanément.

⇒ La prise en charge psychiatrique de proximité généraliste (niveau 1)

- En ambulatoire (CHD/CHAM)

Les dispositifs d'accueil et de première attention sont les Centres Médico-Psychologiques pour adultes (> 16 ans) soit 7 CMP dans l'agglomération Orléanaise, 1 à Pithiviers, 2 à Montargis, 1 à Gien, 1 à Sully-sur-Loire, 1 à Meung-sur-Loire) et enfants (< 16 ans) soit 4 dans l'agglomération Orléanaise, 1 à Châteauneuf, 1 à Pithiviers, 1 à Patay, 1 à Meung-sur-Loire, 1 à Montargis, 1 à Gien). Le CMP constitue l'entrée dans le soin de la grande majorité des personnes touchées par la maladie mentale. La prise en charge est effectuée par une équipe pluridisciplinaire selon leur domicile (sectorisation) sans distinction de pathologie. C'est à partir du CMP que s'organisent toutes les actions ambulatoires, et que s'élaborent tous les projets alternatifs pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient. Il réalise à ce titre des actions de prévention, diagnostic, soins ambulatoires et intervention à domicile.

Le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Urgence : ce dispositif ambulatoire d'urgence, situé sur le site du CHD à Fleury-les-Aubrais, permet l'évaluation et l'orientation en urgence des personnes souffrant de troubles psychiques, au travers d'une permanence téléphonique et de consultations médicales et infirmières 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

- En hospitalisation à temps complet (CHD/CHAM)

La prise en charge des populations en situation de précarité est effectuée au sein de la population générale, à travers le dispositif d'hospitalisation à temps complet du CHD avec 7 unités d'hospitalisation à temps complet structurées autour d'unités de crise ouverte, d'unités de crise fermées et d'unités d'insertion ; du CHAM avec une unité d'hospitalisation à temps complet.

- En alternative à l'hospitalisation à temps complet (CHD)

Les prises en charge de jour : Centres Accueils Thérapeutiques à Temps Partiel et Hôpitaux de jour (6 CATTP du CHD adossés sur les CMP ou hôpitaux de jour et 5 hôpitaux de jour au CHD ; 1 CATTP/HDJ au CHAM) ont vocation à maintenir ou favoriser une existence autonome des patients par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe en vue d'une plus grande autonomie et d'une resocialisation. Ces prises en charge sont organisées en aval des prises en charge aiguës en temps complet ou depuis les CMP afin de prévenir le recours à l'hospitalisation à temps complet.

Les dispositifs d'alternative à l'hospitalisation : 6 places d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT), 35 places en appartements d'insertion, 29 places d'appartements thérapeutiques sont disponibles au CHD. Ces dispositifs constituent une étape entre l'hospitalisation et le retour à domicile ou l'entrée en structure médico-sociale. Selon le niveau d'autonomie du patient, ces dispositifs nécessitent une présence et un étayage en journée et/ou la nuit par des équipes de soins pour développer l'autonomie et la réinsertion. L'accueil est limité dans le temps et est souvent proposé à des patients ayant des troubles psychiatriques lourds et en situation de handicap psychique, en attente de projet d'insertion. Il est à noter que le secteur du Montargis est dépourvu d'alternatives à l'hospitalisation.

⇒ **La prise en charge spécialisée et de référence (niveau 2)**

Le CHD propose des prises en charge en ambulatoire, de jour ou en hospitalisation spécialisées selon certaines populations ou pathologie (ex. : gérontopsychiatrie, addictologie, autisme, etc.) Il existe notamment un dispositif spécialisé de réhabilitation psychosociale intervenant dans la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation comprenant un centre de jour spécialisé, des ateliers d'insertion (Centre Maurice Parienté) et un centre de remédiation cognitive dispensant également une activité d'éducation thérapeutique.

2. LES ACTEURS INTERVENANT EN AMONT ET EN AVAL DU SOIN POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES STABILISES AVEC OU SANS PRECARITE SOCIALE ET/OU FINANCIERE

2.1 Insertion dans la cité par le logement social

⇒ Les dispositifs d'hébergements adaptés des personnes en situation de précarité

Le SIAO a vocation à recueillir toutes les demandes d'hébergement et /ou de logement en structures adaptées, à orienter les personnes vers des structures d'hébergement, recenser les places d'hébergement disponibles dans tout le département. Il coordonne les dispositifs de veille sociale, d'hébergement d'urgence et d'insertion du logement adapté :

- **Résidences sociales** : sur Orléans (2 résidences AIDAPHI, 3 résidences ADOMA, 2 résidences COALLIA, 2 résidences les Acacias sur l'Orléanais, 2 résidences de l'Association jeunesse ouvrière sur Orléans) ; sur Montargis (2 résidences COALLIA).
- **Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)** : 3 CHRS sur Orléans : 2 AIDAPHI et 1 IMANIS ; 3 CHRS sur Montargis : 2 AIDAPHI et 1 IMANIS ; 1 CHRS sur Pithiviers : IMANIS. 1 CHRS à Gien.
- **Centre d'hébergement de stabilisation** (1 centre sur Orléans : la HALTE ; 1 centre sur Montargis: IMANIS)

- **Centre d'hébergement d'Urgence (CHU)** : 3 CHU AIDAPHI dont 1 sur Orléans, 1 à Gien, 1 à Montargis ; 1 CHU IMANIS sur Montargis)
- **Appartements d'urgence meublés** : ALT gérés par l'AIDAPHI et l'AHU.
- **Centres de mis à l'abri immédiate** : 2 sites AIDAPHI sur Orléans, Maison St-Euverte à Orléans pour les femmes en détresse ; 1 site géré par l'UDAF sur Pithiviers.
- **Centre d'hébergement spécifique pour demandeur d'Asile** : Centre d'Accueil (3 CADA sur l'agglomération Orléanaise/ADOMA/COALLIA et Croix rouge ; 2 CADA sur Montargis/ ADAPHI et COALLIA ; 1 CADA sur Gien) ; Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA) : 1 dispositif croix rouge et Centre Provisoire d'Accueil.
- **Maison Intergénérationnelle** : 1 St-Jean-de-Braye /HABITAT ET HUMANISME.
- **Maison RELAIS ou Pension de Famille** : 3 gérées par l'ADAPHI sur Olivet, St-Privé-St-Mesmin et Gien ; 1 par IMANIS sur Montargis ; 1 par ADOMA sur Orléans.

En coordination avec le SIAO, les demandes de mise à l'abri sont également traitées par le SAMU social, **Le service de Proximité** de l'AIDAPHI qui effectue des maraudes, la Plateforme d'Accueil pour Demandeurs d'Asiles (PADA du LOIRET), les 6 Maisons du Département.

⇒ Les dispositifs d'accompagnement social des personnes en difficultés d'accès ou de maintien dans le logement

L'Espace Ressource Logement (ERL) est un groupement associatif solidaire (AIDAPHI, AHU, UDAF) qui propose un Accompagnement Social lié au Logement (ASL). Il bénéficie de la mise en commun de moyens humains, techniques, financiers...qui permet une prise en charge personnalisée des usagers sur l'ensemble du département. L'ERL a pour mission de prévenir les difficultés liées au logement (impayés, expulsion...) ; garantir une insertion durable des personnes dans leur habitat ; réaliser des actions permettant l'installation ou le maintien dans le logement ; d'offrir aux usagers des services diversifiés sous forme d'actions collectives ou individuelles de manière décentralisées sur l'ensemble du territoire.

Les dispositifs sociaux de droit commun chargés de l'évaluation et de l'orientation des publics précaires vers le SIAO et l'ERL : les Maisons Du Département, les Centres Communaux d'Action Sociale, les Mairies, la Préfecture, distributeurs d'énergie, les bailleurs sociaux, les commissions de médiation du FUL, l'ADIL, la Maison de l'Habitat, le service social du CHRO, le service social du CHD, etc. sont chargés de l'orientation et de la saisine de ces deux services sur la base d'une évaluation sociale complète.

Parmi l'offre de logement HLM : LOGEMLOIRET, acteur du logement social principal du Loiret (16 500 logements) implanté dans 150 communes, l'OPH d'Orléans, Immobilière Val-de-Loire, Bâtir Centre, Pierres & Lumières, Le nouveau Logis Centre, France Loire, AIPAL et le Comité Local pour le logement autonome des jeunes dans l'agglomération Orléanaise, HAMOVAL sur Montargis.

⇒ Dispositifs spécifiques d'accueil, d'accompagnement d'orientation dans la prise en charge du handicap mental ou de pathologies chroniques :

Dispositifs d'accueil, d'accompagnement d'orientation dans la prise en charge du handicap mental : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (2 SAMSAH Passerelle 45 et ASDM La Couronnerie dans l'agglomération Orléanaise, 2 SAMSAH ADPEP 45 et APF à vocation départementale), les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : 1 à Artenay, 1 à Ferrière-en-Gâtinais, 1 à Gien, 1 à Pithiviers, 2 à l'agglomération Montargoise, 8 dans l'agglomération Orléanaise.

Dispositif de prise en charge de la souffrance psychique : FAM (7 FAM dans l'Agglomération Orléanaise, 1 à l'agglomération de Montargis, 1 à Artenay, 1 à Gien, 1 à Meung-sur-Loire, 1 à Pithiviers), Foyer hébergement pour travailleurs handicapés (1 dans l'agglomération Montargoise, 1 à Ferrière-en-Gâtinais, 1 à Pithiviers, 1 à l'agglomération de Gien, 1 à Artenay, 7 dans l'agglomération Orléanaise) ; 12 foyers de vie dans l'agglomération Orléanaise, 2 dans l'agglomération de Pithiviers, 1 à Lorris, 1 dans l'agglomération de Montargis, 1 à Gien, 1 à Artenay ; 4 MAS ; L'association le Lien dispose de 17 appartements sur l'agglomération Orléanaise et 2 appartements sur Pithiviers.

Les dispositifs de prise en charge personnes souffrant de maladies chroniques et en situation de précarité : les Appartements de coordination thérapeutique (ACT de l'APLEAT), lits d'accueil médicalisé, Lits Halte soins santé (1 dispositif IMANIS à Orléans et Montargis).

⇒ Les dispositifs d'animation territoriale et de mise en réseau des partenaires autour de l'insertion sociale et de l'accès aux soins : ateliers santé ville, conseils locaux en santé mentale porté par les municipalités, les missions locales (Orléans, Montargis, Pithiviers).

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

- Un chez soi d'abord : développer l'accès au logement adapté aux personnes ayant des troubles psychiatriques avec des capacités afin de favoriser l'insertion, prévenir le recours à l'hospitalisation, maintenir la continuité des soins ; développer l'accès à un logement qui soit adapté à la personne et à sa situation à un moment donné.
- Mutualiser les compétences sanitaires et sociales pour favoriser l'accès et l'accompagnement dans le soin et le maintien dans la cité des patients nécessitant des soins psychiatriques et un accompagnement social ;
- Mieux identifier les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux prenant en charge les patients ayant des troubles psychiatriques et/ou en situation de précarité sociale et leurs indications ;
- Favoriser la coordination de ces acteurs pour limiter les retards, prévenir le développement des troubles, mieux repérer et orienter vers les soins et favoriser l'insertion à l'issue des soins, éviter les ruptures dans l'accompagnement.

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

3.1 Données épidémiologiques

Plusieurs études épidémiologiques mettent en exergue la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population en situation de précarité²¹. Les troubles mentaux et les troubles de la personnalité participent de la précarisation des personnes en altérant leurs aptitudes sociales, économiques, relationnelles. Le rapport Samenta²² indique que le risque de

²¹ CHAUVIN et PARIZOT, 2005. KOVESS et MANGIN LAZARUS, 1999

²² Enquête Santé Mentale Addiction, janvier 2011

rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques et de l'humeur est dix fois plus important que pour la population générale. Inversement, les situations d'exclusion sociale, la précarité financière forment un terrain propice à l'apparition et/ou à l'aggravation des troubles psychiques. Un tiers des populations en situation de précarité sociale et financière souffrirait de troubles psychiatriques sévères d'après le rapport Samenta (troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux).

L'accès et l'accompagnement aux soins des populations en souffrance psychique et en situation de précarité sociale, avec ou sans logement (SDF) est problématique d'autant plus que ces populations ne sont pas souvent demandeurs d'aide ni de soins. D'autre part, la précarité sociale des personnes prises en charge par les dispositifs de soins, en unité d'hospitalisation, en appartements thérapeutiques, en hôpital de jour ou encore en CMP engendre des difficultés à élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique de réinsertion, notamment en matière d'accès au logement que ce soit au regard du manque de ressources ou aux difficultés d'accès à des logements pour des personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés mais nécessitant un étayage soignant adapté. Du côté des acteurs sociaux, médico-sociaux, si la forte prévalence des manifestations psychiatriques est constatée, il leur est difficile de caractériser les troubles, d'évaluer la pertinence d'une indication de soins psychiatriques et parfois d'identifier vers quel dispositif de soins orienter, ce qui représente un obstacle à l'insertion et au maintien dans les structures d'hébergement social notamment.

La population en situation de précarité identifiée regroupe :

- Les personnes sans domicile fixe, les migrants, toute personne ayant des difficultés à accéder aux soins avec un risque de basculer dans les troubles psychiatriques et/ou somatiques et notamment des troubles liés aux addictions ;
- Les personnes ayant des troubles ou un handicap psychique, isolés socialement, avec ou sans précarité financière et/ou nécessitant un accompagnement dans le soin et un accès ou au maintien dans le logement.

a. Besoins de la population du Loiret : données socio démographiques

La part de la population immigrée²³ au 1^{er} janvier 2012 est de 51 175 personnes dans le département du Loiret et représente 7,8% de la population du Loiret, la moyenne régionale étant de 6,1%, soit le plus fort taux de la région. Des disparités infra départementales sont observées dans la répartition de cette population sur le territoire avec une concentration plus importante au niveau des agglomérations Orléanaise et Montargoise puis le sud du département (Gien, Sully-sur-Loire, Briare) et le Pithiverais, ce qui correspond aux principaux bassins d'emploi du Loiret. Cette part de la population est supposée en évolution avec une augmentation des primo-arrivants liée aux récentes migrations et l'ouverture de centres d'accueil spécialisé.

Les indicateurs de précarité mettent en exergue un taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté de 12% dans le Loiret, inférieur à la moyenne régionale de 12.4% avec un taux de chômage de 9,8% supérieur à la moyenne régionale de 9,5%. 5,6% de la population du Loiret est bénéficiaire de la CMU-C contre 5,3% au niveau régional. Les zones de précarité se

²³ Définition INSEE de la population immigrée : personne née étrangère à l'étranger (pays tiers à l'union européenne) et résident en France.

concentrent sur les deux bassins de population principaux, l'agglomération orléanaise et montargoise, puis sur le nord (Pithiverais), l'est et le sud-est du département²⁴.

Les affections psychiatriques représentent la 4^{ème} cause d'Affections de Longue Durée au niveau régional soit 5,9% des ALD pour les hommes et 7,8% pour les femmes. Cette proportion est de 6% pour les hommes dans le Loiret et de 8,2% pour les femmes²⁵.

b. Analyse des indicateurs d'hospitalisations prolongées et de précarité du CHD

L'analyse des durées moyennes de séjour (DMS) met en évidence une proportion de 18,5% de séjours supérieurs à 30 jours en 2014, soit 3006 séjours et 16,8% en 2015, soit 3209 séjours sur l'ensemble des unités d'hospitalisation à temps complet du CHD avec une baisse de DMS ; 4,8% des séjours de plus de 3 mois sont relevés en 2014 contre 4,2% en 2015. Enfin, les séjours supérieurs à 6 mois représentent 2% des séjours depuis 2 ans. Il est à noter que plus de 50% de ces séjours supérieurs à 6 mois sont réalisés dans les deux unités d'insertion. La DMS de ces deux unités prenant en charge les patients ayant des pathologies chroniques en dehors de la phase aiguë et nécessitant un accompagnement renforcé dans le projet de sortie et d'insertion est de 56,9 jours et de 39 jours en 2014 et de 53,1 jours et 44,9 jours en 2015. Les pathologies pourvoyeurs d'hospitalisation longues sont la schizophrénie et les retards mentaux et troubles envahissant du développement. A contrario, les dépressions et troubles anxieux génèrent des séjours plus courts.

En 2015, sur un échantillon de 10 421 patients pris en charge, toutes formes d'activité confondues, 473 sont considérés comme ayant un logement précaire (difficultés à maintenir dans le logement ou hébergement provisoire et non stable), 82 n'ont aucun logement à la sortie de l'hospitalisation, 80 sont sans domicile fixe. 33% sont sans activité professionnelle et 8,7% sont demandeurs d'emploi. 11% bénéficient d'une prestation liée au handicap, 7,3% bénéficie d'une prestation de revenu minimum social. 5,2% bénéficient de la CMU-C, ce qui correspond à la moyenne régionale.

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

Prise en charge des populations en situation de précarité	
FORCES	OPPORTUNITES
<p><u>En amont de la prise en charge psychiatrique :</u> Le tissu des acteurs sociaux et médico-sociaux intervenant dans l'insertion par le logement et le travail des personnes en situation de précarité est important et diversifié sur le territoire du Loiret.</p> <p>Parmi les dispositifs de repérage et d'accès aux soins, le Loiret est doté de 3 PASS, d'une équipe mobile de maraude de l'AIDAPHI constituée de travailleurs sociaux qui réalisent un travail de repérage, d'accompagnement vers les prises en charge sociales et sanitaires.</p> <p>Le Service Intégré de l'Accueil et de l'Insertion (SIAO) du Loiret (AIDAPHI) a pour mission de coordonner, orienter et réguler les dispositifs d'accueil et d'hébergement d'urgence, d'insertion et de logement adapté, en</p>	<p>Les retours d'expérience des dispositifs co-portés par des équipes sanitaires et médico sociales autour de l'accès aux soins, de l'accès et du maintien dans le logement [cf. rapport LAFORCADE].</p> <p>Les travaux des Comités Locaux en Santé Mentale en cours</p>

²⁴ Source INSEE- Indicateurs retenus pour définir les zones de précarité : Taux de familles monoparentales ; taux de bénéficiaire du RMI ; taux de chômage ; taux de personnes percevant l'allocation adulte handicapé ; taux de personnes de 20 à 29 ans sans diplôme.

²⁵ Source CNAMTS retraitée par l'ORS Centre Val de Loire pour la période 2005-2013

<p>vue de favoriser l'accès au logement autonome dans le parc locatif public ou privé. Il est la plateforme unique du diagnostic partagé, du référent unique de l'accompagnement, de la mise en œuvre de la politique du «logement d'abord», de l'accompagnement vers et dans le logement.</p> <p><u>Pendant la prise en charge psychiatrique :</u> Sur le territoire du Montargois, le secteur psychiatrique adulte a développé un travail en réseau avec les partenaires impliqués dans la prise en charge des personnes en situation de précarité (HUMANIS, CADA, CHRS, etc).</p> <p>Sur le reste du territoire du Loiret, le maillage développé des CMP et hôpitaux de jour favorise le maintien dans la cité (travail en réseau avec les partenaires, visites à domicile).</p> <p>Le CHD est doté d'un dispositif important d'appartements thérapeutiques (alternatives à l'hospitalisation) et de dispositifs dédiés à l'insertion avec les appartements d'insertion qui assurent une réactivité dans les prises en charge avec des équipes dédiées à la réalisation des projets individualisés en lien avec les équipes des secteurs.</p> <p>Le centre de jour M. PARIENTÉ (CHD) propose une prise en charge spécialisée dans l'insertion et la réhabilitation psycho-sociale au travers d'un hôpital de jour, de consultation de remédiation cognitive, d'activité d'éducation thérapeutique et d'ateliers d'insertion. À ce titre, le travail en réseau avec les acteurs de l'hébergement et de l'insertion professionnelle et sociale est développé.</p> <p><u>En aval de la prise en charge psychiatrique :</u> Le tissu des hébergements sociaux, des dispositifs médico-sociaux est développé dans le Loiret [cf. partie I]. L'AIDAPHI a développé un dispositif d'hébergement de 20 lits pouvant être mobilisés en aval de la prise en charge hospitalière pour les personnes en situation de précarité et souffrant de troubles psychiatriques stabilisés. L'association le Lien situé en aval de la prise en charge de l'hospitalisation offre un accès au logement adapté selon l'autonomie des personnes. Le recours aux soins est facilité.</p>	<p>d'installation qui prévoit des axes de travail et une mise en réseau des partenaires autour de l'accès au logement des populations souffrant de troubles psychiatriques.</p> <p>Les bailleurs sociaux comme LOGEMLOIRET proposent des capacités d'accès au logement des personnes stabilisées moyennant un étayage et un recours identifié en CMP en cas de difficultés.</p> <p>Volonté de l'AIDAPHI de développer un dispositif innovant d'équipe mobile commune autour de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques en situation de précarité.</p>
FAIBLESSES	RISQUES
<p><u>En amont de la prise en charge psychiatrique :</u> L'offre de soins psychiatrique et le recours aux différents CMP est mal identifiée et manque de lisibilité, ce qui engendre des difficultés pour les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires dans l'orientation vers les unités de soins psychiatriques.</p> <p>Manque de relai avec des professionnels psychiatriques de l'équipe mobile sociale de l'AIDAPHI pour un repérage, une approche adaptée des personnes ayant des troubles et d'étayage afin d'accompagner la personne vers le soin.</p> <p>De manière générale, le travail en réseau avec les partenaires médico-sociaux et sociaux est à renforcer afin d'apporter un étayage au repérage et à l'évaluation en amont de la prise en charge psychiatriques. Cet étayage permet d'anticiper l'orientation du patient dans le parcours de soins et de prévenir le recours à l'hospitalisation en urgence.</p> <p><u>Pendant la prise en charge psychiatrique :</u> Manque d'alternative à l'hospitalisation sur le secteur du Montargois (pas</p>	<p>Manque de clarification des indications d'admission et de sortie des appartements thérapeutiques et d'insertion, ce qui peut impacter la mise en œuvre des parcours de soins.</p> <p>Délais de traitement de certains organismes (ex : orientation MDPH ; accès à l'AAH, mesures de protection) qui retardent les prises en charge qui peut engendrer un retard dans l'insertion voire</p>

<p>d'appartements thérapeutiques), ce qui engendre des hospitalisations prolongées (10 lits en moyenne occupés par des séjours de plus de 35 jours).</p> <p>Les unités de soins psychiatriques rencontrent des difficultés de prise en charge pour certaines populations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La population des migrants en situation de précarité extrême est croissante : précarité liée à l'isolement, au parcours d'exil, à l'absence de droits au logement, au travail légal, aux soins et même parfois à la résidence sur le sol français. Cette population présente des troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire avec accompagnement social et juridique, soutien psychologique voire psychothérapie, traitement médicamenteux alors que l'accès aux médicaments n'est pas toujours possible faute de couverture sociale. Les intervenants de l'état, les dispositifs spécialisés dans l'accueil de ces populations sont mal identifiés par les équipes de soins. - La population des 16-25 ans en situation de précarité sociale et d'isolement qui ne dispose pas de ressources permettant l'accès au logement et à l'emploi présente un risque d'aggravation de la pathologie alors qu'une prise en charge précoce est possible. Ce constat s'est renforcé depuis la suppression des contrats jeunes majeurs du département. <p>Les équipes de soins observent des freins à l'insertion par le logement des personnes en situation de précarité et présentant des troubles psychiatriques faute d'un recours identifié et structuré avec les équipes de secteurs ou en raison de mesures de protection qui tardent à se mettre en place. Ces freins impactent la prise en charge psychiatrique notamment au niveau des hôpitaux de jour et des projets de sortie travaillés au sein des unités et des appartements thérapeutiques (nécessité d'un logement).</p> <p><u>En aval de la prise en charge psychiatrique :</u> Les bailleurs sociaux expriment le besoin d'un partenariat renforcé avec les équipes de secteur afin de faciliter le maintien des patients ayant des troubles psychiatriques stabilisés.</p> <p>Difficulté d'accès à des dispositifs adaptés aux personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés et nécessitant une présence y compris de nuit.</p>	<p>une chronicisation des patients.</p>
--	---

e- EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES

1. Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) : ces équipes interviennent dans la cité afin d'accompagner les personnes en situation de précarité vers le soin en orientant et en coordonnant l'accès aux soins.
2. Le Marabout (Marseille) : travail conjoint d'une EMPP et d'une équipe de maraude : l'équipe pluridisciplinaire va à la rencontre des personnes sans chez soi et vivant avec une pathologie mentale sévère. Le patient est accompagné vers les soins et un logement autonome et adapté.
3. Les Permanences d'Accès aux Soins en santé mentale (Centre Hospitalier de Pau) : mise en place d'une équipe pluridisciplinaire réalisant une évaluation psychiatrique et sociale au sein d'un centre d'accueil des personnes en situation de précarité, intervention dans les

CHRS en collaboration avec les travailleurs sociaux. L'accès aux soins est facilité, la coordination avec les acteurs de l'hébergement social permet d'anticiper les hospitalisations programmées, d'en limiter la durée, d'organiser la sortie.

4. Un « chez soi d'abord » (Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, dispositif OIKEO de l'Association pour la réadaptation et l'intégration de Bordeaux) : mise à disposition d'un logement sans être forcément conditionné par l'acceptation d'un soin psychiatrique afin de favoriser l'adhésion et l'observance des personnes à une démarche thérapeutique et à un traitement, en limitant le recours à l'hospitalisation aiguë.
5. Les appartements communautaires du CHS de Montreuil : développer l'insertion par le logement et les capacités de la personne en adaptant l'étayage soignant à ses besoins autour d'un lieu de vie stable.
6. Groupement de coopération social et médico-social en santé mentale et habitat de Marseille : Coordonner les acteurs autour de l'accès et le maintien dans le logement, développement de l'offre de logement, d'hébergement et d'accompagnements adaptés.
7. Partenariat hôpital et maison relais (CH de Pau) : travail collaboratif entre une équipe de soins et des travailleurs sociaux autour de la coordination des soins et des démarches d'accès et de maintien dans le logement qui a permis de réduire le nombre de patients hospitalisés au long cours avec une évaluation rapide, anticipée permettant le recours à des hospitalisations de courte durée.
8. Les appartements de coordination thérapeutiques permettant l'accès au logement et un étayage soignant et social sur un temps limité à des populations en situation de précarité et souffrant de pathologie psychiatrique chronique. Un décret de décembre 2016 établit le cahier des charges.

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Chefs de projet : Dr DESCAMPS (CHD), en co-portage avec l'équipe de maraude de l'AIDAPHI
Public concerné : Personnes sans domicile fixe ou en logement précaire, susceptibles de présenter ou présentant des troubles psychiatriques, identifiés ou non dans la file active du CHD, à partir de 16 ans ; Sur le territoire de l'agglomération Orléanaise et cantons limitrophes.
FICHE PROJET N° 1 : Equipe mobile psychiatrie précarité
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT
<u>Objectifs :</u> <ul style="list-style-type: none">- Réaliser un repérage précoce, adapter l'orientation et la prise en charge des personnes rencontrées selon l'évaluation, en coordination entre acteurs intervenant dans l'accès au logement, l'accès aux soins (somatiques et psychiatriques) et l'accès aux droits.- Proposer un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droit commun » et du dispositif social qui permette d'appréhender au mieux la spécificité des besoins des publics concernés. L'équipe ne se substituera pas aux prises en charge sectorielles de psychiatrie (visites à domicile) mais permettra de mieux évaluer et d'accompagner les personnes vers le soin et le logement, dans le respect du principe d'un « chez soi d'abord ». Le projet est co-construit et co-porté avec l'équipe de maraude de l'AIDAPHI qui identifie actuellement sur le territoire de l'agglomération orléanaise environ 100 situations par an nécessitant une évaluation psychiatrique. Le CHD identifie dans sa file active 80 patients sans abri et 473 patients ayant un logement précaire sur un échantillon de 10 000 patients.
<u>Résultats attendus :</u> <ul style="list-style-type: none">- Limiter le recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation en psychiatrie et en soins somatiques.- Favoriser l'accès ou le maintien dans un logement adapté au moment du parcours du patient, nécessaire à l'inscription et à la continuité des soins.
<u>Missions :</u> <ul style="list-style-type: none">- Aller au devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...).- Effectuer un repérage précoce, évaluer les besoins psychiatriques, définir l'orientation adaptée et l'accès aux dispositifs de soins psychiatriques et somatiques lorsqu'il est nécessaire.- Coordonner l'accès aux soins psychiatriques, l'accès aux soins somatiques et l'accès aux droits, en lien avec la PASS, les professionnels du secteur psychiatrique, les professionnels de soins somatiques.- Coordonner l'accès et le maintien au logement adapté en lien avec les dispositifs d'accès aux droits et au logement du territoire. A ce titre, des conventions entre l'équipe mobile et les acteurs du logement seront définies.- Proposer un soutien aux acteurs de 1ère ligne sociaux ou médico sociaux (débriefing, transfert de compétence) afin d'améliorer le repérage et prévenir les risques psycho sociaux.
<u>Territoire d'intervention :</u> <p>Le projet se structurera sur l'agglomération Orléanaise et ses cantons limitrophes puis, dans un second temps, un déploiement sur le Montargois et le Pithiverais pourra être étudié, suite à l'évaluation du projet.</p>
<u>Projets associés :</u> <p>A noter que le département du Loiret ne bénéficie d'aucune PASS psychiatrique ni d'équipe mobile psychiatrie précarité, au contraire des autres départements de la région. La constitution du projet d'équipe mobile sera accompagnée d'une réflexion sur le besoin de création d'une PASS</p>

psychiatrique.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Co-porteur du projet : Equipe de maraude sociale de l'AIDAPHI ;

Contributeurs à associer à la définition et mise en œuvre du projet : CMP sectoriels pour adultes et adolescents du CHD ; CMP d'addictologie ; APLEAT, ANPAA 45 ; PASS ; SAMU social ; Espace Ressource Logement Orléans (AIDAPHI) ; Service d'accompagnement social au logement d'Orléans (AIDAPHI) ; Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (IMANIS) ; Médecine de ville (Maisons de santé pluridisciplinaire).

Autorité de planification : ARS Centre Val de Loire

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Constituer le groupe projet	Dr DESCAMPS - Mme MENAGER (AIDAPHI)	Juin 2017	Professionnels de l'équipe de maraude (préciser) Professionnels du CHD : médecin, cadre, IDE, psychologue ?	-	Appel à projet et calendrier projet
Ecrire le projet et le soumettre à l'ARS et aux instances	Dr DESCAMPS- Mme MENAGER (AIDAPHI)	Septembre 2017- décembre 2017	Temps de réunions Composition de l'équipe (psychiatre, psychologue, IDE, travailleurs sociaux), besoins en matériels et investissement, plan de formation à définir	A définir	Projet de prise en charge avec étude du besoin, organisation et composition de l'équipe, conditions matérielles de fonctionnement, montée en charge progressive, plan de formation, plan de financement et modalités d'évaluation
Aller à la rencontre d'autres équipes mobiles psychiatrie précarité	Dr DESCAMPS- Mme MENAGER (AIDAPHI)	Septembre 2017-décembre 2017	Identification des initiatives régionales par le groupe projet	-	Calendrier de visites
Signature de la convention de fonctionnement AIDAPHI-CHD	Direction AIDAPHI – Direction CHD	2018	Rencontres pour définir le montage juridique du partenariat	-	
Installation de l'équipe et premières prises en charge	Dr DESCAMPS- Mme MENAGER (AIDAPHI)	2018-2019	Mises en œuvre des besoins matériels de fonctionnement définis dans le projet		Evaluation à 6 mois de l'activité et fonctionnement de l'équipe

LEVIERS/RISQUES	
LEVIERS/OPPORTUNITES	PRINCIPAUX RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. - Volonté commune entre professionnels du CHD et de l'AIDAPHI de porter un projet commun, fondé sur la complémentarité des compétences du secteur social et sanitaire. - Retours d'expériences sur le territoire national des dispositifs « un chez soi d'abord » (cf. rapport LAFORCADE). 	<ul style="list-style-type: none"> - Confusion et substitution des missions d'intervention des CMP (cf. visites à domicile) avec le rôle de coordination et d'interface de l'équipe mobile. - Refus d'accès au logement par les bailleurs sociaux par méconnaissance du public ou manque de partenariat avec les CMP.
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes prises en charge par l'EMPP ; - Nombre de personnes prises en charge par l'EMPP bénéficiant déjà d'un suivi CMP ; - Ventilation des situations sociales (sans logement, logement précaire) ; - Ventilation des orientations après évaluation (accompagnement vers le logement, prise en charge en CMP, orientation vers l'hospitalisation etc.) ; - Ventilation selon modalités d'intervention (maraude, sur signalement) ; - Evaluation des hospitalisations inadéquates faute de logement ou logement précaires au CHD ; - Evaluation de la pertinence du parcours de soins (Patient traceur) ; - Analyse des événements indésirables (CREX). 	

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Chef de projet médical : Coordonnateur du Contrat Local de Santé Mentale de l'agglomération Orléanaise

Public concerné : Personnes sans logement ou en logement précaire présentant des troubles psychiatriques, identifiés dans la file active du CHD, à partir de 16 ans.

FICHE PROJET N° 2 : Commission logement –santé mentale au sein du Comité Local de Santé Mentale de l'Agglomération Orléanaise

OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS

Objectifs : Mettre en place une commission de coordination « Habitat-Santé Mentale » dans le cadre du Contrat Local de Santé Mentale de l'agglomération Orléanaise entre le CHD, les municipalités de l'agglomération signataires du CLSM et les opérateurs d'accès et de maintien dans le logement ordinaire et protégé afin de :

- Faciliter l'accès au logement en optimisant et/ou en développant l'offre du territoire ;
- Adapter l'offre d'hébergement répondant aux besoins ;
- Faciliter le maintien dans le logement par le développement d'un accompagnement personnalisé et adapté coordonnés entre bailleurs et CMP ;
- Structurer les réseaux bailleurs- CMP au niveau des territoires de proximité ;
- Informer et sensibiliser les bailleurs et acteurs des politiques publiques autour de la santé mentale.

Résultats attendus dans la prise en charge du patient :

- Favoriser le maintien dans la cité et le logement, prévenir les ruptures et améliorer le parcours du patient en anticipant mieux le recours aux dispositifs de soins psychiatriques ;
- Faciliter la mise en œuvre des projets de sortie de l'hôpital psychiatrique afin d'éviter la chronicisation du patient et permettre de répondre aux besoins de la population.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

ARS ; Coordinateur du CLSM ; élus des municipalités du CLSM ; CMP du CHD ; Service social du CHD ; PASS du CHRO ; Direction Départementale de la cohésion sociale (Etat) ; Direction du Pôle Citoyenneté et cohésion sociale (Conseil Départemental) ; AIDAPHI ; AHU ; Bailleurs sociaux du territoire ; Maison de l'Habitat

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Mettre en place un temps de coordonnateur dédié au contrat local de santé mentale	Municipalité de Fleury-les-Aubrais	2017	1 ETP de coordonnateur chargé de la coordination du CLSM et de l'animation de la commission logement- Demande de financement ARS	A définir	Fiche de poste
Constituer la commission Logement afin de définir les objectifs opérationnels et les actions à engager	Coordonnateur CLSM sous la présidence d'un élu	2018	Identification des personnes ressources à mobiliser- définition d'un règlement de fonctionnement	-	programme d'actions annuel suivi en commission

LEVIERS/RISQUES

LEVIERS/OPPORTUNITES

PRINCIPAUX RISQUES

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Rapprochement et volonté des services de l'état, du conseil départemental, de la municipalité de Fleury-les-Aubrais, de l'AIDAPHI et du CHD pour participer à cette initiative et mettre en cohérence les différents schémas de | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de temps de coordonnateur identifié afin d'effectuer l'assistance à maîtrise d'ouvrage du projet ; - Grande diversité des partenaires ; - Eclatement des politiques publiques et |
|---|--|

<ul style="list-style-type: none"> planification ; - Signature du CLSM de l'agglomération Orléanaise ; - - Diagnostic partagé des besoins entre les différents acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> diversité des schémas de planification ; - Méconnaissance mutuelle des acteurs.
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION	
Nombre d'hospitalisations inadéquates liées à l'absence de logement ou logement précaire ; Taux de refus aux demandes d'accès au logement	

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Chef de projet médical : Dr DIRADURYAN, Dr VAGAPOFF, responsables médicaux des appartements thérapeutiques et/ou d'insertion des pôles Sud Ouest et pôle nord-est (CHD).

Public concerné : Patients de plus de 18 ans, suivis au CHD, en perte d'autonomie et ayant de graves troubles psychiques, avec ou sans précarité d'hébergement.

