

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Diagnostic partagé en santé mentale du département de la
Haute-Marne

2018 - 2019

*Pour l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie
de qualité, sécurisé et sans rupture.*

PRESENTATION DU DOCUMENT

▶ Enjeux

Le diagnostic partagé est une étape très importante dans la démarche qui va permettre de définir :

- Un constat partagé de la situation locale, les forces, les faiblesses du département
- Les pistes de travail qui permettront d'améliorer la réponse collective aux besoins de la population desservie.

Il est donc nécessaire de le formaliser dans le cadre d'un document officiel de référence pour l'ensemble des acteurs. Il permettra de mesurer à la suite, de la mise en œuvre de la feuille de route, les améliorations qui auront été générées et le chemin restant à parcourir.

▶ Moyens

- Données issues de la carte d'identité du territoire et des indicateurs d'appel par porte d'entrées (la rosace)
- Synthèse des travaux des groupes de travail qui se formalisent par des pistes de travail ou des grandes orientations qui serviront de trame à la feuille de route.

Une publication du document peut être envisagée.

▶ Acteurs concernés

La rédaction du document incombe au chef de projet.

▶ Facteurs clés de succès

Adhésion des membres des groupes de travail au document.
Adhésion de leurs institutions ou organismes.

SOMMAIRE

➤ Enjeux.....	2
➤ Moyens.....	2
➤ Acteurs concernés.....	2
➤ Facteurs clés de succès.....	2
PRESENTATION DE LA DEMARCHE SUR LE TERRITOIRE	4
METHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL.....	5
<i>PORTES D'ENTREE DE LA ROSACE.....</i>	<i>6</i>
PRESENTATION DU TERRITOIRE PROJET	7
I / CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE.....	8
➤ ANALYSE DES DONNEES TERRITORIALES.....	8
➤ DONNEES POPULATIONNELLES (SOURCE INSEE 2018, CHIFFRES DE 2015)	8
➤ LE CONTEXTE SANITAIRE.....	8
➤ NIVEAU D'EQUIPEMENT EN PSYCHIATRIE DANS LA HAUTE-MARNE ET DANS LA REGION	9
• <i>La pédopsychiatrie.....</i>	<i>9</i>
• <i>La psychiatrie adulte ou générale.....</i>	<i>9</i>
• <i>Les ressources en effectif soignant en psychiatrie.....</i>	<i>10</i>
• <i>Taux d'équipement en structures médico-sociales et autres.....</i>	<i>11</i>
• <i>Etablissements médico-sociaux pour personnes handicapées.....</i>	<i>13</i>
II / ACTIVITES EN MATIERE DE SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE	16
III / PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE	19
IV / DIAGNOSTIC PARTAGE	37
1. ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES.....	40
2. SITUATIONS INADEQUATES	40
3. ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....	41
4. ACCES AUX SOINS SOMATIQUES	42
5. PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE	42
V/ DEFICITS CONSTATES ET PISTES D'AMELIORATION ENVISAGEES	43
VI/ SUITE DES TRAVAUX	44

Préambule

Présentation de la démarche sur le territoire

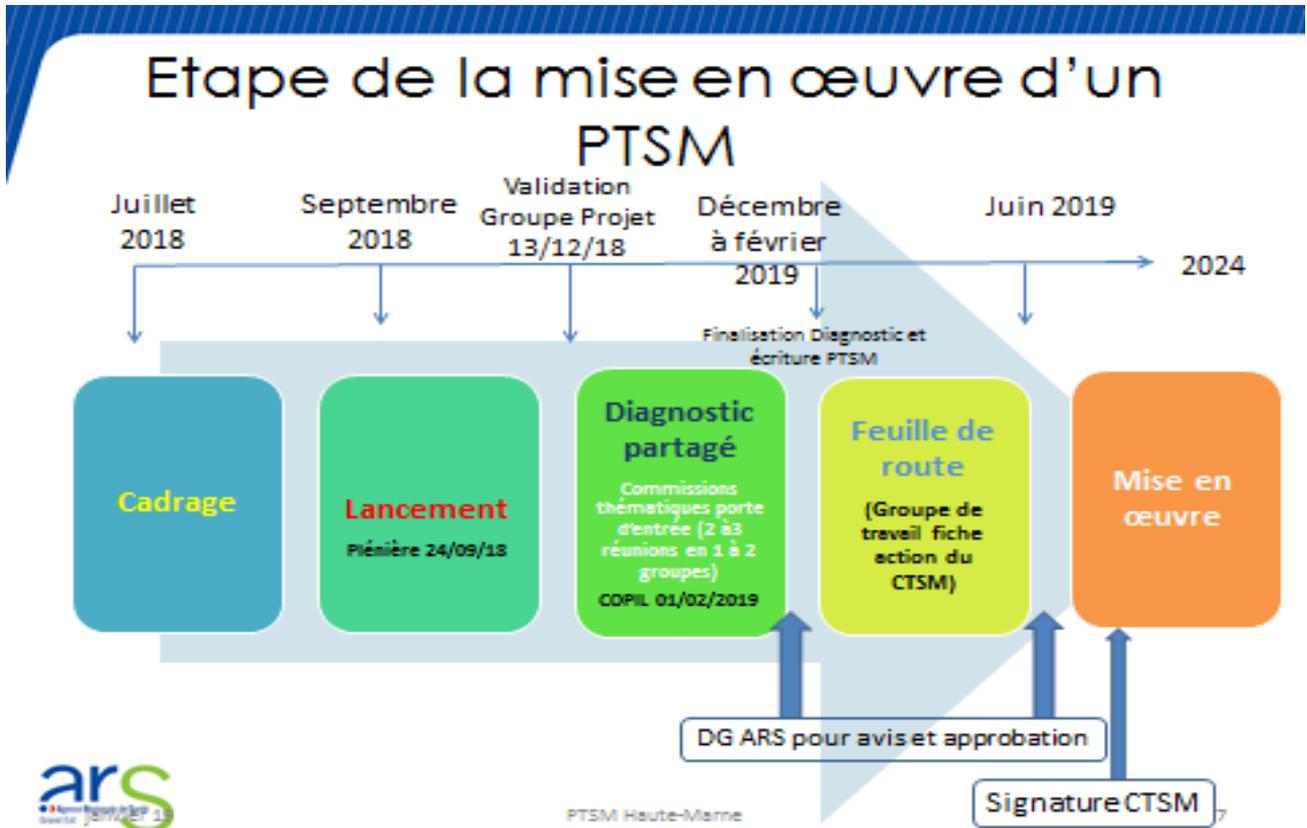
La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2017-120 du 27 juillet 2017 prévoient l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale PTSM.

Ces PTSM ont pour objet de :

- favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en développant des modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social,
- déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Les missions de l'ARS dans l'implication des PTSM ont été redéfinies par l'INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

Méthodologie du diagnostic territorial



L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue une démarche participative et qualitative. Elle permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale.

Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP « *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale* » pourront être mobilisés par les acteurs.

Un recueil des banques de données sur la santé mentale en partenariat avec l'ARS et le DIM du CHHM a été réalisé.

La mise en place de groupes thématiques par portes d'entrée identifiées dans la ROSACE (schéma ci-dessous) a été le point d'encrage des travaux conduits et a permis de travailler sur les principales situations de ruptures de parcours.

Des entretiens individuels ont également été menés avec des médecins ou référents institutionnels.

La participation concomitante des membres du groupe projet aux réunions CLS et du Schéma Départemental en faveur des personnes en situation de handicap a permis de faire le lien avec la démarche PTSM.

Portes d'entrée de la Rosace (source ANAP)



Présentation du territoire projet

Le département de la Haute-Marne appartient à la région Champagne-Ardenne. Il est composé de 3 arrondissements, 32 cantons et 433 communes.

Les habitants de la Haute-Marne étaient au nombre de 194 873 au recensement de 1999 et de 187 652 au recensement de 2006. La superficie du département de la Haute-Marne est de 6 210,60 km². La densité de population du département de la Haute-Marne est de 30,21 habitants par km².

La Haute-Marne possède trois arrondissements dont voici les chefs-lieux :

- Saint-Dizier
- Chaumont
- Langres

Créé en 1824, l'hôpital André Breton est partie prenante de l'histoire de la ville de Saint-Dizier. Au fil des siècles, des guerres et des évolutions, il a permis aux hauts-marnais ayant besoin de soins et d'une prise en charge psychiatrique de trouver un lieu d'accueil près de chez eux.

En 1916, l'écrivain André Breton demande son affectation au centre neuro-psychiatrique de Saint-Dizier en qualité de médecin auxiliaire. C'est en hommage à sa présence ici, que le site de Saint-Dizier prit le nom d'André Breton en 1997.

A partir des années 60, les changements des thérapeutiques ont permis d'améliorer cette prise en charge et de découvrir des thérapies nouvelles (arthérapie, ergothérapie, musicothérapie,...).

Dès 1978 est installé à Langres un hôpital de jour en pédopsychiatrie. Il faut attendre 1992 pour la création d'un service d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie adultes à Chaumont avec la construction du centre médical Maine de Biran.

Depuis, le centre hospitalier de la Haute-Marne a diversifié ses activités.

Actuellement, les consultations en psychiatrie ont lieu sur l'ensemble du département de la Haute-Marne.

I / Caractéristiques du territoire

Analyse des données territoriales

Les données sont comparées avec celles d'autres territoires de la région en particulier la Meuse et la Meurthe et Moselle qui participent également à l'expérimentation de la démarche ANAP. L'équipe projet a souhaité comparer le territoire de la Haute-Marne à ces deux territoires, car d'une part, la Meuse est quasi équivalente en matière démographique, densité et ruralité, et d'autre part la Meurthe et Moselle département urbain, avec une évolution positive de la croissance démographique. Le niveau Grand Est, rappelle quant à lui les moyennes de cette région.

Données populationnelles (Source INSEE 2018, chiffres de 2015)

- La population de la Haute-Marne compte 179 154 habitants, qui représentent 3.25 % de la population du Grand Est.
- L'évolution annuelle moyenne de la population entre 2010 et 2015 est négative : - 0.5.
- Le nombre de personnes âgées de moins 25 ans, représente 47 534 habitants soit 26.5 %, de 25 à 64 ans 91 093 habitants soit 50.84%, et âgées de plus de 65 ans 40 528 habitants soit 22.62%.
- La densité de la population est de 28.8 hab. au Km²
- Le taux de scolarisation des 18-24 ans le plus faible de la région Grand Est et des niveaux de diplôme inférieurs à la moyenne.
- Prévalence des familles monoparentales
- La proportion des personnes âgées isolées vivant seules se situe autour de 43%

Le contexte sanitaire

- Le taux de mortalité par suicide est important dans la Haute-Marne, 21.3 (données ORS 2011-2013) supérieur à la moyenne régionale et à celles des 2 autres territoires.
- Un taux de surmortalité prématurée supérieur à la moyenne régionale et aux 2 autres territoires.
- Le recours au traitement de substitution aux opiacés (le taux régional de remboursement d'au moins un traitement est de 472 pour 100000 assurés) est de 782 pour 100000 assurés en Haute-Marne.
- Le taux de prévalence des hospitalisations liées à des troubles mentaux est supérieur à la moyenne nationale
- Le taux de consommation de psychotropes et d'antidépresseurs est plus élevé que la moyenne régionale Grand Est.

Niveau d'équipement en psychiatrie dans la Haute-Marne et dans la région

La pédopsychiatrie

L'équipement en lits d'hospitalisation complète

- Haute-Marne = 5 Places/ 36 780 jeunes de 0-17 ans = **0.136** pour 1000 habitants de moins de 18 ans
- Meuse = 5 places/ 41 572 jeunes de 0-17 ans = **0.120** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Meurthe et Moselle = 28 places/ 152 487 = **0.183** pour 1000 habitants de moins de 18 ans
- Grand Est = 126 places/ 1 182 651 = **0.106** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.

Le département de la Haute-Marne dispose donc d'un taux d'équipement plus bas que la Meurthe et Moselle mais supérieur à la Meuse et au Grand Est.

L'équipement en places d'hôpital de jour et CATTP

- Haute-Marne 71 places/ 36 780 = **1.93** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Meurthe et Moselle = 89 places / 152 487 = **0.58** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Meuse = 58 places / 41 572 = **1.39** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.
- Grand Est = 847 places / 1 182 651 = **0.71** pour 1000 habitants de moins de 18 ans.

Le niveau d'équipement de la Haute-Marne est supérieur aux autres niveaux
La densité de places d'hospitalisation partiel pour 100 000 h. de moins de 18 ans en Haute-Marne est nettement supérieur au regard des autres niveaux départementaux et régionaux.

Le nombre de CMP

La population de la Haute-Marne âgée de moins de 18 ans est de 36 780 (Données 2013 Insee).
Il existe 6 CMP dit psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Marne.

La psychiatrie adulte ou générale

L'équipement en lits d'hospitalisation complète

La répartition de la population générale de + de 18 ans s'établit ainsi qu'il suit (Données Insee 2013):

- Haute-Marne = 181 521 (population totale)- 36 780 (population des – de 18 ans), ce qui fait la population de + de 18 ans = **144 741 Hab.** de plus de 18 ans.
- Meurthe et Moselle = 731 004 -152 487 = **578 517 Hab.** de plus de 18 ans.
- Meuse = 192 094 – 41 572 = **150 522 Hab.** de plus de 18 ans.
- Grand Est = 5 552 390 – 1 182 651 = **4 369 739 Hab.** de plus de 18 ans.

Le taux d'équipement pour 1000 habitants en vigueur pour une population locale et régionale de + 18 ans s'établit ainsi qu'il suit :

- Haute-Marne 135 lits / 144 741 = **0.93** pour 1000 habitants de + 18 ans
- Meurthe et Moselle = 410 lits/ 558 517 = **0.73** pour 1000 habitants de +18 ans
- Meuse = 205 lits/ 150 522 = **1.36** pour 1000 habitants de + de 18 ans
- Grand Est = 4186 lits/ 4 369 739 = **0.95** pour 1000 habitants de + de 18 ans

Le taux de lits en hospitalisation complète pour la Haute-Marne est inférieur au département de la Meuse mais supérieur aux deux autres niveaux.

Le nombre de CMP

La population de la Haute-Marne âgée de plus de 18 ans est de 144 741 (Données 2013 Insee).
Il existe 5 CMP dit psychiatrie générale ou adulte.