FICHE PROJET N° 3 : Améliorer le parcours des patients en appartements thérapeutiques et d'insertion

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

- Faciliter l'accès des patients aux dispositifs de soin que sont les appartements thérapeutiques et les appartements d'insertion ;
- Clarifier les indications et le niveau de recours aux appartements thérapeutiques (offre de soin alternative à l'hospitalisation à temps complet), dont l'indication ne se réduit pas à l'accès à une solution d'hébergement et dont la prise en charge est limitée dans le temps, et les appartements d'insertion, qui s'inscrivent en aval de l'hospitalisation à temps complet ou en appartement thérapeutique, avec des objectifs d'autonomie et de réadaptation sociale ;
- Permettre le désengorgement des services d'hospitalisation à vocation d'insertion ;
- Eviter les prolongations d'hospitalisation dans les unités de crise pour motif d'hébergement ;
- Faciliter la sortie des patients pris en charge aux appartements thérapeutiques et d'insertion, dont l'état psychique et l'autonomie le permettent, en travaillant à l'accès à des solutions d'aval [cf. fiches projet sur la commission logement, la création d'appartement test pour la filière réhabilitation]

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Services de psychiatrie du CHD (Unités d'appartements thérapeutiques et d'insertion de chaque pôle ; CMP ; Unités d'hospitalisation à temps complet, notamment unités d'hospitalisation longue/insertion ; Service social ; Centre Thérapeutique Maurice Parienté ; bailleurs ; Partenaires médico-sociaux (AIDAPHI, Passerelle 45, Imanis, AHU) ; Association le Lien ; Services de tutelles (APAJH, UDAF) ; MDPH ; UNAFAM ; Conseil départemental.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Elaboration d'un projet clarifiant le parcours de soins des patients en appartements thérapeutiques et insertion (prise en charge sociale ; renforcement des liens avec CMP pour actions communes type VAD	Dr DIRADURYAN	2018	Besoins en ressources humaines à confirmer (demande d'un 0,5 ETP d'assistante sociale dédiée et 0,2 ETP de temps secrétariat) - Voir les hypothèses de mutualisation au sein du pôle.	A définir	Suivi dans le cadre du projet de pôle
Elaboration de partenariats et rencontres avec les partenaires extérieurs en vue de travailler les projets de sortie des patients vers des résidences relais, appartements	Service social/Direction des affaires générales	2017-2021	Cf. fiches projet « Partenariat d'accès à l'hébergement » et « Commission logement »	-	Suivi en instances

associatifs, glissements de bail, obtention et gestion de ressources, obtention de garants, accès au Fond unifié logement					
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Orientation partagée pour accentuer les soins extra hospitaliers - Collaboration avec le CHAM pour développer le réseau et retour d'expérience. - Service social et perspectives de développement de partenariats dans l'accès à l'hébergement/logement. 			<ul style="list-style-type: none"> - Lenteur d'obtention des ressources financières comme facteur de régression psychique des patients avec risque de prolongation des prises en charge et de chronicisation des patients ; - <i>Turn over</i> insuffisant lié à l'engorgement des appartements d'insertion faute de solution d'aval d'hébergement/logement. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients pris en charge en appartement thérapeutique ou d'insertion ; ventilation par motif/diagnostic ; - Taux de population en situation de précarité (ressources financières insuffisantes ; absence de logement ou hébergement précaire) ; - Durée moyenne de séjour ; - Nombre de prises en charge non justifiées (patients déclarés médicalement sortant mais n'ayant pas de solution d'aval) ; - Nombre et proportion de sorties vers des structures d'hébergement médico-sociales ou logements individuels. - Analyse de la pertinence du parcours patient (patient traceur). 					

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Chef de projet : Dr BELMADANI (CHAM)

Public concerné : Patients du secteur du Montargois et intersecteurs pour les patients limitrophes ; patients souffrant de troubles psychiatriques ne nécessitant plus une prise en charge aiguë, nécessitant un accompagnement à l'insertion et en situation de précarité sociale.

FICHE PROJET N° 4 : Appartements de coordination thérapeutique sur le secteur du Montargois

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

- Réduire le nombre des hospitalisations longues dues au manque de structures alternatives.
- Développer un outil thérapeutique qui a fait ses preuves et dont nous ne disposons pas actuellement sur le secteur en termes de structure alternative à l'hospitalisation.
- Créer un dispositif d'appartements associatifs à visée thérapeutique.
- Développer un outil d'évaluation de l'autonomie du patient (période d'essai et d'évaluation).
- Développer un outil thérapeutique pour travailler l'autonomie du patient (projet individualisé avec contrat d'objectifs écrit conjointement avec le patient et l'équipe de suivi).
- Evaluer la capacité du patient afin d'effectuer les actes de la vie quotidienne et d'orienter vers un lieu de vie à la sortie du dispositif type appartement thérapeutique.
- Faciliter l'accès à un logement autonome ou autre dispositif d'hébergement adapté.
- Mettre en place si nécessaire un dispositif d'accompagnement lié au logement.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

ARS ; Direction du CHAM ; Partenaires sociaux et médico-sociaux : UNAFAM, AIDAPHI, Bailleurs sociaux, Imanis.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Rédaction du projet	Dr BELMADANI/ Cadre de pôle	Début : 17/10/16 Fin : décembre 2017	Groupe de travail à constituer (16 professionnels représentant 8 professions différentes) avec le personnel du service de psychiatrie du CHAM Visites de structures déjà existantes	A définir	Production d'un questionnaire pour préparer les visites des structures déjà existantes. Production d'un écrit global sur le projet de création d'appartement thérapeutique. Validation par Directoire du CHAM et ARS
Démarchage auprès des différents partenaires potentiels	Groupe de travail, cadre de pôle	2017-2018	Rencontres avec les partenaires identifiés (UNAFAM ; AIDAPHI ; Imanis ; bailleurs sociaux)	-	
Recherche des locaux en collaboration avec les différents partenaires	Dr BELMADANI/ Cadre de pôle	2019-2020	5 appartements pouvant recevoir 2 personnes (demande faite au regard du nombre de patients actuellement en hospitalisation de plus de 34 jours)	A définir	Signature de convention ou de partenariat avec les partenaires sociaux et notamment un des bailleurs sociaux

					Demande de fond à l'ARS
Ouverture de la structure ACT ou développement d'une équipe mobile intervenant sur des appartements sociaux déjà existant réservés pour des personnes souffrant de pathologies psychiatriques	Dr BELMADANI/ Cadre de pôle	fin 2020- début 2021	Equipe de professionnels ou temps d'intervention de professionnel déjà en poste à définir	A définir	Evaluation à 6 mois-1 an
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Projet inscrit dans le projet médical de l'UHP ; - Réponse adaptée aux hospitalisations longues ; - Contact déjà existant avec les différents partenaires sociaux et associatifs ; - Les structures existantes proposent uniquement avec un accompagnement social et sont saturées ; - L'admission dans ces structures est d'autant plus difficile pour les personnes venant de la santé mentale avec des troubles du comportement qui nécessitent un accompagnement de l'ordre du soin. 			<ul style="list-style-type: none"> - Financement du projet ; - Ressources humaines insuffisantes. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients pris en charge ; ventilation par motif/diagnostic ; - Taux d'hospitalisation prolongée en service d'hospitalisation à temps complet ; - Durée moyenne de séjour (DMS) ; taux de <i>turn over</i> - Nombre et proportion de sorties vers des structures d'hébergement médico-sociales ou logements individuels. - Analyse de la pertinence du parcours patient (Patient traceur). 					

5- FILIERE ENFANTS ET ADOLESCENTS

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

1. EN AMONT DE LA PRISE EN CHARGE

Selon la singularité des situations des enfants et des adolescents autour desquels ils gravitent, un vaste réseau d'acteurs de première ligne des secteurs sanitaire, médico-social et social vont solliciter le dispositif de soins de psychiatrie infanto-juvénile (CMP ou le CPAU). En dehors des hospitalisations à l'initiative du représentant de l'état ou de l'autorité judiciaire, les parents ou les responsables légaux doivent être demandeurs et donner leur accord pour la prise en charge.

<u>ADRESSEURS</u>	<u>POINT D'ACCES SOINS SANITAIRES PEDO- PSYCHIATRIQUES</u>	<u>MODALITES D'INCLUSION</u>
Médecins généralistes/pédiatres Pédopsychiatres libéraux CMPP CAMPS PMI et crèches Education Nationale (médecin, infirmière, psychologue scolaire) Maison des adolescents-AMARA 45 Protection Judiciaire de la jeunesse Service des mineurs confiés à l'ASE (MECS, Maison de l'enfance, Famille d'accueil social) Services d'urgences des établissements MCO du territoire (CHAM, Pithiviers, Gien, CHRO)	Les CMP de psychiatrie Infanto-juvénile du territoire Equipe de psychiatrie de liaison du PIJ CPAU	L'ensemble des demandes y compris de crise pour des enfants et adolescents de 0 à 16 ans, sur les horaires d'ouverture au public ou sur rendez-vous Sur sollicitation des professionnels des services de pédiatrie du CHRO, du CHAM ou du CH Pierre Dezarnaulds (Gien) Situation de crise ou d'urgence psychiatrique notamment le soir et le WE et jours fériés
Autorité judiciaire Représentant de l'état	U-HTC-A	OPP SDRE ²⁶

2. PENDANT LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE PSYCHIATRIQUE

2.1 La prise en charge en CMP (niveau de proximité)

La prise en charge en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire du Loiret s'organise ainsi :

- Un pôle de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) rattaché au CHD Georges Daumezon de Fleury-les-Aubrais, prenant en charge la population âgée de 0 à 16 ans et intervenant sur la partie du territoire située à l'ouest d'une démarcation allant de Malesherbes à Sully-sur-Loire. Pour cela, le pôle dispose de 10 CMP/CATTP dont 6 sont situés dans

²⁶ Soins à la Demande du Représentant de l'État

l'agglomération Orléanaise. Les 5 autres se trouvent dans les villes moyennes de Pithiviers, Meung-sur-Loire, Patay et Chateauneuf-sur-Loire.

- Un inter secteur de pédopsychiatrie infant-juvénile intégré au pôle de psychiatrie du CHAM enfant rattaché au Centre Hospitalier de l'Agglomération montargoise comprenant 2 CMP « enfants et adolescents » situés à Montargis et Gien.

Le CMP est la porte d'entrée de l'offre de soins et le coordonnateur du parcours de soins du jeune patient. Le cadre des prises en charge peut recouvrir un large éventail d'actions et de soins :

- Consultation et suivi pédopsychiatrique
- Bilan psychologique et psychométrique
- Bilan et prise en charge orthophonique et de psychomotricité
- Psychothérapie individuelle ou en groupe
- Prévention
- Travail avec les familles
- Travail en partenariat avec les professionnels du secteur médico-social et de l'éducation nationale
- Réunion de coordination avec les autres unités fonctionnelles (hôpitaux de jour, unité HTC pour adolescents, SAFT : Service d'Accueil Familial Thérapeutique)
- Séjour thérapeutique et de rupture

2.2 Les prises en charge en CATTP et hôpital de jour (niveau de proximité et de recours)

L'offre de soins est complétée par les Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et les hôpitaux de jour. L'hôpital de jour est un maillon du parcours de soin. Il est en lien avec les CMP et les autres unités fonctionnelles. Un projet personnalisé et contractualisé doit-être systématiquement proposé pour chaque enfant. Les prises en charge en CATTP et HDJ s'effectuent sur l'indication médicale du pédopsychiatre responsable du CMP de secteur dont dépend l'enfant. Le territoire du Loiret comprend 3 hôpitaux de jour situés à Châteauneuf-sur-Loire, à Saint-Jean-de-Braye et à Fleury-les-Aubrais.

Le secteur de Montargis-Gien est dépourvu d'hôpital de jour et de CATTP spécifique à la prise en charge des enfants et des adolescents, la seule possibilité de recours à cette modalité de soins est l'hôpital de jour de psychiatrie générale pouvant prendre en charge les jeunes patients à partir de l'âge de 15 ans et 3 mois.

2.3 L'hospitalisation temps plein pour adolescent (niveau de recours départemental)

Le CHD dispose d'une unité d'hospitalisation à temps complet adolescents (U-HTC-A) dont le recours aux prises en charge à temps plein et de jour a pour vocation de s'adresser à l'ensemble des adolescents du territoire du Loiret. Ainsi, l'U-HTC-A propose une évaluation, une aide diagnostique et thérapeutique pour les jeunes âgés de 12 à 18 ans. La capacité de l'unité est de 6 lits pour les prises en charge en hospitalisation à temps complet et de 4 places d'hospitalisation de jour. Le 3^{ème} inter secteur de pédopsychiatrie du Loiret peut orienter vers des cliniques privées lorsque l'U-HTC-A est en situation de saturation notamment.

2.4 Les modalités de soins d'alternatives à l'hospitalisation

L'accueil familial thérapeutique (SAFT) est un dispositif de soins qui s'adresse à des enfants et adolescents souffrant de troubles sévères et/ou complexes voire même à des enfants en situation de crise, en supplément des prises en charge en CMP ou en hôpital de jour. Il s'agit d'accueils familiaux, partiels et séquentiels, respectant la vie scolaire et familiale de l'enfant qui sont contractualisés avec les parents et l'équipe pluridisciplinaire du SAFT.

Les séjours de rupture s'adressent principalement aux enfants et adolescents souffrant de troubles du comportement pour lesquels une mise à distance du conflit serait profitable tant au jeune qu'au milieu familial.

2.5 Le CDAA 45 (niveau de recours départemental)

Le niveau de recours départemental est complété par le CDAA 45, le Centre de Diagnostic et d'Accompagnement précoce de l'Autisme, compétent dans le diagnostic précoce et les interventions coordonnées pour les enfants de moins de 6 ans présentant des troubles du spectre de l'autisme et autres troubles envahissants du développement.

2.6 Les interfaces avec les services de soins somatiques

L'établissement du diagnostic nécessite parfois le recours au plateau technique proposé par le CHR d'Orléans, et notamment :

- Les explorations neurophysiologiques ;
- La consultation neuropédiatrique ;
- Le réseau DYS 45 (CHRO) pour le diagnostic et l'orientation des prises en charge dans le cadre de troubles du langage et de l'apprentissage ;
- Le recours au bilan et au diagnostic génétique.

Pour recourir à ce type de d'explorations et d'examen complémentaires, le service de pédopsychiatrie du CHAM collabore avec des établissements de la région parisienne, et notamment le centre hospitalier du Kremlin-Bicêtre.

Le dispositif de psychiatrie infanto juvénile du Loiret, intervient pour sa part, dans les services de pédiatrie des différents Centre Hospitalier de MCO du territoire dans le cadre de la mission de psychiatrie de liaison. A ce titre, le 3^{ème} inter secteur met 20% d'un ETP de psychologue à disposition du service de pédiatrie du CHAM.

3. EN AVAL DE LA PRISE EN CHARGE

L'articulation en aval de la prise en charge s'opère surtout avec :

- Les CMP du PIJ
- Les CMP de psychiatrie générale adulte
- Les médecins psychiatres libéraux
- Les CMPP

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

- Organiser la prise en charge de l'urgence et de la crise des enfants et des adolescents dans le Loiret.
- Développer l'offre de soins de recours en CATTP et en hospitalisation de jour pour les adolescents du Loiret.

- Développer l'offre de soins de recours en hospitalisation de jour pour les enfants et adolescents sur le territoire infra départemental du Montargois et du Giennois.
- Recentrer l'activité de l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents sur l'hospitalisation programmée.
- Communiquer auprès des professionnels partenaires et des familles du territoire sur le dispositif de soins pour les enfants et adolescents, ses missions et ses modalités d'organisation

c- ANALYSE DES BESOINS DE POPULATION IDENTIFIES

1. La population des moins de 20 ans dans le Loiret

Le Loiret comptait, au 1^{er} janvier 2012, 165 290 jeunes de moins de 20 ans, soit 25,3% de la population totale du département. Cette dernière se concentre surtout à 80% autour des aires urbaines d'Orléans, Pithiviers, Montargis et Gien. Si la proportion de jeunes de moins de 20 ans est très semblable dans chacun de ces bassins de population (environ 25%), des disparités infra départementales s'observent, et notamment le vieillissement de la population plus marqué sur le Giennois et le Montargois. Les projections pour 2020 prévoient un accroissement de la population du Loiret au profit de la tranche des plus de 60 ans.

2. Evolution de la répartition géographique de la population sur le territoire

a. Zone d'attractivité et bassin de recrutement

La carte intitulée : « Evolution de la population entre 1999 et 2009 par bassin de vie : LOIRET » présentée dans le projet territorial de santé du Loiret 2013-2016 indique que la principale aire d'attractivité de la population sur le territoire se trouve au centre du département. En effet, cette zone située à l'est d'Orléans se développe le long des principaux axes de circulation et draine un grand nombre de nouveaux habitants attirés par des tarifs immobiliers plus accessibles.

On trouve une deuxième zone d'attractivité à l'extrême nord-est du département à la périphérie de la ville de Montargis. Cette partie du territoire voit venir s'installer de nombreux ménages désireux de s'installer dans une région rurale permettant de travailler en région parisienne en accédant à des logements à moindre coût.

b. Des inégalités cantonales au sein du territoire

La cartographie élaborée en 2010 dans le cadre d'une étude menée par l'observatoire Régionale de la Santé est construite à partir de 57 indicateurs sociodémographiques (mortalité, offre de soins, séjours hospitaliers, admissions en affection de longue durée,...) et mise à disposition dans le cadre du SROS. Elle met en évidence une « fracture » ouest/est : en effet, les populations vivant dans les zones comprises dans le tiers ouest du département semblent bénéficier de meilleures conditions de vie et d'accès aux soins (classe A). Le fait de vivre dans les deux tiers situés à l'est du territoire semble représenter une perte de chance en termes d'espérance de vie et d'égale accessibilité à l'offre de soins.

3- Les enfants et des adolescents pris en charge au regard des données d'activité

a. Analyse de la file active

La file active du pôle de psychiatrie infanto-juvénile du CHD pour l'année 2015 était de 2 398 enfants et adolescents suivis dans les unités fonctionnelles dont 134 ont été concernés par une hospitalisation à temps complet et 128 par une hospitalisation de jour. Ces données sont en augmentation comparativement à l'année précédente puisqu'elles progressent respectivement de 3,8%, 7,5% et 8,2%.

La moyenne d'âge des enfants pris en charge est de 9,7 ans. Ce chiffre tend à diminuer légèrement au fil des ans (9,9 ans en 2011). Le *sex-ratio* est de 1,8.

Malheureusement, les données d'activité quantitatives par motif de prise en charge renseignées dans les unités du pôle de psychiatrie infanto-juvénile du CHD ne semblent pas parfaitement représentatives de la réalité du terrain. En effet, les modalités de saisie sont en voie d'harmonisation et devraient assurer dans l'avenir une plus grande fiabilité. Néanmoins, l'expérience des professionnels du groupe confirme que les motifs de prise en charge sont multiples et recouvrent l'ensemble des pathologies et souffrances psychiques que l'on peut retrouver dans la population des enfants et adolescents, tels que : les troubles envahissant du développement, les troubles de la personnalité, de l'humeur et du comportement. De nombreux jeunes patients sont également suivis dans le cadre de difficultés en lien avec des états dépressifs, de troubles anxieux ou des conduites addictives.

Pour le service de psychiatrie infanto-juvénile de Montargis et Gien, la file active pour l'année 2016 était de 1 208 patients. Le *sex-ratio* est de 1,67. 43,2% des enfants et adolescents pris en charge dans le 3^{ème} inter secteur appartiennent à la catégorie des 10-14 ans et 36,3% à la catégorie des 5-9 ans. Il est à noter que seuls 3,8% des jeunes patients ont pu bénéficier d'une prise en charge en CATTP.

b. La provenance géographique de la population prise en charge

Un fort recrutement est constaté à l'extrémité ouest du département qui pourrait s'expliquer par une relative densité de l'offre de soins sur cette partie du territoire. On observe une autre zone à fort recrutement sur le secteur de Châteauneuf-sur-Loire. Le Pithiverais semble également drainer de nombreux patient vers les structures de soins du CHD. La zone à l'est d'Orléans semble recruter moins de patients malgré le maillage formé par les CMP du pôle de psychiatrie infanto-juvénile. Enfin, deux derniers territoires présentent des recrutements moindres : un, relativement modeste, situé entre Pithiviers et Orléans. Un second, plus vaste, s'étendant du sud de l'agglomération Orléanaise jusqu'aux limites solognotes du département.

c. La démographie médicale libérale

Ce point est particulièrement problématique dans le Loiret. En effet, le département occupe l'avant dernière place en termes de ratio nombre de médecins/nombre d'habitants. Là encore, on retrouve des disparités infra-départementales puisque sur le secteur de Montargis-Gien on ne dénombre aucun psychiatre ou pédopsychiatre du secteur privé. La seule offre de soins disponibles pour la pédopsychiatrie est proposée par les praticiens hospitaliers du CHAM (1,5 ETP).

De surcroît, ce secteur du territoire voit, à l'instar de l'ensemble du Loiret, de nombreux médecins généralistes cesser leur activité sans trouver de remplaçant pour prendre leur suite.

4. Diagnostic synthétique : état des lieux de l'offre de soins et des dispositifs pour répondre aux besoins.

Prise en charge psychiatrique des enfants et des adolescents	
FORCES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> - Formations (programme DPC sur l'autisme en lien avec le CRA de Tours, conférences à thème ouvertes aux partenaires, participation à des programmes de recherche). - Accès à la bibliothèque médicale et aux revues professionnelles (CHD). - Bon réseau partenarial (éducation nationale, MDD, PJJ, structures médico-sociales, PMI, CAMPS, CMPP, HDJ-SAFT Chevaldonné, APLEAT). - Liens avec le CHRO, CHAM, CH de Pithiviers, CH de Gien. - Articulation avec la maison des adolescents. - Travail de prévention (accueil jeunes-enfants-parents). - Equipes engagées, volontaires et expérimentées, spécifiquement formées en psychiatrie en majorité. - Travail pluridisciplinaire et pluralité des approches théoriques. - Partenariat CHD-CHAM pour les thérapies familiales à Gien. - Palette d'offres de soins diversifiée au CHD. - Augmentation du nombre de places de l'U-HTC-A. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dynamique du projet territorial. - Le développement des conseils locaux de santé mentale. - Plan national et régional sur l'autisme. - Activités transversales au sein du CHD (thérapies familiales, éducation thérapeutique, centre d'activité Maurice Parienté, remédiation cognitive, CPAU, U-HTC-A, CDAA 45). - Richesse du réseau partenarial à redynamiser (MDD, éducation nationale, médico-social). - Création nouveau pôle de psychiatrie infanto-juvénile qui va favoriser la recherche d'une homogénéité des modalités d'organisation. - Programme DPC sur l'autisme en lien avec le CRA et le CHU de Tours. - Nécessité d'une gouvernance de la psychiatrie du territoire. - Elaboration du schéma départemental de la cohésion sociale. - Projet d'augmentation de la capacité d'accueil de l'U-HTC-A de 6 à 12 lits.
FAIBLESSES	RISQUES
<p>EN AMONT DE LA PRISE EN CHARGE</p> <p>Difficultés d'accessibilité aux soins du fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une répartition inégale de l'offre de soins dans le Loiret. - D'un manque de cohérence de la sectorisation (découpage des secteurs entraînant des difficultés d'accès aux soins). - L'accès à une prise en charge est plus long et plus complexe lorsque l'enfant ou l'ado n'a pas de suivi ou d'antécédent. Pas de « circuit court » - De la saturation de l'U-HTC-A d'où un manque de place et difficulté à réaliser des hospitalisations programmées. - Manque de lisibilité des circuits et critères d'admission en U-H TC-A - De l'importance des délais d'attente dans plusieurs CMP (6 à 8 mois). - <p>Manque de lisibilité de l'offre de soins en pédopsychiatrie et de ses modalités de fonctionnement.</p> <p>PENDANT LA PRISE EN CHARGE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernance de la psychiatrie du territoire. - Difficultés à recourir à des professionnels libéraux (pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, kinésithérapeutes). - Rupture des prises en charge orthophonique. - Manque de places dans les établissements médico-sociaux. - Manque de médecins scolaires dont le rôle est crucial dans le repérage des troubles et l'orientation du jeune public. - Suppression des contrats jeunes majeurs par le conseil départemental.

Dans le parcours de soins et ses interfaces :

- Arrêt du remboursement par la CPAM des actes d'orthophonistes pour les enfants bénéficiant d'une prise en charge d'orthophonie en libéral et d'un suivi en CMP.
- Le protocole d'admission des mineurs n'intègre pas la gestion des parcours de soins complexes et récurrents (OPP, mineur non accompagné par le responsable légal, autorité parentale non connue).
- Des réponses insuffisantes et/ou incohérentes aux situations de crise et d'urgence (enfant et adolescent).
- Les institutions sollicitent souvent le CPAU dans le cadre de problèmes éducatif.
- Besoin d'une meilleure coordination avec la pédopsychiatrie pour la liaison en pédiatrie.
- Articulation difficile avec les services adultes dans le cadre de la consultation de périnatalité de la psychiatrie de liaison lorsque la maman a besoin de soins et qu'elle n'est pas connue.
- Pas de premier contact en maternité au CHRO possible pour l'instauration de la relation de confiance dans les prises en charge précoces.

En termes de moyens :

- pénurie des effectifs médicaux
- manque de pluridisciplinarité dans certains CMP
- locaux inadaptés et/ou vétustes pour certaines structures (Gien et Montargis notamment)
- manque de structure d'HDJ pour adolescents
- manque de structure d'HDJ et de CATTTP sur le Montargois et le Giennois
- manque de places en SAFT

En termes de formation :

- accès complexe à la formation pour les professionnels du PIJ du CHAM
- formations collectives insuffisantes en interne (actualisation des connaissances des équipes pluri-professionnelles)
- difficultés à mutualiser les connaissances acquises en formation
- formation insuffisante des familles d'accueil social

EN AVAL DE LA PRISE EN CHARGE

- manque de coordination lors des passages de relais entre structures de pédopsychiatrie et adultes entre 16 et 18 ans.
- pas d'offre de soins adaptée pour la prise en

charge des patients âgés de 16 à 20 ans présentant des troubles du spectre de l'autisme. - liens insuffisants avec l'éducation nationale pour anticiper et adapter la scolarisation	
--	--

5. EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES

Parmi les initiatives mises en œuvre dans d'autres territoires et qui semblent aujourd'hui des pistes de réflexions intéressantes pour améliorer l'offre de soins dans le Loiret, on note :

- L'unité mobile pluridisciplinaire pour adolescents en crise de Rennes (35), du Professeur TORDJMAN.
- La structure soins études de Sablé-sur-Sarthe.
- Le service de prise en charge des phobies scolaires au CH le Vinatier à Lyon.
- ISEMA(28), structure à triple habilitation (PJJ, ASE, ARS) réalisant des prises en charge systémiques.
- SARIA (41), structure organisant des séjours de rupture pour les jeunes ayant des orientations IME/ITEP.
- SESSAD autistes adultes (28), rattaché à une structure hospitalière.
- Les structures de prises en charge en remédiation cognitive pour troubles du spectre autistique et Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH).
- Les appartements thérapeutiques pour adolescents à Georges SAND (18).

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT SUR LE TERRITOIRE					
Chef de projet médical : Dr HASSAPI-CHARTIER, chef du pôle de psychiatrie infanto-juvénile (CHD)					
Public concerné : les mineurs âgés de moins de 16 ans, vivant sur le territoire du Loiret, connus ou non du dispositif de soins et dont les troubles psychiques se manifestent de façon critique demandant une intervention spécialisée rapide (dans les 72 heures). Peuvent être concernés les enfants/adolescents présentant des troubles du comportement, des accès de violence, des conduites à risques, des passages à l'acte ; Les situations de ruptures scolaires et sociales ; L'équipe mobile peut-être sollicitée par les familles, les partenaires professionnels, les institutions, les urgences pédiatriques.					
FICHE PROJET N° 1 : Création d'une Equipe Mobile d'Intervention de Crise en faveur des Enfants et Adolescents (EMICEA)					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la gestion de la crise et organiser sa prise en charge sur le lieu même de son apparition ; - Articuler la réponse à la pression de l'urgence dans les situations de crise avec le souci de garantir la pertinence du projet de soin du patient ; - Intervenir <i>in situ</i> dans le cadre du système familial/institutionnel de l'enfant/adolescent présentant les troubles et ainsi faciliter l'initiation de la prise en charge en intervenant au sein même du cadre de vie de l'enfant et de l'adolescent, l'adhésion des enfants/adolescents et de leur famille en initiant les soins au sein même de leur cadre de vie, favoriser l'accès aux soins et diminuer les risques de rupture dans le parcours de soins de l'enfant et de l'adolescent ; - Réduire le passage à l'acte suicidaire ; - Prévenir et/ou évaluer les situations complexes ; - Optimiser le recours à l'hospitalisation psychiatrique en désencombrant l'unité d'hospitalisation pour adolescents et favoriser au maximum la possibilité des séjours programmés ; - Prioriser les situations de crise et garantir une fluidité optimale des consultations en CMP ; - Soutenir et appuyer les partenaires dans l'accompagnement de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent en crise. 					
INSCRIPTION DANS LE PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT					
<ul style="list-style-type: none"> - Le dispositif de l'équipe mobile peut-être sollicité directement par les familles, les professionnels médicaux libéraux, les professionnels de l'éducation nationale, de l'aide sociale à l'enfance et du réseau médico-social ; - Ce dispositif est opérationnel du lundi au vendredi de 9h à 18h et intervient sur l'ensemble du territoire du Loiret ; - Il a pour vocation de permettre une évaluation <i>in situ</i> et une gestion dans les 72 heures suivant l'apparition de la crise ; - L'évaluation peut déboucher sur une orientation vers le CMP de secteur, une orientation vers le CPAU, une hospitalisation à l'unité d'hospitalisation des adolescents ; une orientation vers le service d'accueil d'urgence de l'établissement MCO le plus proche en cas de problème somatique associé, une prise en charge par le SAMU ou les sapeurs pompiers, une orientation vers les services départementaux de la protection de l'enfance. <p>L'équipe mobile peut assurer jusqu'à 3 consultations rapprochées pour permettre au service ou au partenaire d'aval de s'organiser pour recevoir l'enfant/adolescent dans les meilleures conditions.</p>					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
L'ARS ; le pôle de psychiatrie infanto juvénile du CHD Georges DAUMEZON ; le troisième secteur de psychiatrie infanto-juvénile du CHAM ; les partenaires sociaux et médico-sociaux.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Définir et rédiger le projet d'équipe mobile en précisant ses	Dr HASSAPI-CHARTIER	2 ^{ème} trimestre 2017	Collaborateurs nécessaires : Dr DEDENON et	-	Validation en directoire et

modalités de mise en œuvre et de fonctionnement	chef de pôle CSS du PIJ		Mme POIRIER, CSS au CHAM ; Les médecins, cadres et équipe du PIJ du CHD		sollicitation pour avis des instances
Mise en œuvre du projet : - Recrutement			1 ETP de pédopsychiatre 1 ETP de psychologue 0,5 ETP d'assistante sociale (mutualisé) 3 ETP d'IDE (dont 1 ETP mutualisé) 1 ETP secrétaire (dont 0.5 ETP mutualisé) 0,50 ETP cadre de santé (mutualisé)	327 000 €	
- Implantation des locaux	Médecin référent de l'EMICEA Cadre référent de l'EMICEA	2018	Locaux mutualisés dans le bâtiment G.PE : programme fonctionnel à préciser.	A valoriser	
- Dotation en matériel			Véhicules : 1 véhicule de type minibus/camping-car aménagé en bureau mobile ; 1 voiture de secteur ; 2 lignes de téléphones portables ; 2 ordinateurs portables avec connexion nomade pour accessibilité Cortexte	A valoriser	
Définition d'un plan de formation spécifique aux professionnels de l'EMICEA	Médecin référent Cadre de santé référent	A définir avec le COPIL	Collaboration avec le service de formation professionnelle du CHD : session de formation collective sur la prise en charge de l'urgence et de la crise chez l'enfant et l'adolescent.	A valoriser	Suivi en commission formation

Définition d'un plan de communication à l'attention des partenaires	Médecin référent Cadre de santé référent	A définir avec le COPIL	collaboration avec le service communication du CHD afin de définir un plan de communication.	A valoriser	
LEVIERS/RISQUES					
OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Comité national de pilotage sur la psychiatrie identifiant la psychiatrie infanto juvénile en tant qu'axe prioritaire. Dimensionnement cohérent du dispositif. Attente et besoins identifiés des partenaires. 			<ul style="list-style-type: none"> Risque de sollicitation inadéquate faute d'identification claire des missions et champs d'action de l'équipe mobile. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> Taux de satisfaction des usagers et des partenaires mesuré via une enquête Nombre de consultations au CPAU pour des mineurs de moins de 16 ans Nombre de consultations au CPAU pour des mineurs de moins de 16 ans du lundi au vendredi de 9h à 17h Nombre de consultations au CPAU pour des mineurs de moins de 16 ans en soirée, le week-end et la nuit Taux de réhospitalisation en hospitalisation temps complet à l'U-HTC-A Motifs d'orientation vers l'U-HTC-A dont risque suicidaire File active de l'EMICEA et répartition par tranche d'âge Nombre d'actes et ventilation selon motifs de prise en charge et/ou diagnostics Nombre d'appels et ventilation par motifs (évaluations téléphoniques) Analyse des provenances et modalités d'orientation Nombre d'interventions/patient taux d'intervention de l'EMICEA <i>in situ</i> à l'issue de l'évaluation à distance Bassins et taux de recrutement géographique 					

Filière : ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT SUR LE TERRITOIRE					
Chef de projet médical : Dr HASSAPI-CHARTIER, chef du pôle de psychiatrie infanto-juvénile du CHD; Dr DEDENON, chef de service de pédopsychiatrie du CHAM.					
Public concerné : les mineurs âgés de moins de 16 ans, vivant sur le territoire du Loiret desservi par le CHD G. DAUMEZON et le CHAM.					
FICHE PROJET N° 2 : <i>Étude de l'offre de soins des hôpitaux de jour et CATTP de psychiatrie infanto juvénile du Loiret</i>					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> - Adapter l'offre de soins aux évolutions des besoins de santé et aux évolutions démographiques infra départementaux de la population du Loiret ; - Raccourcir les délais de prise en charge par une meilleure répartition des moyens au regard des besoins ; - Prévenir le recours à l'hospitalisation à temps complet ; - Améliorer l'évaluation diagnostique ; - Définir une stratégie thérapeutique personnalisée tout en favorisant l'intégration scolaire. 					
PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT DANS LES HDJ DE PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE DU LOIRET					
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet de soins en hôpital de jour se coordonne avec la prise en charge effectuée en CMP. - Les enfants et adolescents sont adressés à l'hôpital de jour après indication médicale des pédopsychiatres des CMP. - L'équipe pluridisciplinaire de l'HDJ définit pour chaque enfant/adolescent un projet de soins personnalisé précisant : <ul style="list-style-type: none"> o Les groupes de médiation thérapeutique dans lesquels il est inscrit. o Les modalités de fréquentation de la structure de soins (fréquence et durée). o L'échéance d'évaluation de sa prise en charge. - Des bilans de la prise en charge sont effectués régulièrement auxquels est associé le médecin psychiatre référent du CMP de référence. <p>Ces bilans peuvent donner lieu à une poursuite des soins selon les mêmes modalités, un aménagement du projet de soins mis en œuvre au sein de l'HDJ (allègement/renforcement), un arrêt de la prise en charge en hôpital de jour, une proposition de prise en charge type CATTP.</p>					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
L'ARS, le pôle de psychiatrie infanto juvénile du CHD, le troisième inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile du CHAM.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Etablir un diagnostic spécifique de l'offre de soins/besoins concernant les HDJ de la PIJ du Loiret par territoire infra départementaux	Dr HASSAPI/Dr DEDENON	2017-2018	Données socio-démographiques et d'activité du DIM du CHD Daumezon Données socio-démographiques et d'activité du DIM du CHAM. Indicateurs à exploiter : nombre de places par HDJ ; nombre d'ETP par métier et par HDJ ; nombre de demandeurs en attente d'une PEC par hôpital de jour ;		Suivi en Directoire

			les provenances des patients de la file active ; les ratios : population totale du territoire pris en charge/nombre de places d' HDJ par structure ; l'analyse de la situation géographique actuelle des hôpitaux de jour ; l'analyse de l'activité des hôpitaux de jour ; les motifs de prise en charge et les diagnostics ; les mêmes indicateurs pour le Montargois et le Giennois.		
Élaborer un projet de répartition/localisation et dimensionnement des places d'HDJ de PIJ à l'échelle départementale au regard du diagnostic et leur répartition entre les territoires	Dr HASSAPI/Dr DEDENON	2017-2018		A valoriser	Arbitrage en directoire et sollicitation des instances pour avis
Adapter le projet foncier du CHD/CHAM au regard des arbitrages	Direction CHD/CHAM	2018-2019			Validation en directoire
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Comité national de pilotage sur la psychiatrie identifiant la psychiatrie infanto juvénile en tant qu'axe prioritaire. Les projets de relocalisation de structures obligatoires au regard de l'obsolescence de certains locaux. L'optimisation des ressources via les possibilités d'adossement à certaines structures. Projet de relocalisation du CMP infanto juvénile du CHAM. 			<ul style="list-style-type: none"> Taille critique insuffisante des hôpitaux de jour. Implantation mal desservie par les transports en commun. Absence de couverture du Montargois/Giennois en activité à temps partiel. 		
INDICATEURS D'ACTIVITE ET DE QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> Délai de prise en charge en hôpital de jour/CATTP (hors situations urgentes) ; Taux d'enfants scolarisés ; Durée moyenne de prise en charge en hôpital de jour/CATTP ; Taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation en hospitalisation à temps complet à l'U-HTC-A par intersecteur ; File active par unité ; Nombre d'actes par unité ; 					

- Analyse des provenances par territoire (bassin de recrutement) et modalités d'orientation ;
- Répartition par tranche d'âge ;
- Motifs de prise en charge et/ou diagnostics ;
- Taux d'occupation des hôpitaux de jour.

Filière : ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT SUR LE TERRITOIRE					
Chef de projet médical : Dr CRISTEA, responsable de l'Unité d'Hospitalisation à temps Complet pour Adolescents du CHD					
Public concerné : Adolescents de 12 à 18 ans et pré-ados (8-12ans)					
FICHE PROJET N° 3 : PROJET D'EXTENSION DE L'UNITE D'HOSPITALISATION POUR ADOLESCENT A VOCATION DEPARTEMENTALE					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<p>Le projet d'agrandissement du dispositif de soins pour adolescents s'inscrit dans le CPOM 2012-2016. Le dispositif de soins pour adolescents est aussi, au niveau de la Région Centre, la seule unité avec le CHU de TOURS à pouvoir accueillir les adolescents en crise dans un cadre garantissant la sécurité des soins avec l'appui d'une équipe pluri professionnelle.</p> <p>Les besoins d'hospitalisations sont croissants depuis l'ouverture en 2004 avec l'année 2013 qui signe une période charnière dans l'augmentation notable du nombre de séjours. Le constat actuel de saturation régulière de l'unité de soins amène à ce jour à proposer des aménagements qui sont loin de satisfaire la qualité de l'accueil d'une population particulièrement fragile (accueil d'adolescents en unité adulte). La situation de promiscuité entre adolescents en situation de crise ne manque pas de créer des difficultés supplémentaires au sein du dispositif (relations à gérer entre adolescents, amplification des phénomènes de groupe, violences, etc.).</p> <p>Compte-tenu de la demande croissante en hospitalisation à temps complet et de l'insuffisance de l'offre, les objectifs du projet sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porter la capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet à 12 lits en investissant dans les travaux d'extension du bâtiment existant ; - Maintenir une à deux places « d'hôpital Relais » durant la journée (de 9h à 18h) dans les mêmes locaux. Ces places d'accueil de jour permettraient une meilleure ventilation en amont et en aval de la file active ; - Organiser la prise en charge de l'urgence et de la crise des enfants et des adolescents dans le Loiret et en Région centre (formalisation des conventionnements avec les autres établissements accueillant une population d'adolescents en crise, communication sur ses missions) ; - Préserver la possibilité de faire des admissions programmées dans l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents ; 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
L'ensemble des structures du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHD et du CHAM : CMP, CATTP, Hôpitaux de Jour, SAFT, CDAA 45 ; Service de médecine générale du CHD ; services de pédiatrie du territoire ; SAU ; partenaires médico-sociaux ; Médecine de ville ; Education nationale ; Justice.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Elaborer le projet d'extension de 6 à 12 lits sur la base du recensement des besoins	Direction du CHD + Chef de pôle et Dr CRISTEA et l'équipe de l'UHTCA	Septembre-octobre 2016	Besoins en ressources humaines : 1 ETP PH ; 0.5 ETP assistant social ; 0,3 ETP secrétaire ; 2 ETP IDE ; 1 ETP AMP-aide soignant ; 1 ETP éducateur spécialisé ; 0.2	120 000€ (personnel médical) 182 760€ (personnel non médical)	Projet soumis aux instances

			ETP arthérapeute ; 1 ETP ASH		
Lancer l'opération architecturale d'extension de l'unité	Direction/équipe de l'UHTCA	Février- mars 2017	Définition du programme architectural	Coût des travaux : 2 100 000 euros (TDC) + 80 000 euros d'équipement	
Déménagement en unité tiroir (Moreau de Tours) pendant la phase travaux	Direction/ équipe UHTCA	Janvier 2018			
Réception des travaux et emménagement dans la nouvelle unité.	Direction/ Equipe UHTCA	1er semestre 2019			Suivi en directoire et CHSCT
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Priorité nationale sur la prise en charge des adolescents ; - Réflexion en cours sur l'organisation du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CMP, Hôpitaux de Jour du CHD) ; - Amélioration des relations avec les partenaires ; - Communication sur la connaissance du dispositif et modalités d'accès aux soins (interne et externe) ; - Projet de création d'une Equipe Mobile d'Intervention et de Crise pour Enfants et Adolescents (EMICEA). 			<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'orientations inadéquates ; - Retard de la mise en œuvre du projet d'extension. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - File active et répartition selon la tranche d'âges ; taux des moins de 12 ans pris en charge ; nombre d'hospitalisations sous contrainte (SDRE) et sur ordonnance de la justice (OPP) ; - Nombre d'adolescents hospitalisés en service adulte faute de place et ventilation par âge ; - Nombre d'hospitalisations programmées ; - Liste d'attente et délais de prise en charge en hospitalisation ; - Nombre d'hospitalisations de patients hors département ; - Ventilation des prises en charge selon motif/diagnostic ; ventilation par provenance (adresseurs-géographie) et ventilation par orientation à la sortie ; - Evaluation du parcours patient (Patient traceur) ; CREX 					

6- FILIERE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

I- Parcours des enfants avec autisme

Le SROS définit 3 niveaux de l'offre de soin en psychiatrie.

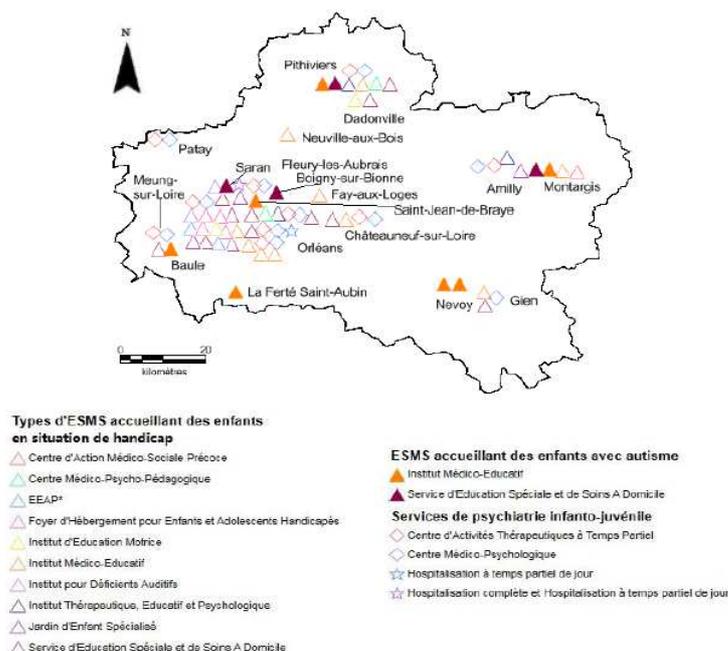
Niveau 1	les soins de proximité, soin primaire ou de premier recours mis en œuvre par tous les acteurs de soin de proximité	(les psychiatres libéraux et les médecins généralistes) CMPP - CAMSP
Niveau 2	les soins spécialisés mis en œuvre par la psychiatrie hospitalière privée ou publique dont l'organisation peut être déconcentrée dans la cité.	CMP/ HDJ/ HTC CMPP - CAMSP CDA 45
Niveau 3	les soins très spécialisés de recours régional	CRA de Tours

1. Prise en charge sanitaire

1. 1 En amont de la prise en charge sanitaire psychiatrique

Tous les partenaires sanitaires de niveau 1, les établissements médico-sociaux, les écoles peuvent adresser les parents aux CMP qui diagnostiquent, prennent en charge (CMP, CATTP HDJ) et accompagnent les jeunes enfants avec autismes et leur famille. Le point d'entrée au CDA 45 est la demande des parents soutenue par un courrier d'un psychiatre ou pédopsychiatre.

12 - Répartition des principaux services de psychiatrie infanto-juvénile, des établissements et services médico-sociaux et de ceux ayant des places dédiées à l'autisme dans le secteur enfance dans le département du Loiret en 2016



* Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
Source : Statistique Annuelle des Etablissements 2015 - Répertoire PINESS 2016
Observatoire Régional de la Santé. Diagnostic locaux de santé, 2012 à 2015
Réalisation : CREA Centre-Val de Loire 2016

1.2 Pendant la prise en charge sanitaire

L'offre de soin sur le département pour les enfants et les adolescents se compose de :

- 11 CMP et 10 CATTP d'une unité à temps complet pour adolescents,
- une unité de diagnostic autisme à Montargis
- Une unité à temps complet pour adolescents
- 3 hôpitaux de jour,
- un hôpital de jour pour adolescents,
- une unité d'alternative à l'hospitalisation,
- le CDAA-45

Le Centre de Diagnostic et d'Accompagnement précoce de l'Autisme du Loiret (CDAA-45), est un dispositif pluridisciplinaire de référence au niveau du département dont les objectifs sont :

- de recevoir les enfants domiciliés dans le Loiret dès l'âge de 18 mois et avant 6 ans avec leurs familles orientés par le médecin psychiatre ou pédopsychiatre qui suspecte un trouble du spectre autistique (TSA) ;
- de coordonner les interventions entre les différents acteurs du soin ;
- d'accompagner les parents dans la connaissance des troubles de leur enfant mais aussi dans les meilleurs ajustements à lui proposer ;
- D'accompagner, si besoin, le développement des autres enfants de la fratrie.

Le CDAA-45 a pour mission de proposer un dépistage et un diagnostic précoce sur la base d'évaluations pluridisciplinaires, en lien avec les familles et les personnes ou structures qui adressent l'enfant.

Il a vocation à définir un projet personnalisé de prise en charge de l'enfant en lien avec la famille, les partenaires du secteur sanitaire et médico-social.

Il travaille en partenariat avec les hôpitaux de jour et les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels du Loiret, rattachés au Centre Hospitalier Georges Daumezon, au Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise et avec les hôpitaux de jour du secteur associatif.

Le CDAA-45 travaille également avec les associations des familles afin de les accompagner, de les informer et de les soutenir. Il existe une convention signée entre le CDAA et le CHRO pour réaliser des bilans génétiques approfondis pour les enfants présentant des troubles autistiques.

Niveau de recours régional avec le CRA²⁷ de Tours pour les enfants âgés de plus de 6 ans pour lesquels le diagnostic s'avère complexe. Travail régulier de lien avec le médico-social tout au long de la prise en charge des enfants autistes.

1.3. En aval de la prise en charge

En aval, si indication médicale, le relais de prises en charge sanitaire est réalisé entre les services infanto-juvéniles et secteurs adultes.

²⁷ Centre de Ressources Autisme

2. Prise en charge médico-sociale dans le Loiret

Dans le Loiret 7,4% de l'offre médico-sociale concerne plus particulièrement les enfants avec autisme.

En 2016, le département comptait 1596 places autorisées dans les établissements et services médicosociaux dont 118 places réparties dans les 5 IME²⁸ qui accueillent des enfants avec autisme, soit par le biais d'unités spécialisées, comme à la Ferté-St-Aubin et à St-Jean-de-Braye (30 places dont 10 en accueil de jour sur le second site) ou à Nevoy (24 places au foyer d'accueil temporaires et 3 places d'accueil permanent) ou sous forme de places dispersées comme c'est le cas dans les IME de Pithiviers (7 places), de Montargis (6 places) et de Baule (5 places) et un jardin d'enfants spécialisé (JES).

Les places spécifiquement autorisées pour l'autisme sont également présentes dans 3 services d'éducation spéciales et de soin à domicile (SESSAD), l'un situé à Saran (26 places) et les autres avec des places dispersées (5 à Montargis et 3 à Pithiviers).

II- Parcours des adultes avec autisme

2-1 Prise en charge sanitaire au niveau du Loiret

2-1-1 En amont

Les services orienteurs des patients autistes peuvent être des structures internes au CHD ou des structures médicosociales (FAM²⁹, MAS³⁰, foyers de vie) ou à la demande des familles.

2-1-2 L'offre de soin

La part de l'offre de soin de la prise en charge des patients autistes dans le Loiret est la plus faible de la région. Elle n'accueille que 18,2% des lits et places installées au niveau régional (soit une proportion inférieure à ce que représente la population loirétaine au niveau régional (25,9%) eu 1er janvier 2013.

Il n'est pas proposé dans le département de lits d'hospitalisation complète pour les autistes adultes.

Il existe une structure hôpital de jour pour autistes adultes le CJPAA anciennement intersectoriel (jusqu'en 2012 avec la mise en place des pôles) aujourd'hui rattaché au pôle nord Est proposant 12 places pour des patients à partir de 17 ans avec une équipe pluriprofessionnelle expérimentée et formée à la prise en charge des autistes. Il offre une prise en charge individualisée des patients (projets de soins personnalisés) au cours d'ateliers collectifs et propose des séjours thérapeutiques des patients.

Il a développé un réseau de partenariats avec les IME pour les patients dépendants de l'aménagement de Creton, les FAM (FAM Hameau de Julien, Anais, J. Cartier...) et les IME (Cigale, Baule), la MAS des Saulniers et également avec les associations de famille.

²⁸ Institut Médico-Éducatif

²⁹ Foyer d'Accueil Médicalisé

³⁰ Maison d'Accueil Spécialisé

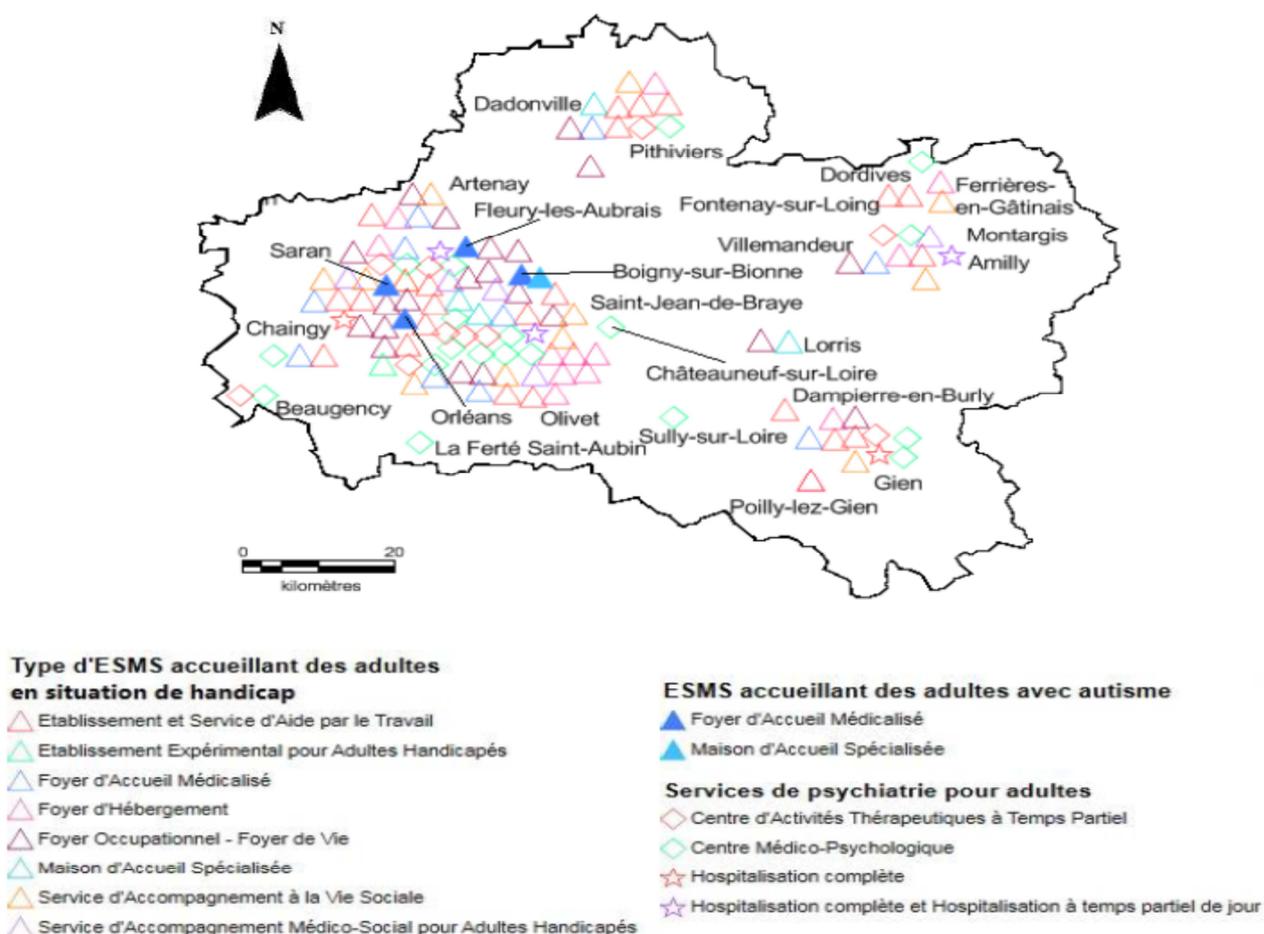
Il travaille également en étroite collaboration avec le CRA adultes de Tours. L'équipe de CJPAA participe à des groupes de travail avec des structures accueillant également des autistes adultes de la région. Un partenariat a été mis en place avec le CH Henri EY à Bonneval et le CEAA de Niort pour les prises en charge somatiques complexes pour les patients autistes.

Pour les patients dépendants du pôle sud ouest il existait jusqu'en 2016 une unité Falret qui accueillait des autistes adultes en hospitalisation à temps complet devenue Hôpital de jour puis fermée en 2016. Désormais les patients sont accueillis dans les structures HDJ CMP HTC non spécifiques aux personnes souffrant de TSA.

Le secteur de Montargis ne dispose pas non plus de structure dédiée aux patients autistes. Ils sont orientés vers les structures de psychiatrie adulte (CMP et HTC) sur le secteur I03 ou vers le CJPAA mais ce qui n'est pas sans poser de difficulté liée à la distance géographique. Cette répartition de l'offre traduit une inégalité d'accès pour la population à l'offre de soin sur le territoire. Une convention signée avec le CHRO permet désormais un suivi dentaire pour les patients autistes.

2-1-3 En aval de la prise en charge

En fonction des places disponibles, les patients peuvent être accueillis en foyers d'accueil médicalisés (FAM), en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte (SAMSAH) et dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS).



Source : Statistique Annuelle des Etablissements 2015 - Répertoire FINESS 2016
 Observatoire Régional de la Santé, Diagnostics locaux de santé, 2012 à 2015
 Réalisation : CREAI Centre-Val de Loire 2016

2-2 Prise en charge médico-sociale

La majorité des places autorisées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes avec autisme, 98 sur les 3 028 places au total, sont réparties dans les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) du département du Loiret situés :

- à Boigny-sur-Bionne : 45 places ;
- à Saran : 24 places ;
- à Orléans : 10 places ;
- à Fleury-les-Aubrais : 8 places.

Les 10 places restantes sont comptabilisées en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) à Boigny-sur-Bionne (11 places).

SYNTHESE DU PARCOURS DU PATIENT AUTISTE

Le parcours du patient est présenté dans ses grandes lignes. Le parcours n'est pas linéaire. Il diffère selon l'âge du patient, l'ancienneté dans la prise en charge, les choix des familles...

ETAPES	AGE	ACTEURS/DISPOSITIF	RESULTATS ATTENDUS	Niveau d'intervention
Repérage	ENFANT	Médecins généralistes/ Pédopsychiatres libéraux Pédiatres CMP CMPP CAMSP PMI & Crèches Education Nationale	Intervenants en 1ère ligne constituent le réseau d'alerte	En amont
Evaluation Diagnostic simple Diagnostic complexe		Pédopsychiatres CMP / CMPP Pédopsychiatres libéraux et CAMSP CDAA 45 pour les enfants avant l'âge de 6 ans CRA pour les enfants	Il permet d'envisager une meilleure adaptation de la personne à l'environnement, et de l'environnement aux besoins spécifiques de la personne.	Pendant la PEC
Elaboration du projet personnalisé et orientation en concertation avec les partenaires et la famille		CDAA45 fait des préconisations aux structures adresses CMP/CMPP CAMSP	Projet qui tient compte de recommandation de la HAS élaboré en concertation avec les partenaires et la famille Orientation scolaire avec MDPH	Pendant la PEC
Mise en place du projet de soin personnalisé		CMP, CATTP, Hôpitaux de jour (secteur associatif et sanitaire), CAMPS, CMPP	Prise de contacts avec les structures qui vont accueillir l'enfant et/ou l'ont déjà pris en charge en amont :	Pendant la PEC
Continuité des		CMP, CATTP, Hôpitaux	Evaluation de la nécessité	Pendant la

soins : &Réévaluation annuelle du projet de soin personnalisé		de jour (secteur associatif et sanitaire), CAMPS, CMPP	de faire évoluer le projet (ex : augmentation du temps d'accueil, changement de groupe thérapeutique...°	PEC
Passage de relai entre structure enfants et structures adultes		Sur indication médicale A la demande des parents sinon prise en charge médico-sociale seule		En aval
Orientation	ADULTE	Familles et patients adressés par les services de soin ou lieux de vie	Orientation FAM/ MAS/ foyer de vie Orientation SAVS/SAMSAH Allocation AAH	En amont
Evaluation pour les patients non diagnostiqués Diagnostic		CRA Tours CMP adulte		
Projet de soin		CJPAA CMP +HDJ non autistes		Pendant
Projet de vie		FAM SARAN de dialogue autisme, J. Cartier, ANAIS, le Hameau de Julien la MAS des Saulniers		pendant ou en aval

a- OBJECTIFS DE LA FILIERE

- ❶ Améliorer l'accès à l'offre de soin sur le territoire tout au long de la vie du patient.
- ❷ Communiquer auprès des partenaires et du grand public sur l'organisation de la prise en charge de l'autisme sur le territoire et les procédures relatives aux parcours de prise en charge.
- ❸ Concourir au développement de la formation des professionnels médicaux et soignants sur le territoire.
- ❹ Favoriser l'accès aux soins somatiques.

b- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

1. Incidence et prévalence de l'autisme dans la population d'enfants de moins de 18 ans du Loiret

Le bassin de population du Loiret est composé de 683 510 habitants (Source INSEE: populations légales en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014).

La répartition de la population drainée par les 2 intersecteurs de psychiatrie infanto juvénile est de 460 606 habitants, dont **173543 enfants de moins de 18 ans. Le nombre d'accouchements dans le Loiret en 2013 est de 8801** (CHR d'Orléans, la clinique Oréliance, le CH de Pithiviers, le CH de Gien et le CH du Montargois).

La prévalence de l'autisme dans la population globale est d'un nouveau-né sur 150 naissances selon le rapport 2013, «Situation de l'autisme en France», association Vaincre l'Autisme, agréée par le Ministère de la Santé. L'incidence **de l'autisme chez les nouveaux-nés en 2013 dans le Loiret** varie annuellement entre 58 et 70 nouveaux cas.

Ainsi, dans la population d'enfants de moins de 18 ans du Loiret, **la prévalence de l'autisme est de 830 enfants.**

2. Activité relative à l'autisme au CHD et au CHAM

2.1 Activité relative de l'autisme à la pédopsychiatrie sur le territoire du Loiret

Au CHD, sur les deux intersecteurs de pédopsychiatrie, le nombre de venues en hôpital de jour est passé de 118 en 2015 à 160 actes 2016. Le CDAA-45 a réalisé 202 actes en 2016 dans le cadre des bilans pluridisciplinaires de diagnostic précoce pour une file active de 13 enfants.

Au CHAM, sur le troisième intersecteur de pédopsychiatrie, 20 enfants souffrant d'autisme (entre 3 et 6 ans) en 2016 ont bénéficié d'un bilan et 8 étaient en attente de bilan. Environ les deux tiers sont suivis 2 fois 30 minutes par semaine en TED, les autres n'ont pas eu de prise en charge car le diagnostic n'a pas conclu à un autisme et ont été orienté vers d'autres structures.

L'activité CATTP est majoritairement orientée autour de la prise en charge des enfants présentant des troubles autistiques ou apparentés. Les modalités de prise en charge sont les suivantes :

- Les enfants pour qui on se pose la question de trouble autistique ou apparenté sont pris en charge par le pédopsychiatre qui en fonction de son évaluation l'oriente au niveau du CATTP pour une évaluation qui comprend un éventuel bilan par le psychomotricien, une observation filmée, une cotation des échelles de comportement autistique et un bilan psychologique.
- Si le diagnostic est posé et selon l'âge de l'enfant, une prise en charge en thérapie d'échange et de développement (TED) est ensuite débutée avec l'enfant en fonction des objectifs de prises en charge qui sont dégagés lors de la synthèse pluridisciplinaire.
- Une orientation vers le centre de diagnostic (CDAA ou CRA) est proposée à la famille parallèlement à la prise en charge.
- Une orientation vers le service de pédiatrie est faite pour un bilan somatique.
- Un travail en collaboration entre le pédopsychiatre, l'assistante sociale et la famille est fait pour monter un dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).
- Un retour avec l'enfant et la famille est organisé une fois par an en présence du pédopsychiatre.

2.2 Activité relative à l'autisme en psychiatrie adulte – CHD Daumezon

Au CHD, le nombre de séjours d'adulte souffrant d'autisme est de 11 par an en 2015 et 2016 pour une durée moyenne de séjour qui varie entre 70 et 98 jours. Au CHAM, Les patients présentant des troubles autistiques ou apparentés sont peu diagnostiqués ce qui ne permet pas d'avoir des statistiques précises.

c- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

Troubles du spectre autistique	
FORCES	FAIBLESSES
<p><u>Offre de soin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de l'Unité de diagnostic CDAA 45 avec montée en charge de l'activité • Convention signée entre le CDAA et le CHRO pour réaliser des bilans génétiques approfondis. • CJPAA St Jean de Braye : hôpital de jour autiste adultes 12 places (de 16 à 64 ans) avec comme force l'expérience des professionnels sur la PEC des autistes (professionnels formés). • Prise en charge individualisée des patients (projets de soins personnalisés) au cours d'ateliers collectifs. Séjours thérapeutiques des patients • Beaucoup de partenariats avec les FAM et bonne articulation avec le réseau (Anais, J. Cartier...) et les IME (Cigale, Baule) + Travail de partenariat avec les associations de famille • 2 familles d'accueil thérapeutique • CAMPS de Montargis et Gien : équipes formées à la PEC de l'autisme • (L'équipe de Montargis est formée au TED) • Gien : Orthophoniste formé au pré-langage • Les liens avec les CAMSP du département • Les formations spécifiques d'autisme du personnel hospitalières TED <p><u>Education</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecole maternelle de Boigny (UEMA) qui a 7 places d'enfants autistes permettant la scolarisation des enfants en milieu ordinaire 	<p><u>Ressources</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pénurie de médecins psychiatres dans les structures sanitaires et médico-sociales : problème d'orientation systématique des patients pour le diagnostic vers le CDAA (alors que les pédopsychiatres sont habilités pour poser des diagnostics) • Pénurie de pédopsychiatres dans le montargois et le Pithiviers obligeant les enfants à se rendre sur l'agglomération orléanaise. • Pénurie de psychiatres et de médecin libéraux sur le territoire accentué à Gien et Pithiviers • Manque de rééducateurs : Educateurs orthophonistes – psychomotriciens – éducateurs spécialisés • Impossibilité de prise en charge des enfants par les orthophonistes suivis en CMP. <p><u>Parcours du patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste d'attente pour accès au soin enfants-adultes (HDJ Chavaldonné ou CMP malgré la priorisation) • Difficulté dans le parcours du patient pour l'admission dans les structures médico sociales avec des délais d'attente très élevés contribue à retarder la mise en place du premier accompagnement et freine l'évolution de l'enfant.. • Diagnostic précoce : liste d'attente au CDAA • Inégalité dans l'accès au soin suivant le secteur/pôle géographique d'habitation notamment pour les patients adultes • CJPAA = seule structure HJ de la région Centre prenant en charge uniquement les patients du pôle nord-est • Service Montargis autiste adultes : Peu de patients PEC. Pas de diagnostic réalisé spécifiquement. Pas de prise en charge spécialisée autiste. Pas de projet spécifique. • Problème de PEC adaptée pour patients adultes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Insuffisance de places en HDJ sur Montargis, Gien Pithiviers. ○ Manque de structures adaptées pour les enfants autistes : Absence d'hôpital de jour et de CATTP pour le 3^{ème} intersecteur et le pithiverais. • Manque d'un système d'hospitalisation adapté pour les autistes adultes au niveau départemental : Absence de lits qui pourraient être repérés pour des hospitalisations adultes. • Difficulté de relais entre le secteur enfant et le secteur adulte et notamment pour les patients entre 16 et 20 ans : un risque de rupture est présent entre 16 et 20 ans.. A cela d'ajoute le temps de relai entre secteurs infanto-juvéniles et secteurs adultes qui contribue à une rupture dans la prise en charge. • Prise en charge somatique (ex : appareil digestif, suivi

	<p>dentaire, gynécologie...) des patients autistes à renforcer. Pas d'avis génétique pour les patients adultes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de coordination/coopération entre le sanitaire et le médico-social <p><u>Structures médicosociales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de places dans les IME, SESSAD, ESAT avec liste d'attente très longue • Les IME accueillent plus d'enfants autistes que les agréments le permettent, besoin de soins spécifiques et environnement adapté <p><u>Pratiques professionnelles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à élargir les approches thérapeutiques <p><u>Lien avec les partenaires</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de coordination avec la MDPH • Manque de lisibilité : Nécessité de clarifier l'organisation de la prise en charge de l'autisme (acteurs, couverture du territoire, organigramme ...) et de communiquer auprès des partenaires extérieurs et familles. • Manque de sensibilisation et de formation sur l'autisme des enseignants et AVS • Familles et aidants en demande d'information, de soutien, d'écoute <p><u>Recensement de la population</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients autistes difficilement identifiables car pas suffisamment de diagnostic réalisé et tracé.
RISQUES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de mise en place des recommandations de la HAS. • Difficulté à élargir les approches • Professionnels de la petite enfance insuffisamment formés à l'autisme accentuant le risque de passer à côté des signes d'alerte du handicap • Ruptures dans le parcours de soin des autistes à différentes phases (ex : arrêt de suivi pédopsychiatrique à l'âge de 16 ans, passage d'adulte à adulte vieillissant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mutualisation des ressources et des compétences entre les partenaires du réseau (liens CRA et CDAA, rencontres des pédopsychiatres du département) • Mêmes médecins exerçant au CDAA45 et CMP enfants • Offre de formation par le CRA de Tours. • Mise en route et de conventions entre le CHRO et le CHD. • Formation des professionnels du CHD sur la prise en charge de la douleur chez les patients autistes dispensée par le Dr SARAVANE • GHT : mise en place d'un réseau de partenaire sanitaire et médico-social sur l'autisme au niveau du département • 3^{ème} plan autisme comprenant 37 fiches actions s'articule autour de 5 axes : <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostiquer et intervenir précocement - Accompagner tout au long de la vie - Soutenir les familles - Poursuivre les efforts de recherche - Former l'ensemble des acteurs

d- EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES

- Télémédecine expérimentée au CRA Tours selon plusieurs axes : téléexpertise, téléstaff, téléconseils et téléformation.
- Mise en place d'équipe mobile autisme (action n°10 du PRA) du CH le Vinatier et en Aquitaine.

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADULTES ATTEINTS DE TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME					
Chef de projet médical : Dr DUPUCH (CHD)					
Public concerné :					
<ul style="list-style-type: none"> - Personnes de plus de 16 ans ayant un diagnostic de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) ; - Personnes avec une suspicion avérée de TSA ; - Patients des structures d'hôpital de jour, d'ambulatoire du département et prioritairement sur Gien, Montargis et Pithiviers ; - Résidents des structures médicosociales hébergeant des autistes. 					
FICHE PROJET N° 1 : Mise en place d'une équipe mobile autisme (EMA)					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'évaluation du diagnostic, l'accompagnement et la prise en charge des patients souffrant d'autisme. • Améliorer l'accès aux soins spécialisés. • Favoriser la reprise du parcours de soins pour les patients non diagnostiqués ou avec retard de diagnostic • L'équipe mobile interviendrait dans les structures médico-sociales et sanitaires prenant en charge des adultes souffrant de TSA diagnostiqués et pour les patients suspectés de présenter un TSA mais avec un retard de diagnostic ou non diagnostiqué. 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Pôle nord avec CJPAA et Pôle sud du CHD ; Secteur de psychiatrie adulte du CHAM ; CRA de Tours ; ARS					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Définir et rédiger le projet d'équipe mobile en précisant ses modalités de mise en place et de fonctionnement (description de la pratique avec identification des critères de pertinence) et de rattachement polaire et d'unité Intervention ciblées prioritairement sur : - des structures HDJ et ambulatoires du département prioritairement sur Gien, Montargis et Pithiviers - auprès des structures médicosociales hébergeant des autistes (FAM, MAS, foyers d'accueil de jour, IMPRO)	Dr VILLATTE, responsable du CJPAA, en lien avec les chefs de pôle	2019 - 2020	Collaborateurs nécessaires : Cadres supérieurs de santé Médecin du CHAM Médecin du PSO Représentants des structures médico-sociales Professionnels du CJPAA	A définir	Validation en directoire et consultation en instances

<p>Mise en œuvre du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> Recrutement <ul style="list-style-type: none"> Implantation des locaux <ul style="list-style-type: none"> Dotation en matériel 	<p>Médecin référent de l'Equipe mobile</p>	<p>2021</p>	<p>Un 0,5 ETP médecin 2 ETP IDE Un 0,20 ETP psychologue Un 0,20 ETP assistante sociale Un 0,20 ETP secrétaire Cadre du CJPAA</p> <p>Locaux à préciser selon possibilités de mutualisation (1 secrétariat ; bureau infirmier ; bureau assistant social, bureau psychologue, une salle de réunion.</p> <p>Accès à deux véhicules de secteur; 2 lignes de téléphones portables ; 2 ordinateurs portables avec connexion nomade pour accessibilité Cortexte</p>	<p>189 000 euros</p> <p>A définir</p>	<p>Suivi en directoire</p>
<p>Formations complémentaires spécifiques des professionnels de l'EM</p>	<p>Référent Service de formation professionnelle du CHD</p>	<p>2020</p>	<p>Session de formation collective sur la PEC de l'autisme</p>	<p>A définir</p>	<p>Plan de formation</p>
<p>Communication sur ce nouveau dispositif au sein du CHD et auprès des partenaires</p>	<p>Service communication</p>	<p>2021</p>	<p>Définir un plan de communication avec le service communication</p>	<p>A définir</p>	<p>Plan de communication</p>
<p>Evaluation à 6 mois de fonctionnement du dispositif pour réajuster ou faire évoluer le</p>	<p>Médecin référent</p>	<p>2021-2022</p>	<p>Médecin DIM Cadres supérieurs de santé</p>		<p>Bilan en directoire et en instances</p>

projet			Médecin du CHAM Médecin PSO Représentants des structures médico- sociales		
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - 3^{ème} plan national en faveur de l'autisme 2013-2017 - Equipe mobile autisme : recommandation du plan régional autisme région Centre et expérience déjà menée par plusieurs CHS - CJPAA : structure ressource d'appui pour la mise en place de l'équipe mobile - Réflexion antérieure au niveau du pôle sud-ouest du CHD 			<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernance de la structure et portage conjoint par les deux pôles de psychiatrie adultes 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - File active et ventilation par provenance géographique et tranches d'âge ; - Ventilation des patients ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic de TSA ; - Nombre de sollicitations de l'équipe mobile ayant donné lieu à la réalisation d'un diagnostic ; - Nombre d'orientation vers le CRA ; - Nombre d'actes et de bilans par catégorie métiers ; - Evaluation de la pertinence des interventions selon les recommandations des bonnes pratiques de la HAS (évaluation des pratiques professionnelles ; patient traceur) ; 					

Filière : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADULTES ATTEINTS DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME					
Chef de projet médical : chefs des pôles de psychiatrie adulte et infanto juvénile (CHD et CHAM)					
Public concerné : Professionnels de santé et socio-éducatif du CHD et Professionnels de santé et socio-éducatif du CHAM					
FICHE PROJET N° 2 : <i>renforcement des compétences des professionnels du sanitaire sur la prise en charge de patients autistes</i>					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser et/ou renforcer les compétences des professionnels de santé sur la prise en charge de patients autistes Améliorer la prise en charge des patients autistes 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Service de formation continue ; ERTS ; CJPAA ; CRA ; CDAA45					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Poursuivre les formations dispensées aux professionnels des structures de psychiatrie infanto-juvéniles du Loiret (CMP – HDJ – HTC)	CDAA 45 Autres prestataires extérieurs du CHD (CRA, ERTS, CREAL...)	annuel	Définition d'un programme de formation	A définir	Commission Formation
Définir un parcours de soins du patient adulte souffrant de TSA au sein du territoire	CJPAA Chefs de pôle Partenaires (CRA, établissements médico-sociaux)	2018	Temps de coordination pour formalisation d'un parcours de soins pour les adultes souffrant de TSA intégrant les activités spécifiques à y associer (ateliers thérapeutiques, Snoezelen, etc.)		Validation en directoire et CME
Proposer et poursuivre des formations dispensées aux professionnels des structures adultes concernés par le parcours de soins de l'adulte souffrant de TSA	Formation continue, direction des soins, cadre socio-éducatif en lien avec prestataires extérieurs du CHD (CRA)	2019-2022	Définir un programme de formation	A définir	Commission formation
Proposer les formations dispensées aux professionnels des structures de psychiatrie adultes vieillissants	Formation continue, direction des soins en lien avec prestataires extérieurs du CHD	2019-2022	Définir un programme de formation	A définir	Commission formation
A l'issue des formations globales,	Formation continue	2019-2022	Définir un programme de		Commission formation

proposer des formations spécifiques thématiques sur l'autisme, complémentaires de l'offre de soins, défini et retenu dans le parcours de soin (ex : ateliers thérapeutique, type Snoezelen, musicothérapie, balnéothérapie, équithérapie, relaxation)			formation	A définir	
Proposition de stages des professionnels de santé du CHD au CJPAA	CJPAA	2017	Temps de formation sur 15 jours	A définir	Commission formation
Evaluation du dispositif de formation pour étendre au secteur médico-social et associatif	Formation continue	2019-2022	Bilan formation Satisfaction des professionnels formés	A définir	Commission formation
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Personnes ressources expertes de l'autisme chez les enfants et les adultes pour dispenser les formations Plan national autisme (former les acteurs) 			<ul style="list-style-type: none"> Temps de formation à libérer pour les professionnels Risque de dispersion de la formation si absence de définition du parcours de soins pour l'adulte souffrant de TSA 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes formées Taux de satisfaction des professionnels formés (information sur la mise en pratiques des acquis de formation) 					