L'équipement en places d'hospitalisation de jour

En ce qui concerne l'hospitalisation de jour voici les niveaux d'équipement :

- Haute-Marne = 85 places / 144 741 h = **0.58** pour 1000 habitants de + de 18 ans
- Meurthe et Moselle = 181 places / 558 517 h = **0.32** pour 1000 habitants de +de 18 ans
- Meuse = 78 places/ 150 522 h = **0.51** pour 1000 habitants h de + de 18 ans
- Grand Est = 2120 places/ 4 369 739 = **0.48** pour 1000 habitants h de + de 18 ans

Le nombre de CATTP dit « Psychiatrie générale » est de 4.

Les ressources en effectif soignant en psychiatrie

Le nombre d'ETP de psychiatre hospitalier dédié psychiatrie « Adulte ou Générale », hors interne est de 10.45 en Haute-Marne et de 4.06 ETP dédié « Infanto-Juvenile ».

Comparatif ETP Psychiatrie adulte :

- Haute-Marne 10.45 ETP / 144 741 h = **0.072 psychiatres pour 1000 hab. de + 18 ans**
- Meurthe et Moselle = 54.64 ETP / 558 517 h = **0.098 psychiatres pour 1000 hab. de + 18 ans**
- Meuse = 8.29 ETP / 150 522 h = **0.055 psychiatres pour 1000 habitants de + de 18 ans**
- Grand Est = 410.58 ETP / 4 369 739 = **0.093 psychiatres pour 1000 habitants de + de 18 ans.**

Par conséquent l'effectif budgétisé en ETP dans la Haute-Marne est plus favorable à celui du département de la Meuse mais inférieur aux autres niveaux.

Comparatif ETP Infanto Juvenile :

- Haute-Marne 4.06 ETP / 36 780 h = **0.11** pédopsychiatres pour 1000 hab. de - 18 ans
- Meurthe et Moselle = 22,06 ETP / 152 487 h = **0.14** psychiatres pour 1000 hab. de - 18 ans

- Meuse = 2.32 ETP / 41 572 h = **0.055** psychiatres pour 1000 hab. de - 18 ans
- Grand Est = 410.58 ETP / 1 182 651 = **0.34** psychiatres pour 1000 hab de - de 18 ans

On constate là encore une répartition inégale du nombre d'ETP par habitant de – 18 ans sur les 3 territoires du Grand Est. Le moins favorisé étant la Meuse, taux proche pour la Haute-Marne et la Meurthe et Moselle, mais avec un taux nettement inférieur par rapport au niveau régionale.

Les ressources infirmiers et psychologue

Le département ne dispose pas d'informations sur la différenciation entre les interventions réalisées auprès des enfants et adolescents et ceux auprès des adultes, c'est la population totale qui est prise en compte afin de définir le nombre d'habitants pour un IDE ou un psychologue.

Pour les psychologues

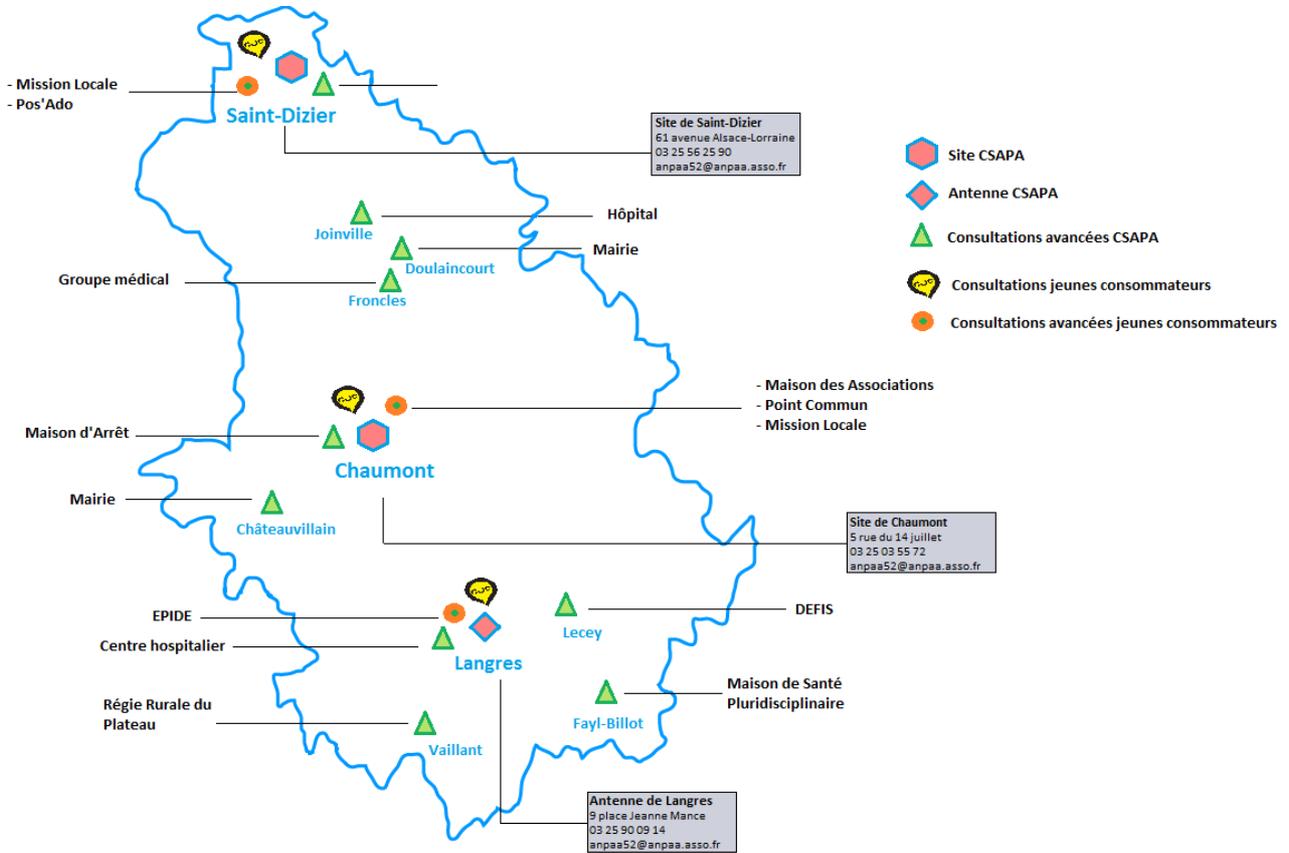
- Haute-Marne 20 ETP / 179 154 h = **0.11 psychologue pour 1000 hab.**
- Meurthe et Moselle = 132 ETP / 734 403 h = **0.18 psychologue pour 1000 hab.**
- Meuse = 22 ETP / 190 626 h = **0.15 psychologue pour 1000 hab.**
- Grand Est = 935 ETP / 5 559 051 h = **0.168 psychologue pour 1000 hab.**

Pour les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) travaillant en secteur psychiatrique

- Haute-Marne 205 ETP / 179 154 h = **1.14 IDE pour 1000 hab.**
- Meurthe et Moselle = 430 ETP / 734 403 h = **0.59 IDE pour 1000 hab.**
- Meuse = 181 ETP / 190 626 h = **0.95 IDE pour 1000 hab.**
- Grand Est = 3296 ETP / 5 554 645 h = **0.59 IDE pour 1000 hab.**

Taux d'équipement en structures médico-sociales et autres

Le nombre de CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement en Addictologie) est de 1 dans la Haute-Marne, le siège situé à Chaumont et deux antennes l'une à Langres et l'autre à Saint Dizier. Le CSAPA déploie également des consultations jeunes consommateurs et consultations avancés sur le département.



Un CAARUD (Centre d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) avec une antenne à Saint Dizier, et un bus itinérant sur le Pays de Langres.

Les GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) sont au nombre de 2 : 1 à Chaumont, 1 à Saint Dizier et 1 antenne à Langres.

Des appartements de coordination thérapeutique au nombre de 3 sur Saint Dizier.

Etablissements médico-sociaux pour personnes handicapées

- **Institut Médico-Educatif (IME)** : Saint Dizier, Montier en Der, Puellémontier, Brottes, Bourbonnes, pour un total de **323 places**
- **Service d'éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)** : Saint Dizier, Langres, Montier en Der, Puellémontier, Brottes, Montigny le Roi, Chaumont et Bourbonnes les Bains pour **171 places**.
- Un **SESSAD** pour Trouble Spéciale du Langage à Chaumont de **9 places**.
- **Etablissements pour polyhandicapés** : Saint Dizier, Langres et Brottes pour un total de **26 places**
- **Service d'accompagnement Médico-social pour adultes Handicapés (SAMSAH)** à Saint Dizier, Puellémontier, pour un total de **45 places**.
- **Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)** : à Saint Dizier et Saint Blin, pour un total de **35 places**.
- **Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP)** : Montier en Der, Saint Dizier, Bettancourt la Fere, Montigny le Roi, Chaumont, Langres pour un total de **106 places**
- **Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)** à Saint Dizier et Andelot pour un total de **141 places**
- **Centre d'Accueil Familial Spécialisé** à Montier en Der pour **17 places**.
- **Un institut d'éducation sensorielle** à Chaumont de **12 places**
- **Une plateforme de diagnostic Autisme**
- **Un centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS)** à Chaumont et Saint Dizier pour **116 places**.



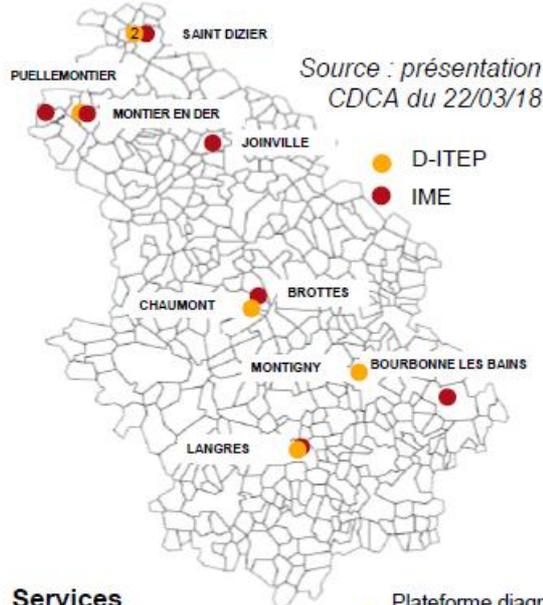
Centre hospitalier de la Haute-Marne
Etablissement public départemental de santé



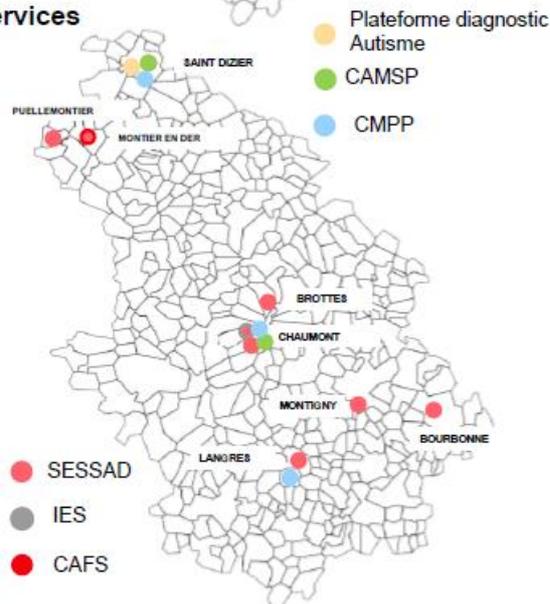
ASSOCIATION

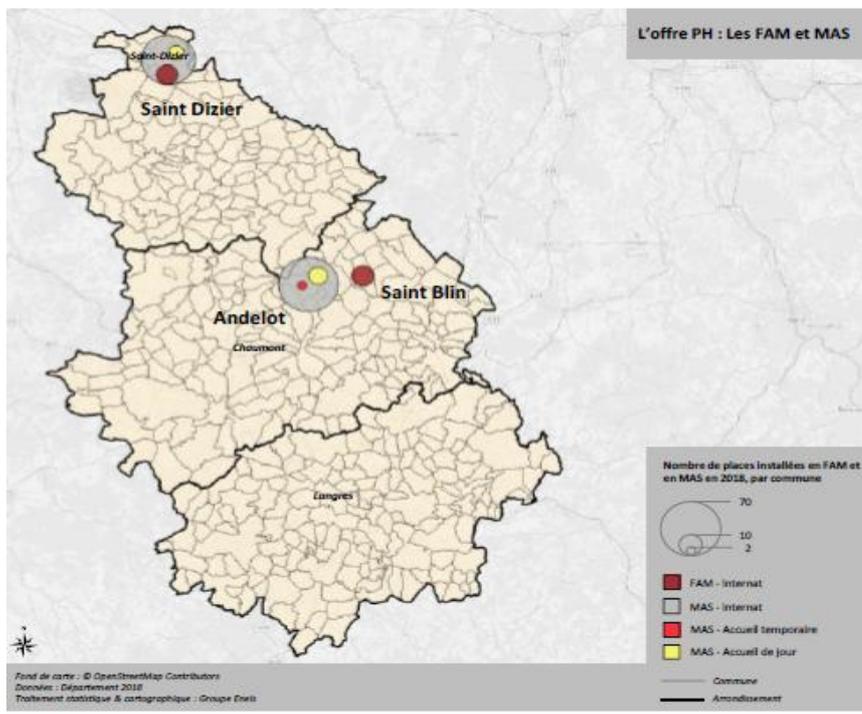
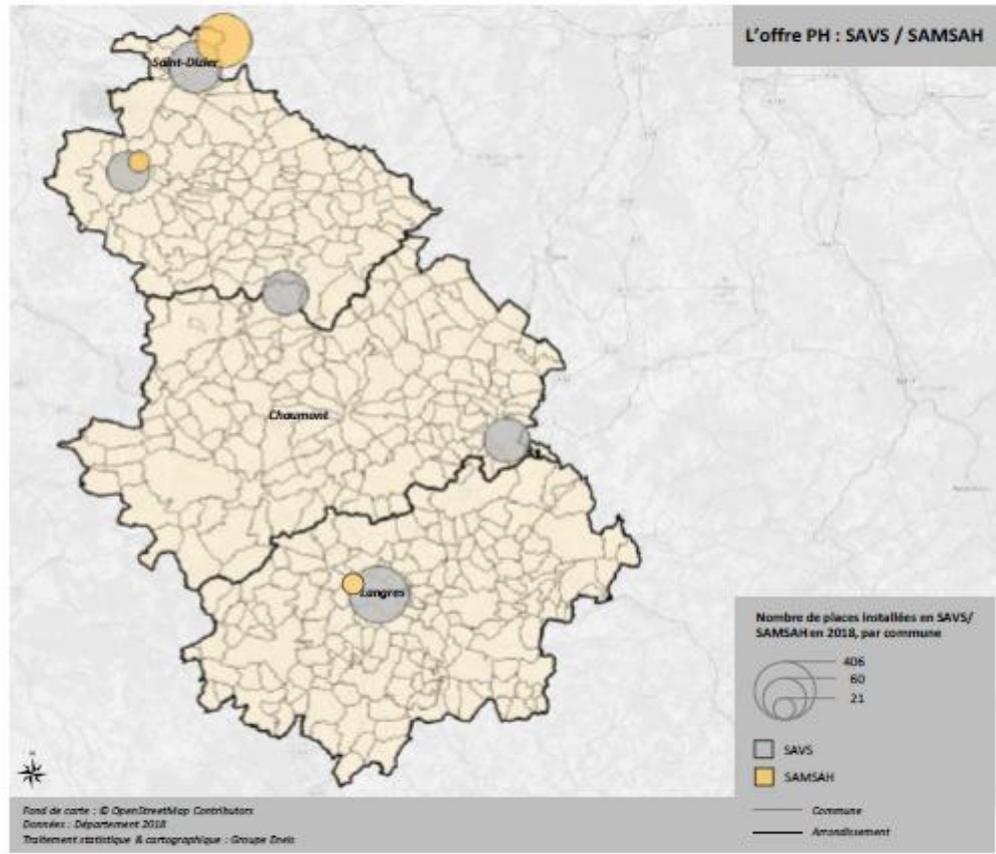
"LE BOIS L'ABBESSE"