Filière : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADULTES ATTEINTS DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME					
Chef de projet médical : Dr DUPUCH (CHD)					
Public concerné : partenaires du médicosocial et du sanitaire en interne, usagers autistes et familles					
FICHE PROJET N° 3 : Mise en place d'un livret numérisé					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
Améliorer la communication entre les partenaires, les familles et les usagers autistes par création d'un outil numérique ludique interactif : un livret numérisé répertoriant les structures pour autistes existantes et mises à jour (projet sur une année avec évaluation)					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Service de communication ; professionnels du CHD ; partenaires des structures médicosociales ; associations de familles ; MDPH ; ARS.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Formaliser le projet et étudier la gouvernance et la faisabilité du projet	Mme DURAND, assistante sociale	2018	Définir l'organisme porteur du dispositif – sollicitation ARS- ROR- CREA-FRAPS- cellule ROR pour identifier les possibilités pour coordonner la réalisation du projet Définir le plan de financement du projet : identifier les besoins en ressources et les modalités de financement (participation financière des adhérents, subventions, etc.)	A définir	Formalisation du projet Etude du projet dans le cadre du projet communication d'établissement
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ S'inscrit dans le cadre du 3^{ème} plan autisme et du PRA de l'ARS ⇒ Participation des usagers et partenaires extérieurs ⇒ Répond à une demande des partenaires des EMS ⇒ S'appuie sur un travail de recherche/mémoire sur projet équivalent ⇒ Formation des porteurs de l'action à visée d'autogestion réductrice de cout à terme ⇒ Suscite intérêt de divers acteurs : partenaires, usagers, familles ⇒ Ludique et interactif : lutte contre le support classique papier 			<ul style="list-style-type: none"> ⇒ peu d'actualisation du livret par manque de temps des acteurs 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de satisfaction - Nombre de visite sur le site - Sondage réalisé par les EMS pour savoir par quel biais les personnes ont connu leur structure 					

Filière : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADULTES ATTEINTS DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME					
Chef de projet médical : Dr VILLATTE (CHD)					
Public concerné : Jeunes patient, adolescents, adultes autistes ou avec une suspicion avérée de TSA.					
FICHE PROJET N° 4 : Développer la télémedecine					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> • Développer des actes de télémedecine de téléexpertise (télé avis et téléstaff) depuis le CJPAA et le CDAA-45 à destination des services de psychiatrie adulte et infanto juvénile du CHAM. • Améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients en optimisant les organisations (temps de déplacements). 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
CJPAA ; services de psychiatrie adulte et infanto juvénile du CHAM ; service informatique ; GCS télésanté/ACCOPRAT ; ARS					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Elargir le COPIL télémedecine à l'autisme	Direction des affaires générales CHD	2018	GCS télésanté, ACCOPRAT, Médecins responsables, IDE du CJPAA et du CHAM – CDAA45	-	
Elaborer le projet médical	Dr VILLATTE/Dr DUPUCH	2018			Validation en Directoire Communication ARS et GCS télésanté
Définition d'un plan de déploiement télémedecine sur le CHAM (structures enfants et structures adultes)	COPIL télémedecine	2018	Installation de stations télémedecine au CJPAA-CDAA-45-CHAM (3 stations de télémedecine équipées de webcam, micro et vidéoprojecteur) Mise à niveau des liaisons internet des structures		
Rencontres inter-équipes	Médecins/cadres de santé	Avant chaque déploiement		-	Elaboration d'un protocole de demande d'avis et signature d'une convention
Formation actions des équipes médico-sociales demandeuse	GCS télésanté/ACCOPRAT	Au moment du 1 ^{er} acte	Réalisées par ACCOPRAT/GCS Télésanté	-	

s					
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Priorité du projet régional de santé dans le cadre de l'expérimentation régionale de la télémédecine ; - Expérience de la géronpsychiatrie ; - Outil permettant d'optimiser les organisations en psychiatrie. 			<ul style="list-style-type: none"> - Disparité territoriale des réseaux internet et insuffisance de débit qui risque de freiner l'implantation de la télémédecine ; - Multiplicité des intervenants dans la mise à niveau des réseaux internet engendrant des délais d'attente de plusieurs mois. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de télé avis et télé staff par an et par structures - Délais - Satisfaction des utilisateurs 					

Filière : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADULTES ATTEINTS DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME					
Chef de projet médical : Dr VILLATTE (CHD)					
Public concerné : Patients autistes à partir de 16 ans					
FICHE PROJET N° 5 : Evolution des soins ambulatoires pour les autistes adultes					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> Faire évoluer l'offre de soins ambulatoire pour garantir un égal accès au soin sur le territoire, le CJPAA étant actuellement un dispositif desservant le nord-est du Loiret Faire évoluer progressivement le CJPAA vers une offre de soin intersectorielle 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Chefs de pôles nord-est et sud-ouest du CHD ; Cadres et équipe paramédicale ; médecins et encadrement soignant des pôles sud-ouest et nord-est.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Rencontre des responsables de pôle pour : <ul style="list-style-type: none"> définir les modalités d'évolution progressive de l'offre de soin du CJPAA au pôle sud-ouest et adolescents définir les modalités de fonctionnement avec l'HTC au CHD (repérer une unité HTC accueillant des personnes autistes adultes avec une équipe formée) 	Chefs de pôle nord-est et sud-ouest	Début 2018	Cadres supérieurs de santé des pôles concernés Bilan d'activité du CJPAA de l'année précédente définir les besoins en moyens humains, matériels et locaux	A définir	Suivi en directoire
Actualisation du projet de l'unité au regard de son évolution	Médecin du CJPAA	2018			Validation en directoire et consultation des instances
Communication au sein du CHD et auprès des partenaires extérieurs	Encadrement CJPAA	2018	Service communication Réfèrent livret informatisé [cf. fiche projet n°3]		
Ouverture par étapes du CJPAA aux autres secteurs : élaboration de protocole d'adressage	Médecin et Encadrement CJPAA	2019			
Bilan pour évaluer l'activité, les difficultés rencontrées pour réajuster le projet si nécessaire	Chefs de pôles nord-est et sud-ouest	2020	DIM		
LEVIERS/RISQUES					

LEVIERS/OPPORTUNITES	PRINCIPAUX RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience du CJPAA intersectoriel • Besoin identifié par les professionnels de santé du CHD et de ses partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance du projet et de la structure
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> • File active ; Nombre de venues • Durée moyenne de prise en charge • Liste d'attente • Délai d'attente • Ventilation selon les provenances géographiques • Taux d'occupation 	

7- FILIERE GERONTOPSYCHIATRIE

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

La population nécessitant des soins de gériopsychiatrie comprend des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiatriques, de handicap psychique et/ou de troubles psycho-comportementaux liés à l'âge. Elles peuvent être polypathologiques.

La prise en charge psychiatrique de la personne âgée est structurée sur le territoire de la façon suivante :

Le Centre Hospitalier Georges Daumezon prend en charge les besoins de la population du département à l'exception du territoire du Montargois – le Centre Hospitalier de Montargis (CHAM) ayant un secteur de psychiatrie adulte.

L'offre de soins en gériopsychiatrie est graduée entre un premier niveau de prise en charge de proximité effectué par les CMP généralistes qui accueillent l'ensemble de la population adulte sur le territoire du Loiret au CHD et au CHAM, et un niveau de référence départemental au CHD composé de deux dispositifs ambulatoires et de prise en charge de jour spécialisés en psychiatrie de la personne âgée : le Centre pour Personnes Agées de Saint-Denis-de-l'Hôtel et le Centre pour Personnes Agées d'Olivet. Ces structures proposent des activités de consultations et de prise en charge à temps partiel, interviennent à domicile et dans les EHPAD. Les CMP proches des SAU³¹ de Gien et de Pithiviers réalisent une activité de psychiatrie de liaison au sein des urgences et services de spécialité.

Il n'existe pas de prise en charge spécialisée en hospitalisation à temps complet dédiée aux personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques au CHD. Les personnes âgées sont hospitalisées dans les unités d'hospitalisation pour adultes (à partir de 16 ans).

Au niveau du Montargois, les personnes âgées sont prises en charge dans un dispositif d'ambulatoire, de jour et d'hospitalisation à temps complet pour adultes (à partir de 16 ans). Les patients souffrant de ces troubles sont également adressés au court séjour gériatrique, au SSR gériatrique et UHR du CHRO des patients présentant des indications gériopsychiatriques. La psychiatrie de liaison du CHRO intervient dans ces services.

En aval de la prise en charge aiguë, il existe une UHR³² à Saran (CHRO), une UHR à Sully-sur-Loire (CH Sully), une UHR à Montargis (CHAM) et un réseau d'EHPAD généralistes et/ou dotés de dispositifs adaptés à la prise en charge des résidents souffrant de pathologie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Il n'existe pas d'aval médico-social spécialisé pour les patients âgés souffrant de troubles psychiatriques.

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

- Organiser un dispositif de soins spécifique, gradué et adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée ;

³¹ Service d'Accueil des Urgences

³² Unité d'Hébergement Renforcé

- Développer un égal accès aux soins en psychiatrie de la personne âgée sur l'ensemble du territoire ;
- Améliorer la bonne orientation du patient souffrant de troubles psychiatriques vers un dispositif de soins adapté à son état clinique ;
- Améliorer la visibilité du dispositif de gérontopsychiatrie sur le territoire, à destination des partenaires et professionnels du territoire et de l'utilisateur afin de faciliter les orientations ;
- Renforcer la coordination entre gériatrie et gérontopsychiatrie (objectif du Projet Régional de santé) afin de proposer une prise en charge globale du sujet âgé;
- Développer un dispositif en aval de l'hospitalisation adapté aux pathologies des personnes âgées souffrant de troubles du comportement liés à la pathologie psychiatrique et/ou au vieillissement.

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

1. DES BESOINS CROISSANTS LIÉS A LA DENSITÉ ET AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

La population nécessitant des soins de gérontopsychiatrie sont des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiatriques ou de handicap psychique et/ou de troubles psycho-comportementaux liés à l'âge. Elles peuvent être polypathologiques et nécessiter une double prise en charge gériatrique et gérontopsychiatrique.

Le Loiret est le département le plus densément peuplé de la région centre avec 660 000 habitants (soit 26% de la population de la région). Le Loiret compte la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus et la proportion de 75 ans et plus les plus élevées (114 207 personnes de 65 ans et plus, soit 23% des personnes de cette tranche de population en région centre ; 60 263 personnes de 75 ans et plus, soit 22% de la population de cet âge de la région centre). Le taux d'équipement du Loiret en lits médicalisés (EHPAD, USLD³³) pour 1 000 habitants de 75 ans et plus est de 103, soit en dessous de la moyenne régionale de 106,7 (le Loiret est en 5^{ème} position en ordre décroissant sur 6 départements)³⁴.

Le Loiret est le département de la région Centre comprenant la plus grande proportion de bénéficiaires de l'APA³⁵ (21,1 personnes sur 100 âgés de 75 ans et plus) soit une moyenne supérieure à la moyenne de la région (13,1) et à la moyenne nationale (20,3).

Entre 2007 et 2040, la Région gagnerait plus de 320 000 personnes d'au moins 65 ans. En 2040, 25,7% de la population sera âgée de plus de 65 ans dans le département du Loiret contre 16,3% en 2007. Parmi les personnes âgées de 80 ans et plus, les effectifs devraient doubler durant cette période, passant de 5% de la population en 2007 à 9,9% en 2040 (5,6% en 2007 en région Centre-Val de Loire contre 11% en 2040).

2. UNE ACTIVITÉ AU CHD EN AUGMENTATION

Le Centre Hospitalier Georges Daumezon prend en charge une file active croissante de patients de plus de 60 ans, toutes modalités de prise en charge confondues : 3 139 patients de plus de 60 ans en 2015, contre 2 751 en 2013. La proportion des plus de 75 ans représente 35% de la file active des plus de 60 ans. Toutes prises en charge confondues, l'analyse du

³³ Unités de Soins de Longue Durée

³⁴ Source : Enquête STATISS 2013

³⁵ Allocation Personnalisée d'Autonomie

case mix des patients de plus de 60 ans en 2015 toutes prises en charge confondues met en exergue une prédominance des troubles du comportement liés à l'alcool et autres substances(414), les schizophrénies et psychoses (267), les troubles anxieux (245), les troubles dépressifs (161), les troubles bipolaires (158) ; les principales pathologies des plus de 75 ans sont les troubles dépressifs (121), les troubles anxieux (78), les démences, confusions et autres troubles cognitifs (74) et les schizophrénies et psychoses (67).

En hospitalisation à temps complet, les principaux groupes de pathologies des plus de 60 ans sont dans l'ordre décroissant les troubles dépressifs, les schizophrénies/psychoses et les troubles anxieux. La prédominance de ces pathologies se confirme sur les plus de 75 ans auxquelles s'ajoutent les démences, confusions et autres troubles cognitifs.

10% de la file active des personnes âgées de plus de 60 ans fait l'objet d'hospitalisation à temps complet, ce qui correspond au taux moyen d'hospitalisation de la file active tout âge confondu. 71% sont suivis en soins libres, 29% en soins sous contrainte. Le niveau de recours à l'hospitalisation à temps complet est difficile à préciser car de nombreux adressages sont effectués aux services de court séjour et de SSR³⁶ du CHRO.

95% de la file active est suivie en ambulatoire, 69% en CMP généralistes, 23% au CPA de Saint-Denis-de l'Hôtel ; 7,4% au CPA d'Olivet. Cette variation entre le niveau de recours du Sud Ouest (CPA d'Olivet) et du nord-est du département (CPA Saint-Denis-de-l'Hôtel) s'explique par un recrutement intersectoriel du CPA de Saint-Denis-de-l'Hôtel.

La durée moyenne de séjour (DMS) des personnes âgées est plus élevée (32,4 jours) que celle de l'ensemble des patients hospitalisés à temps complet (23,4 jours) en 2015. La durée médiane de séjour pour cette catégorie de population se stabilise autour de 15 jours.

Le recrutement : 72% des personnes âgées hospitalisées proviennent du domicile, 21,5% viennent des services de médecine et de chirurgie. Ces données sont à prendre avec précaution au regard de la qualité de saisie de l'information.

Les résidents d'EHPAD pris en charge par les équipes de gérontopsychiatrie sont âgés de plus de 70 ans. Pour cette catégorie de population, les troubles dépressifs, les troubles anxieux ainsi que les démences, confusions et autres troubles cognitifs et du comportement sont les trois diagnostics principaux.

3. ACTIVITE DU CHRO

Le CHRO observe une augmentation des séjours des patients de plus de 75 ans pris en charge : 3 182 séjours de patients de plus de 75 ans avec diagnostics psychiatriques en 2015 et 3 607 séjours en 2016. L'analyse du *case mix* met en exergue la prévalence des démences, principal diagnostic avec 1 106 séjours en 2016, les troubles de l'humeur avec 299 séjours en 2016 et les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes avec 240 séjours en 2016. Les troubles de la personnalité et du comportement représentent 58 séjours en 2015 et 91 séjours en 2016. Les schizophrénies et troubles délirants représentent 36 séjours en 2016.

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AUX BESOINS

³⁶ Soins de Suite et de Réadaptation

FILIERE DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE LA PERSONNE AGEE	
FORCES	OPPORTUNITES
<p><u>En amont de la prise en charge :</u> Dispositifs CLIC³⁷ et MAIA³⁸ qui structurent et animent le réseau des professionnels intervenant dans la prise en charge de la personne âgée avec le recours à un dispositif de gestionnaires de cas complexes.</p> <p><u>Pendant la prise en charge :</u> L'organisation de l'offre de soins en gérontopsychiatrie du CHD tournée vers l'ambulatoire au CHD : 2 sites spécialisés en psychiatrie de la personne âgée (CPA Olivet et Saint-Denis-de-l'Hôtel). Le recours à Saint-Denis-de-l'Hôtel est notamment perçu comme réactif et adapté par les partenaires. Travail de liaison avec les foyers logements et EHPAD afin d'étayer les équipes et maintenir à domicile et en institution les personnes âgées. Ce travail en réseau en lien avec les partenaires (CLIC, MAIA, gériatrie etc.) et à domicile permet notamment de prévenir la crise et le recours à l'hospitalisation. Visite à domicile des équipes de gérontopsychiatrie afin d'évaluer les situations complexes.</p> <p>Sur le secteur du Montargois, le service de psychiatrie du CHAM prend en charge les personnes âgées en ambulatoire, hôpital de jour et hospitalisation à temps complet. Il effectue également la psychiatrie de liaison aux urgences et dans les services de spécialité.</p> <p>Le dispositif de gérontopsychiatrie du territoire est complémentaire de l'offre de soins gérontopsychiatrique développée au CHRO en court séjour gériatrique (75 lits dont 15 en unité fermée adaptée pour les troubles du comportement et les patients présentant un risque de fugue ou désorientés, 30 lits de post SAU et 30 lits d'admission directe depuis le domicile) et en SSR gériatrique doté d'une Unité Cognitivo-Comportementale de 10 lits et de 7 lits de SSR dédiés aux personnes âgées présentant des troubles psycho-comportementaux. Ces services s'appuient également sur l'intervention de la psychiatrie de liaison. Forte activité de consultations notamment consultation mémoire, onco-gériatrie, hôpital de jour gériatrique.</p> <p><u>En aval de la prise en charge :</u></p>	<p><u>En amont de la prise en charge :</u> Le travail de réseau qui se construit actuellement entre les services de gérontopsychiatrie du CHD et les Maisons de Santé Pluridisciplinaires de Châteauneuf et Saint-Jean-de-Braye afin d'améliorer le repérage et l'adressage des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. L'unité mobile gériatrique extra hospitalière en cours de déploiement du CHRO pour les personnes âgées polypathologiques à domicile afin d'anticiper le bon adressage dans le parcours de soins et de contribuer au maintien à domicile.</p> <p><u>Pendant la prise en charge :</u> Le recours à la télémédecine (téléavis et téléstaff) est en cours de déploiement en gériatrie et en gérontopsychiatrie pour répondre aux besoins d'étayage, d'avis des EHPAD. La télémédecine en gérontopsychiatrie pourrait également être déployée avec les services de gériatrie autour de staffs communs.</p> <p>Souhait commun des gériatres du CHRO et psychiatres du CHD et du CHAM pour définir une réponse spécialisée en gérontopsychiatrie aiguë.</p> <p>Travaux en cours des équipes de gérontopsychiatrie afin de clarifier les indications de la gérontopsychiatrie et les relais entre CMP généralistes et Centres spécialisés en psychiatrie de la personne âgée.</p> <p>Formation au CHD à la gérontopsychiatrie et culture de la psychiatrie de la personne âgée à développer pour faciliter les orientations depuis les autres dispositifs de psychiatrie (CMP), mieux repérer les troubles, identifier le niveau de recours aux structures spécialisées (CPA Olivet et Saint-Denis-de-l'Hôtel).</p> <p><u>En aval de la prise en charge :</u> Projet médical du Centre d'Accueil des Personnes Agées du CHD pour une prise en charge médico-sociale destinée aux personnes vieillissantes souffrant de handicap psychique ou de troubles du comportement liés à l'âge. Ouverture d'une UHR de 15 lits d'EHPAD au CHAM.</p>

³⁷ Centres Locaux d'Information et de Coordination

³⁸ Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

<p>1 UHR labellisée au CHRO, 1 UHR au CH de Sully-sur-Loire, 1 au CHAM. Besoins de recours en UHR croissant.</p> <p>Un travail de réseau et d'étayage proposé par les structures de géronto-psychiatrie auprès des EHPAD du territoire, les foyers logements, les maisons de repos.</p> <p>Les équipes des CMP interviennent dans les services gériatriques aux CH de Gien et de Pithiviers.</p> <p>La MAIA est un dispositif-ressource pour accompagner les projets de sortie d'hospitalisation.</p>	<p>Lien avec le CHU de Tours et du CHRO au travers du développement de la recherche en gérontopsychiatrie</p>
<p>FAIBLESSES</p>	<p>RISQUES</p>
<p><u>En amont de la prise en charge :</u></p> <p>L'équipe mobile gériatrique du CHRO prévoit un temps de psychiatre actuellement non pourvu.</p> <p>Difficulté pour les adresseurs et coordonnateurs des parcours des personnes âgées comme la MAIA d'identifier la bonne orientation entre gériatrie et gérontopsychiatrie. Les indications relevant des services de gériatrie de celles de la gérontopsychiatrie, notamment dans le recours à une hospitalisation d'urgence aiguë, sont à clarifier et à communiquer afin de faciliter l'adressage.</p> <p>Les EHPAD et Foyers Logement observent le besoin d'un recours à un dispositif de crise pour des séjours de rupture, hospitalisation séquentielle afin de maintenir la personne en institution, stabilisation de la pathologie psychiatrique.</p> <p>Manque de lisibilité des ressources en gériatrie et en psychogériatrie ce qui constitue un frein à la prise en charge. La composition de l'offre de soins du CHD est notamment mal connue.</p> <p>Lien ville-hôpital insuffisamment développé entre médecine générale de ville et le CHD.</p> <p><u>Pendant la prise en charge :</u></p> <p>Le Court Séjour Gériatrique (CSG) prend en charge les hospitalisations en urgences psychiatriques faute de dispositif adapté sur le territoire ; le recours à l'hospitalisation aiguë au CHD se fait dans les unités de psychiatrie aiguë qui ne sont pas forcément adaptées à la vulnérabilité et au handicap de ces patients (risques de violence, locaux inadaptés, pas de prise en charge spécialisée etc.).</p> <p>Une hétérogénéité de la réponse en gérontopsychiatrie du CHD est observée par les partenaires selon les secteurs : où s'adresser, partenaires démunis pour les patients domiciliés dans certaines zones qui ne semblent pas desservies en gérontopsychiatrie, frein à la</p>	<p><u>Pendant la prise en charge :</u></p> <p>Le temps médical spécialisé en gérontopsychiatrie est contraint (2 ETP de gérontopsychiatres pour 4 médecins au CHD).</p> <p>Les personnes psychotiques vieillissantes de plus en plus jeunes avec des troubles neurologiques ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge adaptée en hospitalisation à temps complet.</p> <p><u>En aval de la prise en charge :</u></p> <p>Difficulté à pourvoir les temps de psychiatres autorisés en UHR.</p> <p>Difficulté à concilier en EHPAD les prises en charge Alzheimer et la prise en charge des troubles psychiatriques.</p> <p>Précarité sociale accentuée nécessitant notamment un accompagnement de travailleur social renforcé.</p>

collaboration si la personne âgée ne fait pas elle-même la démarche. La gradation des soins entre prise en charge par les CMP généralistes et les centres de jour en gérontopsychiatrie est à clarifier.

Manque de compétences en neuropsychologue au CHD.

Difficultés de solution d'aval pour les personnes atteintes de troubles envahissant du comportement. Pas de psychiatre pour l'ouverture de l'UHR faute de candidature.

Manque de prise en charge à temps partiel pour les personnes âgées sur le territoire du Giennois et de Pithiviers.

En aval de la prise en charge :

Difficulté pour le CSG et les SSR gériatriques de trouver un aval pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques souvent corrélés à une précarité sociale.

Difficulté pour les EHPAD du CHRO dans la prise en charge des résidents ayant une pathologie psychiatrique non stabilisée ou aiguë. Recours à l'avis d'un psychiatre hétérogène selon les structures et l'existence d'AIG.

EHPAD CHRO très demandeur de recours adaptés pour les troubles du comportement. Recrutement important des + de 75 ans mais pas de structure adaptée pour les patients plus jeunes. Les patients pris en charge relèvent d'une prise en charge aiguë en gérontopsychiatrie.

e- EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES

- Filière gérontopsychiatrique de l'EPSM de Limoges.

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Chef de projet médical : Dr VILLATTE, responsable du Centre pour Personnes Agées de Saint-Denis-de-l'Hôtel (CHD)

Public concerné :

Critères cliniques : Patients présentant des troubles psychiatriques chroniques anciens (ex. : psychoses vieillissantes, troubles bipolaires...) en perte d'autonomie physique et cognitive ; patients présentant troubles psychiatriques liés au vieillissement (ex. : troubles de l'humeur ; troubles délirants) sans comorbidités somatiques ou sans troubles somatiques aigus ; troubles psycho comportementaux liés à des pathologies psychiatriques ou neurodégénératives, en relais de l'UCC, des UHR et des services de gériatrie et neurologie.

Critère d'âge modulable selon situation clinique : personnes à partir de 65 ans et exceptionnellement en-deçà selon vieillissement différentiel de la population des patients psychotiques.

FICHE PROJET N° 1 : *Développer une prise en charge spécialisée et dédiée en hospitalisation à temps complet pour les sujets âgés*

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Positionnement du projet dans le parcours de soins gériatrique :

Mise en place de lits repérés (15 lits – à confirmer avec étude de dimensionnement prenant en compte l'activité du CHD, CHAM, CHRO avec une équipe dédiée à la prise en charge psychiatrique de la personne âgée. Dispositif à vocation départementale sur le site du CHD intégré dans un parcours de soins de la personne âgée sur le territoire en complément de l'offre de soins en ambulatoire et hôpital de jour du CHD et du CHAM, avec hospitalisation sur indications d'un avis de gérontopsychiatre ; en complément des dispositifs de la filière gériatrique du territoire (court séjour, SSR, UCC, équipe mobile extra hospitalière, UHR).

Modalités d'adressage après avis du médecin gérontopsychiatre responsable de l'unité ou médecin psychiatre de garde :

- Recrutement depuis les structures de psychiatrie (Centres gérontopsychiatriques, CMP de secteurs en période ouvrable ou depuis les urgences psychiatriques, équipe du CPAU sur le SAU-HTCD), après avis du médecin responsable de l'unité ou du médecin de garde.
- Pour les patients n'ayant pas encore d'évaluation gériatrique somatique : une évaluation clinique à l'entrée (24 heures) est effectuée par un médecin somaticien du CHD sauf si le patient a bénéficié d'une évaluation somatique par un service d'urgence ou de gériatrie. Si la prise en charge somatique nécessite un recours au plateau technique et une prise en charge aiguë somatique, le patient est adressé au CHRO en service de gériatrie (+ 75 ans) ou de spécialité (65-75 ans) ou SAU selon la situation clinique après accord du médecin du service d'accueil ;
- Recrutement depuis les services de gériatrie (court séjour ; SSR ; USLD ; UCC) ou médecine de spécialité (à partir de 65 ans) après bilans somatiques et psychiatriques (psychiatrie de liaison) ;
- Les adressages depuis la médecine de ville ou EHPAD se font après concertation du gérontopsychiatre des centres pour personnes âgées spécialisés ou via les SAU du territoire.

L'ensemble de ces interfaces fera l'objet de protocoles médicaux d'adressage et de prise en charge mutuels.

Les résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge :

- Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge de la personne âgée en milieu intra hospitalier psychiatrique avec des locaux adaptés au handicap psychiatriques et physiques et une équipe dédiée formée à l'expertise gérontopsychiatrique.
- Assurer une meilleure cohérence du parcours de soins de la personne âgée en évitant les hospitalisations inadéquates en service de gériatrie.
- Eviter la chronicisation de la personne âgée prise en charge dans les unités d'hospitalisation à temps complet psychiatriques généralistes.

- Prendre en charge en phase aiguë (situation de crise) et hospitalisation séquentielle ou de rupture pour stabiliser et prévenir la crise afin de maintenir la personne le plus longtemps possible à domicile ou en EHPAD ;
- Garantir une prise en charge globale à la fois psychiatrique et somatique au travers d'un recours au suivi somatique d'un gériatre et à l'évaluation neurocognitive, organisé au travers d'un temps de gériatre et de neuropsychologue.
- Renforcer le travail de réseau en aval et en amont de la prise en charge en unité d'hospitalisation de gérontopsychiatrie, avec les centres de gérontopsychiatrie, les établissements d'hébergement, les médecins généralistes, les organismes sociaux et médico-sociaux (ex. : MAIA, CLIC) afin d'accompagner les projets de recours ou de maintien dans les EHPAD ou à domicile, et afin d'éviter tout risque de chronicisation en assurant un turn over satisfaisant de l'unité [cf.projet développement d'un aval médico social spécialisé pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques]

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

ARS ;CMP, HTC généralistes sectoriels du CHD et du CHAM ; les centres pour personnes âgées d'Olivet et de Saint-Denis-de-l'Hôtel (CHD) ; service de médecine générale du CHD ; services de gériatrie du territoire : courts séjours, UCC, équipe mobile externe du CHRO, les UHR ; services de médecine interne et de spécialité dont neurologie ; SAU ; EHPAD du territoire et autres établissements d'hébergement (résidences autonomie) ; médecins de ville (MSP) ; MAIA.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Formaliser le projet médical	Dr VILLATTE	2018	Constituer un groupe projet composé des médecins gérontopsychiatres, IDE, Assistantes sociales, neuropsychologue, médecin gériatre, cadre et cadre supérieur, médecin généraliste	-	Calendrier projet
Evaluer la faisabilité du projet	Directoire	2018-2019	Etude de dimensionnement à réévaluer et étude de faisabilité à réaliser Identification de lits repérés Identification des besoins en ressources humaines : gérontopsychiatre, gériatre, temps neuro psychologue, Assistante sociale, IDE, ASG, ASH, cadre, kiné ou psychomotricien, diététicien. Définir les locaux de prise en charge retenus.	900 000€	Réalisation du cahier des charges : ressources humaines, matérielles, immobilières, parcours patient, plan de formation. Définition des phases du calendrier projet Plan de financement Evaluation du projet en Directoire Consultations des instances
Recrutement de temps médicaux	Direction des affaires	2018	1 ETP gérontopsychiatre et	240 000 €	Suivi en directoire

	médicales/ Président de CME		1 ETP gériatre		
Constitution de l'équipe et mise en œuvre du plan de formation le cas échéant	DPPS- Direction des soins	A évaluer selon étude de faisabilité	Programme à définir	A définir	Suivi en commission formation
Elaboration des protocoles médicaux	Dr VILLATTE	A évaluer selon étude de faisabilité	Temps de rencontre avec les services de gériatrie du GHT, services de psychiatrie du CHAM, EHPAD	-	Planification des conventions à réaliser – taux de réalisation
Ouverture de l'unité et accueil des premiers patients	Dr VILLATTE	D'ici 2021		-	Evaluation des modalités de fonctionnement à 6 mois en directoire et instances
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Vieillesse de la population avec des besoins qui augmentent - Projet d'unité gérontopsychiatrique inscrite dans le précédent PRS mais non réalisée - Expertise gérontopsychiatrique reconnue sur le territoire au travers des structures pour personnes âgées spécialisées du CHD - Travail de réseau existant de partenariat avec les services de gériatrie du GHT et avec les EHPAD partenaires susceptibles de faciliter le parcours patient. - Projet de reconstruction du Centre d'Accueil pour Personnes Agées de Fleury-les-Aubrais avec une unité dédiée à l'hébergement des psychotiques vieillissant. - Projet porté par le CHD, travaillé en partenariat avec les services de gériatrie du GHT, l'UHR-EHPAD du CHRO, l'UHR de Sully-sur-Loire, les gestionnaires de cas de la MAIA, les gérontopsychiatres du CHD et les psychiatres du CHAM. 			<ul style="list-style-type: none"> - Temps médical contraint de gérontopsychiatre au CHD ; - Turn over de l'unité avec risque de chronicisation en hospitalisation de la personne âgée qui nécessite un partenariat renforcé avec les différents services de la filière gériatrique, les UHR, les EHPAD et foyer d'hébergement, en lien avec les centres pour personnes âgées du CHD. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des pratiques professionnelles sur les indications d'entrée et de sortie de l'unité à un an - File active - Turn over de l'unité - Taux d'occupation - Durée moyenne de séjour - Taux de refus à l'entrée de l'unité - Nombre d'hospitalisations prolongées inadéquates (ex : difficulté d'accès à un placement à la sortie) - Ventilation des provenances (adressage) et des modalités de sortie 					

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Chef de projet médical : Responsables médicaux des centres pour personnes âgées d'Olivet et de Saint Denis de l'Hôtel (CHD)

Public concerné :

- Personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et de troubles psychologiques des EHPAD et UHR du Loiret en première attention ;
- - Personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et de troubles psychologiques pris en charge par les gériatres des services gériatriques sanitaires du territoire, de l'équipe mobile externe de gériatrie du CHRO, des services de spécialité dont neurologie, en seconde attention.

FICHE PROJET N° 2 : Développer la télémédecine en gérontopsychiatrie en EHPAD et en gériatrie

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Les actes de télémédecine proposés sont de la téléexpertise (télé avis et téléstaff) pour les situations complexes.

L'outil de télémédecine complète les pratiques d'intervention et d'étayage réalisées *in situ* dans les EHPAD par les équipes des centres pour personnes âgées du CHD en complément d'évaluation et de suivi *in situ*.

Objectifs médicaux :

- Prévenir la crise et le recours à l'hospitalisation en apportant une orientation thérapeutique adaptée et spécialisée aux équipes demandeuses ;
- Soigner plus rapidement en facilitant l'accès à une expertise dans un délai raisonnable (8 jours) ;
- Développer l'étayage et le transfert de compétences et apporter des préconisations aux situations complexes au travers du téléstaff ;
- Améliorer la couverture des avis en gérontopsychiatrie sur les EHPAD du département en optimisant les organisations (temps de déplacements) dans le cadre de suivi notamment ;

Organisation du déploiement de la télémédecine sur le département :

- En première intention : Les EHPAD et maisons de santé pluridisciplinaires du Loiret ;
- En deuxième intention : recours à l'expertise des gérontopsychiatres du CHD par les psychiatres du CHAM ou avec les gériatres des services. gériatriques sanitaires, le gériatre de l'équipe mobile externe de gériatrie du CHRO, les neurologues du CHRO.

A l'issue d'un acte de télémédecine, la prise en charge proposée peut être l'ajustement ou la mise en place du projet de soins (traitement, préconisations thérapeutiques de prise en charge en quotidien, orientation vers un service d'hospitalisation).

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

EHPAD-UHR du territoire ; services de gériatrie du territoire ; services de spécialité du territoire dont la neurologie ; maisons de santé pluridisciplinaires ; services de psychiatrie du CHAM ; GCS télésanté/ACCOPRAT.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Constitution d'un COPIL télémédecine en gérontopsychiatrie	Direction affaires générales CHD	Septembre 2016	GCS télésanté, ACCOPRAT, Médecins responsables, IDE et cadres des centres pour personnes âgées de Saint-Denis-de-l'Hôtel et d'Olivet	-	Nombre de COPIL/an
Installation de stations de télémédecine	GCS télésanté	Novembre 2016	3 stations de télémédecine équipées de	17 000 €	Suivi en COPIL de la mesure de la

dans les centres pour personnes âgées de Saint-Denis-de-l'Hôtel et Olivet			webcam, micro et vidéoprojecteur (Centres pour personnes âgées de Saint Denis, Olivet et CMP de Gien) Mise à niveau des liaisons internet des structures		satisfaction utilisateur sur l'usage de l'outil de télémedecine, sa disponibilité et son ergonomie
Définition d'un plan de déploiement télémedecine sur EHPAD et services gériatriques du Loiret (objectif de 5 EHPAD en 2017)	COPIL télémedecine	1 ^{er} lot en Novembre 2016 2 ^{ème} lot en mars 2017 Mise à jour et ajustement à chaque COPIL	0,20 ETP gériopsychiatrie 0.10 ETP IDE	31 446 €	Elaboration en COPIL de la Cartographie de déploiement sur le territoire du Loiret selon les capacités d'hébergement des EHPAD, le niveau d'installation des stations et des débits internet suffisant
Installations des stations de télémedecine dans les EHPAD demandeurs et mise à niveau des débits internet	GCS Télésanté	A définir	Selon plan de déploiement	-	Suivi en COPIL du nombre et implantation des sites équipés sur le territoire et disposant d'un débit internet suffisant Nombre et implantation des EHPAD restant à équiper
Rencontres inter-équipes	Médecins/cadres de gériopsychiatrie	Préalablement avant chaque déploiement	Elaboration protocole de fonctionnement commun	-	Suivi en COPIL des rencontres inter équipes
Formation actions des équipes demandeuses	GCS télésanté/ACCOPRAT	Au moment du 1 ^{er} acte	Réalisées par ACCOPRAT/GCS Télésanté	-	Elaboration par le GCS du programme de formations

					actions
Signature conventions de fonctionnement entre établissements	Direction affaires générales CHD	En continu		-	Suivi en COFIL du nombre de conventions
Communication des retours d'expérience au niveau régional	Médecins de gériatrie	Journée organisée par l'ARS – A la demande des autres établissements.		-	-
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Règlementation de télé-médecine qui permet le financement des actes de télé-médecine ; - Priorité du projet régional de santé dans le cadre de l'expérimentation régionale de la télé-médecine ; - Demandes des EHPAD et services de gériatrie du territoire ; - Outil permettant d'optimiser les organisations en psychiatrie. 			<ul style="list-style-type: none"> - Ressources médicales contraintes en EHPAD (médecin coordonnateur) ; - Risque de non utilisation par les médecins libéraux intervenant en EHPAD, faute de temps ; - Ressources médicales contraintes en gériatrie au CHD ; - Disparité territoriale des réseaux internet et insuffisance de débit qui risque de freiner l'implantation de la télé-médecine ; - Multiplicité des intervenants dans la mise à niveau des réseaux internet engendrant des délais d'attente de plusieurs mois. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de télé avis et télé staff par an et par structures. - Nombre d'hospitalisations en psychiatrie de résidents d'EHPAD (file active et journées) par an. - Nombre de recours au CPAU de résidents d'EHPAD du Loiret par an. - Nombre et ventilation des préconisations en télé avis télé staff selon motif (hospitalisation, ajustement de traitement, autres) par an et par centre pour personnes âgées. 					

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Chef de projet médical : Dr GALLOPIN, médecin coordonnateur du Centre d'Accueil pour Personnes Agées de Fleury-les-Aubrais

Public concerné : Personnes âgées du Loiret souffrant de troubles du comportement et d'une pathologie psychiatrique vieillissante mais stabilisées (ex : psychotiques vieillissants) avec ou sans pathologie liée au vieillissement.

FICHE PROJET N° 3: *Unité d'hébergement médico-social pour résidents psychotiques âgés*

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Objectifs et positionnement du projet dans le parcours de soins de la personne âgée souffrant de trouble psychiatrique :

- Identifier une unité de 12 à 14 lits d'EHPAD spécialisés dans la prise en charge des résidents souffrant d'une pathologie psychiatrique stabilisée avec ou sans troubles du comportement, au sein du Centre d'Accueil pour Personnes Agées de Fleury-les-Aubrais, dans le cadre du projet de reconstruction et d'extension du nombre de lits.
- Créer une offre médico-sociale innovante départementale d'hébergement adaptée à des résidents qui rencontrent des difficultés à intégrer les institutions du fait des troubles du comportement, du manque de formation des professionnels des EHPAD classiques, depuis le domicile, les unités d'hospitalisation de psychiatrie et de gériatrie, en relais des EHPAD.
- L'hébergement proposé peut être définitif ou séquentiel moyennant un engagement de reprise du résident après stabilisation des troubles par les partenaires EHPAD adresseurs (ex : EHPAD de Fay-aux-Loges, EHPAD de Lailly-en-Val).

Objectifs médicaux et résultats attendus pour le résident :

- Prévenir la chronicisation et le recours à l'hospitalisation psychiatrique des personnes âgées concernées ;
- Limiter l'embolisation des lits de SSR, UCC, UHR du territoire et adapter les projets de sortie aux besoins d'accompagnement de ces personnes ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des psychotiques vieillissants stabilisés dans un lieu de vie adapté, avec un projet de vie adapté ;
- Offrir un dispositif de répit aux aidants (familles, EHPAD du territoire au travers d'un hébergement séquentiel).

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Conseil Départemental et Agence Régionale de Santé ; services de gérontopsychiatrie du CHD et services de gériatrie des Centres hospitaliers du GHT (SSR, UCC, UHR) ; EHPAD du territoire dont EHPAD de Fay-aux-Loges et EHPAD de Lailly-en-Val ; MAIA.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Validation ARS et Conseil départemental du projet élaboré par le COPIL	Direction du CAPA	Avril-mai 2017	Extension des capacités à 17 lits pour un EHPAD de 77 lits dont 12 à 14 lits pour résidents psychotiques vieillissants en hébergement définitif ou séquentiel	A définir	Définition de l'organisation et la composition de l'équipe Evaluation du plan de financement Evaluation de l'impact sur le PMP et le GMP Suivi en COPIL
Définition du programme	DLAP/équipe du CAPA	A définir	Assistance à Maîtrise d'ouvrage-	A définir	

architectural			programmiste Accompagnement cellule du conseil départemental		
Travaux de construction	DLAP	Fin 2018 - 2020	Assistance à Maîtrise d'Ouvrage	8,7 millions	Suivi de projet organisé par AMO
Ouverture et accueil des résidents	Médecin coordonnateur du CAPA	2020	Dimensionnement de l'équipe en cours de définition	A définir	Evaluation à 6 mois de fonctionnement par le COFIL
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Projet de reconstruction et d'extension de 17 lits soutenu par le Plan solidarité Loiret piloté par le Conseil Départemental. - Projet porté par le CAPA travaillé en partenariat avec l'EHPAD de Fay-aux-Loges, l'UHR-EHPAD du CHRO, les MAIA, les gérontopsychiatres du CHD. 			<ul style="list-style-type: none"> - Impact des profils des résidents sur le PMP et GIR à évaluer afin de dimensionner le plan de financement du projet et financer les besoins en personnels. - <i>Turn over</i> de la structure afin d'éviter l'embolisation des lits d'hébergement. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation interne et externe ; - Suivi du GIR/GMP mensuels ; - Taux d'occupation ; - Taux de turn over ; - Ventilation des résidents par type de pathologie, ventilation des provenances et modalités de sortie des patients ; - Nombre de résidents psychotiques vieillissants ; 					

Filière : PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE**Chef de projet médical :** Responsables médicaux des centres pour personnes âgées d'Olivet et de Saint Denis de l'Hôtel (CHD)**Public concerné :**

- Personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et de troubles psychologiques des EHPAD et UHR du Loiret en première attention ;
- Personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et de troubles psychologiques pris en charge par les gériatres des services gériatriques sanitaires du territoire, de l'équipe mobile externe de gériatrie du CHRO, des services de spécialité dont neurologie, en seconde attention.

FICHE PROJET N° 4 : Harmonisation de l'offre de soins en Psychiatrie de la Personne Agée**OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

1. Organiser le parcours de soins en centre de soins gérontopsychiatriques au CHD : définir les indications pathologies de recours aux dispositifs spécialisés de gérontopsychiatrie ; définir le parcours en hôpital de jour et en unités à temps complet (indications, admission, évaluation, sortie) ; définir le contenu du bilan social en gérontopsychiatrie et les liens avec les partenaires sociaux ;
2. Définir les rôles entre les CMP de secteurs (prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques anciens de plus de 60 ans) qui ne souffrent pas de pathologie liée au vieillissement) et les centres de gérontopsychiatrie du CHD (patient souffrant de pathologie liée au vieillissement avec possibilité de passage de relais ou de prise en charge mixte entre CMP et centre de soins gérontopsychiatriques en fonction des critères cliniques et de l'évaluation de la perte d'autonomie et d'une éventuelle institutionnalisation).
3. Harmoniser les modalités de prise en charge en ambulatoire (visites à domicile, ou domicile de substitution, lieux d'hospitalisation ; consultations au CMP ; de prise en charge à temps partiel en hôpital de jour (ateliers et repas thérapeutiques d'une demi-journée à une journée, une à plusieurs fois par semaine pour un même patient en fonction de la clinique et du projet de soins) ;
4. Assurer le soutien aux aidants et, éventuellement, orientation vers des partenaires pour soutien, vers le café des aidants, association France Alzheimer, ASSOPARK, JALMALV, etc.
5. Poursuivre le travail de réseau auprès et avec les partenaires sociaux, médico-sociaux, sanitaires (réunions de synthèse, étayage des équipes, analyse de pratiques, réunions cliniques, participation aux travaux de la MAIA du Loiret et différents CLIC, CCAS,... pour une meilleure communication autour de la visibilité de l'offre de soins, projet médical de territoire, relations avec les tuteurs, télé médecine) ;
6. Améliorer le repérage de la gérontopsychiatrie en définissant un ou plusieurs outils de communication (site internet, livret d'accueil spécifique) accessible aux partenaires ainsi qu'un plan de communication (réunions, journée d'informations en santé mentale ; journée thématique gérontopsychiatrie tous les 2 ans ; participation aux programmes de recherche du CHD en tant que centre investigateur ;
7. Développer le transfert de compétence par l'accueil de professionnels en stage, la formation auprès des professionnels (ex. : téléstaff ; téléformation) ;

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Les professionnels des Centres pour personnes âgées du CHD et les adresseurs potentiels : partenaires sociaux et médico-sociaux (EHPAD, assistantes sociales des CCAS, CLIC, gestionnaires de cas des MAIA, maisons de convalescence, SSR, services d'aides à domicile, bailleurs sociaux, tuteurs...) ; les médecins généralistes (dont les maisons de santé pluridisciplinaires) ; services de gériatrie du territoire, ou autres services hospitaliers (médecine, urgences) ; services de psychiatrie (unité d'hospitalisation à temps complet, psychiatrie de liaison).

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Elaboration d'un projet commun de gérontopsychiatrie	Médecins responsables des centres pour personnes âgées	2017	Equipes des centres pour personnes âgées de Saint-Denis-de-l'Hôtel, chefs des	-	Suivi en annuaire
		2018		120 000 €	

	de Saint-Denis-de-l'Hôtel et Olivet		pôles adultes + renforcement du temps de gériopsychiatre (1 ETP)		
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Loi sur le vieillissement de la population et rapport LAFORCADE qui souligne l'importance des équipes de gériopsychiatrie - Contrats locaux de santé - Organisation de la prise en charge en ambulatoire avec les partenaires et repérée autour du centre de Saint-Denis-de-l'Hôtel - Existence de deux centres spécialisés en ambulatoire et prise en charge de jour au CHD - Demandes et besoins de la population qui augmentent - Dynamique avec les partenaires autour de la structuration de la prise en charge - MAIA qui permet de mieux identifier les centres de gériopsychiatrie - Nouvelle spécialité médicale ouverte à l'internat depuis fin avril 2017 			<ul style="list-style-type: none"> - Gouvernance hétérogène avec risque d'inégalité d'accès aux soins spécialisés - Hétérogénéité des organisations et pratiques - Démographie médicale spécialisée en gériopsychiatrie contrainte - Amplitude du territoire à couvrir et la multiplicité des partenaires. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - File active, nombre de consultations et venues en centres pour personnes âgées - file active, nombre de consultations en CMP de secteurs et ventilation par motif/diagnostic de prise en charge - Nombre de visites à domicile - Taux d'hospitalisations - Evaluation du parcours du patient (Patient traceur) et analyse des évènements indésirables (CREX) 					

8- FILIERE ADDICTOLOGIE

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

La filière hospitalière de soins en addictologie dans le Loiret

Les structures de niveau 1 : Il existe deux ELSA³⁹ dans le Loiret : celle de Gien-Pithiviers-Montargis regroupée en une unité fonctionnelle, et celle d'Orléans.

- À Montargis, l'ELSA intervient en MCO⁴⁰ et en psychiatrie, ne dispose pas de lits propres de sevrage mais d'une consultation hospitalière (médecins, infirmières, psychologue) recevant l'ensemble des addictions. En maternité, les infirmières peuvent trouver l'aide d'une sage-femme formée pour la prise en charge du tabac.
- À Gien, l'infirmière de liaison en addictologie intervient auprès des patients hospitalisés au SSR⁴¹, avec une possibilité de consultation de suivi auprès du médecin gastroentérologue. Elle peut orienter les patients vers la psychologue de l'ANPAA⁴² et vers le groupe coanimé par la psychologue de l'ANPAA et l'association ALISA.
- À Pithiviers, l'infirmière de liaison en addictologie peut orienter les patients vers les CSAPA⁴³ pour trouver un suivi ambulatoire spécialisé en addictologie, avec une offre de proximité réduite au niveau des antennes, selon les produits.
- À Orléans, l'ELSA intervient en MCO, dispose de lits de sevrage dans le service de gastroentérologie et d'une consultation hospitalière partagée entre le Nouvel Hôpital d'Orléans (NHO) et le Centre d'Addictologie Saint-Marc. Elle offre un dispositif spécifique sur la porte d'entrée tabac.

Les structures de niveau 2 : Cette activité est actuellement éclatée entre le Centre Paul Cézanne à Chateau (soins complexes à temps plein et en hôpital de jour), le centre d'addictologie Saint-Marc (consultations ambulatoires) et le plateau technique médical du NHO, avec un projet de regroupement de l'ensemble de ces structures au NHO qui fait partie du projet médical depuis 2010.

Il n'y a pas de SSR addictologique dans le Loiret, mais une possibilité de recours aux SSR des départements limitrophes.

Articulation avec les partenaires

Le dispositif médico-social : Dans le Loiret, trois associations différentes gèrent les CSAPA, les CJC⁴⁴ et les CAARUD⁴⁵ :

L'APLEAT (Association Pour L'Ecoute et l'accueil en Addictologie et Toxicomanie)

Réduction des risques : CAARUD Sacados à Orléans, bus RDR⁴⁶ à Sully-sur-loire, équipe mobile à Pithiviers.

³⁹ Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

⁴⁰ Médecine Chirurgie Obstétrique

⁴¹ Soins de Suite et Réadaptation

⁴² Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

⁴³ Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

⁴⁴ Consultations Jeunes Consommateurs

⁴⁵ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers des Drogues

⁴⁶ Réduction des Risques

- CSAPA : Orléans Sainte-Anne, Pithiviers à l'hôpital et au centre Madeleine Rolland, Sully-sur-loire à l'hôpital.
- CJC : Orléans La Station, Sully-sur-Loire au CCAS, Pithiviers, 23 points stations au total (jeunes de - 23 ans).
- Centre Thérapeutique Résidentiel La levée Orléans (14 places mixtes).
- Ouverture en octobre 2017 d'un centre thérapeutique pour femmes enceintes ou avec enfants de moins de 3 ans.
- Service PISTES : prévention, formation, recherche à destination des jeunes, des parents, des professionnels.
- Référent Centre Pénitentiaire Orléans-Saran (CPOS).

L'ANPAA

- CSAPA : Orléans, antennes à Gien (consultations psychologue), Pithiviers (consultations médicales), Montargis (consultations médicales).
- Service de prévention et formation, Orléans.
- Référent CPOS.

L'ASSOCIATION ESPACE

- CSAPA La Désirade à Montargis avec une équipe pluridisciplinaire (psychologues, assistants sociaux, psychiatre addictologue et médecins addictologues) et une antenne à Gien avec un temps de psychologue.
- CJC Montargis (au sein de l'association mais également rue de la Pontonnerie) et CJC à Gien dans les locaux de la Mission Locale, CJC au CCAS de Courtenay.
- CAARUD Montargis/Est du Loiret/Gien avec une équipe pluridisciplinaire (psychologues, assistants sociaux, CIP, éducateur) et mobile avec le camping-car.
- Programme régional de Réduction des Risques à Distance région Centre-Val de Loire
- CeGIDD⁴⁷ Montargis/Pithiviers (médecin, infirmier).
- Centre de vaccination Montargis/Pithiviers (médecin, infirmier)

Les médecins de ville

Les services de psychiatrie hors addictologie : temps plein, temps partiel, ambulatoire, clinique privée. Ils adressent des patients ayant des troubles addictifs et prennent en charge un certain nombre de comorbidités. Les unités d'hospitalisation sectorisées bénéficient à Montargis et au CHD d'interventions infirmières en addictologie de liaison. A Orléans, le CPAU⁴⁸ assure les entretiens addictologiques infirmiers aux urgences les week-ends.

Les associations d'entraide ou groupes néphalistes :

- Les alcooliques anonymes : présents à Orléans (2 groupes)
- Vie Libre : présents à Orléans, Pithiviers, Montargis
- ALISA : présents à Sully-sur-Loire et à Gien.

Les 3 associations participent régulièrement au programme de soins complexes au centre de recours Paul Cézanne.

Les services de médecine spécialisée : la gastro-entérologie est particulièrement impliquée dans la prise en charge de l'alcool.

47 Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST)

48 Centre Psychiatrique d'Accueil d'Urgence

Le GRAPPA : Groupement Régional des Acteurs Publics et Privés de l'Addictologie. Reconnu par l'ARS, ce groupement composé de 3 structures dont 2 d'addictologie (Le Calme SSR dans le 28 et ESPACE dans le 45), a pour objet de favoriser, par tout procédé, le développement de la garantie d'une prise en charge globale et coordonnée, quel que soit l'utilisateur et son lieu de vie en région Centre. La convention de partenariat avec ce groupement vise à partager savoirs et compétences, à mutualiser les moyens, mener des études et recherches, visant notamment à soutenir les professionnels de proximité, notamment les médecins généralistes, à la coordination des soins de santé complexes en addictologie.

GRCSMS CUP RdR : Groupement Régional des Acteurs Publics et Privés de l'Addictologie. Reconnu par l'ARS, ce groupement est composé de 2 fondateurs (Aides 37 et Chartres, ESPACE 45). Il a pour objet de favoriser par tout procédé le développement de la réduction des risques en région Centre. À cet effet, le groupement aura notamment pour mission de promouvoir la réduction des risques auprès des instances officielles, des professionnels de l'intervention sociale et médico-sociale et du grand public, de développer des projets, actions et activités de réduction des risques sur tous les départements de la région Centre au plus près des usagers.

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

La circulaire DGS/DHOS n°203 du 16 mai 2007 prévoit que les personnes ayant une conduite addictive doivent bénéficier d'une continuité de prise en charge par l'articulation et la coordination des professionnels intervenant dans le dispositif médicosocial, le dispositif sanitaire, la médecine de ville et les réseaux de santé.

1) La filière hospitalière de soins addictologiques a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale graduée de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé.

- **L'hospitalisation** a pour objectifs l'évaluation globale du patient, la réalisation d'un sevrage, la participation, si nécessaire, à un programme de soins complexes qui peut être effectué en hospitalisation complète ou en hôpital de jour, une prise en charge courte dans le cadre de situations de crise.
- **Les consultations** ont pour objectif l'évaluation, le repérage précoce, l'orientation et la prise en charge.
- **La liaison** doit faire bénéficier les patients et les équipes soignantes d'un avis addictologique, quelque soit le service d'hospitalisation demandeur, dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière. Les équipes de liaison ont pour rôles l'aide à la prise en charge des patients, la formation des équipes soignantes – en particulier celles des urgences. Elles doivent aussi faire le lien avec les partenaires extérieurs et participer à la formation et à la recherche.

Les structures de niveau 1, c'est-à-dire de proximité, ont pour mission de réaliser des sevrages résidentiels simples, l'activité de liaison, des consultations addictologiques.

Les structures de niveau 2 sont les structures de recours d'un territoire, offrant la possibilité d'offrir des soins résidentiels complexes en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

Les structures de niveau 3 sont les structures de recours régional qui assurent, en plus, des missions d'enseignement, de formation, de recherche et de coordination régionale.

- 2) **Le dispositif médico-social** assure une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psycho-social, et l'aide à l'insertion.

CSAPA : le CSAPA assure l'accueil des personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psycho actives, un site pour leur entourage (accueil, information, évaluation médicale, psychologique et sociale).

CAARUD : un CAARUD s'adresse à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections – notamment hépatite C, VIH, etc.)

- 3) **Les médecins de ville ont un rôle pivot dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives. Compte-tenu de la diversité des structures d'accueil et de prise en charge, le rôle de coordonnateur du médecin traitant est essentiel.**
- 4) **Les réseaux de santé sont, selon la circulaire DHOS du 26 sept 2008, les partenaires légitimes de la filière addictologique sur le territoire.**

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIÉS

- 1) **La prise en charge et la prévention des addictions, au cœur des préoccupations de santé publique en région Centre :**

Selon les données nationales, l'alcool est le 3^{ème} facteur de risque de décès après l'hypertension et le tabac, la 2^{ème} cause de mortalité évitable. Les morbidités associées expliquent l'espérance de vie réduite chez les sujets alcoolo-dépendants, diminuée de 22 et 20 ans respectivement chez les femmes et les hommes. La consommation excessive d'alcool est associée à une soixantaine de pathologies. C'est la première cause d'hospitalisation (2,6 milliards d'euros de dépenses).

En région Centre, selon les données 2003-2011 de l'ORS, le taux comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool est de 34,3 contre 31,5 en moyenne en France. Il est noté une surmortalité prématurée par cancer et consommation excessive d'alcool par rapport aux autres régions françaises.

- 2) **L'intersecteur d'addictologie Paul Cézanne Saint-Marc, sa place en santé mentale et en tant que service de recours :**

Entre 2011 et 2015, la file active de l'intersecteur d'addictologie s'est située entre 12 % et 14, 2 % de la file active globale du CHD. La part de l'ambulatoire dans la file active de l'intersecteur s'est située entre 97,6 % et 98,6 %, incluant l'activité du centre d'addictologie Saint-Marc et l'activité de liaison au NHO.

Au niveau de l'hospitalisation temps plein (hospitalisation de semaine, du lundi au vendredi), la durée moyenne de séjour est en baisse, passant de 11,3 jours en 2011 à 7,2 en 2015 ; la durée moyenne de présence est passée de 13,4 à 11,5. Le taux d'occupation en hospitalisation à temps plein est stable aux alentours de 66 %.

Au niveau de l'hospitalisation de jour, le taux d'occupation est de 90,5% pour 5 places.

Les problèmes liés à l'alcool représentent plus de 60 % des patients suivis au niveau du service de recours Paul Cézanne-Saint-Marc. Si on considère les personnes venues pour une dépendance à l'alcool, la coaddiction avec une autre substance (tabac, cannabis, opiacés), ou l'association avec une addiction comportementale est davantage la règle que l'exception. Les diagnostics de comorbidité psychiatrique sont également davantage la règle que l'exception avec au premier plan, les troubles de la personnalité, mais tous les troubles sont représentés. Le soin addictologique doit donc pouvoir se dérouler, de manière séquentielle, ou de manière intégrée, avec celui des comorbidités, psychiatriques comme somatiques.

3) Les problèmes d'accès au soin sont une thématique majeure en addictologie en région Centre

Le centre de recours Paul Cézanne-Saint-Marc recrute essentiellement des patients de l'arrondissement d'Orléans et d'une partie sud du Pithiverais. Le reste du Pithiverais représente une zone de recrutement intermédiaire entre l'Orléanais et le Montargois/Giennois. Pour Montargis et Gien, le taux de recrutement par le service de recours est inférieur à 0,6/1000 habitants.

La densité en médecins généralistes en région Centre est inférieure à la densité moyenne hexagonale, pour les salariés comme pour les libéraux. C'est la plus petite densité hexagonale (130/100 000 habitants). Notre région enregistre aussi le plus fort pourcentage hexagonal de praticiens âgés de plus de 55 ans (49,4 %).

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

ADDICTOLOGIE	
FORCES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> - Le maillage de professionnels formés à l'addictologie s'étend sur les principaux bassins de population du Loiret. - Il existe sur le Loiret une offre diversifiée de prises en charge au niveau addictologie, qui permet d'offrir des portes d'entrée pour tous les produits ainsi que pour les addictions sans produits. L'équipe du CHAM prend en charge toutes les addictions. - Le travail en équipes pluridisciplinaires (AS, IDE, médecins, psychologues, éducateurs) est décliné dans les différentes unités fonctionnelles, garant de la mise en œuvre d'un soin addictologique. - Il existe des actions de prévention en milieu scolaire et autres lieux pour les jeunes. - Il existe des Consultations Jeunes Consommateurs. - À Orléans, le partenariat ancien entre les équipes d'addictologie du CHD et du CHRO a fait le socle du dispositif ambulatoire mutualisé, avec au quotidien échanges et coordination sur le suivi des patients, recueil d'activités commun. - Le Centre Paul Cézanne/Saint-Marc a pu répondre à l'appel à projets pour le niveau 2, structure de soins complexes et de recours, dans la mesure où le partenariat CHD/CHR permettait de répondre aux critères requis, ainsi que les effectifs médicaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place du Projet Médical de Territoire en santé mentale est une opportunité de réunir les partenaires d'addictologie pour favoriser les parcours patients et renforcer la filière. - Le GHT, avec la construction du nouvel hôpital d'Orléans, est une opportunité de concrétiser dans la logistique un regroupement des structures de recours, à partir des moyens déjà fournis par 2 établissements, pour une offre en addictologie plus lisible et une meilleure synergie. - La nouvelle loi de santé prévoit une mission de prévention pour les CSAPA.

<ul style="list-style-type: none"> - L'unité de sevrage du service de gastro-entérologie au NHO a vu le jour en 2015. - Il existe un partenariat fort avec la psychiatrie à Montargis et à Fleury-les-Aubrais : entretiens addictologiques de liaison, sevrages en unités psychiatriques sectorisées, collaboration avec le CPAU... 	<ul style="list-style-type: none"> - La mise à jour du ROR.
FAIBLESSES	RISQUES
<p>Exemple de la prise en charge de la dépendance à l'alcool : Dans un département bien pourvu en structures hospitalières et disposant d'une filière d'addictologie, on ne peut que constater que certains patients dépendants à l'alcool arrivent très tardivement au niveau des structures d'addictologie, notamment au stade de troubles cognitifs sévères avec poly-pathologie. L'alcool représente un coût énorme pour l'ensemble des structures, médicales, chirurgicales et psychiatriques, mettant en évidence que les mesures de prévention, de dépistage, et de réduction des risques préconisées en matière d'addiction⁴⁹ sont insuffisamment mises en œuvre dans notre département.</p> <p>1) Les retards de prise en charge en addictologie peuvent être mis en lien avec plusieurs faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - On note encore une méconnaissance du maillage existant par les professionnels de santé et les professionnels d'addictologie. Notamment la lisibilité de la filière sur Orléans souffre du retard pris sur le regroupement des structures d'addictologie au NHO. Certains services hospitaliers manquent encore de culture addictologique. - La région Centre connaît un déficit en médecins généralistes ; des médecins généralistes surchargés, isolés des structures d'appui en addictologie et peu en lien avec les associations de patients, s'ils sont peu formés en addictologie, ne vont pas inviter les patients à aborder leurs addictions. - On note des inégalités d'accès aux soins spécifiques en addictologie pour certains cantons (Gien, Pithiviers, Meung-sur-Loire, Beaugency). - La problématique de transport pour les patients hors agglomération Orléanaise rend difficile la prise en charge ambulatoire ou en hôpital de jour, notamment la dépendance à l'alcool affecte rapidement la capacité de déplacement en véhicule personnel. - Les psychiatres sont regroupés essentiellement sur Orléans, avec des délais d'attente importants en psychiatrie libérale. - On note un déficit de communication sur le thème des addictions et de leur prise en charge, qu'il s'agisse de la population générale, des usagers ou des professionnels de santé de certains secteurs. <p>2) La prise en charge des patients rencontre des difficultés qui sont facteurs de rechutes, d'abandons de soins ou qui ramènent à l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les difficultés d'accès au logement, y compris social pour les 	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte de centralisation des structures au vu de la difficulté de déplacement des patients, notamment en cas de fermeture hospitalière, risque d'absence de pérennité des dispositifs excentrés. - Risque de clivages entre les équipes lié à la pluralité des structures intervenantes en addictologie.

⁴⁹ Recommandations de bonnes pratiques de la Société Française d'Alcoologie de 2014 : objectif de réduction de consommation à réhabiliter notamment avec les nouvelles médications, rôle pivot du médecin généraliste pour accompagner précocement l'objectif du patient, mise en œuvre de stratégies de réduction des dommages chez les patients non abstinents.

personnes souffrant de conduites addictives, amènent les patients de manière non justifiée dans les services d'urgence et prolongent des séjours hospitaliers non justifiés.

- Les difficultés d'accès aux SSR généralistes pour les personnes souffrant de problématiques addictives nécessitant des suites de soins médicaux ou chirurgicaux sont la cause de retours prématurés au domicile après un sevrage ou une intervention en MCO, et conduisent à des orientations non justifiées vers les services d'addictologie ou de psychiatrie.
- Il ne peut être proposé une évaluation des troubles cognitifs pour les patients pris en charge en l'absence de temps de neuro-psychologue dans la filière d'addictologie.
- L'absence d'assistante sociale complique la prise en charge des patients du Montargois. Le temps d'assistante sociale est insuffisant sur la filière Orléanaise comprenant le service de recours

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS					
Chef de projet : Dr LAPUJOLADE (CHD)					
Public concerné : Personnes souffrant de troubles addictifs					
FICHE PROJET N° 1 : Regroupement des structures de niveau 2 en addictologie au NHO					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du projet de filière de niveau 2. - Amélioration de la visibilité de la filière au travers du regroupement. - Amélioration de l'accessibilité pour les usagers. 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Equipes de soins des services d'addictologie hospitalière du CHD (temps plein et partiel du centre P. Cézanne, consultation ambulatoire St Marc et Unité d'addictologie hospitalière de liaison (UAHL) du CHRO ; Direction CHD et CHRO; Pharmacie ; services de consultations spécialisées du CHRO, SAU.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Définir les modalités du groupement des services au sein des locaux mis à disposition par le CHRO	Dr LAPUJOLADE / cadre Directions	2017	Elaboration d'un programme fonctionnel Définir les modalités de réalisation des travaux	A définir	Programme fonctionnel Suivi en Directoire
Définir les modalités d'organisation des fonctions d'appui (pharmacie, dossier patient, hôtellerie-restauration, maintenance et entretien)	DIM Services informatiques Direction de la logistique	2017	Elaboration des schémas de distribution et fourniture des prestations Conventions avec le CHRO	A définir	Suivi par les directions du CHD/CHRO
Définir les protocoles médicaux de fonctionnement avec le SAU	Dr LAPUJOLADE/cadre	2018	Elaboration d'un protocole commun convenu avec le responsable du SAU	-	Suivi en directoire
Organisation de l'accès aux examens complémentaires et consultations spécialisées	Dr LAPUJOLADE/ services du CHRO	2018	Elaboration de protocole de fonctionnement commun	-	Suivi par les directions du CHD/CHRO
Elaboration d'un plan de communication auprès des	Service de communication	2018	Définition des outils et modalités de diffusion (site	A définir	Plan de communication

partenaires et usagers			internet, plaquette, etc.)		
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Rapprochement avec le CHRO - Recueil d'activité commun - Continuité du projet médical existant à effectif constant 			<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance du projet par les usagers et les acteurs de santé 		
INDICATEURS D'ACTIVITE ET DE QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - File active par modalités de prise en charge, ventilation par motif/diagnostic ; ventilation par origine géographique. - DMS ; Taux d'occupation. - Taux de recours à l'hôpital de jour et à l'hospitalisation à temps complet. - Nombre de prises en charge arrêtées en cours de cure et motifs. - Evaluation du parcours patients (Patient traceur) et analyse des évènements indésirables (CREX). - Nombre d'actes et de prise en charge en éducation thérapeutique. 					

Filière : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS					
Chef de projet : Dr LAPUJOLADE (CHD)					
Public concerné : Personnes souffrant de troubles addictifs.					
FICHE PROJET N° 2 : Accès aux soins en suite de sevrage hospitalier					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge en addictologie à la suite d'un sevrage hospitalier en faveur des personnes en situation d'isolement et/ou de précarité - Permettre l'accès aux soins ambulatoires à tous les bassins de population notamment le Pithiverais, le Giennois - Favoriser les liens entre les usagers, les médecins traitants et les acteurs de l'addictologie - Réduire les risques notamment en matière de troubles cognitifs liés à l'alcool 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Partenaires de l'addictologie selon les bassins de population ; CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ; ANPA, APLEAT, ESPACE, ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie), médecins généralistes, GRAPPA, groupes néphalistes : Alcooliques anonymes, Vie Libre, Alisa, URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé).					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Mise en place d'une une équipe mobile à destination du territoire du Giennois dans un premier temps	Dr LAPUJOLADE Mme CHAMPAVERT	2018	Dimensionnement de l'équipe à prévoir sur une première phase, selon activité identifiée : 1 ETP IDE en priorité, possibilité de mutualiser du temps d'assistante sociale Accès à un véhicule Coordination avec les acteurs de l'addictologie et des médecins traitants autour du projet	50 000 €	Suivi selon rapport d'activité du DIM
Production d'outil de communication à destination des partenaires	Equipe d'addictologie	2017	Coordination avec le service communication.	A définir	Définition d'un plan de communication
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
- Rapprochement des acteurs du territoire au travers du projet médical de territoire			<ul style="list-style-type: none"> - Risque de clivage des équipes lié à la pluralité des structures intervenantes en addictologie - Financement des postes et consensus des acteurs de santé - Communication entre les acteurs de l'addictologie et de la médecine générale 		
INDICATEURS D'ACTIVITE ET DE QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actes et de prise en charge ; ventilation selon origine géographique et motifs/diagnostic ; - Liste d'attente ; - Evaluation du parcours patient : nombre d'évaluation, de suivi, taux d'hospitalisation pour soins complexes en addictologie 					

Filière : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS**Chef de projet : Dr LABARRIERE (CHRO)****Public concerné : Personnes souffrant de troubles addictifs****FICHE PROJET N° 3 : Prise en charge des troubles cognitifs précoces et tardifs liés à l'alcool****OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

- Améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge précoce des troubles cognitifs liés à l'alcool
- Améliorer la prise en charge des troubles cognitifs sévères, tardifs liés à l'alcool

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Addictologie hospitalière du CHD (temps plein et partiel P. Cézanne, consultation ambulatoire St Marc), Unité d'addictologie hospitalière de liaison ; Centre d'addictologie de recours et UHAL (CHD et CHRO) ; SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile).

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Réalisation de bilan neuro-cognitif au CHRO et dans les services d'addictologie du CHD afin de mettre en œuvre de soins complexes adaptés aux troubles neuro-cognitifs	Dr LABARRIERE	2018-2019	1 ETP neuro-psychologue adossé à l'équipe de liaison avec mise à disposition de temps pour les services d'addictologie du CHD	60 000€	
Suivi à domicile des personnes ayant des troubles neuro-cognitifs avancés	Dr LAPUJOLADE	2019-2020	Temps IDE et assistant social à dimensionner selon activité prévisionnelle	A définir	

LEVIERS/RISQUES**LEVIERS/OPPORTUNITES**

- Recommandations de développement de la remédiation cognitive

PRINCIPAUX RISQUES

- Fiche action conditionnée à la création d'un poste de neuro-psychologue

INDICATEURS D'ACTIVITE ET DE QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION

- Evaluation du nombre de prise en charge en bilan neuro-cognitifs ;
- Nombre de suivi à domicile.
- Impact sur taux de réhospitalisation.

9- FILIERE SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

Le dispositif de santé dédié aux soins psychiatriques à la population pénale du département du Loiret propose une offre de soins complète et complémentaire. Il convient de préciser ici, que cette filière de soins aux détenus s'adresse également à toute personne sous mains de justice dans les établissements pénitentiaires dans la région Centre Val de Loire et de l'inter région pénitentiaire de Dijon (Centre val de Loire, une partie de la Bourgogne et de la Champagne Ardennes) en fonction des niveaux de soins décrits ci-dessous.

Le Centre Pénitentiaire d'Orléans-Saran (CPOS) présente la particularité d'intégrer dans ses locaux une équipe soignante pluri professionnelle chargée des soins psychiatriques de niveau un et de niveau deux. De plus, des soins psychiatriques de niveau trois sont proposés à proximité avec la présence de l'UHSA sur le site du Centre Hospitalier Georges Daumezon à Fleury-les-Aubrais.

Ces soins de niveau un, deux et trois sont organisés de façon parfaitement intégrée au sein d'un même pôle « Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire » du Centre Hospitalier Georges Daumezon.

Au Centre Pénitentiaire d'Orléans-Saran (CPOS) le Dispositif de Soins Psychiatriques (DSP) de niveau 1 comprend l'unité de consultation et de soins ambulatoires (ex UCSA) et les soins de niveau 2, unité d'hospitalisation de jour, (ex service médico-psychologique régional, SMPR). Il s'agit d'un champ bien particulier où le médical et le pénitentiaire ont à trouver un juste équilibre.

- ▲ **Soins de Niveau 1 à vocation locale sur le CPOS:** soins de proximité ou soins ambulatoires gradués et diversifiés qui intègrent les soins médico-psychologiques de consultations, d'entretiens individuels, d'activités de soutien, de dépistage et de prévention, d'accompagnement vers l'autonomie, d'actions sociologiques et éducatives (éducation à la santé). L'équipe soignante travaille en étroite collaboration et coordination avec l'équipe médicale des soins somatiques du CHR Orléans.
- ▲ **Soins de Niveau 2 à vocation régionale pour le Centre Val de Loire:** les soins en hospitalisation de jour avec hébergement à proximité de l'unité. Les soins sont individualisés ou collectifs en groupes thérapeutiques. Il est proposé une alternance de consultations, de thérapies individuelles et d'activités en ateliers thérapeutiques. Les personnes détenues prises en charge sont soumises au régime de détention ordinaire.
- ▲ **Soins de Niveau 3 à vocation inter régionale dépendant de la DISP de Dijon :** Depuis la loi n° 2002-11-38 d'orientation et de programmation de la justice prévoit dans son article 48 que : *"L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité spécialement aménagée"* (article L 3214.1 du code de la Santé Public). Un programme a été établi au plan national avec la création de 700 lits sur la période 2008-2010. La loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 prévoit dans son article 46 de la Section 7 relative à la Santé que « *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux*

personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ».

Cette prise en charge en hospitalisation à temps complet concerne les personnes détenues présentant des états psychiatriques aigus, ainsi que tous les troubles psychopathologiques qui ne peuvent être pris en charge en ambulatoire en milieu pénitentiaire. L'équipe soignante s'engage à ce que les dispositions relatives aux droits des malades ainsi qu'à la qualité et à la sécurité des soins s'appliquent pleinement aux personnes détenues hospitalisées dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. La continuité des soins s'organise en articulation avec le dispositif de prise en charge ambulatoire : DSP Niveau 1 et niveau 2 et les secteurs de soins psychiatriques (CMP).

- ▲ **La consultation pour les soins pénalement ordonnés** : prise en soins des personnes en liberté, ou liberté surveillée, condamnées à une injonction thérapeutique, une obligation de soins ou une injonction de soins.

Dispositif à disposition de la population pénale et post pénale du département du Loiret :

- CHRO : unité sanitaire : dispositif de soins somatiques niveau 1 sur le Centre Pénitentiaire d'Orléans Saran.
- CHRO : hospitalisation temps complet la prise en charge des soins somatiques en chambre sécurisée.
- CHD : hospitalisation en temps complet pour les urgences psychiatriques ne pouvant être traitées par l'UHSA (week-end et jours fériés), également pour les personnes suivies en milieu ouvert et celles bénéficiant de l'article D398 (irresponsables pénalement).
- CHD au Centre Psychiatrique d'Accueil d'Urgence : consultation d'urgence à visée d'évaluation psychiatrique et de diagnostic.
- CHD : unité sanitaire : dispositif de soins somatiques niveau 1 (consultations) sur le Centre Pénitentiaire d'Orléans Saran.
- CHD : unité sanitaire : dispositif de soins somatiques niveau 2 (hôpital de jour vocation régionale) sur le Centre Pénitentiaire d'Orléans Saran.
- CHD en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) : soins de niveau 3 (vocation interrégionale DISP Dijon), hospitalisation à temps complet, sur le site du CHD Georges Daumazon à Fleury-les-Aubrais.
- CHD : Consultations pour les soins pénalement ordonnés : sur le pôle psychiatrie en milieu pénitentiaire à De Clérambault sur le site du CHD, et sur les structures ambulatoires de tous les pôles de soins en Centre Médico-Psychologique (CMP) repartis sur l'ensemble du territoire du Loiret.

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

L'objectif global des activités du pôle psychiatrie en milieu pénitentiaire est de soutenir l'accompagnement de toute personne en situation de détention ou condamnée à des soins pénalement ordonnés à bénéficier d'un accès aux soins spécialisés en psychiatrie équivalent à l'offre de soins en psychiatrie générale.

- Promouvoir l'offre de soins en hospitalisation en UHSA
- Améliorer la prise en charge et la continuité des soins en particulier en développant l'accès aux soins post pénaux et /ou pénalement ordonnés, en particulier pour les auteurs de violences sexuelles, ou de violences conjugales,

- Accompagner les patients psychotiques les plus fragilisés et en situation de précarité vers une réinsertion sociale dès la levée d'écrou ou suivi en milieu ouvert.
- Améliorer l'exhaustivité des actes de la consultation post pénale.