Etablissements



Services

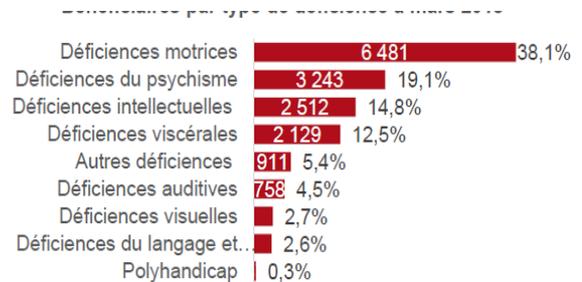




NB : 8 places de FAM sont autorisées à Breuvannes mais non encore installées (transformation de places de FV)

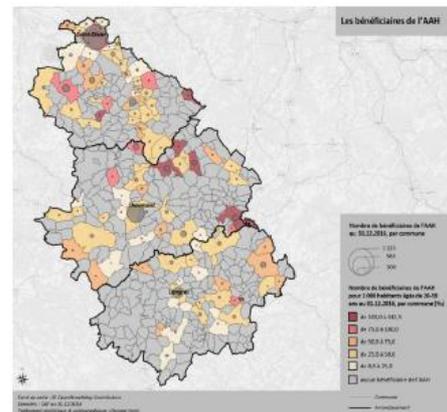
Données MDPH

- Une majorité de personnes avec déficiences motrices et psychiques (près de 40% et 20% respectivement). En termes de pathologie, **une proportion importante de bénéficiaires avec troubles mentaux et du comportement** (près de 30%) parmi les bénéficiaires MDPH.
- A noter que l'agrément le plus représenté sur l'offre porte sur les déficiences intellectuelles (25% des ESMS)

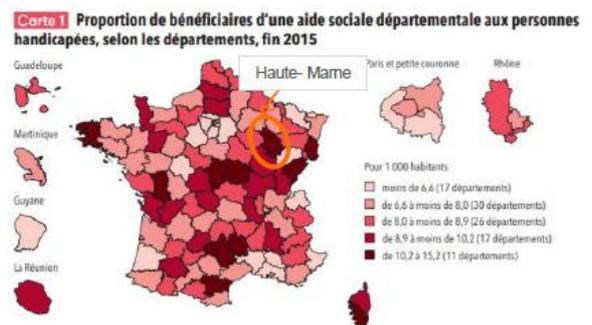


Données du schéma départemental Personnes Handicapées

Une majorité des bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH concentrés sur les communes de Chaumont, Saint Dizier et Langres. Le département compte plus de 3 000 bénéficiaires de l'AAH, résidant pour plus de 50% d'entre eux sur l'une de ces trois villes, mais avec des proportions (très) élevées sur certaines communes (Breuvannes, Froncles) en raison de la présence d'ESMS



Une proportion particulièrement importante de bénéficiaires d'aide sociale départementale PH et d'allocataires de l'AAH et de l'AEEH, comparativement à d'autres régions (3,9 bénéficiaires de l'AAH pour 1000 personnes, contre 2,8 au niveau national)

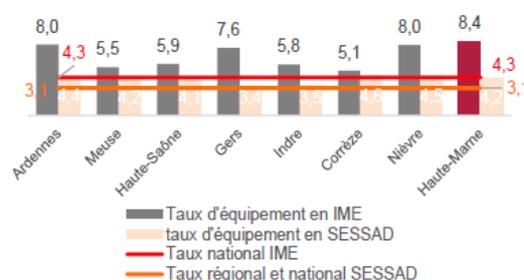


Le département est bien doté en équipements enfants comparativement à d'autres territoires et aux taux nationaux, avec 8,4 places d'IME pour 1000 enfants, le double du taux national

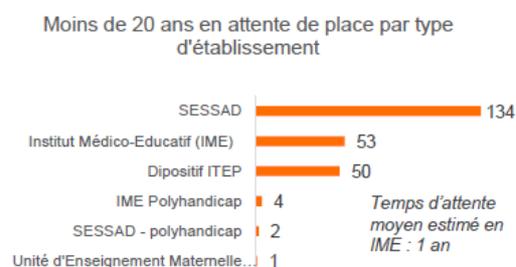
L'offre en milieu scolaire ordinaire est développée et maille le territoire, avec 1 300 élèves handicapés pris en charge à l'école dont 450 suivis par une AESH et près de 300 en ULIS

La qualité du partenariat entre ESMS et avec l'éducation nationale a permis des évolutions notables, avec des accompagnements plus modulaires, des adaptations aux besoins (unité maternelle autisme, UE externalisées etc.)

Cependant, des enfants sont en attente de places (134 pour les SESSAD, 53 pour les IME, 13 pour les ULIS) ou pris en charge hors département (25 enfants), et certains ont un accompagnement qui n'est pas toujours le plus adapté à leur profil (accueils par défaut à l'école en attente de place, manque d'accompagnement SESSAD...)



Source : STATISS 2016



Source : observatoire MDPH au 25/01/18

Addictologie

File active départementale du CSAPA : **1207** usagers + 39 personnes de l'entourage

Problématiques principales rencontrées en Haute-Marne pour les usagers du CSAPA :

Premier produit à l'origine de la demande : alcool 42.5% tabac 19.5% cannabis 16.2% opiacés 15.5%.

Second produit à l'origine de la demande : tabac 50.2% alcool 17.9% cannabis 14% opiacés 8.7%.

File active départementale du CAARUD 52 : **292** usagers

Deux équipes de liaison en soins en addictologie sur le département une sur le secteur du Sud Haute-Marne et l'autre sur Saint Dizier ; Langres est ouverte depuis 2017, avec une intervention au CH de Bourbonne.

En 2017, plus de 1000 consultations ont été réalisées par l'infirmier

=>: Hospitalisation de jours spécifiquement en addictologie à Langres 19 patients pour 336 venues en HDJ

File active suivie par le médecin ELSA : 67 patients pour 249 consultations médicales en 2017

- Chaumont ouverte courant le dernier trimestre 2018

- Saint Dizier

Données délégation départementale aux droits des femmes

Données quantitatives départementales sur les violences :

- zone police 66 personnes victimes de violences conjugales en 10 mois sur 2018, dont 60 femmes,

- zone gendarmerie 385 interventions pour violence intra familiale dont 230 de nuit. Dans 75% des cas, les victimes sont des femmes.

III / Problématiques du territoire

En amont des réunions de travail, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des structures sanitaires, sociales, médico-sociales, professionnels de santé, afin que chacun relate une situation ayant entraîné une rupture du parcours de soins dans la prise en charge psychiatrique des personnes touchées par des troubles psychiques. Environ 40 témoignages ont été recueillis, et répartis par porte d'entrées (cf ci-dessous).

L'ensemble de ces témoignages, a permis à l'équipe projet d'identifier les principaux dysfonctionnements, et de débiter les premiers groupes de travail par une situation concrète, qui a permis d'engager une réflexion globale autour de ces dysfonctionnements entre tous les partenaires.

PORTES D'ENTREE	STRUCTURE	TEMOIGNAGE
1	SSIAD	En SSIAD c'est-à-dire au domicile du patient, comment fait-on pour obtenir le suivi par vos services d'un patient ou d'un conjoint présentant des troubles psychiques mettant peut-être en danger le maintien à domicile. Il n'est pas physiquement mobilisable pour dans un 1 ^{er} temps consulter le psychiatre afin d'établir le diagnostic. Situation qui n'est pas rare.
2	JUSTICE	Nous avons eu à connaître une situation cette année posant la question de l'opportunité de la prise en charge psychiatrique. Il s'agissait d'une personne placée en garde à vue pour des faits de menace de mort avec arme et qui menaçait également de mettre fin à ses jours. Placée en garde à vue, la mesure a rapidement été lancée au profit d'une hospitalisation d'office à la demande de la préfecture, cependant cette mesure a été levée rapidement après ce qui a entraîné une reprise de garde à vue et à nouveau une incompatibilité au profit d'une hospitalisation sous contrainte. Et ce même schéma s'est encore reproduit une fois dans le cadre de cette procédure avant que cette personne ne soit finalement jugée et ressorte sans suivi à ce jour.
2	Chaumont Habitat	Incurie dans le logement depuis plusieurs années. Personne inconnue du CHHM. Rien dans son apparence ne permet d'imaginer l'état de son logement. Consciente de la situation et des conséquences : prolifération de nuisibles, risque d'incendie, conséquence sur sa santé et celle de son entourage... L'état du logement est rassurant, déni face à la situation. Les tentatives de solution face au problème en 2012 sont restées vaine. <u>Été 2017</u> , Suite à des plaintes du voisinage, CHAUMONT HABITAT, Service Social de la Ville, Elus Ville de Chaumont, dispositif pair-aidance, ont œuvré durant plusieurs mois pour rencontrer cette personne, et proposer des solutions pour l'accompagner face à la problématique d'occupation du logement. Au fil du temps, une relation s'est nouée et du jour au lendemain, la personne a rompu tous contacts et fui la réalité. <u>Fin d'année 2017</u> , CHAUMONT HABITAT saisit la Mairie pour l'exercice de son

		<p>pouvoir de police spéciale. Tentatives de reprise de contact vaines. Refus de la Mairie d'agir au travers son pouvoir de police spéciale. Le PDLHI et ARS sont saisis. <u>Avril 2018</u>, la Mairie enjoint le bailleur à engager à une procédure judiciaire. En dernier recours Chaumont Habitat engage une procédure au vu d'assigner son client à l'audience de septembre. <u>Juin 2018</u>, Alertés par le voisinage, les pompiers interviennent dans le logement suite à une chute. La personne est conduite à l'hôpital mais regagne son logement rapidement. La situation fait l'objet d'un nouveau signalement au PDLHI par les services de secours. CHAUMONT HABITAT sollicite l'ARS pour la mise en application de l'art L.1311-4 du code de la santé publique (danger ponctuel imminent) avec l'appui du signalement du SDIS. <u>Sept 2018</u>, l'arrêté 1311-4 du code de la santé publique est pris par l'ARS. Dans le même temps, le SDS parvient à joindre la famille qui propose un hébergement temporaire. Le désencombrement du logement par une entreprise spécialisée a été programmé, l'action est diligentée par la Ville comme le stipule l'arrêté. Une orientation vers la Maison Relais et l'accès aux soins sont travaillés. Le préavis a été donné, souhait de la personne d'accéder à un nouveau logement autonome. La procédure d'expulsion suit son cours, report d'audience au 23/11/18 compte tenu des informations apportées par le SDS et le frère de la personne.</p>
2	Chaumont Habitat	<p>Mars 2018, personne sortante d'hospitalisation (Maine de Biran). Demande de logement accompagnée par l'AS du CHHM. Avril 2018, Accès au logement. Personne accompagnée par le Conseil Départementale dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance. Juillet 2018, premières plaintes du voisinage (bruits, musique forte nuit et jour, cris...). Août 2018, plaintes du voisinage (cris, musique, comportement excessif, agression verbale) Le 13 septembre 2018, visite à domicile (CESF Chaumont Habitat+ agent recouvrement), visite sans lien avec les conflits de voisinage. La locataire stressée, angoissée, elle porte une robe de soirée et une chaussette. Ses propos incohérents, elle évoque la mort, est victimes d'hallucinations visuelles... Face à la détresse de la personne, proposition d'appeler les secours, la famille... Refus, nous demande de partir. Le logement est en désordre, une vitre intérieure est brisée. Le Conseil Départemental et le service social du CHHM sont alertés. Le Conseil Départemental se rend sur place, et contact le CHHM puis le Samu, en vain. C'est une ambulance qui prendra finalement en charge son déplacement vers les</p>

		<p>urgences.</p> <p>Aux urgences, la personne a été reçue par une infirmière psychiatrique, elle a ensuite fui les urgences avant d'avoir rencontré le médecin.</p> <p>Retour au domicile.</p> <p>Le 14 septembre 2018, déplacement au domicile ignorant l'intervention de la veille. La personne est cohérente.</p> <p>Le 19 septembre, le voisinage alerte Chaumont Habitat du comportement inquiétant de la voisine (cris, déambulation dans le hall d'entrée, agression verbale...).</p> <p>Le 21 septembre, le voisinage nous alerte sur le comportement de la voisine, intrusion sur le balcon communicant, menace de mort avec un morceau de verre brisé. Orientation vers les services de Police.</p> <p>Déplacement des forces de Police. Récit par le voisinage des menaces de mort, récit, par Chaumont Habitat, des faits ayant eu lieu le 13 septembre.</p> <p>Les agents de Police rencontrent la locataire en cause, elle est calme et plutôt cohérente, ils procèdent à un rappel à la loi.</p> <p>A la demande de la Police, le balcon est sécurisé, la plaignante est encouragée à porter plainte.</p> <p>Le 27 septembre, le Conseil Départemental nous informe qu'un signalement est adressé au procureur.</p> <p>Conséquences : voisinage effrayé, fatigué. Une demande de changement de logement en cours.</p>
5	SOS Femmes Accueil	<p>Situation de monsieur B</p> <p>Monsieur vit à la Maison Relais Jason depuis 2013. Monsieur est autonome dans son logement, il a tissé des liens amicaux avec les autres résidents.</p> <p>Monsieur reçoit des soins psychiatriques au CHHM depuis de nombreuses années. Monsieur se rend régulièrement au GEM, il participe aux activités et aux sorties proposées.</p> <p>Monsieur doit partir en séjour avec le GEM début septembre, il est enthousiaste à l'idée de partir en vacances.</p> <p>En Juillet 2018, monsieur a arrêté de prendre son traitement et il n'est plus allé à ses RDV de consultation avec le psychiatre. Rapidement, son comportement change vis à vis des résidents de la Maison Relais. Monsieur tient des propos insultants et dégradants vis à vis de ses voisins. Concernant les membres de l'équipe, il est de plus en plus difficile d'avoir des échanges avec monsieur. Ses propos deviennent incohérents et inadaptés. La situation se dégrade rapidement et monsieur se dit angoissé. Monsieur fini par interpeller l'équipe et demande l'intervention des pompiers car il souhaite être hospitalisé. Monsieur est orienté</p>