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

1. Analyse de la prévalence des troubles psychiatriques en détention au niveau national :

Un quart des détenus de métropole, hommes ou femmes, présenteraient un trouble psychotique. Les associations de troubles sont fréquentes dans ces populations, essentiellement sous la forme de troubles thymiques et anxieux (3 à 4 détenus sur 10), troubles anxieux et dépendance aux substances ou à l'alcool, troubles thymiques et dépendance, troubles anxieux et psychotiques, chacune de ces associations concernant environ 20% des détenus⁵⁰.

2. Analyse de l'activité au niveau régional et départemental

La capacité théorique des établissements pénitentiaires de la région Centre est de 1973 places. Le centre pénitentiaire d'Orléans-Saran, comprend des quartiers à régime de détention différents, doté de 768 places destinées à des personnes majeures.

Le nombre de patients hospitalisés à l'UHSA augmente depuis 2013 avec 107 séjours en 2013, 218 en 2014 et 294 en 2015. La durée moyenne de séjour est de 33 jours en moyenne, ce qui permet d'assurer un *turn over* satisfaisant de l'unité et est conforme au projet médical. Le dispositif de niveau 1 et 2 (consultation ambulatoire et hôpital de jour du CPOS) a réalisé une activité de 1 460 en 2014 qui a augmenté avec la montée en charge du dispositif avec une activité de 7 540 venues en 2015, ce qui représente 1 028 patients en 2015 contre 333 en 2014. La consultation de niveau 1 s'est développée avec l'installation progressive de l'équipe du DSP sur le CPOS entre 2014 et 2015. L'ouverture du niveau 2 (hôpital de jour permet également d'inscrire un plus grand nombre de patients dans un suivi et une évaluation psychiatrique.

Environ 6,6% des patients pris en charge dans le dispositif de niveau 1 et 2 a fait l'objet d'une prise en charge à temps complet à l'UHSA.

3. Analyse de la précarité sociale des patients détenus avant levée d'écrou

Le nombre de patients en fin de peine suivis socialement entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 novembre 2016 au DSP est de 142 patients. Sur ces 142 suivis, 34 patients sont concernés par la problématique d'un accès au logement.

Les 108 patients restants sont, soit prévenus (donc en attente de jugement), soit transférés (plus la main sur la situation sociale), soit incarcérés sur de longues peines (trop tôt pour travailler l'hébergement/Attente de transfert en CD). L'insertion par le logement à l'issue de la levée d'écrou est un enjeu majeur afin de prévenir les récidives et les ruptures de prise en charge liées à la précarité sociale (absence de ressources et de logement).

4. Analyse des besoins de prise en charge en psychiatrie à l'issue de l'incarcération

⁵⁰ *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes en prison.* Frédéric ROUILLON, Anne DUBURCQ, Drancis FAGNANI, Bruno FALISSARD, 2006.

Sur l'ensemble des patients suivis en détention par le pôle de soins en milieu pénitentiaire du CHD, 2% (10 patients) ont fait l'objet d'une hospitalisation à temps complet ou à temps partiel en 2014 et 3,3% (16 patients) en 2015.

196 patients d'une consultation post pénale sont suivis dans les CMP de secteurs à ce jour pour 569 actes médicaux et 730 actes infirmiers annuels.

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

DEVELOPPER LES SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE	
FORCES	OPPORTUNITES
<p><u>Activité :</u> 3 niveaux de PEC complète, graduée, complémentaire (consultation – Hôpital de jour – Hospitalisation à Temps Complet). DMS courte en HTC et HDJ. Diversité de l'offre de soins avec un large panel d'ateliers thérapeutiques ciblés.</p> <p><u>Ressources :</u> Les équipes pluridisciplinaires, formées et qualifiées (formations ciblées). Tous les soignants savent transmettre leurs connaissances et compétences aux nouveaux arrivants, mais aussi aux étudiants et auprès des agents de l'administration pénitentiaire. Toutes catégories professionnelles confondues, les professionnels sont très engagés, volontaires et motivés et font preuve d'une solidarité exemplaire pour la continuité des soins. Des protocoles cadres existent et sont à disposition des équipes Les locaux sont neufs en intra comme en extra hospitalier, fonctionnels et agréables permettant une qualité de vie au travail malgré l'environnement pénitentiaire. Dispositif de formation continue permettant un développement des expertises soignantes. La direction du CHD en particulier le directeur référent de pôle est engagé et soutenant dans les projets du pôlePMP.</p> <p><u>Organisations :</u> Les réponses aux besoins de prise en soins sont organisées, programmées, anticipées. Le circuit patient est bien identifié. Le travail de partenariat avec l'administration pénitentiaire est opérationnel pour le circuit patient, les transferts, et la confiance est instaurée afin de permettre aux patients la liberté d'aller et venir dans les structures respectives sur des créneaux horaires définis dans les protocoles cadres. Une grande richesse de concertation avec toutes les</p>	<p><u>Activité :</u> la consultation post pénale existe dans tous les pôles de psychiatrie générale en CMP. Développement de la consultation spécialisée dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles par des professionnels formés.</p> <p><u>Ressources :</u> Attractivité du pôle pour sa spécificité. Attractivité du travail en 12h. Formation continue en fonction du projet de pôle. Trio de pôle opérationnel. Travail partagé entre équipe médicale et d'encadrement (confiance mutuelle).</p> <p><u>Organisations :</u> Projet de pôle structuré. Projets médicaux dans chaque unité de soins utilisés comme repère. protocoles cadres de fonctionnement sont très respectés. partenariat avec le SPIP et sa direction surtout au DSP mais des liens sont à développer pour la prise en charge en UHSA.</p> <p><u>Qualité des soins:</u> Les protocoles qualité du CHD sont applicables dans toutes les UF du pôle.</p>

<p>équipes ambulatoires quel que soit le centre de détention ou les liens avec les CMP pour les relais de prise en charge. Polyvalence de l'équipe médicale, de l'encadrement, et de personnel administratif (secrétaire) sur les 3 structures.</p> <p><u>Qualité des soins :</u> Réunions cliniques dans chaque unité facilitant la compréhension des situations et l'approche soignante du patient. Les protocoles sont connus et utilisés en respect des bonnes pratiques recommandées par l'HAS (ceci a été reconnu par les experts visiteurs lors de la dernière visite de certification) Analyse des parcours patient et patient traceur comme outil de diagnostic, retour des résultats la certification très satisfaisants Très bon partenariat pour la prise en charge holistique des patients avec le dispositif de soins somatiques du CHRO et la médecine générale du CHD Analyse des pratiques dans chaque unité en HTC et ambulatoire</p>	
FAIBLESSES	RISQUES
<p><u>Activité :</u> Activité basse en UHSA liée à la carte pénitentiaire la plus petite en termes de population pénale. Nous sommes dépendant des orientations des unités sanitaires qui manquent de médecins prescripteurs (peu de PH dans les unités sanitaires partenaires sur la détention) . Pas de possibilité d'amission le WE et en soirée (absence des médecins et formalités complexes sur des astreintes administratives) Pas de possibilité d'admission des urgences, les patients sont orientés sur le CHD vers les services de psychiatrie générale Dispositif dépendant uniquement de nos partenaires pour l'orientation de nos patients à la sortie de prise en charge.</p> <p><u>Ressources :</u> Effectifs soignants à flux tendu malgré un faible taux d'absentéisme, les équipes sont sur une autonomie de remplacements pour toutes les absences des agents (pas de suppléance extérieure, nécessité d'une autorisation d'entrée et d'exercer sur la structure demandée par l'administration pénitentiaire. Un ETP de secrétaire non occupé pour raison de santé. Difficulté de recrutement médical.</p> <p><u>Organisations :</u> Difficultés de communication avec l'administration pénitentiaire (regard et logique différents). Contraintes des circuits des matériels pour les activités thérapeutiques.</p>	<p><u>Activité :</u> Contraintes budgétaires ne permettant pas le développement de l'ensemble des projets du pôle. Certains centres hospitaliers gardent les détenus dans leurs services de soins ce qui ne favorise pas le taux d'occupation des lits en UHSA. Délais d'admission en HTC longs ne facilitant le taux de remplissage en HTC.</p> <p><u>Ressources :</u> Manque de financement pérenne Pas d'hébergement pour les patients en levée d'érou en situation de précarité, prise en charge interrompue brusquement, risque de récidence des symptômes. Manque de liens avec le SPIP en UHSA Cohabitation de 2 cultures différentes (sanitaire et pénitentiaire) avec des contraintes distinctes</p> <p><u>Organisations :</u> Lourdeur des procédures administratives sur les circuits d'admission à environ 6 jours ce qui retarde l'intégration du patient d'autant. Taux de remplissage des lits en HTC insatisfaisant Centres de détention très éloignés, les délais de route très importants temps et risque /insécurité pendant le transport :</p>

Manque de relais d'alternative en hébergement à la levée d'écrou.

Qualité des soins

Difficulté sur la continuité des soins par rapport au service de garde (certains PH refusent de venir en UHSA ou de se conformer aux exigences des formalités d'entrée).

Absence de programme de soins, Suite des soins non obligatoire en détention, recrudescence des symptômes conduisant à reprendre la prise en charge.

Qualité des soins :

Contraintes pénitentiaires posent des limites en terme d'accès aux salles d'activité thérapeutique et capacité limité dans les groupes.

Difficulté à connaître les échéances de sortie ce qui met les équipes en difficulté pour construire les projets de sortie avec une continuité des soins (levée d'écrou, sortie sèche...).

Mouvements des patients dépendant de l'administration pénitentiaire, qui n'a qu'une seule équipe de transfert ce qui occasionne des retard d'intégration = retard de prise en charge.

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE					
Chef de projet médical : Dr François PARROT, chef du pôle soins en milieu pénitentiaire (CHD)					
Public concerné : Population pénale de l'inter région pénitentiaire couverte par l'UHSA d'Orléans					
FICHE PROJET N° 1 : Développer l'offre de soins en hospitalisation en UHSA					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<p>Objectifs de soins : Orienter les patients vers la prise en soins la plus adaptée, éviter l'hospitalisation dans les hôpitaux de proximité dans lesquels les conditions de sécurité ne sont pas réunies.</p> <p>Résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins sécurisés pour le traitement de la crise tout en maintenant les droits des personnes détenues ; • Eviter le recours systématique à l'isolement ; • Durée moyenne de séjour (DMS) adaptée avant le relais de prise en charge en ambulatoire sur la détention ; • Optimiser le potentiel de l'UHSA aujourd'hui sous occupée (taux d'occupation à 58%). 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Equipes médicales et soignantes des établissements pénitentiaires du ressort de l'UHSA dont le CPOS ; les directions et équipes de soins des établissements hospitaliers de proximité ; ARS ; Administration pénitentiaire.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Informer nos partenaires sur les missions des équipes de psychiatrie en milieu pénitentiaire, sur les modalités de PEC et de relais. Redonner les formulaires, indiquer le site internet.	L'équipe médicale et d'encadrement de l'UHSA	Fin 2017 et 1 ^{er} semestre 2018, puis action à renouveler annuellement	Déplacements sur les établissements pénitentiaires et accueil / visite en UHSA	Frais de déplacements	Nombre de personnes ciblées par l'information, Exhaustivité des équipes soignantes rencontrées Taux d'occupation de l'UHSA
Accompagner l'information avec création d'une plaquette sur les dispositifs de soins en HTC et en ambulatoire, et visite des équipes soignantes dans les	L'encadrement de l'UHSA	Actualisation de la plaquette Fin 2017 et 1 ^{er} semestre 2018, puis action à renouveler annuellement	Collaboration avec le service de communication du CHD	500€	Nombre de plaquettes à disposition Taux d'occupation à l'UHSA

centres de détention et les Centres hospitaliers de proximité					
Elargissement du ressort territorial de l'UHSA à un établissement pénitentiaire d'île de France	DISP		Démarche à définir conjointement avec l'ARS auprès du ministère		
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
⇒ Site du CHD peut être réactualisé très rapidement pour une information renouvelée ⇒ Opportunités réglementaires loi de 2002 relative aux hospitalisations en UHSA pour les personnes détenues, ⇒ Leviers : plaquette existante attractive, site internet, liens inter professionnels réguliers que ce soit en présence ou par téléphone			⇒ Manque de temps pour visiter les équipes ambulatoires des établissements pénitentiaires		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> • Taux de ré hospitalisations. • Bilan annuel d'activité de l'UHSA présenté notamment en commission de coordination de l'UHSA : taux d'occupation, DMS, file active, ventilation par motifs de prise en charge, taux de recours à l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à temps complet. • Nombre d'hospitalisation hors UHSA, sur site du CHD et motifs. • Evaluation du parcours patient (patient traceur), analyse des évènements indésirables (CREX) 					

Filière : SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE

Chef de projet médical : Dr François PARROT, chef du pôle soins en milieu pénitentiaire (CHD)

Public concerné : personnes condamnées par la justice à une obligation ou injonction de soins des soins, acteurs de violences (sexuelles, conjugales, autres...) à l'exclusion des problèmes d'addiction.

FICHE PROJET N° 2 : Consultation post pénale pour les soins pénalement ordonnés

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Objectifs :

- Améliorer la prise en charge et la continuité des soins en particulier en développant l'accès aux soins post pénaux et/ou pénalement ordonnés.
- Améliorer la coordination et éviter les retards de prise en charge.
- Favoriser la prise en charge globale du patient par une évaluation médicale croisée et complémentaire.
- Mettre des compétences spécifiques au bénéfice de la prise en charge

Résultats attendus :

- Offrir une prise en charge adaptée grâce à la formation des professionnels du pôle PMP (sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles par exemple).
- Garantir une offre de soins pour toute personne condamnée.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Les professionnels du pôle PMP (praticiens hospitaliers, psychologues, IDE) ; Service de Probation et Insertion ; Administration pénitentiaire ; Juge d'application des peines ; CMP du CHD ; l'ARS.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Élaboration du projet de nouvelle offre de soins post-pénale proposée par le pôle. Consolider les coopérations et les liens professionnels inter équipes du pôle PMP avec les CMP, le SPIP, les magistrats dans des objectifs qualitatifs de prise en charge, rédaction de protocoles d'orientation	Dr PARROT	fin 2017	Définir les besoins : - Ressources humaines : PH ; psychologues et IDE à dimensionner - Investissements en équipement immobilier : à moyens constants - Cartographie de compétences - Elaboration des protocoles médicaux - Définition d'un programme de formation	A définir	Elaboration de protocoles d'orientation ; nombre d'erreurs d'orientation/recours ; Nombre de professionnels formés
Mise en œuvre de la consultation post-pénale	Dr PARROT	2018-2019		-	Evaluation à 6 mois puis 1 an Suivi en directoire

LEVIERS/RISQUES

LEVIERS/OPPORTUNITES

PRINCIPAUX RISQUES

⇒ Opportunités : patients actuellement PEC dans les CMP par des équipes non formées

⇒ Risques : insuffisance de moyens pour la mise en œuvre du projet avec maintien des

<p>⇒ Réglementairement cette nouvelle offre de soins permettra une lisibilité du dispositif facilitant l'orientation et la PEC</p> <p>⇒ Compétences reconnues de nos professionnels</p> <p>⇒ Leviers : Chefs de pôles favorables à une centralisation de ces PEC spécifiques</p>	<p>PEC par les CMP de proximité sans les formations adaptées.</p>
<p>INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - File active, ventilation par modalités de soins pénalement ordonnés. - Durée moyenne des prises en charge en CMP. - Délais de prise en charge et nombre d'orientations. - retours de satisfactions des magistrats, bilan annuel de fonctionnement. 	

Filière : SOINS EN MILIEU PENITENTIAIRE

Chef de projet médical : Dr PARROT (CHD)

Public concerné : patients psychotiques sortant de détention, en situation de précarité et isolés socialement, nécessitant une poursuite des soins ; hors aménagement de peines (potentiel de 35 patients identifiés au sein du pôle soins en milieu pénitentiaire en 2016).

FICHE PROJET N° 3 : Création d'appartements de transition en sortie d'incarcération

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Prévenir la récidive pénale et la poursuite des soins psychiatriques en accompagnant les patients les plus fragilisés et en situation de précarité dans une démarche d'insertion sociale dès la levée d'écrou au travers de la mise à disposition d'un appartement de 3-4 places.

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Service social du CHD et CCAS, bailleurs sociaux, foyers, psychiatrie : CMP ; SPIP ; Médecine libérale.

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Rédaction du Projet médical pour soutenir la création d'un ou plusieurs appartements alternatifs avec prévisions des organisations et des moyens	Dr PARROT	2017	Investissements en équipement : locaux dédiés avec chambres individuelles et espaces communs + mobilier Ressources humaines : 1,5 ETP IDE + 0,50 ETP assistant social, le personnel recruté venant renforcer l'équipe existante du DSP pour déployer cette nouvelle activité Temps médical à moyens constants Moyens mutualisés : suppléance infirmière et médicale en interne au Pôle PMP	Investissement Immobilier 33 000€ Budget d'entretien : 8 000€ RH : IDE 750 00€ Assistant social 25 000€	Suivi en directoire et consultation des instances
Engager avec le réseau la continuité de la PEC sociale, en hébergement individuel ou en institution et relais pour la continuité des soins. Restaurer les liens familiaux	Encadrement	2018	Achat d'un véhicule de secteur	10 000€	
Accueil des premiers patients	Dr PARROT	2018-2019			Evaluation à 6 mois-1 an

LEVIERS/RISQUES

LEVIERS/OPPORTUNITES

PRINCIPAUX RISQUES

<ul style="list-style-type: none"> • Liens déjà engagés avec APPLEAT, SPIP 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de personnel paramédical et d'assistant social • Saturation du dispositif • Amalgame avec un lieu d'exécution des peines
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de prise en charge relayées en CMP ; • Ventilation des prises en charge en aval (accès au logement ordinaire, foyers, etc.) ; • Nombres de réincarcérations ; • Taux d'occupation et de <i>turn over</i> ; • Durée moyenne de séjour ; • Satisfaction des usagers. 	

10- FILIERE SOINS SOMATIQUES

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE

Le service de médecine générale intervient du lundi au vendredi afin d'assurer la prise en charge somatique de première attention des patients en hospitalisation à temps complet. Les unités de soin contactent le Service de Médecine Générale en cas de nécessité d'un examen somatique des 24 heures, ou d'un problème somatique autre.

Le Service de Médecine Générale a pour objectif de prendre en charge les patients l'examen somatique des 24 heures, si le patient est hospitalisé sous contrainte, examiner tout patient hospitalisé en cas de plainte physique, le surveiller en cas de pathologie spécifique. Enfin, il assure la prise en charge des urgences en lien avec le SAMU et le SAU.

Pour ce faire, plusieurs conventions ont été instaurées avec des services du CHRO mais également avec des partenaires extérieurs. A ce jour, le service s'appuie sur une convention avec le service de dermatologie du CHRO, le service de Neurologie du CHRO, le centre d'Imagerie médicale de la Pointe Saint Loup à Saint Jean de Braye, ainsi que le centre d'Imagerie faubourg Bannier à Fleury-les-Aubrais.

Le service n'a pas pour objectif de suivre le patient une fois qu'il est sorti du CHD. EN revanche, quand cela est nécessaire, il rédige un courrier au médecin traitant du patient ou à la structure qui l'accueille afin de lui adresser un résumé des antécédents médicaux ainsi que des prises en charge en cours.

Le Service de Médecine Générale organise 4 à 5 fois par an une commission des soins somatiques incluant les médecins, les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé, les IDE afin d'échanger que les problèmes que chacun peut rencontrer et proposer des solutions pour améliorer la qualité de la prise en charge somatique du patient. Il participe aussi à d'autres instances : CME, CLAN, CLUD.

Le Service de Médecine Générale dispense également des formations aux équipes médicales et paramédicales ayant pour thème le chariot d'urgence et les gestes d'urgence, l'interprétation des ECG, et l'utilisation du MEOPA.

Le Service de Médecine Générale organise la campagne de vaccination contre la grippe, et ce depuis 2013, ce qui représente chaque année environ 70 patients (la plupart étant des patients hospitalisés de longue date).

b- OBJECTIFS DE LA FILIERE

- Communiquer sur la prise en charge au CHD auprès des partenaires extérieurs avec lesquels il existe des conventions de prise en charge des soins somatiques (service de spécialité au CHRO) au moyen d'outils type plaquette permettant d'expliquer concrètement le fonctionnement et les moyens dont nous disposons pour la prise en charge du patient.

- Améliorer la qualité, la continuité de la prise en charge et les délais d'accès aux soins de spécialités somatiques au travers de protocoles médicaux avec les services de spécialité du CHRO ;
- Améliorer la qualité et la continuité des soins au travers d'un échange facilité des données à caractère médical (examens d'imagerie, biologie).
- Pérenniser et développer l'offre de rééducation multidisciplinaire nécessaire à une prise en charge globale en psychiatrie (kinésithérapie, psychomotricité, diététique).

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

1. Les indicateurs épidémiologiques des besoins en santé somatique en psychiatrie

Les patients suivis en psychiatrie présentent des facteurs de risques majorés cardio-vasculaires et néoplasiques des patients sédentaires, neuroleptisés consommant du tabac et autres toxiques. La prévalence de l'obésité ou surpoids est également une co-morbidité fréquemment associée.

50% des patients suivis ont un état dentaire catastrophique selon une étude interne au CHD menée en 2016.

La précarité sociale est également un facteur de risque régulièrement rencontrée avec rupture du suivi médical par la médecine de ville. Ce risque est d'autant plus important que la démographie médicale des médecins généralistes de ville est insuffisante pour faire face aux besoins de la population du Loiret.

2. Les indicateurs d'activité du service de médecine générale

En 2016, le Service de Médecine Générale a réalisé 3063 consultations et donné 1200 avis médicaux. Parmi ces consultations, 146 étaient des urgences dont une cinquantaine vitales et 16 ayant nécessité une prise en charge par le SMUR.

Elles étaient réparties de la façon suivante : 20 en Cardiologie, 18 en Pneumologie, 18 en Traumatologie, 14 en Orthopédie, 10 en Infectiologie, 10 en Gastro-entérologie, 9 en Neurologie, 7 en Soins Palliatifs, 3 en Gynécologie, 3 en Hématologie, 2 en Chirurgie digestive, 2 en Réanimation, 2 en Ophtalmologie, 2 en Dermatologie, 1 à SOS mains.

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE	
FORCES	OPPORTUNITE
<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins du SMG sont présents 5 jours sur 7. • Bonne collaboration avec le CHRO et autres effecteurs du secteur privé (conventions), et avec les équipes médicales et paramédicales du CHD, avec la pharmacie. • Amélioration de la prise en charge de la douleur avec l'équipe du CLUD. • Equipement de toutes les unités de soins en intra de chariot d'urgence et dispensation de formations sur le chariot d'urgence, l'utilisation du MEOPA et 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de l'état somatique du patient en milieu psychiatrique. • Prise en charge des patients psychiatriques au CHRO. • Renforcement des conventions avec les autres services médicaux notamment le CHRO.

<p>l'interprétation des ECG.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place systématique du bilan d'entrée. • Réalisation des petites urgences sur place et de la phase initiale des urgences vitales. • La réactivité des partenaires adaptée : en cas de demande urgente, la réponse est dans la plupart du temps entendue. 	
FAIBLESSES	RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'effectif médical au sein du Service de Médecine Générale pour répondre à l'ensemble des besoins. • Absence d'accès au PACS du CHRO. • Logiciel de gestion de dossiers patients n'incluant pas les examens complémentaires. • Pas d'accès à la messagerie sécurisée (Apicrypt). • Difficulté d'orientation des patients pour des soins dentaires. • Orientation inadéquate par la psychiatrie de liaison du CHRO : adressage de patients insuffisamment stabilisés sur un plan somatique. • La récupération des antécédents du patient ainsi que de son dossier médical est un des points de rupture. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque lié à l'inadéquation des outils de communication accessible aux partenaires. • Non suivi des protocoles médicaux faisant l'objet de convention par les signataires. • Pérennité de la prise en charge kinésithérapique (difficulté de recrutement et d'attractivité pour l'exercice public de cette fonction). • Précarité de la présence médicale au sein du Service de Médecine Générale qui repose sur 2 ETP.

PARTIE II. FICHES PROJETS

Filière : AMÉLIORER L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE					
Chef de projet médical : Docteur PIROELLE (CHD)					
Public concerné : Services de soins des établissements MCO du GHT					
FICHE PROJET N° 1 : Conventions					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir les ruptures de prise en charge des patients suivis en MCO et en psychiatrie ; • Améliorer la qualité et les délais de prise en charge en développant la communication et la transmission des données médicales nécessaires à la prise en charge (formalisation des modalités de fonctionnement et d'adressage, documents à fournir, etc.) 					
COLLABORATEURS A MOBILISER (Partenaires internes et externes)					
Les services de spécialités du CHRO ; Service de Médecine Générale et de Psychiatrie ; Services de psychiatrie du CHD					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités d'évaluation et indicateurs de résultats
Elaboration de protocoles de prise en charge	Dr PIROELLE	2017-2019	Définition des circuits et du parcours de soins ; Formalisation des conventions en lien avec la direction des affaires générales	-	Suivi en directoire et instances
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRE-REQUIS/ RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> • Gain de temps et de qualité de prise en charge • Rapprochement facilité avec le GHT. 			<ul style="list-style-type: none"> • Non suivi du protocole par les signataires et les équipes lié à une mauvaise communication au CHD ou au CHR lors de la mise en place ; 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des délais de prise en charge au CHRO sur les services à forte consultation • Evaluation du parcours du patient (patient traceur) ; analyse des événements indésirables (CREX) 					

Filière : AMÉLIORER L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE					
Chef de projet médical : Docteur PIROELLE (CHD)					
Public concerné : Patients hospitalisés au CHD					
FICHE PROJET N° 2 : Création d'un service de rééducation multidisciplinaire					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la prise en charge somatique du patient au sein du CHD avec la présence d'une diététicienne et l'arrivée prochaine d'une psychomotricienne Compléter et diversifier l'offre de rééducation proposée par les kinésithérapeutes du CHD 					
COLLABORATEURS A MOBILISER (Partenaires internes et externes)					
Diététicienne ; Psychomotricienne ; Kinésithérapeutes ; service de médecine générale ; pôle d'appui					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteurs de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget	Modalités d'évaluation et indicateurs de résultats
Mise en relation de tout le personnel de rééducation	Dr PIROELLE Dr DAVID	2017-2018	Matériel de psychomotricienne salles de travail	A définir	Suivi de l'activité en conseil de pôle, en CLAN et commission somatique
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRE-REQUIS/ RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge somatique plus complète Locaux communs pour faciliter la prise en charge somatique et la visibilité de l'équipe par les équipes de psychiatrie 			<ul style="list-style-type: none"> Non communication entre les différents personnels Demande exponentielle qui ne permettrait pas de répondre à toutes les sollicitations 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de prises en charge par type d'activité ; Durée moyenne de prise en charge en psychomotricité et kinésithérapie. Taux de patients bénéficiant de prescriptions diététiques ; psychomotricité ; kinésithérapie. 					

Filière : AMÉLIORER L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EN PSYCHIATRIE					
Chef de projet médical : Docteur PIROELLE (CHD)					
Public concerné : Patients hospitalisés au CHD ayant eu des examens au CHRO.					
FICHE PROJET N° 3 : Amélioration du dossier patient					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du dossier patient avec interactivité avec les dossiers du CHRO avec notamment la biologie et la radiologie, comme le font un grand nombre de médecins libéraux (accès à plateforme de recueil des analyses biologiques, PACS). Permettre au dossier Cortexte d'intégrer des images, des scans, etc. 					
COLLABORATEURS A MOBILISER (Partenaires internes et externes)					
Service Informatique CHRO ; Service Informatique CHD					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteurs de l'action	Echéancier prévisionnel (début/fin)	Ressources nécessaires	Budget	Modalités d'évaluation et indicateurs de résultats
Accéder aux examens biologiques et d'imagerie du CHRO	Informatique CHD, Informatique CHRO	2018	Evaluer la faisabilité de l'accès au PACS et de la mise en place de la gestion externalisée des documents dans le DPI	A définir	Schéma directeur du système d'information
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRE-REQUIS/ RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> Information rapide des résultats, gain de temps 			<ul style="list-style-type: none"> Panne des serveurs transmettant les données Perte d'informations 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> Taux de services bénéficiant de la gestion externalisée des documents dans le DPI. Effectivité de l'accès au PACS et plateforme d'accès aux analyses de laboratoire. 					

11- AXE THERAPIES SPECIFIQUES

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DE LA FILIERE

Outils thérapeutiques	Adressage- Point d'entrée dans le dispositif- modalités d'inclusion
Thérapies familiales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les équipes pluridisciplinaires des structures des établissements CHD et CHAM, les médecins libéraux, psychologues, infirmières scolaires (collèges, lycées), établissements scolaires (par le biais des enseignants), le CHRO (urgences, psychiatrie de liaison), le Juge des enfants, les services sociaux (ASE,...), Espace Famille Loiret. 2. Accueil téléphonique centralisé pour CMP Pablo Picasso et CMP infanto juvénile Gien ; site de l'ancien hôpital de Montargis (lieu existant sans moyens humains actuellement). 3. Demande de rendez-vous.
Remédiation cognitive	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les médecins du CHD, les médecins libéraux psychiatres et généralistes. 2. CRPS45 (accueil téléphonique et physique au CMP de La Source). 3. Courrier médical et rendez-vous médical
Éducation thérapeutique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les médecins du CHD, médecins libéraux psychiatres et généralistes. 2. Maurice Parienté (troubles schizophréniques), HDJ St Jean de Braye (troubles bipolaires), Paul Cézanne – Chateau (addictologie), CMP Bascule (pédopsychiatrie), HDJP CHAM (troubles bipolaires). 3. Courrier médical et rendez-vous médical
Arthérapie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les médecins du CHD principalement, équipes pluridisciplinaires. 2. Villa des Pins (PNE), HDJ CHAM. 3. Demande d'un premier rendez-vous avec un entretien afin de définir les objectifs thérapeutiques avec les patients
TCC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychiatres et généralistes libéraux, psychiatres hospitaliers, patients eux-mêmes par l'intermédiaire du site de l'AFTCC. 2. Saint Marc, CMP de Montargis. 3. Lettre de motivation du patient, courrier médical (CHD) ; fiche d'indication remplie par médecin ou psychologue, premiers entretiens IDE (CHAM)
Sismothérapie	<p>Psychiatres hospitaliers ou libéraux (cliniques). Actuellement, patients orientés de manière dispersée sur les départements voisins (Vendôme, Sainte Anne, Tours,...) ; projet en cours au CHAM. Indication par le psychiatre, recommandation HAS (bilan, information patient,...) ; acte sous anesthésie. Nécessité d'un accès à un plateau technique avec temps d'anesthésiste.</p>
Stress victimologie (R45)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médecins du CHD, psychologues, infirmiers de CMP, psychiatres libéraux Orléanais ou région. 2. ½ journée au NHO, ½ journée au CPAU ; CMP Montargis, Dordives. 3. Prise de contact avec le Dr CAVEL, premier entretien pour indication.

b- OBJECTIFS DE L'AXE

1 - Pour l'axe « Electroconvulsivothérapie »

L'objectif est de faciliter l'accès au soin spécifique de l'ECT, pour les patients du département qui en présentent l'indication (notamment la dépression résistante), dans leurs formes résistantes à la chimiothérapie. Les bénéfices attendus pour les patients sont :

- la réduction de la durée et de la fréquence des hospitalisations ;

- l'amélioration de la qualité de vie par la réduction des traitements médicamenteux nécessaires au décours (traitement d'entretien ou de prévention des rechutes : réduction de l'impact des ESI des traitements poly médicamenteux lourds, alternative actuelle des ECT).

Les règles de bonne pratique et la sécurité de ce soin imposent de construire un partenariat avec un Centre Hospitalier disposant d'un plateau technique et d'un service d'anesthésie-réanimation.

2 – Pour l'axe « thérapies spécifiques »

L'objectif médical est de développer l'activité de consultation en Thérapie Familiale, Thérapie Cognitive et Comportementale, Remédiation Cognitive, Education Thérapeutique, Victimologie et Thérapies Psychocorporelles, Arthérapie et autres thérapies médiatisées. Ces soins ambulatoires, sur indication médicale, sont à destination de la population de l'ensemble du Loiret, sans distinction de secteur. Ce sont des prises en charge spécifiques complémentaires des structures ou professionnels de premier recours.

Les objectifs d'amélioration de la qualité des soins sont d'élargir l'offre de soins sur ces activités (pour certaines très peu représentées dans le Loiret), conformément aux directives du rapport Laforcade. Il est question également d'améliorer la lisibilité de ce type de soin, pour favoriser l'adressage des patients d'une part, et la coordination du soin dans le parcours du patient d'autre part, en améliorant les interfaces entre les structures de soins et avec les correspondants libéraux. Le rassemblement de ces différentes activités dans un même lieu permettrait d'atteindre ces objectifs, et de créer ainsi une structure ayant une dimension de « Référence » : lieu de soin très spécialisé, permettant le relai ou la coordination des prises en charge en lien avec les CMP, les généralistes ou les psychiatres libéraux.

c- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REPOUDRE AU BESOIN

Thérapies spécifiques : synthèse	
FORCES	OPPORTUNITES
<ul style="list-style-type: none"> • Personnel(s) formé(s) dans chaque thérapeutique ciblée : Remédiation Cognitive, Thérapie Familiale systémique (TF), Victimologie, Thérapie Cognitive comportementale (TCC) et arthérapie. • Demandes de la population pour TCC, Hypnose, TF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport LAFORCADE souligne la nécessité de renforcer la prise en charge orientées vers remédiation cognitive, TCC, Education thérapeutique. • Collaboration CHD/CHAM. • Absence d'offre concurrentielle en libérale sur le département.
FAIBLESSES	RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines : équipes d'ambulatoire (CMP) trop petites pour permettre d'affecter partiellement des soignants sur ces unités et de développer une activité pérenne et répondant aux besoins. • Dispersion géographique des activités adossées sur plusieurs unités. • Compétences spécifiques : Formations à développer pour certains axes (RC, ETP, victimologie). Pour d'autres (TCC notamment), personnels formés dispersés : à recenser, à organiser, à valoriser dans l'activité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge transversales → difficultés de coordination transpolaire des soins. • Confiance inter-équipes dans le travail et difficulté à intégrer une prise en charge complémentaire avec une prise en charge globale de secteur. • Pas de cadre de gouvernance claire. • Problème de repérage et adressage : Quelle lisibilité (utilisation d'un futur ROR en psychiatrie) : manque d'information, visibilité.

<ul style="list-style-type: none"> • Organisation : Absence de gouvernance unique facilitant l'organisation. • Education thérapeutique, remédiation cognitive insuffisamment connues. • Offre d'ECT inexistante dans le Loiret d'où adressage en dehors du département. • Manque d'information et de culture de la psychiatrie intégrative (soins intégrés, complémentarité des prise en charge globale et prise en charge spécifique). • Absence de messagerie sécurisée pour échanger avec l'extérieur. 	
--	--

d- EXPERIENCES ET INNOVATIONS IDENTIFIEES ET RECENSEES

L'électroconvulsivothérapie, les thérapies familiales, les Thérapies Cognitivo-Comportementales, l'Education Thérapeutique et la Remédiation Cognitive font l'objet de publications régulières et de recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes.

PARTIE II. FICHES PROJETS

Axe : ÉVOLUTION DES THÉRAPIES SPÉCIFIQUES DANS LE LOIRET					
Chef de projet médical : Dr F. GOUMEIDANE (CHD)/Dr H.BELMADANI (CHAM)					
Public concerné : patients présentant un trouble indiquant un traitement par ECT, notamment la dépression résistante, sans distinction de secteur. Potentiel de 150 séjours par an pour le Loiret - protocole ECT d'environ 10 séances pour un séjour.					
FICHE PROJET N° 1 : Création d'une offre d'Electroconvulsivothérapie (ECT)					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT					
<p><u>Objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès au soin spécifique de l'ECT pour les patients du département qui en présentent l'indication, dans leurs formes résistantes à la chimiothérapie. Les bénéfices attendus pour les patients sont la réduction de la durée et de la fréquence des hospitalisations ; l'amélioration de la qualité de vie par la réduction des traitements médicamenteux nécessaires au décours (traitement d'entretien ou de prévention des rechutes : réduction de l'impact des ESI des traitements poly médicamenteux lourds, alternative actuelle des ECT. <p><u>Modalités du projet :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adressage par les psychiatres hospitaliers ou libéraux ; - Les patients seraient accueillis dans le service de psychiatrie du CHAM : hypothèse de lits dédiés, intégrés dans une structure proposant un protocole de prise en charge globale incluant l'accueil, l'hospitalisation des patients et la réalisation technique de la cure, mais aussi l'étayage et l'évaluation diagnostique ainsi que le suivi de l'évolution des patients. - Réalisation des actes dans un CH disposant d'un plateau technique et d'un service d'anesthésie-réanimation: en moyenne 3 séances par semaine, durée totale de la cure sur 12 séances, soit une hospitalisation à envisager sur au moins 1 mois. Nécessité de détacher du temps médical du CHD pour renforcer l'équipe médicale du CHAM (4 psychiatres) et désigner un référent- consultant ECT sur le CHD afin de participer à la réalisation des actes et assurer la pérennité de l'activité à terme. - Choix du CHAM pour établir cette activité car il s'agit d'un établissement psychiatrique et MCO ; cela limiterait les coûts de transports : 1 aller-retour avec temps d'accompagnement soignant (soit 2 heures par patient et par séance) au lieu de 3 par semaines si activité au CHRO. 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
Communauté médicale du CHD ; CHAM (psychiatrie et anesthésie-réanimation) ; direction CHD et CHAM.					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Etude prospective sur un échantillonnage de dossiers sur l'année 2016 pour évaluer le nombre de patients éligibles	Dr GOUMEIDANE/Dr BELMADANI	avril 2017	Définir les modalités de l'étude en lien avec le DIM	-	Résultat de l'étude
Analyser les retours d'expérience d'autres équipes	Dr GOUMEIDANE/ Dr MAGIS/Dr BELMADANI	1 ^{er} juin 2017	Participation à la 6 ^{ème} rencontre inter régionale au CHU de Bordeaux : « Les ECT, une thérapie innovante »	-	Résultat de l'étude

Rédaction du projet médical avec étude d'impact médico-économique et définition d'une organisation médicale	Dr GOUMEIDANE Dr BELMADANI DIM Responsable Anesthésie	Sept-décembre 2017	Temps médical avec appui des DIM et du contrôle de gestion du CHD et CHAM	A valoriser	Consultation directoire et instances
Convention CHD/CHAM pour accueil, traitement et prise en charge des patients (psychiatrie, anesthésie)	Dr GOUMEIDANE/Dr BELMADANI Directions CHD/CHAM		Lits de psychiatrie dédiés (au CHAM), Plages programmées sur le planning d'anesthésie dédiées à la sismothérapie Protocoles médicaux à formaliser	-	Avis des instances
Sensibilisation des équipes Formation des médecins et des équipes soignantes	Service formation ; Commission DPC - RC	1 ^{er} semestre 2018	Plan de formation : identifier les besoins exprimés (nombre de soignants CHAM et médecins CHD/CHAM pour pratique des actes).	-	Nombre de professionnels formés
Acquisition d'un deuxième sismothère	CHAM	1 ^{er} semestre 2018	1 sismothère existant ; Achat d'un 2 ^{ème} à prévoir ; maintenance des appareils	A valoriser	
Premiers actes	Médecins CHD/CHAM	2 ^e semestre 2018	Définir un plan de communication pour sensibiliser les adresseurs aux indications de l'ECT et aux modalités de traitement.	-	Suivi DIM
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Construction de la Communauté Psychiatrique de Territoire - Opportunité de développement d'une activité pour le CHAM - Répartition des actions de soins départementales en 			<ul style="list-style-type: none"> - Possibilités de déplacement des psychiatres du CHD à Montargis à tour de rôle ? - Représentation de l'ECT dans l'établissement 		

psychiatrie - Recommandations des sociétés savantes : recommandations ANAES 1998 notamment, Fédération française de psychiatrie	- Manque d'information du grand public et manque de formation des soignants
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients adressés ; ventilation par motif/diagnostic ; ventilation par origine géographique des patients - Nombre d'actes de sismothérapie réalisés ; - Evolution de la durée moyenne de séjour par patient en hospitalisation à temps complet au CHD, pour les pathologies concernées ; - Durée moyenne de séjour pour les cures ; - Conformité des indications ; - Liste d'attente ; - Satisfaction patients et aidants (impact sur la qualité de vie des patients). - Evaluation du parcours du patient (Patient traceur) et analyse des évènements indésirables (CREX). 	

Axe : ÉVOLUTION DES PRATIQUES SPÉCIFIQUES DANS LE LOIRET

Chef de projet médical (CHD) : Dr MAGIS (thérapie familiale) en lien avec Dr OLLAND (Remédiation Cognitive et Education Thérapeutique), Dr LAPUJOLADE et Dr HUGAIN (Thérapie Cognitive et Comportementale); Dr CAVEL (victimologie et thérapies psychocorporelles), Dr VAGAPOFF (Arthérapie et thérapies médiatisées)

Public concerné : Population du Loiret, sans distinction de secteur, patients adressés sur indication médicale (psychiatres hospitaliers ou libéraux, généralistes) ou par des partenaires de réseau (prise en charge après validation par le médecin de l'unité). Prises en charge spécifiques complémentaires des structures ou professionnels de premier recours.

FICHE PROJET N° 2 : Développer un centre de thérapies Spécifiques

OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Objectifs :

- Développer l'activité de consultation en Thérapie Familiale (TF), Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC), Remédiation Cognitive (RC), Education Thérapeutique (ETP), Victimologie et Thérapies Psychocorporelles, Arthérapie et autres thérapies médiatisées.
- Définir les caractéristiques d'un lieu pouvant regrouper l'ensemble de ces activités. Le constat est celui de la difficulté de fonctionnement de ces activités (voire l'impossibilité, par exemple pour la TCC) : l'éparpillement actuel des actions de soins, isolées ou associées aux CMP au gré des compétences et des intérêts de chacun entraînent une dispersion des moyens et des ressources (formations non valorisées, non utilisées).
- Deux hypothèses ont été élaborées, basées sur le constat que la remédiation cognitive et l'éducation thérapeutique se situent à l'intersection de 2 groupes de travail : l'un sur les Thérapies Spécifiques, l'autre sur la Réhabilitation psycho-Sociale, travaillant sur un projet rassemblant remédiation cognitive, éducation thérapeutique et Résidence Parienté. Les 2 hypothèses de travail sont les suivantes :
 - ⇒ Rassemblement des thérapies familiales, thérapies cognitives et comportementales, Victimologie et thérapies psycho-corporelles et arthérapie et thérapies médiatisées, en laissant évoluer de manière autonome le groupement Réhabilitation Psycho-sociale (résidence thérapeutique Maurice Parienté/rémédiation cognitive/éducation thérapeutique). Cette hypothèse conduirait à la recherche de 2 lieux différents.
 - ⇒ Lieu unique qui accueillerait Thérapies Spécifiques et Réhabilitation Psycho-Sociale, réparties sur 7 UF dans un bâtiment commun. Cette hypothèse permettrait de mener un travail global à la fois sur le plan de la réhabilitation et sur celui de la coordination du parcours du patient (ponts par exemple entre Thérapie cognitive et comportementale et remédiation cognitive, prise en compte de la famille, ou encore travail conjoint entre Thérapie Familiale et Education Thérapeutique, travail d'arthérapie avec la résidence Parienté, etc.) Ce lieu devra être central, dans la cité, accessible aux transports en commun et avec une possibilité de stationnement simple à proximité.
- Faciliter l'accès à ces soins spécifiques pour l'ensemble de la population du Loiret (coordination du parcours du patient).
- Sensibiliser les équipes pluridisciplinaires à ces différents outils thérapeutiques afin de permettre les orientations/indications.
- Donner à cette structure une dimension de « référence » : lieu de consultations très spécialisées, qui permette le relai ou la coordination des prises en charge en lien avec les CMP, les généralistes ou les psychiatres libéraux (à rapprocher de la notion de « consultation à forte spécialité en MCO).
- Permettre une bonne lisibilité interne et externe des activités et de la structure pour l'adressage des patients (politique de communication et d'information).

CONTRIBUTEURS A MOBILISER

Médecins référents de chaque UF ; équipes pluridisciplinaires des CMP ; communauté médicale du CHD et CHAM ; chefs de pôle ; ARS

ACTIONS A ENGAGER

Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
---------	---------------------	-------------------------	------------------------	--------	--------------------

Etudier la pertinence d'opérer un rapprochement avec le projet de Réhabilitation Psycho-Sociale	Dr MAGIS/Dr BAUERHEIM	2017		-	Suivi en directoire
Etudier la faisabilité opérationnelle du schéma retenu		2018	Ressources soignantes et médicales mobilisées actuellement : 0,10 ETP en thérapies cognitives et comportementales, 1,2 ETP en éducation thérapeutique ; 2,9 ETP en en thérapie familiale ; 4,5 ETP en RC ; 0,2 ETP en victimologie ; 1 ETP en arthérapie. Ressources supplémentaires nécessaires : 0,5 ETP PH ou psychologue en TCC ; 0,5 ETP psychologue en victimologie. Définir la gouvernance du dispositif.	Entre 60 000 et 90 000 €	Suivi en directoire
Définir un lieu hébergeur selon l'hypothèse de regroupement des activités retenue	Instances		Définir le programme fonctionnel selon l'hypothèse retenue. Si regroupement sans la remédiation cognitive : 1 salle d'arthérapie ; 1 salle équipée pour la thérapie familiale ; 1 bureau individuel pour Victimologie et thérapies psychocorporelles, insonorisé ; 2 salles de groupe + 1 salle groupe thérapie cognitive et relaxation ; 3 bureaux individuels (TCC, RC et ETP) ; 1 bureau cadre ; 1 secrétariat ; 1 salle d'attente ; 1 salle de réunion ; accès	A définir	Validation en directoire et consultation des instances

			transports en commun et parking facilité. Définir le programme d'équipement		
Former les équipes pluridisciplinaires pour permettre les orientations/indications	Centre de formation/chefs de pôle		Projet formation TCC sur l'établissement, à coordonner avec Dr LAPUJOLADE et l'AFTCC Musicothérapie et danse thérapie à développer, en lien avec arthérapie	A définir	Suivi en commission formation
Permettre une bonne lisibilité et sensibilisation des équipes	Service communication		Plan de communication	A définir	
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Construction de la Communauté Psychiatrique de Territoire, en parallèle du projet d'établissement - Rapport LAFORCADE - Volonté médicale de promouvoir ces nouvelles orientations thérapeutiques dans l'établissement, conformément à la littérature scientifique et aux recommandations de bonnes pratiques. 			<ul style="list-style-type: none"> - Coordination transversale du parcours patient (dossier patient informatisé, confiance inter équipes autour de la prise en charge d'un patient), en externe communication sécurisée (messagerie internet sécurisée) ; - Gouvernance du dispositif permettant une cohérence fonctionnelle ; - Contrainte des orientations budgétaires : recours aux ressources en période d'absentéisme qui remet en cause la participation des professionnels formés à ces activités. 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET MEDICAL ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - File active, nombre d'actes selon prises en charge, motif/diagnostic ; - Ventilation selon adresseur, origine géographique ; - Nombre de prise en charge conjointe entre prise en charge de secteur et prises en charge en thérapies spécifiques ; 					

PARTIE I. DIAGNOSTIC

a- DESCRIPTION DES ACTEURS ET DISPOSITIFS

Sur le territoire, deux établissements (CHD – CHAM) concourent à l'élaboration d'une stratégie d'attractivité autour de la spécialité de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie et, pour le CHD, de la médecine générale. La communauté médicale et les affaires médicales des deux établissements portent ces démarches.

L'effectif médical du CHD est de 62 ETP médicaux prévus à l'EPRD dont 54 pourvus.

Le recrutement est organisé autour d'une procédure de recrutement et de rémunération des médecins. Une politique d'attribution de logement facilite l'accueil des nouveaux arrivants. Le développement de la recherche est réalisé en lien avec le CHU de Tours. La formation médicale est structurée autour d'une commission Développement Professionnel Continu (DPC) médical et recherche clinique.

Concernant le CHAM, l'effectif médical est de 4,3 ETP en psychiatrie adulte et 1,4 ETP en pédopsychiatrie. L'accès à la formation médicale est contraint.

b- OBJECTIFS DE L'AXE

- Développer l'attractivité du territoire au travers de la recherche et de la formation
- Apporter une meilleure lisibilité tant en interne qu'en externe des forces et compétences du CHD

c- ANALYSE DES BESOINS IDENTIFIES

Au regard de l'augmentation de la population du Loiret (seul département dont la population augmente dans la région Centre Val de Loire) et face à une démographie médicale vieillissante (établissements public de santé et libéraux), il convient d'anticiper les recrutements médicaux. L'analyse quantitative de la démographie médicale du Loiret montre une disparité entre le milieu urbain et rural. Cependant les données en termes de démographie médicale pour la spécialité de psychiatrie sont relativement pauvres. De plus, l'ARS qui travaille sur le Plan Régional de Santé (PRS) en santé mentale ne dispose pas, à ce jour, de données concernant cette problématique.

Le CHD prévoit 13 départs en retraite de psychiatres dans les 5 ans soit 21% de son effectif médical total.

À noter également le besoin croissant de médecins généralistes au vu du nombre de départs en retraite programmés dans le Loiret, ce qui ne sera pas sans incidence sur la santé de la population, d'où la nécessité de renforcer l'équipe de médecine générale au CHD.

En termes de recrutement, l'accent est mis sur des compétences ciblées (TCC⁵¹, victimologie, thérapie familiale systémique...) et la recherche de profils spécifiques afin d'offrir des évolutions de carrières et de diversifier les activités et les pratiques.

⁵¹ Thérapies cognitivo-comportementales

Concernant la formation, l'enjeu est de délocaliser certaines formations réalisées au CHU de Tours sur le site du CHD afin de créer des liens, promouvoir des séminaires permettant une ouverture sur l'extérieur, développer l'évaluation des pratiques professionnelles, tutoriser les jeunes professionnels. Améliorer la lisibilité de l'offre de soins du CHD est un besoin identifié en interne comme en externe par les partenaires du CHD.

Concernant la recherche, il s'agit de développer les liens avec le CHU de Tours et le CHRO et proposer le CHD comme lieu d'investigation et de recherche (formation des professionnels du CHD par le CHU, cas pratiques, définition de thèmes de centre d'investigation (psychothérapie, recherche par pathologie, dépression résistante).

d- DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE : ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS ET DES DISPOSITIFS POUR REpondre AU BESOIN

Anticiper le renouvellement de la démographie médicale et développer l'attractivité du territoire	
FORCES	
Médecins en formation	PH titulaires
<p>Accueil, carrière et conditions de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablissement mono spécialité permettant des évolutions de pratiques cliniques tout au long de la carrière - Possibilité de logement pour les internes et les nouveaux médecins arrivant - Pour les internes, divers lieux de stage agréés permettant des activités diversifiées (UHSA⁵², addictologie, unités d'HTC ouvertes et fermées, dispositif pour adolescents, CDAA⁵³, CMP, hôpitaux de jour,...). - Agrément de médecin pour accueillir des internes (PH). - Visioconférence régulière avec la faculté de médecine de Tours 	
<ul style="list-style-type: none"> - Diversité des approches thérapeutiques. - Perspectives de carrière au sein de l'établissement. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Accès internet <p>Prêt de véhicule de l'établissement pour les internes.</p> <p>Qualité formation stage : bon encadrement, stages diversifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité de l'accueil des internes : personne référente facilitant le 	
<p>FACTEURS EXTERNES / OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liens avec le CHRO facilités dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) - CESP54 - Mesures incitatives nationales à l'installation - Mesures de valorisation des statuts des médecins à l'hôpital public - Liens avec le CHU en développement notamment pour la recherche clinique - Liens avec d'autres établissements spécialisés : Bourges, Bonneval... 	

⁵² Unité Hospitalière de Spécialement Aménagée

⁵³ Centre de Diagnostic et d'Accompagnement précoce à l'Autisme

⁵⁴ Contrat Exercice de Service Public

<p>bon fonctionnement de l'internat et les différentes démarches des internes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un service de médecine générale assurant les soins somatiques en journée du lundi au vendredi. - Crèche du personnel <p><u>La formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès facilité à la formation <p><u>La recherche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'importance de la file active du CHD est une ressource intéressante en termes d'investigation et pour la production de rapports, mémoires et thèses ; - Assistance et ressources par le DIM et la bibliothèque médicale ; - Possibilité de participer à des groupes de travail ; - Intérêt des nouveaux médecins recrutés pour effectuer de la recherche clinique ; - Possibilité de faire des études au CHD. 																
FAIBLESSES		FACTEURS EXTERNES / RISQUES														
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Médecins en formation</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">PH titulaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><u>Accueil, carrière et conditions de travail :</u></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Gardes : densité de travail - Déficit d'image (site internet peu attractif) <ul style="list-style-type: none"> - Production des comptes rendus/ordonnances/dossiers de liaison non satisfaisante (délai et complétude) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil des nouveaux arrivants insuffisamment structuré </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>La formation :</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de lisibilité du CHD sur la pluralité des prises en charges, les compétences acquises (professionnels formés et personnes ressources) - DPC : pas de retour sur les compétences acquises et mise en pratique. - Manque de promotion des expertises </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>La recherche :</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de mise en œuvre lorsque plusieurs pôles sont impactés par l'étude. - Manque d'organisation sur le plan institutionnel. - Manque de remontée des études des collègues. - Pas de personnes « relais » dans l'établissement pour aider à structurer la recherche puis effectuer la communication. - Le CHD ne réalise pas de publications. - Les quelques expériences en matière de recherche clinique ne sont pas suffisamment médiatisées et valorisées. </td> </tr> </tbody> </table>	Médecins en formation	PH titulaire	<u>Accueil, carrière et conditions de travail :</u>		<ul style="list-style-type: none"> - Gardes : densité de travail - Déficit d'image (site internet peu attractif) <ul style="list-style-type: none"> - Production des comptes rendus/ordonnances/dossiers de liaison non satisfaisante (délai et complétude) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil des nouveaux arrivants insuffisamment structuré 	<u>La formation :</u>		<ul style="list-style-type: none"> - Manque de lisibilité du CHD sur la pluralité des prises en charges, les compétences acquises (professionnels formés et personnes ressources) - DPC : pas de retour sur les compétences acquises et mise en pratique. - Manque de promotion des expertises 		<u>La recherche :</u>		<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de mise en œuvre lorsque plusieurs pôles sont impactés par l'étude. - Manque d'organisation sur le plan institutionnel. - Manque de remontée des études des collègues. - Pas de personnes « relais » dans l'établissement pour aider à structurer la recherche puis effectuer la communication. - Le CHD ne réalise pas de publications. - Les quelques expériences en matière de recherche clinique ne sont pas suffisamment médiatisées et valorisées. 			<ul style="list-style-type: none"> - Démographie médicale déficitaire - La région Centre est de moins en moins attractive pour les internes et les médecins : la proximité de Paris et Bordeaux engendre un taux de fuite des médecins vers ces régions - L'aménagement du territoire du Loiret (réseau routier, SNCF) rend difficile l'attractivité de l'exercice de psychiatrie dans les zones rurales du Loiret - Hétérogénéité du département (urbain/rural) : Pithiverais, Giennois difficultés d'accès aux soins (désertification médicale, problématique de transport - ROR⁵⁵ non opérationnel
Médecins en formation	PH titulaire															
<u>Accueil, carrière et conditions de travail :</u>																
<ul style="list-style-type: none"> - Gardes : densité de travail - Déficit d'image (site internet peu attractif) <ul style="list-style-type: none"> - Production des comptes rendus/ordonnances/dossiers de liaison non satisfaisante (délai et complétude) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil des nouveaux arrivants insuffisamment structuré 															
<u>La formation :</u>																
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de lisibilité du CHD sur la pluralité des prises en charges, les compétences acquises (professionnels formés et personnes ressources) - DPC : pas de retour sur les compétences acquises et mise en pratique. - Manque de promotion des expertises 																
<u>La recherche :</u>																
<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de mise en œuvre lorsque plusieurs pôles sont impactés par l'étude. - Manque d'organisation sur le plan institutionnel. - Manque de remontée des études des collègues. - Pas de personnes « relais » dans l'établissement pour aider à structurer la recherche puis effectuer la communication. - Le CHD ne réalise pas de publications. - Les quelques expériences en matière de recherche clinique ne sont pas suffisamment médiatisées et valorisées. 																

⁵⁵ Répertoire Opérationnel des Ressources

PARTIE II. FICHES PROJETS

Axe : ANTICIPER LE RENOUVELLEMENT DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET DÉVELOPPER L'ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE					
Chef de projet : Docteur HUGAIN (CHD)					
Public concerné : personnel médical et para médical du CHD du CHRO du CHAM et du CHU de Tours					
FICHE PROJET N° 1 : Structurer et développer la recherche clinique					
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS					
<ul style="list-style-type: none"> - Identification du CHD comme établissement ressource en termes de centre d'investigation et de lieux de réalisation de la recherche clinique (études cliniques) compte tenu de la richesse de sa file active ; - Réalisation, grâce à des personnes identifiées, d'études cliniques, de thèses et de publications permettant d'augmenter l'attractivité tant pour les jeunes médecins que pour les internes ; - Fidélisation des médecins et participation à la mise à jour des connaissances permettant par ailleurs un temps de respiration évitant la lassitude et la fatigue. 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
En interne : les médecins, les para médicaux et les psychologues ; en externe de l'établissement : CHRO, CHU Tours, CHAM, ARS					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Prendre contact avec le CHU de Tours afin de définir un partenariat	Présidente CME	Fin 2017			Suivi en CME
Structurer l'équipe recherche (lieux, temps de secrétariat, modalités d'organisation)	Médecin coordonnateur avec l'aide d'un collègue dans chaque pôle, DIM et équipe pluridisciplinaire	2018-2021	Formations	A définir	Création et suivi en commission recherche -DPC Nombre de programmes de recherche Nombre de professionnels par catégorie investis dans un programme
Elaborer une convention de partenariat avec le CHU de Tours	PCME/Direction des affaires médicales	2018-2019		-	Suivi en CME/Commission recherche-DPC
Création d'une journée annuelle sur une thématique de recherche avec une ampleur nationale	Médecin coordonnateur / service communication	Courant 2018	Trouver un intervenant « tête d'affiche » Moyens logistiques Plan de communication	-	Suivi en commission recherche DPC Taux de satisfaction
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Relations avec le CHU de Tours et le CHRO - Volonté institutionnelle et adhésion des partenaires 			<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de temps médical - Pas de budget dévolu au projet - Fatigabilité du porteur du projet si le temps 		

<ul style="list-style-type: none"> - Demande de recherches cliniques au niveau national - Possibilités offertes aux médecins de se dégager du temps - Développement des indicateurs utilisables pour la recherche 	<p style="text-align: center;">de démarrage est trop long</p>
INDICATEURS QUALITE DU PROJET ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation par le groupe DPC -recherche clinique en partenariat avec le service qualité - Nombre de programmes de recherches et de publications - Nombre de professionnels investis dans un programme par catégorie métiers - Nombre de participants aux journées « recherche » et retours de satisfaction 	

Axe : ANTICIPER LE RENOUELEMENT DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET DÉVELOPPER L'ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE					
Chef de projet : Docteur RESTELLI (CHD)					
Public concerné : Médecins du CHD					
FICHE PROJET N° 2 : Structurer et améliorer l'accueil des médecins au CHD					
OBJECTIFS ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS					
<ul style="list-style-type: none"> - Fidéliser les médecins - Promouvoir l'image de l'établissement auprès des autres collègues - Harmoniser la coordination des modalités d'accueil entre les différents services concernés - Augmenter l'attractivité de l'établissement et anticiper la désertification médicale annoncée dans les cinq ans 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
En interne du CHD : affaires médicales, Présidente de CME, chefs de pôle, cadres des unités, DIM, service informatique, services techniques					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Définir une procédure d'accueil (présentation des structures ; présentation de l'internat ; CPAU et BE pour les gardes ; date de formation Cortexte définie avant l'arrivée ; codes d'accès informatique ; trousseau des clés, etc.)	Directoire/Direction des affaires médicales	Septembre 2017			Validation en directoire Enquête de satisfaction des nouveaux arrivants
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
<ul style="list-style-type: none"> - Investissement des différents acteurs - Envie d'attirer et de fidéliser les collègues - Enjeu national, intérêt de l'ARS 			<ul style="list-style-type: none"> - Défaut de coordination entre Direction des affaires médicales et médecins - Manque de circulation de l'information sur les dates d'arrivée - Défaut de suivi de la procédure 		
INDICATEURS QUALITE DU PROJET ET MODALITES D'EVALUATION					
<ul style="list-style-type: none"> - Taux de satisfaction des médecins - Nombre de médecins recrutés parmi les internes 					

Axe : ANTICIPER LE RENOUVELLEMENT DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET DÉVELOPPER L'ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE					
Chef de projet : Docteur HASSAPI-CHARTIER (CHD)					
Public concerné : Professionnels du CHD, partenaires, usagers					
FICHE PROJET N°3 : Renforcer la visibilité du centre hospitalier Daumezon					
OBJECTIFS MEDICAUX ET RESULTATS CONCRETS ATTENDUS					
<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser les activités réalisées au CHD - Améliorer la connaissance de l'offre de soins offerte aux patients, le développement de la recherche clinique et les facilités d'accueil - Favoriser le développement des activités transversales thérapeutiques proposées au sein du CHD - Être plus attractif lors des recrutements médicaux 					
CONTRIBUTEURS A MOBILISER					
En interne : directoire, service communication ; en externe de l'établissement : ARS, CHU, CHRO					
ACTIONS A ENGAGER					
Actions	Porteur de l'action	Echéancier prévisionnel	Ressources nécessaires	Budget	Modalités de suivi
Création d'un nouveau site internet	Service communication	2017-début 2018	Définition d'un cahier des charges par un groupe de travail et les instances Accompagnement par un prestataire	25 000 €	Suivi en directoire
Peuplement du Répertoire Opérationnel des Ressources	Dr MAGIS N. DELLI ZOTTI	Juin 2017- Mars 2018	Accompagnement par la cellule du ROR de l'ARS selon maquette nationale sur l'offre de soins en psychiatrie	-	Suivi en directoire
Définition d'un plan de communication auprès des professionnels de santé en interne et vers la ville (création d'une cellule communication ; outils de présentation des activités ; communication médias ; forum et journées portes ouvertes ; communication des travaux de recherches effectués au CHD)	Cellule communication	Fin 2017	Constitution d'une cellule communication Programme de formation pour les membres de la cellule communication aux techniques de communication	-	Suivi des actions de communication par la cellule communication
LEVIERS/RISQUES					
LEVIERS/OPPORTUNITES			PRINCIPAUX RISQUES		
- Service communication et projet communication			- Difficultés à mobiliser les acteurs - Difficultés à pérenniser l'action		

- Volonté institutionnelle	- Difficultés à trouver des membres à la cellule communication en l'absence de formation
INDICATEURS QUALITE DU PROJET ET MODALITES D'EVALUATION	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la satisfaction utilisateur du site internet en annuaire - Evaluation de la satisfaction utilisateur du ROR par l'ARS - Etat d'avancement du plan de communication en annuaire : nombre d'actions annuelles, enquête d'image, retours d'expérience... 	

III-VOLET QUALITE

En préalable à la construction d'une certification commune, conformément à l'article L.6132-4 du code de la santé publique, le GHT se donne pour objectif de développer une démarche qualité permanente et partagée, en garantissant prioritairement la sécurité de la prise charge des patients, à travers le respect des filières définies.

Le collège médical du GHT s'assure de la mise en œuvre du dispositif nécessaire à cette démarche à travers la mise en place d'une commission dédiée, composée a minima d'un représentant médical par filière nommé par le président du collège médical, de représentants de la commission de soins du GHT, et des services experts du GHT.

Cette démarche de sécurisation des soins à l'échelle des neuf filières identifiées se traduira par :

- La mise en place d'un dispositif coordonné de signalement et d'analyse des événements indésirables graves, par filière, en lien avec les coordonnateurs de la gestion des risques de chaque établissement du GHT ; *cela passe par la création d'une fiche de signalement par filière identifiée «filière » et intégrée au système de signalement des évènements indésirables propre à chaque établissement, par l'identification d'un référent médical par filière chargé d'en mener l'analyse pluridisciplinaire en CREX.*
- La mise en place d'un CREX par filière.
- La définition et le suivi d'indicateurs communs et spécifiques par filières (nombre de protocoles communs, respect des gradations par filière, délai de prise en charge, délai de mise en œuvre des moyens de transport, indicateurs de pratiques cliniques, RMM...).
- L'analyse des parcours patient à travers la réalisation d'audits patients traceurs par filière. De facto, la commission qualité-sécurité des soins du GHT sera managée par la Commission d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (CACQSS) de l'établissement support et aura pour missions :
 - o La mise en œuvre du dispositif de gestion des risques sus-cité.
 - o L'élaboration du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins du GHT.
 - o La mise en œuvre de la démarche de certification commune du GHT.
 - o La coordination de l'offre DPC à l'échelle du GHT.

IV- BIOLOGIE MEDICALE, IMAGERIE MEDICALE ET PHARMACIE

La réflexion sur le projet médical partagé en matière de biologie médicale, d'imagerie et de pharmacie s'est attachée, dans un premier temps, à apporter des réponses aux questions organisationnelles les plus prégnantes des établissements membres. Elle envisage par ailleurs des pistes de développement de la coopération dans ces trois disciplines à moyen et long terme.

BIOLOGIE MEDICALE

En matière de biologie médicale, le CH de Pithiviers a rencontré des difficultés à compter de l'été 2016 pour maintenir la réalisation des examens. Depuis lors, un projet de collaboration étroite avec le CHRO est en cours de déploiement, qui prévoit que le laboratoire du CH de Pithiviers devienne prochainement un site du laboratoire du CHRO.

Par ailleurs, les examens de biologie médicale du CH de Beaugency vont être entièrement pris en charge par le CHR d'Orléans, dans le cadre du partenariat étroit en cours de définition entre les deux établissements et de l'adossement médical du service de médecine et de SSR du CH de Beaugency aux services de médecine aiguë gériatrique et de SSR du CHR d'Orléans.

A moyen terme, et dans le cadre de l'approfondissement des coopérations au sein du groupement, le projet de biologie médicale prévoit la prise en charge, par le CHR d'Orléans et dès lors qu'il est en capacité de les réaliser, des examens actuellement externalisés par les établissements membres vers des structures privées ou des laboratoires de biologie médicale publics hors région Centre-Val de Loire.

IMAGERIE MEDICALE

Le présent projet s'est attaché à répondre avant tout aux besoins en termes de radiologie interventionnelle. Par la modification de son organisation telle que décrite notamment dans la filière cancérologie et médecines interventionnelles et la filière chirurgie, le CHRO est en mesure d'apporter une meilleure réponse aux besoins des établissements du groupement en matière de radiologie interventionnelle.

Pour une prise en charge optimale des patients du groupement, le partage des images apparaît primordial. Le projet « Mutualisation d'Imagerie en Région Centre » (MIRC), actuellement en cours de déploiement, permettra ce partage d'images au sein du groupement, sous réserve que l'ensemble des établissements s'engagent dans le projet.

PHARMACIE

A l'occasion de la constitution du GHT, l'adhésion de l'ensemble des établissements du GHT à un même groupement d'achat a constitué l'avancée majeure dans ce domaine. Chaque pharmacie à usage intérieur du groupement conserve ses prérogatives en termes de pharmacie clinique, de gestion et de distribution des produits pharmaceutiques.

Pour autant, la constitution du groupement permet d'envisager des coopérations renforcées entre les établissements :

- Fabrication de préparations magistrales et hospitalières par la PUI du CHRO au bénéfice des établissements du groupement.
- Conventions de dépannage possible en matière de stérilisation.
- Participation à des projets de recherche clinique.

- Stock centralisé d'antidotes à envisager au CHRO.

Enfin, il convient de noter que la préparation de poches de nutrition parentérale par le CHU de Tours au bénéfice des établissements de la région est un projet en cours de déploiement qui pourra profiter aux établissements du groupement.

V- ANNEXE 1 : SYNTHÈSE PAR FILIÈRE

Légende :

Prise en charge initiale + suivi

Episodes aigus + suivi

a. FILIERE GERIATRIE

Filière patient		Modes d'entrée	Niveau 1 Hôpitaux de proximité					Niveau 2 Hôpitaux de référence		Niveau 3 Hôpitaux de recours	Modes de sortie
			CH Neville aux Bois, Sully S/ Loire, Beaugency, Beaugency la Rollande	CH Damézon	CH Montargis	CH Pithiviers	CH Giea	CHR Orléans	CH Montargis	CHR Orléans	
Caractéristiques générales			- Court séjour gériatrique - Trajectoire SSR, EHPAD et USLD - N° de téléphone de régulation unique --> régulation, conseils de suivi, programmation d'hospitalisation - Consultations suivi pansements - Téléstaffs - Guichet intégré CLIC / MAIA - Unité d'Hébergement Renforcée - Consultations de suivi médecine interne / gériatrie		- Court séjour gériatrique - Trajectoire SSR, EHPAD et USLD	- Trajectoire SSR - N° de téléphone de régulation unique : régulation, conseils de suivi, programmation d'hospitalisation	- Trajectoire SSR, EHPAD et USLD - Téléstaffs - Guichet intégré CLIC / MAIA - Consultations de suivi médecine interne / gériatrie - Régulation - Court séjour gériatrique	- Court séjour gériatrique - Trajectoire SSR - Consultations de suivi médecine interne / gériatrie	- Unité d'Hébergement Renforcée ORLEANS + MONTARGIS : N° de téléphone de régulation unique : régulation, conseils de suivi, programmation d'hospitalisation	- SSR gériatrique - Equipe mobile de gériatrie intra et extra-hospitalière - Service d'HDJ de 30 lits - Téléstaffs - Guichet intégré CLIC / MAIA	
Patient âgé adressé aux urgences	Décompensations aigues d'organes (cardio, pneumo, HGE, rhumato...) Pathologies infectieuses	RECOURS ADAPTE AUX URGENCES		Plateau technique + gériatre + spécialiste d'organes Hospitalisation en médecine ou en gériatrie						Prise en charge hyperspécialisée	
	Oncologie : cx aigues (patho ou traitement)			Plateau technique + gériatre + spécialiste d'organes						Prise en charge	
	Décompensation psychocomportementale			Prise en charge en psychiatrie	Plateau technique + gériatre + spécialiste d'organes			Hospitalisation en oncologie			
	AVC				Prise en charge en gériatrie			Plateau technique / thrombolyse	Plateau technique / thrombolyse UNIV Consultations post-AVC	Prise en charge hyperspécialisée	
	Chutes compliquées sans chirurgie			Consultations troubles de la marche / chutes à Sully	Plateau technique, chirurgiens, spécialistes, gériatrie Consultations chutes						
	Urgences chirurgicales			Plateau technique, chirurgiens, spécialistes, gériatres				Unité Post Urgences Gériatriques			
	Décompensation d'organes	RECOURS INADAPTE AUX URGENCES	Prise en charge en gériatrie	Prise en charge en gériatrie							
	Chutes "non" compliquées		Prise en charge en gériatrie	Plateau technique + gériatre + spécialiste chirurgien / rhumatologue Prise en charge en médecine ou en gériatrie							
	Perte ou épauement de l'aidant / Maintien au domicile impossible		Service social								
	Pas de médecin traitant		Service social								
Transfert d'EHPAD	Service social										
Admission en MCO via le SAU	Accès direct médecine / gériatrie à organiser										
Plaies chroniques	Accès direct dermatologie / gériatrie à organiser										
PEC palliative terminale	Spécialistes / gériatres							Equipe mobile de soins palliatifs			
Patient âgé présentant des troubles intellectuels / dément (avec ou sans troubles comportementaux)	Dépistage		CONSULTATIONS	Consultations de gériatrie HDJ mémoire			Neurologie Consultations de gériatrie HDJ mémoire Plateau technique		Hospitalisation en gériatrie pour les phases aigues	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche	
	Situations aigues		URGENCES	Gériatrie, équipe pluridisciplinaire, service social			Gériatrie, équipe pluridisciplinaire, service social		Plateau technique Hospitalisation en gériatrie pour les phases aigues Neurologie		
Oncogériatrie		CONSULTATIONS		Consultations onco-gériatriques		Consultations onco-gériatriques		Consultations de cancérologie RCP Plateaux techniques (imagerie, médecine nucléaire, biologie spécialisée...) Centre d'activité Douleur-Soins palliatifs LISP dans plusieurs services de spécialités			

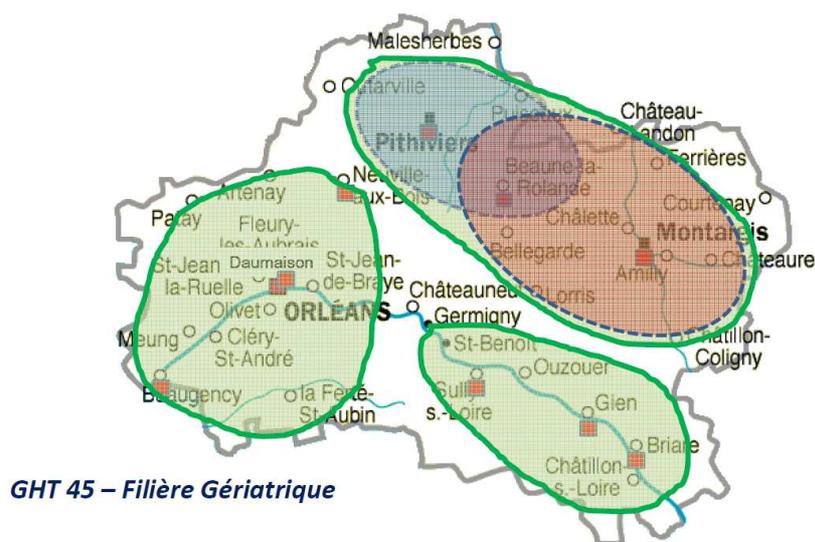
FILIERE GERIATRIQUE - GHT 45 GRADATION DE L'OFFRE DE SOINS

Si la filière hospitalière de soins gériatriques se doit de couvrir l'intégralité des parcours possibles du sujet âgé, elle doit aussi prendre en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé (souvent plus rapides que chez l'adulte) et le niveau de recours au plateau technique pour y faire face. La faible densité médicale et l'hétérogénéité actuelle de l'offre de soins nécessitent donc une gradation géographique structurelle et fonctionnelle, où les segments de la filière se devront d'être complémentaires.

La dynamique de la filière gériatrique permet des soins adaptés à la personne âgée fragile en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation : ses segments constitutifs sont en interrelation permanente (staffs, échanges informatiques, télémedecine, rencontres informelles). Elle nécessite des outils d'évaluation communs et un système d'information partagé.

I – ORGANISATION STRUCTURELLE

L'état des lieux des 9 établissements de santé publique du Loiret, auxquels s'ajoutent l'Établissement PSPH de Briare et les MAIA, a été réalisé début 2016 et a fait l'objet d'un rapport (29 avril 2016). Trois territoires apparaissent intéressants pour favoriser les complémentarités et les regroupements :



II – ORGANISATION FONCTIONNELLE

Un document de synthèse résume en 3 missions les différentes pistes de réflexions pour faire face aux difficultés de recrutement médical, une forte hétérogénéité d'accès aux soins des personnes âgées, une insuffisance d'anticipation des trajectoires de vie conduisant à une surutilisation du SAU:

- 1 - Fluidifier le parcours santé.
- 2 - Repérer la fragilité.
- 3 - Diffuser la culture gériatrique auprès des différents partenaires.