		<p>vers les urgences de l'hôpital général qui l'a pris en charge. Monsieur est ensuite transféré vers le pavillon des entrants du CHHM. Son hospitalisation a duré une dizaine de jours. Monsieur réintègre son appartement, il explique à l'équipe qu'il a quitté le CHHM car il ne voulait plus être hospitalisé. Le comportement de monsieur B interpelle à nouveau l'équipe car il ne semble pas apaisé. Monsieur explique qu'il ne veut plus prendre son traitement car il est guéri. L'équipe apprendra que monsieur n'a pas participé au séjour programmé par le GEM, il semble que monsieur n'ait pas eu un comportement respectueux vis à vis des autres participants. Deux semaines après sa sortie de l'hôpital, monsieur se montre agressif verbalement avec les résidents, son état de santé s'est encore dégradé. L'équipe essaye d'accompagner monsieur vers un retour aux soins mais il refuse catégoriquement. Monsieur finira par se rendre de son propre chef au pavillon des entrants et sera hospitalisé. Cette situation se déroule une à deux fois par an. En effet, monsieur B arrête systématiquement de prendre son traitement lorsqu'il en réent les bénéfices et qu'il semble stabilisé. Il se dit guéri.</p>
<p>1</p>	<p>ELSA CH Langres</p>	<p>J'ai été amenée à suivre un homme pour dépendance alcool sur l'hôpital de Langres. Plusieurs tentatives de sevrage +/- SSRA ont été tentées de manière rapprochée, sans succès. Le patient devenait de plus en plus dépressif avec un discours extrêmement fataliste, des mécanismes interprétatifs de plus en plus envahissants, me faisant craindre un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Lors d'une consultation, alors que je lui parle d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, il me parle de douleur thoracique suspecte pour laquelle je lui demande de se rendre au SAU. Face au refus du patient de se soigner tant sur le plan psychique, que sur le plan somatique, je rédige un certificat pour une demande d'hospitalisation sous contrainte. L'éducatrice qui l'accompagnait à ma consultation l'emmène au SAU où il est ensuite dirigé vers un psychiatre sur Maine De Biran, psychiatre qui valide l'hospitalisation sous contrainte. Or, en sortant de cette consultation, alors que le psychiatre réalise les démarches nécessaires à son hospitalisation sous contrainte, le patient s'enfuit. Le cadre de santé fait un signalement aux forces de l'ordre. Je passe ensuite sur les péripéties du côté des forces de l'ordre... pour au final apprendre que le patient est rentré chez lui mais que personne ne peut intervenir, ni les forces de l'ordre, ni le système sanitaire (SAMU notamment)... j'ai failli en perdre mon latin et ai abandonné là...</p>

<p>1-2-3</p>	<p>CSAPA Langres</p>	<p>Je suis une patiente sur le CSAPA de Langres depuis environ 3 – 4 ans. Un jour, elle me rapporte que son compagnon vient de sortir de prison et qu'il a déchiré son ordonnance de neuroleptique retard dès sa sortie, considérant qu'il n'avait pas besoin de ce traitement. L'homme devient de plus en plus violent envers elle mais elle refuse de porter plainte, considérant qu'elle l'aime, qu'il est malade, qu'il n'est pas violent lorsqu'il prend son traitement et ne voulant pas lui nuire, notamment avec le risque d'une nouvelle incarcération alors qu'elle considère qu'il a besoin de soins. Je me renseigne auprès du SMPA à Nancy où il avait été hospitalisé sous contrainte au cours de son incarcération. La psychiatre m'explique que l'hospitalisation sous contrainte a pu être levée en cours d'incarcération et qu'au moment de la levée d'écrou il était donc libre. Elle s'était mise en rapport avec le psychiatre de secteur pour organiser un programme de soins. Quand j'ai tenté de contacter le psychiatre de secteur pour essayer de comprendre comment le patient avait pu échapper au dispositif, je n'ai jamais pu joindre le médecin en question et sa secrétaire a tenté de m'expliquer qu'il n'était pas possible de se présenter au domicile du patient sans l'avoir déjà rencontré au préalable... N'étant pas moi-même le médecin de cet homme et craignant pour la vie de ma patiente, j'ai fini par me résoudre à faire un signalement au procureur. Une semaine plus tard, le compagnon était appréhendé et incarcéré. Il vient récemment d'être reconnu irresponsable et est sortant très prochainement. J'ose espérer que cette fois-ci, il n'y aura pas de faille dans le système, qu'il y aura bien un programme de soins et que cet homme pourra bénéficier des soins qu'il est en droit de recevoir, y compris sous la contrainte si sa situation le nécessite, dans son intérêt et celui de son entourage.</p>
<p>1-2-3</p>	<p>Pension de famille ELSA</p>	<p>Après plusieurs faits graves, la PF apprend que CR est connu depuis de nombreuses années pour des problématiques de mœurs et de comportement. Que des suivis ont été engagés, des injonctions de soins prononcées et que M est très défavorablement connu des services judiciaires. Ces éléments ne sont pas évoqués à son admission et pour simple exemple, la PF accueille des enfants, une école à distance de 150 mètres et le centre social de la ville est juste en face de la PF. CR a deux visages et qui sait jouer des postures à adopter. Traité uniquement pour une addiction et non globalement ; Problème de l'observance de son traitement. Rupture de soins liée à son déménagement. Hospitalisation tardive malgré nos signaux d'alerte. Dangerosité insécurité en général pour tous. Déstabilisation de la vie collective de la PF sur plusieurs mois.</p>
<p>1-2-3</p>	<p>Pension de famille ELSA</p>	<p>Après plusieurs années d'hospitalisation à Maine de Biran, intégration à la PF ; Pendant 2 abs BT est stabilisée puis refuse et met en échecs toutes les propositions d'accompagnement des professionnels de santé. Aujourd'hui Mme vit recluse dans son appartement, dans des conditions d'hygiène relatives, et n'accepte que les passages du service de portage à domicile, de son aide-</p>

		<p>ménagère et de CV qui garde un lien de confiance avec BT. Coordination entre le secteur de Chaumont et Langres. Extérieurement impressions de luttes qui nuisent à la prise en soins des patients avec conséquence sur l'entourage et les autres intervenants. Adhésion aux soins et suivis BT. Déni, refus de soins, phobie du monde médical. Délitement progressif de la prise en soins. La PF n'est plus adaptée à la situation de Mme qui assure une veille via le portage de repas, l'ADMR et CV ; Constat de l'état de souffrance de Mme. Seul outil pour la PF si Mme refuse d'ADMR et le portage est l'hospitalisation sous contrainte.</p>
1 - 3	Résidence sociale jeunes	<p>Jeune résidente en souffrance psychique. Epileptique et crise psychogène non épileptiques fréquentes. Orientée sur Nancy en neurologie pour un diagnostic approfondi. Cette jeune devrait avoir un suivi psychiatrique régulier. Pas de RV régulier sur Chaumont. Elle a refusé de raconter à nouveau son histoire. Elle se rend à Nancy pour le renouvellement de son traitement mais la prise en charge pour un soin adéquat n'est pas concrète. L'accompagnement médico-social est inexistant.</p>
1 - 2	Résidence sociale jeunes	<p>Jeune de 20 ans en grande souffrance psychologique issue d'une famille nombreuse recomposée. Instabilité dans le logement. Nombreux appels pompier police de sa part. Addictions au tabac alcool, cleptomane dans le cadre de l'emploi. Jeune qui a subi des violences sexuelles et physiques. A été reçue par Maine de Biran. Un diagnostic psychiatrique a été fait et une orientation vers un psychiatre préconisée. Délais de 6 mois pour le RV psychiatre trop long pour une demande express. Jeune partie sans avoir eu accès aux soins dont elle aurait eu besoin.</p>
1 - 3	Service de Développement Social	<p>Femme de 62 ans isolée, état de mal être important, accompagnée à domicile par le service plusieurs mois. Accepte d'accéder aux soins : 1 appel téléphonique à Maine de Biran pour demande de rendez-vous psychiatrique Mme à des problèmes d'élocution mais essaie de parler elle-même. Doit répéter plusieurs fois puis me passe le téléphone Il lui est conseillé de venir aux permanences infirmières. Mme ne comprend pas n'a pas envie d'avoir plusieurs interlocuteurs en plus des problèmes de mobilité. Renonce aux soins.</p>
2 - 3	Service de Développement Social	<p>Personne non connue du service social. Signalement reçu du propriétaire le concernant. Homme de 45 ans en situation de handicap, isolé suivi par un psychiatre plusieurs années. Arrêt de tous les soins et rupture de contact. Suivi et maintenu par SAVS quelques mois. Dégradation importante de l'état de santé constaté par le SAVS qui est contraint de cesser les interventions. Signalement</p>

		<p>écrit transmis par le SAVS à MDB l'an passé.</p> <p>Service social ville : proposition de rencontre avec Mr en vain. Signalement au procureur avec l'ensemble des données recueillies. Décès de Mr à son domicile découvert plusieurs semaines après.</p>
1 - 2 - 3	<p>Service de Développement Social</p>	<p>Personne âgée de 90 ans, suivie par le service sociale. En grande souffrance (hallucinations, délire de persécution...) Isolée. Mme accepte (avec beaucoup de temps passé avec elle) de rencontrer des soignants. Accompagnement physique une première fois aux permanences infirmières. Mme très fatiguée ne peut se rendre à un RV avec psychiatre. Elle souhaite être hospitalisée. En lien avec Maine de Biran, il est prévu d'accompagner Mme pour prévoir une hospitalisation. Arrivée sur place avec la personne entretien avec une infirmière qui nous demande de repartir aux urgences pour voir un psychiatre.</p>
2 - 3	<p>La passerelle</p>	<p>Monsieur H est en contact avec notre association depuis une dizaine d'années. Nous accompagnons occasionnellement Monsieur, dans ses démarches de soin et de maintien en logement.</p> <p>Il a emménagé au sein d'un logement, au printemps 2015. Cet habitat appartient au parc locatif de Chaumont Habitat.</p> <p>Des difficultés d'entretien ont été constatées dans les logements (poubelles entassées, excréments d'animaux, mobiliers dégradés...) successivement occupés par Monsieur. Les rapports entre le voisinage et Monsieur se sont toujours avérés conflictuels (comportement inapproprié en collectivité).</p> <p>Enfin Monsieur accueille des connaissances, qui n'hésitent pas à profiter financièrement et matériellement de lui. Il n'est pas rare qu'il soit victime d'agression physique et de vol au sein de son domicile.</p> <p>Les principales activités de Monsieur sont liées à ses consommations d'alcool. Régulièrement, il chine dans les poubelles pour compléter ses ressources, malgré la mesure de tutelle simple dont il bénéficie. Occasionnellement il lui arrive de mendier.</p> <p>A deux reprises, le bailleur social a accepté de reloger Monsieur. La restitution des deux logements précédents a nécessité d'importants travaux de réfection.</p> <p>Afin de réduire les risques d'insalubrité au sein du domicile actuel, une aide ménagère « avec surveillance sur l'hygiène et l'alimentaire », à hauteur d'une intervention de 2h/semaine, a été mise en place. Les frais induits par ce service sont à la charge de Monsieur. Les ressources de ce dernier correspondent à des prestations sociales, en l'occurrence l'AAH.</p> <p>Ses conduites liées à son addiction, engendrent des interventions fréquentes du Samu. Des hospitalisations sont récurrentes depuis de nombreuses années. En décembre 2014, la situation sanitaire de Monsieur a incité la police à effectuer un signalement auprès de l'ARS.</p> <p>En août 2015, le service des urgences de l'hôpital de Chaumont, en raison de l'état de santé alarmant de Monsieur, a prescrit l'intervention journalière d'une infirmière libérale au domicile de celui-ci.</p> <p>Il convient de souligner qu'un SAMSAH, suite à une décision de la MDPH 52, a été proposé à Monsieur fin avril 2015. Il a répondu favorablement à cette mesure.</p>

		<p>Toutefois ce service d'accompagnement médico-social n'est toujours pas effectif. Et ceci dans la mesure où l'association le Bois l'Abbesse, en charge d'assurer les missions du SAMSAH, attend un courrier, de la part de Monsieur, autorisant cet organisme à le prendre en charge.</p> <p>En dépit des moyens humains mis en place auprès de Monsieur, son état physique et psychique se révèle très problématique. Il apparaît totalement incapable de surmonter les difficultés auxquelles il est confronté, en particulier la gestion matérielle de son logement. Il ne semble pas avoir conscience de sa situation sanitaire et sociale.</p> <p>Actuellement, il héberge une personne qui semble s'être approprié son lieu de vie. Par exemple, seule cette personne détient les clefs du logement.</p> <p>Selon les dires de l'infirmière qui intervient au domicile de Monsieur, ce dernier vit dans des conditions de vie qui le mettent en péril.</p> <p>Le service d'aide ménagère éprouve régulièrement des difficultés pour accéder au logement concerné, Monsieur refusant d'accueillir l'auxiliaire de vie. Sous l'effet de l'alcool, il se montre agressif avec l'intervenante, qui doit exiger des personnes quelquefois présentes, de quitter l'habitat.</p> <p>Globalement, Monsieur adopte un comportement, qui annule les effets escomptés par les actions conjointes des services d'aide sanitaire et sociale.</p> <p>Au vu de ces éléments, nous constatons que Monsieur peut s'avérer dangereux avec lui-même ou son entourage.</p>
<p>1 - 3</p>	<p>La Passerelle</p>	<p>Mme C, sdf, 64 ans, 37 ans d'errance, Mme est sous tutelle dans la Marne. Mme C. est très régulièrement de passage en Haute marne, (errance Aube, Marne, Haute Marne).</p> <p>Mme a pour habitude de contacter le 115 pour une écoute, très marginalisée et à l'écart des dispositifs. Mme dit qu'elle ne veut pas vivre en foyer, qu'elle attend sa retraite pour trouver un logement.</p> <p>Nous sommes en contact avec les autres départements et nous tentons d'accompagner Mme dans ce quotidien. Mme tient très souvent des propos incohérents, à connotations racistes ou sexuelles, avec excès d'agressivité.</p> <p>Cette longue période à la rue caractérise vraiment le profil de Mme. Le dialogue téléphonique est parfois impossible, nous tentons toujours d'orienter Mme selon ses besoins, ou de lui apporter une écoute attentive.</p> <p>Mme a un mode de vie de personne à la rue, elle connaît très bien son circuit d'errance, appelle le 115 dès son arrivée sur le département, à son levé le matin... Cependant nous n'avons encore jamais pu la rencontrer ni l'orienter vers nos partenaires, elle ne fait pas de demande d'hébergement.</p> <p>Elle perçoit le RSA et se rend à Montmirail une fois par mois auprès de sa tutelle pour récupérer son argent qu'elle utilise pour aller à l'hôtel. Elle dit se faire aider financièrement par des rencontres dans la rue et voyage en stop ou en train.</p> <p>Aujourd'hui la santé de Mme décline (difficulté à la marche, comportement, difficulté à maintenir son état d'hygiène),</p> <p>Elle exprime parfois sa colère en disant qu'elle ne tentera plus de maintenir son hygiène, dialogue sur le quotidien, moyens de vivre de se restaurer....</p>