Quatre conditions sont nécessaires pour faciliter le bon fonctionnement de la gradation gériatrique :

- Mise en place d'une fiche traceuse commune (?).
- Gestion centralisée des demandes par le secrétariat gériatrique adossé à l'UMG de l'hôpital de référence ou de recours.
- Pluridisciplinarité au sein de la filière. Les incontournables gériatriques prédominants :
 - o En court-séjour_{Ger} : diagnostics / traitements des pathologies aiguës, hiérarchisation des comorbidités, révision de l'ordonnance, initier l'ETP (Education Thérapeutique).
 - o En SSR_{Ger} : diagnostics / traitements des pathologies chroniques déséquilibrées, soins médicaux (curatifs ou palliatifs) d'ajustement des thérapeutiques initiées en court-séjour, rééducation et réadaptation pour limiter les handicaps, validation d'adéquation entre l'environnement futur et l'état de santé.
 - o En EHPAD / USLD : continuité des soins mis en route antérieurement, élaboration d'un projet de vie, accueils temporaires pour aider des aidants du domicile.
 - o Le respect des choix de vie et l'écoute du patient et de sa famille, partagés avec les acteurs du réseau (médecin traitant, CLIC, MAIA, SSIAD, HAD...).
 - o La délégation de tâches aux IDE en gériatrie est un mode de travail expérimenté maintenant de longue date auprès des UMG. Ce mode de travail sera à renforcer au sein des consultations gériatriques (dédiées ou non), en lien avec la télémédecine et les pôles d'expertise ayant un rôle de régulation des flux.

Synthèses structurelle et fonctionnelle de l'offre de soins :

**OFFRE
de SOINS
GERIATRIQUES
Hôpital de...:**

	Proximité :	Référence :	Recours :
Phase Dg	consultation _{Ger} (bilans à froid) Hosp. NON programm. (Court séjour _{Ger})	Consult dédiées (chutes, mémoire, onco _{Ger}) Hospit. Programmables (Court séjour _{Ger}) SSR _{Ger}	Consult dédiées (chutes, mémoire, onco _{Ger}) Hospit. Programmables Coordination en oncogériatrie SSR _{Ger} Télémédecine
Phase Tt	SSR _{Ger} dont lits Soins Pal EHPAD dont hébergement temp HAD en EHPAD Service social	SSR _{Ger} EHPAD HAD en EHPAD CLIC/MAIA	Unité Péri-Opératoire Gér. (UPOG) SSR Spé CH Psychiatrie CLIC/MAIA

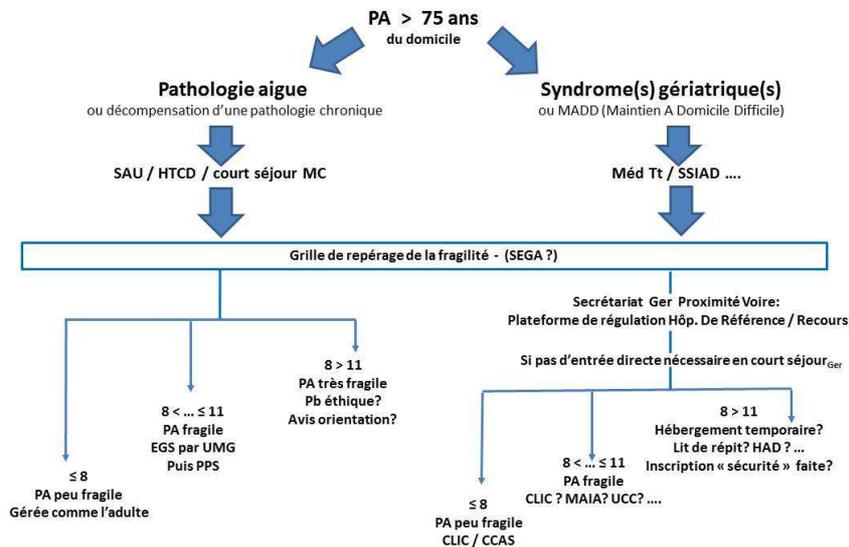
III – MODES D'ENTREE DANS LA FILIERE

Le repérage de la fragilité est au cœur de l'intervention gériatrique. Sa détection permet l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) qui comporte des recommandations et la mise en place de leur suivi avec des mesures de prévention. L'outil idéal visant à repérer la fragilité ne fait pas encore l'unanimité. Tout récemment, il a été montré que la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) a des propriétés métrologiques qui seraient satisfaisantes pour son utilisation au SAU, dans les secteurs d'hospitalisations et chez les personnes âgées vivant à domicile.

La figure ci-dessous ne peut résumer l'ensemble des situations « urgentes » ou toutes les situations délicates nécessitant d'élaborer un PPS (Plan Personnalisé de Soins) dans une région à faible densité médicale. Cet outil (ou un autre) tente donc d'illustrer :

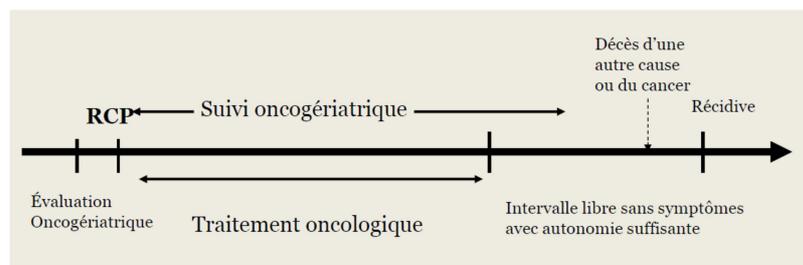
- L'importance d'un *outil commun* pour repérer la fragilité.

- La nécessité d'anticiper les trajectoires de vie :
 - o Utiliser les « entrées directes » en court-séjour_{Ger} pour éviter le stress du SAU.
 - o Devant l'entrée en dépendance et les situations médico-sociales difficiles, l'importance de susciter à temps une inscription de « sécurité » en institution.



IV – EXEMPLE PRATIQUE

L'oncogériatrie a été très structurante pour la discipline gériatrique autour de l'outil « G8 ». Les 3 étapes ci-dessous résument les démarches partagées de deux filières qui se complètent autour du soin du sujet âgé. La consultation d'onco-gériatrie permet une évaluation du patient et une classification selon son état de santé et son espérance de vie : elle contribue à favoriser « le juste soin » en permettant de donner sa chance au patient (éviter les sous-traitements) et d'éviter les sur-traitements (iatrogénie).



- 1^{ère} ETAPE : évaluer avec les mêmes outils standardisés utilisés par tous les gériatres (cohérence de communication entre gériatres et oncologues + potentialité d'exploitation à des fins de recherche).
- RCP et SYNTHÈSE GERIATRIQUE : quelles recommandations ? Cela nécessite une souplesse d'organisation (du secrétariat + adaptabilité des rendez-vous indispensable et souvent apaisante pour la personne âgée et sa famille) de l'équipe d'onco-gériatrie, qui doit se mettre au service des oncologues.

- TROISIEME et DERNIERE ETAPE : organiser le suivi des recommandations (hiérarchisation des éléments gériatriques de fragilité et des comorbidités, intégration des soins de supports avec les traitements, planning de suivi des recommandations).

ONCOGER : Hôpital de...:	Proximité :	Référence :	Recours :
Phase Dg	Anamnèse, clinique (TR, seins...) EGS (âge ≥ 75 ans) CS°Ger (âge ≥ 75 ans) Bio Echo	CS°Ger (âge ≥ 75 ans) HDS Ger TDM /IRM Ex spécialisés	CS°Onco-Ger (âge ≥ 75 ans) Scintigraphie / TEPSCAN Biopsies Ex spécialisés Télé médecine Inclusion programme recherche
Phase Tt	Transfusion (anémie) Bisphosphonates CS°Ger SSR Polyvalent Dont lits soins PAL EHPAD / UHR Service social	Chirurgie Chimiothérapie Soins de support CS°Ger SSR Polyvalent Dont lits soins PAL CLIC	Chimiothérapie lourde Radiothérapie SSR-OncoGer Surveillance TEPSCAN MAIA

V - LES FACTEURS CLE DE SUCCES AU SEIN DU GHT 45

Le gériatre n'est pas oncologue, mais sa démarche permet à l'oncologue de prendre une décision thérapeutique collégiale adaptée à l'espérance de vie du sujet âgé.

Plusieurs conditions à cela :

1°- Favoriser un accès rapide à la filière gériatrique :

- Accès à la filière pour prise en compte des spécificités des personnes âgées cancéreuses. Rapidité d'accès ne devant pas retarder la phase thérapeutique après l'obtention d'une histologie (plages de RV dédiées, télé médecine).
 - ⇒ Face à des « structures de recours » déjà trop souvent saturées, il devient urgent qu'une culture :
 - Oncologique se développe au sein des équipes gériatriques des hôpitaux de recours, mais aussi pour ceux de « référence » et de « proximité ».
 - Gériatrique auprès des services d'oncologie et de chirurgie (utilisation collégiale du G8).
 - ⇒ Des réunions de bibliographie communes et des lancements d'activités partagées de recherche, en lien avec l'antenne d'Onco-Gériatrie Centre-Val de Loire seront propices à diffuser une culture dans les deux sens.

2°- Assurer une formation « onco-gériatrique » aux gériatres évaluateurs ? Les deux cultures - oncologique et gériatrique - sont à travailler plus encore de concert.

3°- Limiter les freins d'accès à la trajectoire de vie de la personne âgée relevant de la filière gériatrique :

- Personnes âgées cancéreuses, ayant recours au SAU : personnes âgées étiquetées MADD (Maintien Au Domicile Difficile) ou évènement fracturaire pathologique révélateur de néoplasie méconnue).
- Les délais d'accès aux plateaux techniques.
- Le pronostic et l'aval structurel sont à imaginer dès la RCP, y compris l'accès à une unité palliative.

b. FILIERE URGENCES

Filière patient	Modes d'entrée	Evaluation du patient	Niveau 1 Hôpitaux de référence					Niveau 2 Hôpital de référence		Niveau 3 Hôpital de recours	Modes de sortie
			CH Neuville aux Bois, Sally St Loire, Beaugency, Beauce la Rollande	CH Daumézou	CHR Orléans	CH Montargis	CH Pithiviers	CH Gicq	CH Montargis	CHR Orléans	
PATIENT EN SITUATION D'URGENCE A DOMICILE	VIA UNE STRUCTURE D'URGENCE	BESOIN DE RECOURS A UNE SPECIALITE							OFFRE DISPONIBLE au CHRO ou au CHAM: Orientation du patient vers l'établissement le plus proche		HOSPITALISATION OU RETOUR A DOMICILE
		ABSENCE DE RECOURS A UNE SPECIALITE			PRISE EN CHARGE AU SEIN DE L'HOPITAL LE PLUS PROCHE				OFFRE DISPONIBLE UNIQUEMENT AU CHRO: orientation vers le CHRO		
		DOUTE DIAGNOSTIC			PRISE EN CHARGE AU SEIN DE L'HOPITAL LE PLUS PROCHE						
PATIENT SE PRESENTANT DANS UNE STRUCTURE D'URGENCE	SERVICES D'URGENCE	L'ETAT DU PATIENT NE JUSTIFIE PAS UNE PRISE EN CHARGE DE RECOURS			PRISE EN CHARGE DANS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL						HOSPITALISATION OU RETOUR A DOMICILE
		L'ETAT DU PATIENT NE JUSTIFIE PAS UNE PRISE EN CHARGE DE RECOURS								SUR REGULATION DU SAMU, TRANSFERT VERS: 1ère Intention: CHRO 2ème intention: CHU DE TOURS 3ème intention: HORS REGION	
MALADE EN SITUATION D'URGENCE HOSPITALISE DANS UN SERVICE DE SOINS	PATIENT HOSPITALISE	HOPITAL NE DISPOSANT PAS D'UNE STRUCTURE D'URGENCE	TRANSFERT VERS L'UN DES ETABLISSEMENT DU TERRITOIRE DISPOSANT D'UNE STRUCTURE D'URGENCE								HOSPITALISATION OU RETOUR A DOMICILE
		HOPITAL DISPOSANT D'UNE STRUCTURE D'URGENCE	PAS DE TRANSFERT SI PRISE EN CHARGE POSSIBLE SUR PLACE								
								SI PRISE EN CHARGE IMPOSSIBLE SUR PLACE: TRANSFERT VERS L'HOPITAL DE REFERENCE LE PLUS PROCHE SUR REGULATION DU SAMU			
										SI BESOIN D'UNE OFFRE DE RECOURS, TRANSFERT SUR REGULATION DU SAMU,VERS: 1ère Intention: CHRO 2ème intention: CHU DE TOURS 3ème intention: HORS REGION	

c. FILIERE PERINATALITE

Filière patient	Modes d'entrée	Pathologies	Niveau 1 Hôpitaux de proximité				Niveau 2 Hôpitaux de référence		Niveau 3 Hôpitaux de recours	Modes de sortie
			CHR Orléans	CH Montargis	CH Gien	CH Pithiviers	CH Montargis	CHR Orléans	CHR Orléans { CHU de Tours }	
FEMMES ENCEINTES AVEC COMPLICATION AU COURS DE LA GROSSESSE	URGENCES MATERNITE		PRISE EN CHARGE INITIALE EN HOSPITALISATION				MATERNITE TYPE II TIU 32-34	MATERNITE TYPE III TIU ENTRE 24 ET 32 SA		DOMICILE
									TRANSFERT AU CHR EN CAS DE COMPLICATION A PARTIR DE 23 SEMAINES D'AMEHORREES	
CANCERS GYNECOLOGIQUES	CONSULTATION	ENDOMETRE COL DE L'UTERUS						FILIERE CANCEROLOGIE MULTIDISCIPLINAIRE A ECRIRE	DOMICILE	
			DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE INITIALE							
		OVAIRE						PRISE EN CHARGE AU CHRO		
		SEIN	PRISE EN CHARGE INITIALE MULTIDISCIPLINAIRE				CENTRE DE SENOLOGIE			
FIY	CONSULTATION						PRISE EN CHARGE AU CHRO		DOMICILE	
ENFANTS POLYTRAUMATISES	URGENCE	SANS SUSPICION DE LESION NEUROLOGIQUE						PRISE EN CHARGE AU CHRO	SSR / DOMICILE	
		SUSPICION DE LESION NEUROLOGIQUE						PRISE EN CHARGE AU CHRU DE TOURS		
BRONCHIOLITE DU NOURISSON	URGENCE	BRONCHIOLITE S NON COMPLIQUEES	PRISE EN CHARGE DES BRONCHIOLITES NON COMPLIQUEES						DOMICILE	
		BRONCHIOLITE S REANIMATOIRE S						PRISE EN CHARGE DES BRONCHIOLITES REANIMATOIRES		
ETP EN DIABETOLOGIE PEDIATRIQUE	CONSULTATION						PRISE EN CHARGE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS		DOMICILE	

d. FILIERE CANCEROLOGIE ET MEDECINES INTERVENTIONNELLES

Parcours patient Type de prise en charge	Mudur d'entrée	Evaluation du patient	Niveau 1 Hôpitaux de proximité				Niveau 2 Hôpitaux de référence		Niveau 3 Hôpitaux de recours	Mudur de sortie
			CHR Orléans	CH Moutierqir	CH Pithiviers	CH Gien	CH Moutierqir	CHR Orléans	CHR Orléans (CHR de Taux)	
HEPATOCARCINOME			Diagnostic et bilan					Consultation de recours au CHRO		
			Bilan + chirurgie							
CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE PELVIENNE		CHIRURGIE SIMPLE								
		CHIRURGIE COMPLEXE							Prise en charge de la chirurgie complexe	
		CURIETHERAPIE		Validation indication curiothérapie (RCP) + suivi part- thérapeutique					Validation traitement curiothérapie + programmation anticipée du traitement + CS radiothérapie	
CANCERS ORL PARCOURS DU PATIENT EN OBESITE SEVERE		INTERVENTION CHIRURGICALE		Traitement radia thérapeutique et/ou chimia thérapeutique					Intervention chirurgicale + RCP	
		PATIENTS LOCALEMENT AVANCES CHEZ QUI LA CHIRURGIE N'A PAS ETÉ RETENUE INITIALEMENT							Avis RCP pour confirmer la contre-indication opératoire	
		CANCERS ORL TRES COMPLEXES		RCMI					Préparation radiothérapie par modulation d'intensité par tomothérapie	
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE								Validation de l'indication du acte après étude par le radiologue + préparation d'hospitalisation dans le service de spécialité		
HEMORRAGIES DIGESTIVES RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE EN REANIMATION								Accueil des patients en fonction de la disponibilité en lits et de la proximité géographique des patients		
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE								Visio conférence Consultation radiothérapie + HDJ + suivi au CHRO		
PATHOLOGIES HEPATIQUES COMPLEXES (MALADIES RARES DU FOIE, TRAITEMENT DE L'HEPATITE C)								Centre de compétence maladies rares du foie Siège RCP VHC Consultations + RCP		
URGENCES CARDIOLOGIQUES		SYNDROMES CORONAIRES AIGUS							Plateau technique Gestion urgence H24 avec table de coronarographie Orientation vers le CHRO de taur les patients pris en charge en primaire par le SMUR	
		POUSSEES D'INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE							Orientation vers le CHAM ou le CHRO en fonction de la localisation géographique du patient	
		AUTRES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES							Investigations à visée étiologique ne pouvant être réalisées dans les hôpitaux périphériques	
		TROUBLES DU RYTHME							Mise en place d'un stimulateur cardiaque	

e. FILIERE NEUROLOGIE

Principaux pathologies / prises en charge / actes	Modes d'entrée	Niveau 1 Hôpitaux de proximité				Niveau 2 Hôpitaux de référence			Niveau 3 Hôpital de recours	Modes de sortie
		CH Beaune la Rolande, Neuville aux Bois, Beaugency, Sully sur Loire				CH Daumézon	CH Montargis	CH Pithiviers	CH Gien	
AVC ischémiques ou hémorragiques									Prise en charge par l'UNV de toute urgence vasculaire cérébrale, en dehors des hémorragies méningées, qui sont prises en charge au CHRU de Tours	
Thrombolyses intraveineuses	Régulation essentiellement par le SAMU 45, parfois le SAMU 41 et rarement par les SAU de Montargis, Gien et Pithiviers					Régulation occasionnelle par le SAU pour adresser le patient à Orléans Accueil des patients après leur prise en charge à l'UNV d'Orléans	Système de télé-médecine avec le CHR d'Orléans Pour les patients présentant un AVC non hospitalisés en UNV, il serait souhaitable de créer une unité de proximité à Montargis permettant l'hospitalisation de patients neurologiques dans un même secteur et de pouvoir y attribuer des personnels de rééducation (kinésithérapeute, orthophoniste...)	Pour les patients présentant un AVC non hospitalisés en UNV, il serait souhaitable de créer une unité de proximité à Gien permettant l'hospitalisation de patients neurologiques dans un même secteur et de pouvoir y attribuer des personnels de rééducation (kinésithérapeute, orthophoniste...)	Système de télé-médecine avec le CH de Montargis Régulation SAMU 45 L'UNV du CHR d'Orléans accueille tous les patients candidats à la thrombolyse du Loiret, quelque soit leur âge L'UNV accueille systématiquement tous les patients jeunes présentant un AVC (< 60 ans) ou les cas présentant une complexité particulière après discussion avec le neurologue d'astreinte. Le bilan étiologique ainsi que les principaux axes de la prise en charge thérapeutique initiale peuvent être protocolisés sur la région.	Les patients pris en charge à l'UNV d'Orléans sont ensuite adressés soit à des centres de rééducation MPR adaptés (LADAPT ou Le Coteau) soit dans les services de médecine de Montargis, Gien ou Pithiviers.
Thrombectomie mécanique						Se pose la question pour les patients du montargois d'une prise en charge en région parisienne (CH Henri Mondor) en raison de la proximité géographique (122 km vs 209 km).			Actuellement les patients sont adressés au CHU de Tours avec une filière spécifique qui a été mise en place (signature d'une convention en attente). Le CHR d'Orléans se positionne pour être un centre thrombectomiseur à moyen terme, sous réserve de recruter des neuroradiologues interventionnels.	
Consultations post-AVC						Les patients des autres bassins qu'Orléans pourraient être suivis en consultation à proximité avec la mise en place d'une feuille de consultation commune.			Les patients ayant bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse ou d'une thrombectomie ainsi que ceux de l'agglomération orléanaise seront vus en consultation au CHR d'Orléans (neurologue ou gériatre du SSR). Un deuxième avis pourrait être pris dans les cas complexes au CHR d'Orléans.	
Tableaux complexes (encéphalopathie, méningoencéphalite, myélite, lésions inexplicables du SNC)						Orientation de tout patient présentant un tableau neurologique complexe vers Orléans (pour hospitalisation pour avis diagnostique et thérapeutique) Accueil du patient après passage par Orléans			Le service de neurologie d'Orléans reste à disposition des CH de Gien, Montargis et Pithiviers pour prendre en hospitalisation pour avis diagnostique et thérapeutique tout patient présentant un tableau neurologique complexe. En cas d'urgence, la discussion passera par le neurologue d'astreinte pour une hospitalisation dans les 24-48 heures. Si le patient est médicalement stable, une demande sera faite dans le secteur de neurologie générale (via boîte mail secrétariat) pour une programmation dans la semaine.	Le retour au service envoyeur sera la solution privilégiée à moduler selon l'évolution de la maladie et les traitements à envisager.

Principaux pathologies / prises en charge / actes	Modes d'entrée	Niveau 1	Niveau 2				Niveau 3	Modes de sortie
		Hôpitaux de proximité CH Beaune la Rolande, Neuville aux Bois, Beaugency, Sully sur Loire	Hôpitaux de référence				Hôpital de recours	
			CH Daumézon	CH Montargis	CH Pithiviers	CH Gien	CHR Orléans	
SEP				Diagnostic initial de la SEP, prise en charge des poussées, mise en place d'un traitement de fond, suivi régulier des patients. Les dossiers complexes pourront être discutés lors des visioconférences avec Orléans, Tours et Blois, après accord du neurologue référent du patient.			Diagnostic initial de la SEP, prise en charge des poussées, mise en place d'un traitement de fond, suivi régulier des patients. Une consultation spécialisée SEP et maladies inflammatoires du SNC a lieu au CHR d'Orléans. Le CHU de Tours sera prochainement centre expert. Des visio-conférences régulières (environ toutes les 6 semaines) sont mises en place avec le CHU de Tours et la participation des CH de Blois et d'Orléans. La consultation spécialisée des Maladies inflammatoires du CHR d'Orléans peut être proposée pour un second avis diagnostique dans les formes complexes ou pour la discussion d'un traitement de 2e ligne (Tysabri, Gylenia...) Ces traitements de 2e ligne peuvent être réalisés en HDJ après discussion et 2nd avis. Rédaction de protocoles communs.	
Maladie de Parkinson et autres syndromes parkinsoniens				Le diagnostic et le suivi simple peuvent se faire à proximité. Suivi alterné si proposé			Une consultation spécialisée Parkinson a lieu au CHR d'Orléans depuis 2009. Le CHU de Tours est centre expert. Le CHR d'Orléans peut constituer un recours pour : - Les diagnostics des cas complexes (second avis) ou proposer un suivi alterné entre le CH de proximité et Orléans (exemple de Gien) - Une hospitalisation pour adaptation de traitements chez les patients fluctuants (blocages, dyskinésies importantes) - Une quantification de la dose en HDJ pour les stylos d'apokinon - La discussion des traitements de seconde ligne dans la maladie de Parkinson (pompe d'apomorphine, duo-dopa ou stimulation des noyaux sous-thalamiques) - Le suivi des patients ayant bénéficié d'une stimulation des noyaux sous thalamiques.	
SLA				La prise en charge de proximité (pose d'une gastrostomie, suivi respiratoire) peut se faire à proximité		La prise en charge de proximité (pose d'une gastrostomie, suivi respiratoire) peut se faire à proximité	Le centre expert est le CHU de Tours. Existence d'un réseau NeuroCentre. Il sera demandé au Pr Corcia des consultations avancées au CHR d'Orléans pour les patients du Loiret. Les patients atteints de SLA bénéficieront au CHR d'une HDJ avec cs pneumo, cs neuro, et selon les besoins, cs ergo, diet, ortho, gastro... Ils peuvent également être hospitalisés dans le service de Neurologie pour une prise en charge globale dans les lits identifiés soins palliatifs.	La prise en charge peut être poursuivie à domicile avec l'aide de l'HAD, et de l'EADSP.
Epilepsie				Consultations première crise + suivi d'une épilepsie pharmacosensible		Consultations première crise + suivi d'une épilepsie pharmacosensible L'épilepsie pharmaco résistante peut être vue en consultation spécialisée	Consultations première crise + suivi d'une épilepsie pharmacosensible L'épilepsie pharmaco résistante peut être vue en consultation spécialisée Les états de mal épileptiques partiels, généralisés ou infracliniques doivent bénéficier d'une hospitalisation dans une structure bénéficiant de réanimation et d'accès facile et répété à l'EEG. Pour l'instant, les EME seront hospitalisés au CHR d'Orléans. Cette indication sera à revoir en cas de mise en place d'un réseau d'interprétation des EEG (télé EEG).	

Principaux pathologies / prises en charge / actes	Modes d'entrée	Niveau 1	Niveau 2			Niveau 3	Modes de sortie	
		Hôpitaux de proximité	Hôpitaux de référence			Hôpital de recours		
		CH Beaune la Rolande, Neuville aux Bois, Beaugency, Sully sur Loire	CH Daumézon	CH Montargis	CH Pithiviers	CH Gien	CHR Orléans	
Neuropathies				Bilan et suivi		Bilan et suivi	<p>Bilan et suivi</p> <p>Les syndromes de Guillain Barré justifient d'une hospitalisation dans une structure bénéficiant de réanimation et d'accès facile et répétés à l'EMG.</p> <p>Toute suspicion de SGB sera hospitalisée au CHR d'Orléans (en neurologie ou réanimation médicale selon l'état du patient).</p> <p>Le service de Neurologie du CHR d'Orléans peut proposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un second avis sur des dossiers de neuropathies complexes - Un avis thérapeutique sur les neuropathies dysimmunitaires - La réalisation d'EMG dans les cas complexes. 	
Démences				<p>Diagnostic et prise en charge</p> <p>Possibilité de participation aux visioconférences trimestrielles à étudier</p>			<p>Diagnostic et prise en charge</p> <p>Le service de neurologie d'Orléans suit des patients présentant une pathologie démentielle le plus souvent avant l'âge de 70 ans, ou une démence d'évolution rapide et enfin une démence secondaire à une autre pathologie neurologique (parkinson, vasculaire)...</p> <p>Des temps de consultations neurologiques et de bilan neuropsychologiques spécifiques y sont dédiés.</p> <p>Des visioconférences trimestrielles sont réalisées avec le CMRR du CHU de Tours (Dr K Mondon).</p> <p>Il faudra voir dans un second temps la faisabilité technique pour que les autres CH puissent y participer.</p> <p>Les patients peuvent être adressés au CHR d'Orléans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour un avis ponctuel sur des cas atypiques, - Pour une hospitalisation programmée (HDJ ou Hospitalisation classique selon l'autonomie du patient) permettant d'accéder au plateau technique 	
Injection de toxine botulinique							Le seul centre injecteur est le CHR d'Orléans. Tous les patients présentant une dystonie peuvent être pris en charge au CHR d'Orléans.	
Prise en charge conjointe ou complémentaire entre la neurologie et la psychiatrie			Collaboration avec les autres CHS	Collaboration avec le CH Daumezon et les autres CHS				
Neuro-oncologie				Adaptations thérapeutiques en cas d'épilepsie tumorale mal équilibrée		Adaptations thérapeutiques en cas d'épilepsie tumorale mal équilibrée	Les patients de la filière neuro-oncologie sont pris en charge par les neurochirurgiens et les onco-radiothérapeutes. Adaptations thérapeutiques en cas d'épilepsie tumorale mal équilibrée	
Neuro-pédiatrie							Les neurologues du CHR d'Orléans n'ont pas de valence neuropédiatrique. Le Dr Barthez consulte dans le service de pédiatrie du CHR d'Orléans pour l'épilepsie. Les patients pédiatriques seront donc adressés au CHU de Tours, jusqu'au développement d'une activité régulière de neuropédiatrie au CHR d'Orléans.	

f. FILIERE AUTRES MEDECINES

Filière patient	Modes d'entrée	Niveau 1 Hôpitaux de proximité				Niveau 2 Hôpital de référence		Niveau 3 Hôpital de recours	Modes de sortie
		CHR Orléans	CH Montargis	CH Pithiviers	CH Gien	CH Montargis	CHR Orléans	CHR Orléans { CHU de Tour }	
ARTHRITES SCEPTIQUES DES ARTICULATIONS PROFONDES ET SPONDYLODISCI TES	Consultation Hospitalisatio n Urgences	Diagnostic et transfert							Retour à domicile
							Hospitalisation dans les 48H après la demande		
							Ponction Mise en palce ou adaptation antibiothérapie Stabilisation de l'état du patient		
							Ré adressage établissement		
		Hospitalisation éventuelle pour suites de prise en charge							
		Consultations de suivi							
CRISES DREPANOCYTAI RES GRAVES	Urgences	Diagnostic, évaluation de la gravité, transfert dans le service adéquat du CHRO							Retour à domicile
							Prise en charge de la période aiguë		
		Suivi infra-annuel en proximité							
CANCERS THYROIDIENS	Consultation Hospitalisatio n	Diagnostic et adressage au CHRO							Retour à domicile
		Adresser le dossier au CHRO pour staff						Prise en charge du patient	
LESIONS SUSPECTES EN DERMATOLOGIE	Consultation Hospitalisatio n Urgences	Besoin d'avis / aide a diagnostic auprès d'un dermatologue du CHRO							Retour à domicile
		Transfert en dermatologie au CHRO des patients porteur d'une pathologie mettant en cause leur pronostic vital ou présentant une maladie de système							
							Prise en charge des patients jusqu'à stabilisation de leur état		
		Suivi en proximité (médecin généraliste ou praticien hospitalier)							
HEPATITES VIRALES	Consultation Hospitalisatio n Urgences	Bilan pré-thérapeutique		Adressés au CHRO ou CHAM en fonction de la résidence géographique	Consultation avancées CHR				Retour à domicile
						Prise en charge des patients			

g. FILIERE CHIRURGIE

Filière patient	Modes d'entrée	Niveau 1 Hôpitaux de proximité				Niveau 2 Hôpital de référence		Niveau 3 Hôpital de recours	Modes de sortie
		CHR Orléans	CH Montargis	CH Pithiviers	CH Gien	CH Montargis	CHR Orléans	CHR Orléans (CHU de Tours)	
CHIRURGIE DU FOIE, PANCREAS, OESOPHAGE - ISCHEMIES MESENTERIQUE	Urgences, consultations ou hospitalisation des établissements de niveau 1	Diagnostic et indication							Retour à domicile
		Suites après stabilisation et suivi					Prise en charge chirurgicale au CHR d'Orléans		
ISCHEMIES MESENTERIQUES ET COMPLICATIONS INFECTIEUSES OU HEMORRAGIQUES SECONDAIRES DES PANCREATITES SEVERES	Urgences, consultations ou hospitalisation des établissements de niveau 1	Diagnostic							Retour à domicile
		Patient hospitalisé en réanimation							
		Réadressage au CHAM pour poursuite de la prise en charge après stabilisation					Hospitalisation au CHRO pour la phase aiguë (et ponctions et drainage des complications infectieuses des pancréatites sévères)		
CHIRURGIE BARIATRIQUE	Consultation CHAM	Prise en charge des patient obèses							Retour à domicile
							Prise en charge des patients en obésité sévère		
TRAUMATISME THORACIQUE - PNEUMOTHORAX	Urgences CHAM CH GIEN CH PITHIVIERS	Pose de drain							Retour à domicile ou SSR
							Transfert au CHRO pour prise en charge en cas de traumatisme thoracique		
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE DU POUMON - TALCAGE	Consultations CHAM CH GIEN CH PITHIVIERS	Découverte lésion							Retour à domicile
		Réalisation du bilan					Réalisation du bilan (patients CH Gien, Pithiviers)		
		Suites du traitement				Suites du traitement		Chirurgie au CHRO	
PATIENT POLYTRAUMATISE OU PATIENT POLYFRACTURE	Consultations CHAM CH GIEN CH PITHIVIERS	Prise en charge de premier niveau sur régulation du SAMU							Retour à l'établissement adresseur après stabilisation, retour à domicile OU SSR
		Chirurgie si absence lésion neurologique ou vasculaire	Transfert CHRO ou CHAM		Chirurgie si absence lésion neurologique ou vasculaire				
						Si suspicion de lésion abdominale, neurologique ou vasculaire: transfert au CHRO pour prise en charge aigüe et stabilisation			

VI- ANNEXE 2 : EFFECTIFS MEDICAUX PAR SPECIALITE

A- MEDECINE - CHIRURGIE - OBSTETRIQUE

SERVICE/SPECIALITE	CHAM		CH GIEN		CH PITHIVIERS		CHRO		GHT 45			
	ETP CIBLE	ETP REEL	ETP CIBLE	ETP REEL	ETP CIBLE	ETP REEL	ETP CIBLE	ETP REEL	ETP CIBLE	ETP REEL	ECART	TX DE VACANCE
URGENCES	20,43	14,2	13,4	13,2	11	7,6	44	28,3	88,83	63,3	25,53	29
REANIMATION MEDICALE	5	4,2					11	11	16	15,2	0,8	5
GYNECOLOGIE - OBST	8	6,1	4,6	3,2	2,8	3,7	19,3	16,6	34,7	29,6	5,1	15
NEONATOLOGIE							10,8	10,2	10,8	10,2	0,6	6
PEDIATRIE	8	6	4,6	2,6	2	2,6	16,2	14,8	30,8	26	4,8	16
CHIRURGIE PEDIATRIQUE									5	4,9	0,1	2
ONCOLOGIE	5,6	4,51					5	4	10,6	8,51	2,09	20
RADIODTHERAPIE							6	6	6	6	0	0
HEMATOLOGIE							8	7	8	7	1	13
H. GASTOENTERO	5,6	4,3	0,9	0,8	0,425	0,425	9,7	9,7	16,625	15,225	1,4	8
CARDIOLOGIE	5	4,4	0,8	0,8			12,35	10,8	18,15	16	2,15	12
PNEUMOLOGIE	2	1	1,3	1,3			9,6	8,5	12,9	10,8	2,1	16
NEUROLOGIE	0	0,3	1	0,9					1	1,2	-0,2	-20
RHUMATOLOGIE	2	2			0,6	0,6	12,2	11,7	14,8	14,3	0,5	3
MEDECINE INTERNE	1	1	1	1	0,025	0,025	7,2	5,6	9,225	7,625	1,6	17
ENDOCRINOLOGIE	8,1	5,35					6	6,4	14,1	11,75	2,35	17
DERMATOLOGIE							6,4	6,2	6,4	6,2	0,2	3
MAL. INFECTIEUSES							7	7,4	7	7,4	-0,4	-6
DOULEUR SONS PAL	0,2	0,2					8,4	8,1	8,6	8,3	0,3	3
MEDECINE GENERALE / PLOYVALENTE			2	2	4,8	4,8			6,8	6,8	0	0
CHIRURGIE GENERALE			0,3	0,3					0,3	0,3	0	0
CHIRURGIE VISCERALE	4,6	4,23					5,6	5,4	10,2	9,63	0,57	6
ORTHOPEDIE	4	4,375					6	5	10	9,375	0,625	6
CHIRURGIE THORACIQUE							2	2	2	2	0	0
CHIRURGIE VASCULAIRE					0,025	0,025	3	2	3,025	2,025	1	33
UROLOGIE	2,25	2,25					4	4	6,25	6,25	0	0
ORL	2,4	2,4					5,5	5,3	7,9	7,7	0,2	3
OPHTALMOLOGIE	1	1					6,75	5	7,75	6	1,75	23
STOMATOLOGIE/ CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	0,7	0,7					2,6	2	3,3	2,7	0,6	18
ANESTHESIE	8,42	7,6	3,4	2,7	1	1	33,4	18,5	46,22	29,8	16,42	36
BIOLOGIE	4	3,8	0,8	0,8	2	1	16,8	15,8	23,6	21,4	2,2	9
IMAGERIE	5	2,4	3	3	1,6	1,5	28,5	23	38,1	29,9	8,2	22
PHARMACIE			1,1	1,1	1	1,4	16	16,1	18,1	18,6	-0,5	-3
DIM	1	1,3	0,4	0,1			3	3	4,4	4,4	0	0
HYGIENE	0,6	1	0,1	0,1			1,6	1,6	2,3	2,7	-0,4	-17

B- PSYCHIATRIE

	CH DAUMEZON		CHAM		CHRO		GHT 45			
	ETP CIBLE	ETP REEL	ETP CIBLE	ETP REEL	ETP CIBLE	ETP REEL	ETP CIBLE	ETP REEL	ECART	TX DE VACANCE
POLE SUD OUEST	13,6	14,3					13,6	14,3	-0,7	-5
POLE NORD EST	23,4	21,4					23,4	21,4	2	9
POLE PSYCHIATRIE INFANTO- JUVENILE	13,5	11,5					13,5	11,5	2	15
POLE PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE	5	4,3					5	4,3	0,7	14
SERVICE PSYCHIATRIE (CHAM)			9,1	5,7			9,1	5,7	3,4	37
PSYCHIATRIE DE LIAISON (CHRO)					4	3	4	3	1	25
TOTAL							68,6	60,2	8,4	12

C- GERIATRIE (Services de court séjour, SSR gériatriques et USLD/EHPAD)

	ETP CIBLE	ETP REEL	TX DE VACANCE
CHAM	11,9	11,6	3
CH GIEN	4,3	3,8	12
CH PITHIVIERS	6	6	0
CH DAUMEZON	0	0	
CH BEAUGENCY	1	0,5	50
CH BEAUNE L R			
CH NEUVILLE	2,1	3,9	-86
CH SULLY	2,3	1,3	43
CHRO	31	26	16
TOTAL GHT 45	58,6	53,1	9