		<p>Passage statut personne âgée retraite changement de statut à envisager, refus ou difficultés d'accès aux soins, et à différents services...</p> <p>Nous ne sommes jamais rentrés en contact avec sa tutelle, le travail d'accompagnement si petit soit il se fait dans le département de la Marne.</p>
1 - 3	La Passerelle	<p>Monsieur Z réside à P. D'après ses dires, il est bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé.</p> <p>Mr s'est présenté à la Passerelle le 6 décembre 2017 au sein de l'espace convivial dont l'accès est libre en matinée.</p> <p>Le comportement de Mr est demeuré respectueux à l'égard des lieux et de ses occupants. Toutefois Mr a tenu des propos qui échappent à notre compréhension (2 dates et lieux de naissance, don d'ubiquité, plusieurs métiers exercés au cours des siècles précédent ...) et sa conduite laisse transparaître des difficultés de communication en collectivité.</p> <p>Au sujet de son état de santé, il a refusé d'échanger verbalement. Il s'est justifié en formulant le fait qu'il était « expert psychiatre ».</p> <p>En outre, la situation de Mr nous est apparue fortement préoccupante. Selon ses dires, il est propriétaire d'une maison sans électricité et chauffage. Il se déclare incapable actuellement de résoudre ce problème sans une aide extérieure.</p> <p>Afin d'y remédier, nous avons proposé à Mr d'interpeller certains membres de sa famille. Et ceci dans la mesure où ces derniers résident à proximité du domicile de Mr. Celui-ci a accepté notre proposition mais il a quitté prématurément les locaux de notre association. Ce départ ne nous a pas permis de poursuivre les démarches engagées avec Mr. Précisons qu'il ne nous a pas transmis ses coordonnées téléphoniques.</p> <p>Au vu de ces éléments d'une part, et d'autre part des conditions climatiques actuelles, nous pensons que la conduite de Monsieur Z l'expose à de nombreux dangers, et ceci vis-à-vis de lui-même ou de son entourage.</p>
1 - 3	La Passerelle	<p>Monsieur P, sous mesure de tutelle, sans domicile, est actuellement en situation d'errance depuis sa sortie d'hospitalisation du centre hospitalier Maine de Biran en septembre 2016. Monsieur bénéficie également d'un suivi SPIP.</p> <p>Monsieur a été accueilli dans les différentes structures du département (PHILL, RELAIS 52, Emmaüs, Passerelle). Au cours de ces passages, Monsieur a quitté de lui-même les structures. A deux reprises, l'appel aux forces de l'ordre ou le SAMU a été nécessaire. A la vue du comportement de Monsieur, les structures AHI du département ne sont plus en capacité d'héberger Monsieur. Celui-ci est donc redirigé vers les urgences médicales.</p> <p>Lors de ces passages aux urgences, monsieur refuse les soins. Il quitte prématurément les services des urgences contre avis médical et ceci sans avoir rencontré le médecin psychiatre.</p> <p>La situation de Monsieur P se révèle inquiétante. En effet, Monsieur peut être amené à rester dehors la nuit. Enfin, le discours de Monsieur échappe parfois à notre compréhension. Il ne paraît pas en sa capacité d'évaluer la situation dans laquelle il se trouve et les conséquences de ces actes/décisions.</p>

<p>2 - 3</p>	<p>La passerelle</p>	<p>Sans domicile, Mr B, né le 30 mai 1979 s'est présenté à la Passerelle. Mr sortait des urgences de Chaumont.</p> <p>Mr refuse d'être mis à l'abri en dehors de Chaumont et ceci malgré de multiples propositions d'hébergement. Mr prétexte la nécessité de rester sur la ville afin de pouvoir effectuer des démarches administratives en vue d'un titre de séjour. Cependant après 2 mois de présence, Mr n'a engagé aucune initiative en rapport avec ses dires.</p> <p>Mr a rencontré, à de multiples reprises, la maraude et l'équipe de jour. Mr disparaît pendant plusieurs jours lorsque nous lui proposons de l'aide. Cette attitude met en échec tout type d'accompagnement socio-éducatif.</p> <p>Monsieur B adopte un comportement qui échappe à notre compréhension. A titre d'exemple, nous avons constaté une constante contradiction entre le discours formulé et ses actes (il ne mange que des pâtes alors qu'il dit détester cela et avoir d'autres aliments en sa possession ; souhaite récupérer son linge séché après 10 min de séchage). Monsieur éprouve des difficultés à respecter les règles induites par l'accueil collectif. Ces difficultés ne sont pas liées à une mauvaise volonté de Mr mais à de l'inadaptation.</p> <p>Au vu de ces éléments d'une part, et d'autre part des conditions climatiques actuelles, nous constatons que Mr B peut s'avérer dangereux avec lui-même ou son entourage.</p>
<p>2 - 3</p>	<p>La passerelle</p>	<p>Monsieur C né le 17 février 1973, est originaire de Chaumont. Issu d'une famille composée de 4 frères, la mère de Monsieur réside dans le (52). Monsieur était en bas âge quand son père est décédé. Au cours de l'année 2015, les relations entre Monsieur C et les membres de sa famille se sont rompues. Et ceci en raison des troubles psychiques dont souffre Monsieur.</p> <p>De 2004 à 2012, Monsieur C s'est vu régulièrement hospitalisé, car son état de santé nécessitait des soins psychiatriques. La maladie dont souffre Monsieur a amené ce dernier à séjourner en unité psychiatrique en 2009, 2010 et 2011, sur des durées supérieures à 30 jours. Entre 2004 et 2011, Monsieur alterne des périodes d'hospitalisations et d'errance géographique. D'après les dires de sa mère, le parcours résidentiel de Monsieur est marqué par l'instabilité depuis 23 ans. Le passé de Monsieur comporte des périodes de vie dont le contenu s'avère inconnu pour ses proches.</p> <p>A partir de 2009, Monsieur devient bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé. Après avoir été hospitalisé en unité psychiatrique au Centre Hospitalier Maine de Biran durant 6 mois, Monsieur emménage dans un studio meublé situé sur Chaumont en mai 2011.</p> <p>Entre 2011 et mai 2014, Monsieur se stabilise socialement. Durant cette période, Monsieur a régulièrement fréquenté notre structure. La plupart des actions auxquelles il a participé, correspondaient à des animations. Occasionnellement, des démarches relatives au maintien en logement furent réalisées avec Monsieur (demande d'aide financière auprès de la CPAM, démarche administrative, renouvellement de ses droits MDPH,.....). Suivi par l'unité psychiatrique Maine de Biran, Monsieur a adhéré aux soins, qui lui étaient prescrits. Plusieurs voyages</p>

		<p>pathologiques furent néanmoins réalisés par Monsieur.</p> <p>En mai 2014, Monsieur a pris la décision de quitter son logement. Simultanément, il interrompt la prise en charge psychiatrique. Les motifs qui l'ont conduit à prendre ces décisions sont liées aux troubles psychiques dont relève Monsieur. Sa situation sociale se dégrade progressivement. Son comportement rend impossible la poursuite d'un accompagnement socio-éducatif avec Monsieur. L'accueil de ce dernier au sein de l'espace collectif de l'association, devient également problématique. Il tient des propos qui échappent à notre compréhension et sa conduite laisse transparaître une certaine nervosité.</p> <p>Depuis septembre 2014, Monsieur a été quelquefois hébergé par des tiers. En août 2015, sa mère effrayée par le comportement de son fils, interdit à celui-ci l'accès au domicile parental.</p> <p>Alertée par la croix rouge, notre association est intervenue le 13 janvier 2016, auprès de Monsieur. Dans le cadre de la maraude hivernale. Il a été constaté que Monsieur se réfugie, en soirée, sous sa tente. A plusieurs reprises, certains représentants de l'association (salariés et bénévoles) ont proposé à Monsieur, une mise à l'abri. Malgré des conditions climatiques dont les températures extérieures n'excèdent pas 0°C, Monsieur refuse cette proposition. Afin d'expliquer son refus, les raisons évoquées par Monsieur nous apparaissent incohérentes. Elles relèvent très probablement de la maladie mentale.</p>
<p>4 - 5</p>	<p>La Passerelle</p>	<p>Mr est connu de la Passerelle depuis avril 2012. A notre connaissance, Mr vit sans hébergement depuis de nombreuses années (10 ans selon ses dires). Son attitude se caractérise par une réticence à demander de l'aide. Mr ne parvient pas à se présenter sur l'accueil de jour de la Passerelle et est rencontré uniquement lors de maraude par l'équipe socio-éducatif.</p> <p>Il a pour habitude de mendier dans les rues de Chaumont. D'après certaines informations, Mr a vécu durant plusieurs mois, dans le garage de sa mère domiciliée à Chaumont. Actuellement, Mr n'a plus aucun contact avec sa famille.</p> <p>Incarcéré fin 2013, Mr avait la possibilité, lors de sa sortie, d'intégrer le centre d'hébergement de l'ASLO à Saint Dizier. Toutefois, Mr n'a pas donné suite à cette orientation. Il a ainsi repris son mode de vie marginalisée sur le secteur chaumontais.</p> <p>Début octobre 2014, Mr a élu domicile sur le parvis de la basilique St Jean à Chaumont. Il a occupé les lieux plusieurs semaines. Selon ses dires, Mr rencontrait des difficultés de locomotion, justifiant ainsi sa présence en continue dans cet espace public. Au cours de cette période, nous avons respectivement constaté une dégradation de son hygiène corporelle, et des lieux. Nous sommes intervenus à plusieurs reprises afin de l'inciter à se soigner en vue d'une mise à l'abri. Concrètement, il n'a pas adhéré à nos propositions, adoptant une conduite de fuite. La ville de Chaumont a été informée de sa situation.</p> <p>Néanmoins, Mr a été hospitalisé durant quelques jours fin octobre 2014 suite à un malaise. Mr n'a souhaité poursuivre les soins. Il a ainsi décidé de retourner vivre à la rue dès sa sortie d'hospitalisation.</p> <p>Durant l'hiver 2014-15, il a occupé illégalement une maison totalement insalubre (absence de fenêtres, toiture endommagée, sol recouvert de centaines de bouteilles vides en verre et de détritrus en tout genre, absence d'électricité,</p>

	<p>d'eau....) à l'écart des autres habitations.</p> <p>Mr demeurait toujours hermétique à toutes aides, malgré des conditions de vie extrêmement préoccupantes.</p> <p>La Passerelle avait alerté la DDCSPP de Haute Marne (courrier daté du 5 décembre 2014) au vue des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'état de santé préoccupant de Monsieur (fortes alcoolisations, problèmes de locomotion, fragilité psychologique, absence d'hygiène...); - l'environnement de Monsieur (maison insalubre et isolée, rupture de contact avec des personnes socialement intégrées...); - les conditions climatiques hivernales ; - son refus constant d'accepter l'aide et une solution d'hébergement. <p>A partir du printemps 2015, Monsieur est hébergé régulièrement par une personne avec laquelle il avait sympathisé dans la rue. A plusieurs reprises, cette personne a de manière non intentionnelle, maltraité Monsieur XXX (Séquestration afin de réduire les consommations d'alcool, passage forcé sous la douche, coupe de cheveux intempestive...).</p> <p>En raison d'une situation sociale fortement dégradée, la personne qui accueillait Mr XXX, a pris la décision de quitter son logement fin octobre 2015. Sans domicile, Mr XXX se retrouvait dans l'obligation d'affronter, à nouveau, un environnement insécurisant et insalubre.</p> <p>En octobre 2015, Mr a été hospitalisé par le biais du service des urgences de l'hôpital de Chaumont. Jusqu'à cette date, malgré les sollicitations en matière d'accompagnement médico-social afin d'accéder aux soins et à l'hébergement d'urgence, Mr a toujours refusé les services proposés. Mr était donc sans aucun droit ouvert sur le plan de sa couverture santé. De plus, il ne bénéficiait d'aucune ressource.</p> <p>Les soins prodigués à Mr au cours de son hospitalisation ne lui permettaient plus de vivre à la rue. Monsieur a donc exprimé le souhait de cesser son mode de vie marginalisée marquée par l'errance. Cependant, Mr ne qualifiait pas ses consommations d'alcool comme relevant d'une conduite addictive.</p> <p>La sortie hospitalière de Mr s'avérait donc problématique dans la mesure où l'état de santé et le parcours de vie de celui-ci nécessitaient un hébergement associant une prise en charge sanitaire et sociale. A l'égard de Mr XXX, la commission SIAO de Haute Marne saisie en décembre 2015 préconisait une orientation vers une structure médico-sociale. Une mesure de mise sous protection (tutelle/curatelle) était également conseillée. Par contre Mr XXX se déclarait réticent à cette proposition juridique.</p> <p>Le département de Haute Marne ne disposant pas de dispositifs de type « Lits Halte Soins Santé ». Le département de l'Aube a été sollicité. La demande de Mr XXX est restée sans réponse.</p> <p>Fin décembre 2015, à sa sortie d'hospitalisation, Mr a intégré le centre d'hébergement du RELAIS52. Au cours de sa présence sur cette structure, Mr a dû être ré-hospitalisé plusieurs jours à la vue de son état de santé. Son hébergement lui a permis d'ouvrir des droits CMU-C, RSA et MDPH. Son accueil au RELAIS52 s'est avéré problématique notamment du fait de ces fortes alcoolisations, nécessitant une constante surveillance et rappel des règles de vie collective. Monsieur a refusé la mise sous protection malgré les multiples dettes qu'il a pu</p>
--	---

		<p>contracter (frais hospitaliers supérieurs à 10 000€, frais d'hébergement RELAIS 52 : 200€, dettes auprès des bureaux de tabac, location d'un fauteuil roulant, qu'il n'a pas redonné, auprès d'une pharmacie à St Dizier).</p> <p>Début avril 2016, Mr a quitté le RELAIS52 de façon subite sans informer le personnel du CHRS. Mr s'est réinstallé sur le parvis de la basilique et repris le même mode de vie que l'année précédente. Ne possédant pas de domiciliation et n'effectuant pas ces démarches administratives, ces droits RSA ont été suspendus durant l'été. Mr pourrait bénéficier de droits MDPH mais ceux-ci restent bloqués par l'absence de domiciliation. Mr se déplace désormais en fauteuil roulant.</p> <p>La situation sanitaire et sociale de Mr nous paraît préoccupante. Mr s'alcoolise massivement ce qui engendre chez lui un comportement agressif et insultant envers les passants. Il s'urine sur lui. Le refus de Mr de toutes aides par l'association la Passerelle ou des institutions publiques (pompiers, Ville de Chaumont...) rend les possibilités d'action nulles. Seule une veille peut être maintenue.</p> <p>Les services de police « délogent » régulièrement Mr XXX, qui revient à sa place. Le 31 août 2016, une plainte a été déposée par la ville de Chaumont au motif de « Trouble à la salubrité et la tranquillité publique – Dégradations de biens utilité publics et autre » (cf pièce jointe). Les services de la ville sont interpellés régulièrement par les habitants Chaumontais concernant l'état de santé de Mr ainsi que les désordres engendrés sur la voie publique.</p> <p>La situation de Mr a été évoquée en commission SIAO le 06 septembre 2016 en présence notamment de la DDCSPP et la cellule de veille du CISPD du 12 septembre 2016. Les deux instances restent sans solution.</p> <p>L'état de santé et son refus d'aide laissent à craindre le pire pour la période hivernale à venir.</p>
1 - 2	La Passerelle	<p>Monsieur A a quitté précipitamment son logement pour des raisons qui échappent à notre entendement. Monsieur A s'est ainsi retrouvé à la rue. Nous avons prévenu à plusieurs reprises les services psychiatriques de l'intention de Monsieur de rendre son appartement Monsieur avait également pris la décision de rompre toute prise en charge médicale. Depuis septembre 2015 Mr erre sur le territoire français.</p>
4 - 5	AEMO Chaumont	<p>Constats à partir de plusieurs situations ;</p> <p>Très compliqué par exemple pour les obligations de soins. Et articulation à la majorité du jeune ; la famille doit faire des démarches comme s'il n'y avait pas eu de suivi auparavant. Perte de temps et de sens. Difficulté pour repérer le bon interlocuteur et difficulté aussi pour un échange partagé peut être par méconnaissance des missions de chacun par principe de précaution.</p> <p>Sentiment d'essoulement. Même si il y a une crise, il n'y a pas de réponse pour autant.</p>
1	DITEP	<p>X âgé de 10 ans, est arrivé avec sa mère dans le 52 avec une notification Dispositif ITEP fin janvier 2018. Précédemment (quelques jours en amont), nous avons été contacté par le Chef de Service de l'ITEP où été accueilli jusqu'ici X afin de nous présenter la situation qui semble avoir un caractère urgent (fuite du département et/ou refus de la famille d'un accompagnement en ITEP).</p>

	<p>Constat à l'admission au DITEP Henri VIET :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Multiples déménagements (02, 55, 83 puis 52) ➤ Première notification MDPH pour un ITEP en mars 2016 et refus de la mère de l'activer ➤ Problème de scolarité repéré dans son école de secteur dans le 83 (relations très conflictuelles mère/école) + échec de l'accompagnement d'une AESH ➤ En avril 2017, Information Préoccupante émanant de l'école de secteur : début de l'accompagnement SESSAD ITEP du Var ➤ En septembre 2017, mise en place d'une mesure AEMO, puis accueil de jour en ITEP du Var dès novembre 2017 ➤ Arrivée de la mère le 6 janvier 2018 sur le département de la Haute Marne (rapprochement de sa famille) et suite à la détérioration des relations avec son compagnon. ➤ X a vraisemblablement bénéficié d'un traitement (ritaline) quand il était âgé de 6 ans (dans le 55) <p>Admission sur le DITEP Henri VIET le 25 janvier 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mère avec une représentation très négative de l'accompagnement en DITEP (établissement de gogols). Prise de contact de manière agressive et inadaptée avec l'établissement (hurlement, « je veux », irrespect +++...) ➤ Impossibilité de le scolariser dans son école de secteur (Chaumont). Son comportement posant trop de difficultés (violence, cris, menaces...) ➤ X souhaite aller à l'école mais sa mère refuse une scolarisation en Unité d'Enseignement. ➤ Acceptation de l'orientation en DITEP sous la pression d'un placement (dires de la mère) ➤ Attente du transfert du dossier AEMO du 83 vers le 52. ➤ La mère n'évoque pas de prise de traitement pour son fils X <p>Déroulement de l'accompagnement et observation de X</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accompagnement en accueil de jour avec de nombreuses absences non justifiées ➤ Transfert du dossier AEMO dans le 52 en février 2018, mais mise en place effective fin avril 2018 ➤ Proposition en juin 2018 d'un internat aménagé. La mère accepte l'internat pour septembre mais suite à la première semaine d'internat, la mère refuse de poursuivre sur cette modalité d'accueil (oubli ses affaires personnelles à l'internat, excès d'humeur de la mère). X étant en demande, la mère accepte après négociation l'internat aménagé. ➤ X présente des excès de violence et des prises de risques imprévisibles (mise en danger pour lui et pour autrui) ➤ Sollicitation auprès de la mère pour qu'elle prenne contact avec le CATTP dès le début de l'accompagnement. La mère fait la démarche seulement en août 2018. ➤ Le Juge des Enfants du 83 a sollicité une expertise psychiatrique, réalisé début octobre 2018 sur SAINT DIZIER
--	---

<p>1</p>	<p>SESSAD et SAVS/SAMS AH ADASMS</p>	<p>AP, 21 ans, est un jeune majeur présentant des troubles de la conduite et du comportement, des actes délinquants et un retard scolaire important. Il est accompagné par l'IME/SESSAD de Puellefontier depuis le 05/01/2015. Auparavant il était en ITEP.</p> <p>En attente d'un amendement CRETON, il bénéficie par défaut d'une notification SAVS/SAMSAH depuis le 01/02/2018.</p> <p>AP est suivi au CHHM de St Dizier (rencontres ponctuelles d'un médecin psychiatre, prescription d'un traitement par injection).</p> <p>Affaires judiciaires en cours, obligation de soins par les services pénitenciers non respectée.</p> <p>AP a vécu dans la rue de mi-mai à fin juillet 2018, le SESSAD, le service mandataire et la passerelle ne cessent de chercher une solution d'hébergement. La vie en collectivité est difficile, il existe un manque de repères sociaux. AP est demandeur d'un logement autonome mais sa grande instabilité ne facilite pas les démarches même auprès de services (de type CHRS ou résidence accueil...)</p> <p>Depuis mai 2018, plusieurs éléments préoccupants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - agression sur sa personne, - hébergement non fixe, - rupture de contact avec nos services et du stage en ESAT, - rupture du suivi dans son traitement psychiatrique, - augmentation des actes de délinquance. <p>AP a été incarcéré fin juillet 2018 à la prison de Chaumont. Le SAVS prend le relais en terme d'accompagnement et cherche une solution d'hébergement et de soins à sa sortie de prison prévue normalement le 16/10/2018.</p> <p>REMARQUES: diagnostic pas posé, mise en échec de tout ce qui est entrepris en lien avec la grande instabilité et manque de repères d'AP, difficultés pour les services à domicile de travailler étroitement avec le CHHM André Breton pour la démarche de soins malgré les sollicitations, rdv très espacés et peu de suivi du CHHM quant à sa prise du traitement irrégulière et son obligation de soins, absence de proposition du CHHM comme par exemple un appartement thérapeutique.</p>
<p>4 - 5</p>	<p>ADASMS</p>	<p>Mme D, 42 ans, présente une histoire personnelle particulièrement traumatisante. Elle a suivi des études jusqu'à l'âge de 14 ans avant de connaître un placement familial ayant subi des violences physiques de la part de son père. Elle a ensuite travaillé en restauration et fera à cette occasion, la connaissance de son futur mari. Six enfants naîtront de cette union. Mme D a connu des problèmes de santé à compter de 2007. C'est également durant cette année que ses enfants ont bénéficié d'une mesure de protection compte-tenu des difficultés constatées au domicile. Mme D et son mari se retrouvaient souvent aux prises avec l'alcool et les violences conjugales étaient également fréquentes.</p> <p>Son mari est décédé fin 2012 d'une alcoolisation importante ce qui a fragilisé encore un peu plus CD qui a tenté à plusieurs reprises de mettre fin à ses jours. Mme D est sous mesure de protection judiciaire (tutelle) depuis juillet 2013. Un accompagnement par notre service SAMSAH a été mis en place depuis février 2014.</p> <p>Actuellement, Mme D reste très encombrée par son passé traumatique. De ce fait,</p>

		<p>elle ne peut se projeter vers l'avant. Elle est influençable et peu mobilisable. Elle rencontre également des difficultés pour gérer correctement ses relations envers autrui que ce soit dans son environnement familial ou social. Elle s'emporte vite, crie, insulte les personnes de son entourage.</p> <p>Elle rencontre également d'importants problèmes d'addiction (alcool) qui pourraient à plus ou moins brèves échéances avoir des répercussions sérieuses sur sa santé. Ces problèmes médicaux empêchent Mme D de penser de manière rationnelle et d'avancer sereinement dans sa vie.</p> <p>Elle montre une grande fragilité psychologique. Entre 2016-2017, CD a été hospitalisée au centre hospitalier général ou spécialisé à 16 reprises sur des périodes allant d'une journée à plusieurs semaines et au maximum un mois.</p>
<p>1 - 2 - 3</p>	<p>ADASMS</p>	<p>FD, 20 ans, il a bénéficié d'un suivi ASE dès l'âge de 5 ans et d'un suivi ITEP pour des troubles de la conduite sociale et des difficultés d'apprentissages. A 9 ans il est orienté vers l'IME et celui de l'ADASMS en 2014. Nombreux passages à l'acte (violences et mises en danger d'autrui envers les autres jeunes et certains professionnels) ont eu lieu durant cette période mettant en péril l'accompagnement. Une détérioration de son état psychique liée en grande partie à une situation conflictuelle aigue dans son milieu familial l'amène à être à plusieurs reprises hospitalisé au CHMM Andr2 Breton en 2017.</p> <p>FD répond aux 3 critères indispensables pour l'appellation « jeunes en situation d'incapacité », à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les projets d'accompagnements sont régulièrement mis en échec de façon durable - Adoption de comportements durables et répétés de modes opposants et violents - La problématique relève de plusieurs champs de prise en charge et d'accompagnement <p>En août 2017, il intègre le SESSAD de l'Association et son emploi du temps est aménagé pour un stage en ESAT. En parallèle, un traitement médicamenteux pour ses troubles du comportement a été mis en place (injections mensuelles réalisées par l'infirmière de l'IME-ESAT). Sa situation est stabilisée durant 9 mois. FD est alors retourné vivre au domicile parental mais le contexte familial reste explosif. Ses parents le mettent « à la porte » fin mai 2018. Il vit quelques jours dans la rue ou hébergé chez des amis. Le SESSAD intervient pour lui trouver une résidence sociale en l'absence de ressources (20 ans seulement en août 2018). FD met en échec cette option après 15 jours, ses troubles de la personnalité son intolérance à la frustration et son manque d'empathie l'empêchant de vivre collectivement.</p> <p>A l'heure actuelle, FD a rompu l'accompagnement, il semble avoir été embauché chez les forains. Le traitement médicamenteux ne semble plus être suivi.</p> <p>Remarques : absence de diagnostic connu malgré un parcours institutionnel important, déni des troubles, contexte familial difficile, absences de cohérence dans les actions à mener dans les différents secteurs (sanitaire et médico-social). Sortie d'hospitalisation sans prise en compte du service et des freins liés à l'environnement, pas de concertation entre l'équipe soignante et le service malgré les sollicitations.</p>

<p>4 - 5</p>	<p>SAMSAH ADASMS</p>	<p>JB, 31 ans, a suivi un cursus scolaire ordinaire jusqu'à l'obtention du brevet des collèges. Il a ensuite choisi de s'orienter vers un BEP dans l'hôtellerie, diplôme qu'il n'a pas obtenu. Il a exercé ensuite une multitude d'emplois dans différents secteurs professionnels. Ces emplois ont toujours été de courte durée (en dessous de 6 mois). JB évoque une grande fatigabilité qui l'empêche de tenir ses emplois dans la durée.</p> <p>Suite à des altercations physiques, JB indique qu'il ressent de vives douleurs au ventre. Des investigations médicales ont été menées et deux lipomes ont été décelés au niveau du ventre. D'après JB, ces tumeurs ne sont pas soignables. Les médecins lui auraient précisé qu'elles n'étaient pas cancéreuses donc pas opérables. Aujourd'hui, JB se plaint toujours de vives douleurs.</p> <p>Parallèlement, JB a bénéficié de suivis en psychiatrie. D'abord auprès d'un psychiatre à Reims qui a diagnostiqué une schizophrénie simple accompagnée de délires nosophobiques.</p> <p>Suite à des comportements violents, JB a été hospitalisé au CCHM André Breton de décembre 2014 à juillet 2015. Un traitement neuroleptique a été mis en place (CLOPIXOL) et JB a également été accueilli sur un court séjour à la clinique psychiatrique de Merfy.</p> <p>JB n'exerce plus aucune activité professionnelle depuis octobre 2013.</p> <p>Ses parents l'ont accompagné pour la demande de mise en place d'un accompagnement par le SAMSAH. Celle-ci est effective depuis octobre 2015.</p> <p>JB a effectué cette année un stage en ESAT du Meix Tiercelin, qu'il a interrompu. JB dit avoir des tocs et être névrotique.</p>
<p>4</p>	<p>ADASMS</p>	<p>JG est un jeune homme de 34 ans présentant un retard mental et des troubles du comportement. Il vit au sein du foyer de vie. Fin juin 2018, il est accompagné par un éducateur aux urgences du CH suite à une chute et une déformation importante de la cheville.</p> <p>Après une attente de 6 heures, il est posé le diagnostic de fracture de la cheville avec hospitalisation.</p> <p>Le soir même, un éducateur apporte les affaires, les papiers, la dernière ordonnance du traitement habituel, le pilulier de la semaine et les coordonnées des personnes à prévenir et la fiche habitude de vie.</p> <p>Une intervention chirurgicale est pratiquée dans le courant de la semaine suivante. Au regard de la situation, JG ne peut bénéficier de son séjour vacance pendant la fermeture du foyer de vie.</p> <p>Malgré nos demandes et l'état de santé de JG (impotence fonctionnelle à la marche, soins infirmiers journaliers), le CH n'envisage pas un moyen séjour afin de laisser la possibilité d'une organisation pendant la fermeture de l'établissement.</p> <p>A la sortie, Il est constaté que le traitement habituel de JG n'a pas été poursuivi pendant la durée de l'hospitalisation. Les affaires de toilette et les vêtements n'ont pas été utilisés, il porte le même maillot que le jour de son entrée.</p>
<p>1 - 4</p>	<p>ADASMS</p>	<p>CM jeune femme de 32 ans présentant un retard mental léger et des troubles du comportement. Elle exprime des maux divers nécessitant des consultations médicales multiples. Elle est traitée régulièrement pour des maux divers et variés.</p>

		<p>Le suivi psychologique mis en place au sein du foyer de vie présente ses limites. Elle peut passer à l'acte en vers elle et les autres. Les différentes démarches pour mettre en place un suivi psychiatrie n'ont pas abouti malgré une lettre du médecin traitant.</p>
1	<p>SAVS Association Le Bois l'Abbesse</p>	<p>Personne vivant en milieu rural, avec de faibles revenus et n'étant pas ou peu mobile (pas de véhicule personnel, pas ou peu d'accès au réseau de bus ou de train) Difficulté d'accroche due à l'image renvoyée par la psychiatrie. Impossibilité d'initier un premier RDV, par peur du lieu (peur de ne pas ressortir, peur d'être identifié comme « fou »). Personne dans le déni de ses difficultés ou ne faisant pas le lien entre ses difficultés et l'aide que pourrait lui apporter la psychiatrie. Dans ces cas comment travailler le partenariat, la mise en lien</p>
2	<p>SAVS Association Le Bois l'Abbesse</p>	<p>Personne qui ne se retrouve pas dans les temps d'accueil à l'hôpital de jour, qui est en attente d'une demande d'activité que la personne est incapable de soumettre par elle-même (besoin de stimulation, d'encouragement).</p>
5	<p>SAVS Association Le Bois l'Abbesse</p>	<p>Personne gravement malade sur le plan psychiatrique, représentant un danger pour lui et peut-être pour les autres (difficile à évaluer, mais sentiment d'insécurité du professionnel lors des visites à domicile). Rupture dans le parcours de soin (abandon du suivi psychiatrique et de l'accueil de jour) sans solution, malgré nos sollicitations.</p>
1 - 2 - 3	<p>SAVS/SAMS AH Association Le Bois l'Abbesse</p>	<p>Mademoiselle V est née en 1995. Brevet + niveau CAP. Symptôme fugue, agressivité, automutilation, instabilité psycho-motrice, hallucination, trouble de la communication.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2012 : MODADO - 2013 : Georges Heuyer, Maine de Biran, Hôpital de jour Jeanne Mance - Diagnostic : Maladie rare - Juillet 2013 : Maine de Biran - Juillet 2015 : entre en SAMSAH à la demande des parents - Septembre 2015 : CMJM - Depuis janvier 2016 : hospitalisation à Maine de Biran (retours à domicile tantôt augmentés, tantôt diminués en fonction des accès d'agressivité) - Orientation FAM + mesure de protection (tutelle : père) <p>Le SAMSAH ne peut rencontrer Melle V que lors de ses permissions, au domicile de ses parents ou au bureau du service. Le médecin n'accepte aucune intervention du service au sein de l'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mai 2018 : Le SAMSAH et les parents accompagnent Melle V au centre de référence Génopsy à Lyon (CRMR maladies rares à expression psychiatrique) <p>Préconisation dans le compte rendu de consultation adressé à Maine de Biran : Changement de traitement (après rendez-vous cardio qui sera accompagné par le SAMSAH). Travail sur la communication (picto, séances d'orthophonie). Evaluation neuropsychy une fois stabilisée. A ce jour, Melle V est en fenêtre thérapeutique. Refus du médecin de suivre les préconisations du médecin de Génopsy. Pas de</p>

		permission depuis plusieurs semaines : le SAMSAH ne peut donc plus intervenir. Les parents sont désemparés.
2 - 3	Ville de Saint-Dizier	Enfant de moins 10 ans, en rupture scolaire avec l'école primaire, avec des problèmes de transport pour aller à l'école. Prescription ITEP mais pas resté longtemps car renvoyé...SSESSAD, AEMO, ITEP de nouveau, CER...Problème psychomoteur, problème de santé, trouble du comportement. Sans injonction thérapeutique, grand délinquant à l'adolescence. Les parents n'accompagnent pas l'enfant.
1 - 2	Ville de Saint-Dizier	Enfant de moins de 10 ans scolarisé à l'école primaire, plusieurs équipes éducatives depuis plusieurs années, la famille refuse l'accompagnement vers un dossier de prise en charge notamment MDPH. Enfant violent, ne se contient pas à l'école, problème de socialisation. La question de la contrainte est à poser.
1 - 5	Ville de Saint-Dizier	Enfant moins de 10 ans scolarisé à l'école primaire, parents séparés et mère avec troubles psychiques, sans jugement concernant la garde (dû aux délais de la justice), la maman se présente à l'école pour voir sa fille mais était en crise, a fait peur à sa fille, aux autres enfants et au personnel municipal. Comment la protéger ?

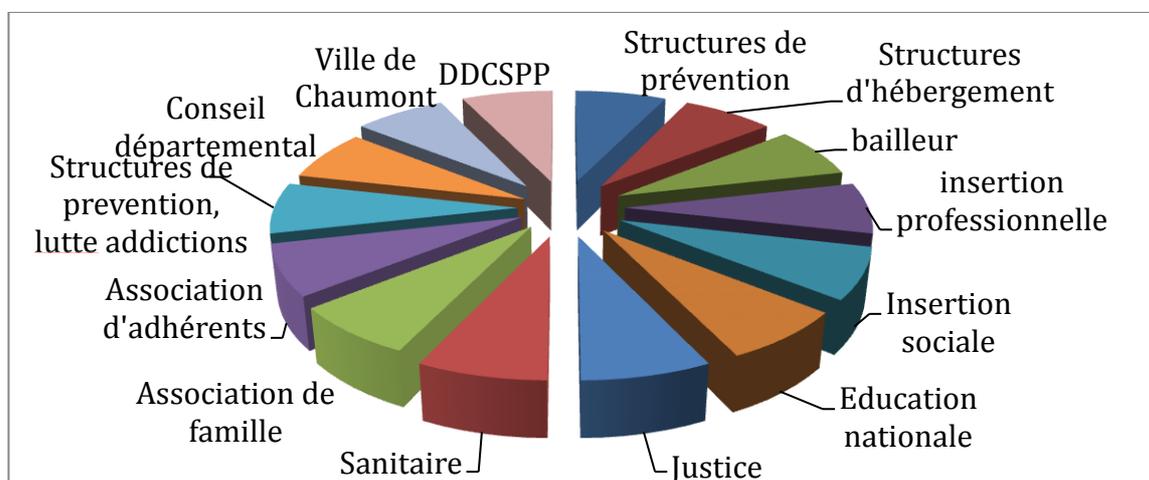
IV / Diagnostic partagé

L'équipe projet a réuni l'ensemble des partenaires à différents groupes de travail.

Composition de l'équipe projet :

- ✚ Mme ANCELOT & Mr LACOSTE, référents administratifs du secteur sanitaire,
- ✚ Dr SAIDI & Dr BELLOUZ : référents médicaux du secteur sanitaire,
- ✚ Mme COLLADO & Mr BOSSOIS : référents du secteur médico-social,
- ✚ Mme QUANTINET & LEBEUF : représentants des usagers CHHM,
- ✚ Mme VALETTE et Mr REAL : représentant de l'ARS DT52,

Liste des structures et partenaires ayant participé au diagnostic et différents groupes de travail :



Structures du département engagées dans la démarche

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centres hospitaliers | <input type="checkbox"/> Groupes d'entraide Mutuelle (Udaf52) |
| <input type="checkbox"/> CSAPA | <input type="checkbox"/> UNAFAM |
| <input type="checkbox"/> Fondation Lucy Lebon | <input type="checkbox"/> UDAF52 |
| <input type="checkbox"/> La Passerelle 52 | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> ANPAA | <input type="checkbox"/> Agglomérations Chaumont et Saint-Dizier |
| <input type="checkbox"/> AHMSITHE – CAP EMPLOI | <input type="checkbox"/> Pension de famille ELSA |
| <input type="checkbox"/> APEI 10 | <input type="checkbox"/> ELSA équipe de liaison soins addictologie |
| <input type="checkbox"/> DITEP Henri viet | <input type="checkbox"/> CHR Le <u>Phill</u> |
| <input type="checkbox"/> APAJH | <input type="checkbox"/> ADASMS |
| <input type="checkbox"/> UGECAM | <input type="checkbox"/> Association le Bois l'Abbesse |
| <input type="checkbox"/> Chaumont Habitat | <input type="checkbox"/> IME Val de <u>Suize</u> |
| <input type="checkbox"/> Dispositif pair- <u>aidance</u> (Udaf52) | <input type="checkbox"/> La Maia |
| <input type="checkbox"/> ARS | <input type="checkbox"/> DTPJJ |
| <input type="checkbox"/> Education Nationale | <input type="checkbox"/> DDCSPP |
| <small>11/12/2018</small> | <input type="checkbox"/> SOS femmes accueil |
| | <input type="checkbox"/> PJJ-AEMO 52 |
| | <input type="checkbox"/> MDPH |

4

Professionnels du CHHM mobilisés

- Praticiens hospitaliers psychiatres
- Représentants de la direction
- Représentants des usagers membres de la CDU
- Cadres supérieurs de santé
- Cadres de santé
- Responsable des admissions
- Assistantes sociales
- Collège de psychologues

1^{ère} étape du diagnostic partagé

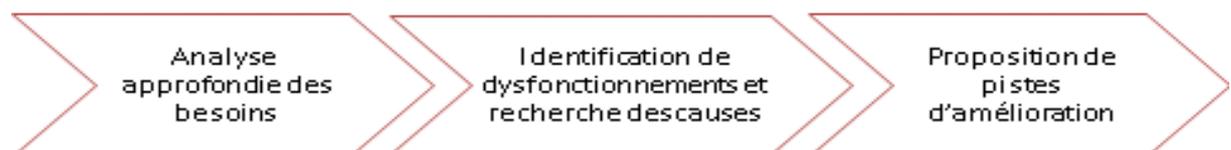
- 2 demi-journées de travail en octobre 2018
- 5 Groupes thématiques (par porte d'entrée)
- 60 participants
- 40 témoignages recueillis
- 30 structures représentées



2^{ème} étape du diagnostic partagé

60 participants répartis en 3 groupes de travail :

- Le mardi 13 novembre 2018 de 14h30 à 17h00
- Le lundi 19 novembre 2018 de 14h30 à 17h00
- Le lundi 03 décembre 2018 de 14h30 à 17h00



1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

(Pilote : Mme ANCELOT, affaires générales CHHM – Ambassadeur : Dr BELLOUZ) - 12 participants

- Personnes isolées, qui ne sont pas physiquement mobilisables
- Liste d'attente importante pour un suivi psychologique (plusieurs mois)
- Pas de psychiatre à demeure sur le CMP de Langres et au CH de Langres
- Manque de temps médical dédié aux structures sociales et médico-sociales
- Pas de suivi psychiatrique à la sortie d'une garde à vue.
- Sorties de détenus ayant des problématiques psychiques non anticipées
- Dénis des personnes, absence d'adhésion aux soins
- Liste d'attente importante pour les prises en charge en pédopsychiatrie
- Manque d'anticipation concernant l'accès aux soins

2. Situations inadéquates

(Pilote : Mme VALETTE, ARSDT52 – Ambassadeurs : Dr NACIMENTO & Mme LARRAZET, admission CHHM) - 10 participants

- Faible lisibilité de l'offre de dispositifs à mobiliser en cas d'incurie
- Problématique de suivi ou d'alerte des personnes ressortissant de dispositifs d'insertion ou d'hébergement logement
- Difficulté d'accès au logement accompagné
- Difficulté lors du passage statut enfant – adulte
- Difficultés à assurer la sortie d'hospitalisation pour les patients chroniques, stabilisés mais pour lesquels l'offre de relais fait défaut
- Coordination difficile, les partenaires n'ont pas les mêmes cultures, n'ont pas le même langage : manque d'indicateurs communs,
- Manque d'anticipation des entrées et / ou sorties d'hospitalisations en services généraux, psychiatriques ou milieu carcéral.
- Partenaires non connus du sanitaire
- Prise en charge psychiatrique demandée avant le bilan somatique. Bilan somatique indispensable pour le suivi du patient.
- problème d'orientation, délai de rdv, manque de formation, acculturation difficile.
- Difficultés à assurer la sortie d'hospitalisation pour les patients chroniques, stabilisés mais pour lesquels l'offre de relais fait défaut
- Démarches administratives complexes
- Pénurie baisse des moyens des équipes pluridisciplinaires (pas de prise en charge 1 an psychomotricienne).
- Méconnaissance des missions et limites de chacun
- Manque de communication des intervenants sociaux et médico sociaux le temps de l'hospitalisation
- Sorties d'hospitalisation du patient non anticipées. Limites de confidentialité
- Manque de prise en compte de la famille dans la prise en charge
- Peu d'actions de prévention et de lutte contre la stigmatisation sur le département
- Sollicitations inadaptées des structures hospitalières en cas de crise
- Perte de temps dans la gestion de la situation

3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

(Pilote : Mme COLLADO, Chef projet Bois l'Abbesse – Ambassadeur : Mme COUSIN, Conseil Départemental) – 16 participants

- Manque de communication entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux,
- Morcellement des interventions et multiplication des intervenants et dispositifs.
- Rupture dans les parcours de prise en charge
- Multiplication des intervenants
- Difficulté de prise en charge des familles isolées
- Situation d'errance d'adolescents perturbés avec poly addictions
- Manque de communication des intervenants sociaux et médicaux sociaux le temps de l'hospitalisation
- Sorties d'hospitalisation du patient non anticipées
- Méconnaissance des missions et limites d'intervention de chacun
- Difficulté de repérer les interlocuteurs
- Faible lisibilité de l'offre de dispositifs à mobiliser en cas d'incurie
- Difficulté d'accès au logement accompagné
- Mauvaise connaissance et manque d'harmonisation des dispositifs entre les institutions
- Manque de ressources de la personne pour bénéficier d'un logement accompagné
- Difficulté de liaison ASE- établissement de santé
- Trouver le bon interlocuteur
- Démarches administratives complexes
- Difficulté de liaison ASE- établissement de santé – établissements médico-sociaux
- Structures inadaptées pour les patients vieillissants ressortissant de la psycho-gériatrie
- Morcellement des interventions et outils pour une même prise en charge Complexité des pathologies, cumul des handicaps
- Rupture dans les parcours de prise en charge
- Difficulté de circulation de l'information dans les structures
- Multiplication des intervenants / Turn over des professionnels,
- Personnes hébergées en service médico-sociaux ou sociaux sans médecin traitant déclaré,
- Temporalité différente en fonction des structures de prise en charge
- Coordination difficile car les partenaires n'ont pas les mêmes cultures : manque d'indicateurs communs
- Problématique de suivi ou d'alerte des personnes ressortissant de dispositifs d'insertion ou d'hébergement logement

4. Accès aux soins somatiques

(Pilote : Mme VALETTE, ARSDT52 – Ambassadeur : Mme LARRAZET, admission CHHM) – 11 participants

- Prise en charge psychiatrique demandée avant le bilan somatique
- Iniquité de traitement pour les soins sur le territoire
- Difficulté d'accéder aux soins dentaires (démographie médicale) et refus de certains dentistes de prendre en charge des patients atteints d'un handicap psychique, moteur.
- Personnes hébergées en service médico-sociaux ou sociaux sans médecin traitant déclaré, difficulté d'accéder aux soins dentaires
- Personne autiste hébergée en structure médico-sociale, a attendu 5h au sein des urgences avant d'être prise en charge. Majoration des troubles du comportement aux urgences.
- Fugue de patients
- Inquiétude du SAU
- Prise en charge à adapter pour des personnes en situation de handicap lors de leur passage aux urgences.
- Difficultés d'accès aux soins somatiques, soins bucco-dentaires.
- Non utilisation des fiches de liaison

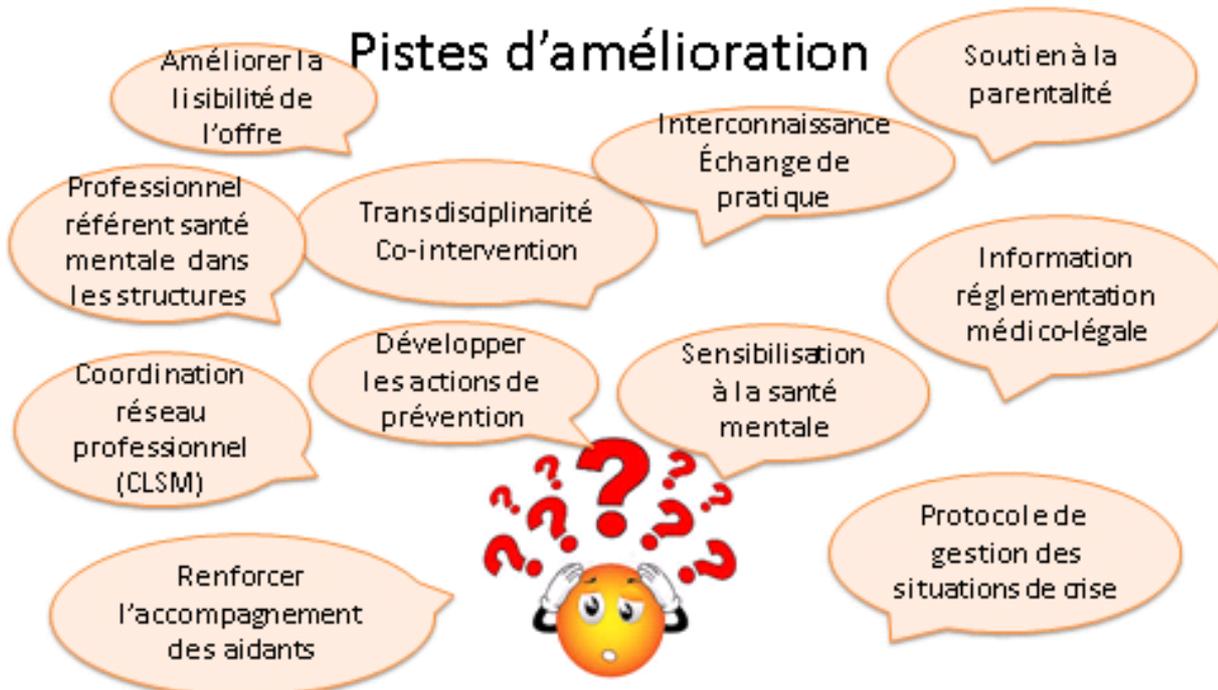
5. Prévention et gestion des situations de crise

(Pilotes : Mme ANCELOT, affaires générales CHHM & Mme COLLADO, Chef projet Bois l'Abbesse – Ambassadeur : Dr BELLOUZ) – 21 participants

- Manque de relais de la psychiatrie en dehors de l'hôpital
- Difficulté d'anticipation de la crise lorsqu'un travailleur social constate un changement de comportement. Formation
- Sollicitations inadaptées des structures hospitalières en cas de crise
- Perte de temps dans la gestion de la situation
- Mauvaise connaissance des interlocuteurs lors de la gestion de crise
- Médecins en 1ère ligne qui ne connaissent pas les dispositifs d'accompagnement ni la réglementation en santé mentale
- Manque de connaissance de la réglementation en matière d'hospitalisation sous contraintes.
- Limites d'intervention SAMU, Force de l'ordre, Préfecture, Maire...
- Appréhension des intervenants sociaux pour la prise en charge d'usagers en situation de crise
- Professionnels en souffrance face à des situations qu'ils ne parviennent plus à gérer.

V/ Déficits constatés et pistes d'amélioration envisagées

DEFICITS	PROPOSITIONS DES GROUPES THEMATIQUES
ACCOMPAGNEMENT	<p>Développer les unités de thérapie familiale Développer l'activité de l'hôpital de jour pour adolescents Dispositif soin étude : Refus scolaire éducation nationale / Trouble du comportement– travail de réseau Education Nationale et Psychiatrie Travailler la préparation aux soins en amont pour enclencher la démarche de soins - Accompagnement Personnalisé aux Soins (APS) Mise en place d'équipes dentaires mobiles qui se déplacent dans les structures sociales, médico-sociales Développer les AIG dans les ESMS Réflexion sur la présence de psychologues dans les ESMS Impulser la mise en place d'une unité médico-judiciaire Prévenir l'épuisement professionnel Améliorer la prise en charge psychologique de personnes victimes de violences intrafamiliales</p>
COORDINATION	<p>Identifier des référents formés à la SM dans chaque structure sociale et médico-sociale Développer et harmoniser le fonctionnement des équipes mobiles Pérenniser la présence d'infirmiers CHHM dans l'ensemble des SAU du département Développer les Consultations Jeunes Consommateurs et les consultations avancées en addictologie au sein de structures d'exercice coordonné Créer ou mettre à jour les conventions JUSTICE –CHHM /ASE-CHHM Organiser la prise en charge en situation de crise : Protocole pompier, police, justice, transporteurs sanitaires Clarifier le parcours d'entrée en hospitalisation sous contrainte (passage aux urgences obligatoire et bilan somatique) Impulser la création d'un CLSM Favoriser la collaboration des référents identifiés au sein des services des urgences et l'ensemble des partenaires dans la prise en charge des victimes de violence intrafamiliale</p>
CONNAISSANCE	<p>Former les professionnels du département à la SM (ex : prospect pro Unafam) - Formation gestes 1er secours en psychiatrie (expérience Alsace) - formation à la prévention et à la gestion des situations de crise Organiser des journées d'immersion à destination de professionnels Sensibiliser les partenaires aux procédures médico-légales : Portail d'info, site internet, numéro dédié... – plateforme nationale Mener des actions de prévention et de sensibilisation dans les structures d'exercice coordonné Développer des formations médicales continues Rédiger une charte d'accueil du public en santé mentale</p>
COMMUNICATION	<p>Développer les informations collectives du dispositif de CJC au sein des établissements scolaires. Informer sur la procédure d'accès à une consultation en CMP que ce soit avec infirmier, psychologue ou psychiatre (information sur les délais de reprise de contact, la déclinaison des soins, réaliser des brochures/ organiser des réunions d'information) Informer sur les modalités de prise en charge (information sur les délais de reprise de contact après le RV de 1ère intention et la déclinaison des soins envisagés, Meilleure connaissance des outils (thérapie familiale, hypnose etc...) Encourager les temps d'échange CHHM/ESMS et autres Créer un répertoire à mettre en commun/ à partager pour faciliter la communication entre les secteurs : Banque de donnée des dispositifs existants</p>



pistes d'amélioration qui devront être déclinées en fiches actions et travaillées avec les partenaires au cours de la 2^{ème} période de janvier 2019 à juin 2019

04/12/2018

PTS M Haute-Marne

16

VI/ Suite des travaux

Le COPIL sera réuni le 1^{er} février 2019 pour validation du diagnostic partagé.

Une présentation des axes stratégiques, objectifs opérationnels et pistes d'actions par porte d'entrée sera réalisée. Ce diagnostic sera envoyé à l'ensemble des partenaires du département ; contributeurs, institutionnels, élus, professionnels de santé...

L'équipe projet a identifié les axes, objectifs et actions envisagées par porte d'entrée en reprenant toutes les propositions faites lors des travaux de groupes (cf pages 45 à 48)

Ces propositions d'actions seront déclinées en fiches actions lors de travaux de groupes qui auront lieu sur la période de mars à juin.

Diagnostic et soins psychiatriques

Objectif stratégique : améliorer l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques

Objectifs opérationnels :

Améliorer la lisibilité de l'offre de soins

Actions :

- Informer sur la procédure d'accès à une consultation (ex: CMP, pédopsychiatrie) et sur les modes de prise en charge (brochures/ organiser des réunions d'information)
- Clarifier le parcours d'entrée en hospitalisation sous contrainte
- Développer et harmoniser le fonctionnement des équipes mobiles

Mener des actions de promotion de la santé mentale

Actions :

- Mettre en place des actions de prévention et de sensibilisation à la santé mentale notamment dans les structures d'exercice coordonné
- Proposer des formations médicales continues à destination des médecins libéraux
- Mener un travail de prévention psychologique pré et post-partum des mères et accompagner à la parentalité.

Développer l'offre de soins en santé mentale

Actions :

- Développer l'activité de l'hôpital de jour pour adolescents
- Développer les conventions de mise à disposition psychiatrie / ESMS (Réflexion sur la présence de psychologues dans les ESMS - entretien de 1^{ère} intention et/ou consultations thérapeutiques ponctuelles).
- Améliorer la prise en charge psychologique de personnes victimes de violences intrafamiliales
- Créer des relais avec le dispositif soin étude de la région : Refus scolaire de l'élève / harcèlement scolaire / Trouble du comportement– travail de réseau Education Nationale et Psychiatrie

Situations inadéquates

Objectif stratégique : Répondre aux besoins spécifiques des partenaires dans la gestion de situations complexes

Objectifs opérationnels :

- + Favoriser la collaboration des référents des services d'urgences et police avec l'ensemble des partenaires concernés par la prise en charge des victimes de violence intrafamiliale

- + Encourager la transdisciplinarité
Actions :
 - Développer la co-intervention autour de situations individuelles complexes
 - Développer l'empowerment en proposant des actions de sensibilisation par les pairs
 - Créer ou mettre à jour les conventions de partenariat

- + Accompagner le déploiement de la thérapie familiale et de la médiation familiale

Prévention et gestion des situations de crise

Objectif stratégique : identifier les limites et missions respectives de chacun des intervenants dans la gestion de situations de crise

Objectifs opérationnels :

- + Favoriser l'articulation des acteurs dans la gestion de crise
Actions :
 - Fluidifier les procédures de signalement et de prises charge en situation de crise : Protocole pompier, police, justice, transporteurs sanitaires etc ...
 - Mettre en place une unité médico-judiciaire
 - Organiser des sessions de sensibilisation auprès des médecins libéraux sur le volet médico-légal
 - Pérenniser la présence d'infirmiers CHHM dans l'ensemble des SAU du département

Accès aux accompagnements sociaux et médico sociaux

Objectif stratégique : Améliorer la prise en charge et la coordination dans l'accompagnement social et médico-social

Objectifs opérationnels :

Harmoniser les pratiques des professionnels des structures sanitaires, sociales et médico-sociales

Actions :

- Identifier un référent santé mentale dans chaque structure sociale et médico-sociale
- Organiser un plan de formations à destination des professionnels décliné comme suit :
 1. Sensibilisation à la santé mentale
 2. Information sur la réglementation des hospitalisations sous contraintes
 3. Gestion des situations de crise et situations spécifiques (risques suicidaires, déni, décompensation...)
 4. Organisation de journées d'immersion

Favoriser l'interconnaissance, la coopération et l'acculturation des acteurs

Actions :

- Impulser la création d'un conseil local de santé mentale
 1. Commission situations complexes (ex : situations d'incurie dont le syndrome de diogène etc...)
 2. Commission habitat santé mentale (accès et maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques dans le parc locatif social)
 3. Commission promotion de la santé mentale
 4. Commission observatoire en santé mentale
 5. etc...
- Mutualiser les répertoires - banque de données des dispositifs existants pour faciliter la communication entre les acteurs
- Rédiger une charte d'accueil du public en santé mentale

Prévenir l'épuisement professionnel

Actions :

- Développer sur l'ensemble du territoire, les échanges de pratiques (ex : intervention d'équipes mobiles etc ...)

Accès aux soins somatiques

Objectif stratégique : améliorer l'accès aux soins somatiques

Objectifs opérationnels :

✚ Travailler la préparation aux soins en amont pour enclencher la démarche de soins

Actions :

- Créer un dispositif d'Accompagnement Personnalisé aux Soins

✚ Développer « l'aller vers » par des consultations santé de proximité

Actions :

- Mettre en place des équipes mobiles de soins (ex : équipes dentaires mobiles qui se déplacent dans les structures sociales, médico-sociales)
- Développer les informations collectives concernant les Consultations Jeunes Consommateurs au sein des établissements scolaires
- Développer les Consultations Jeunes Consommateurs et les consultations avancées en addictologie au sein de structures d'exercice coordonné.