

# Annexe 1 : Tableau récapitulatif des problématiques et causes recensées par les groupes de travail dans le cadre de la méthode de portes d'entrée ANAP

GROUPE 1	
PE 1 : ACCES AUX DIAGNOSTICS ET SOINS PSYCHIATRIQUES	
PROBLEMATIQUES	CAUSES
Manque de structuration de certains soins/filières spécifiques (thérapie familiale, thérapie cognitivo-comportementale, psychoéducation, organisation de la réhabilitation...)	Filières pas répertoriées
	Méconnaissance des filières spécialisées
	Filières trop fléchées (cas frontières)
	Organisation généraliste des soins en psychiatrie adulte (on ne sait pas tout faire bien, frein aux soins spécifiques)
	Place du handicap mental en psychiatrie
	Manque de répertoire opérationnel des ressources partagées (base de données partagées du "qui fait quoi et où")
	Pas d'organisation structurée de la réhabilitation psychosociale sur le Haut-Rhin
	Manque de professionnels formés à ces soins spécifiques (ex : thérapie familiale)
	Manque de professionnels disponibles
	Formation reconnue suffisante du professionnel
	Formation longue pour les prises en charge
	Retours d'expériences non diffusés (les méthodes marchent-elles ?)
	Dispersion des dispositifs de réhabilitation
Difficultés de coordination des différents acteurs	

	Défaut d'information sur les dispositifs et/ou méthodes existants
	Problème d'identification des différentes structures
	Absence de structures de proximité interdisciplinaires
	Question de la pluridisciplinarité des professionnels
	Absence de cohérence des ressources pluridisciplinaires médicales/expertises
	Modalités d'entrée mal définies (classifications nosologiques vastes)
	Réticence (pour diverses raisons) à "passer la main" (même temporairement) à d'autres équipes
	Éloignement territorial
Liens entre les malades, les familles et les professionnels	Travail sur l'annonce du diagnostic
	Dispositif d'annonce dans le même sens que celui de la cancérologie
	Retard d'information sur le diagnostic par le psychiatre
	Manque de temps médical disponible
	Manque de temps pour explications aux patients et aux familles
	Liens entre les professionnels eux-mêmes (psychiatres, infirmiers, pharmaciens...)
	Défaut de confiance (réciproque) entre familles/patient/professionnels du soin
	Question de l'acceptation de la maladie par le patient et sa famille
	Biais dans la relation résultant d'Internet et des réseaux sociaux
	Mauvaise qualité de l'information (Internet)
	Qualité de la communication entre professionnels de la psychiatrie et familles
	Qualité des communicants
	Manque de communication
	Réticence à communiquer (refus total de certains professionnels)
	Limitation des informations en raison du secret professionnel
	Limites légales et réglementaires (confidentialité, secret médical...)
	Défaut d'information du grand public sur les pathologies psychiatriques (stigmatisation ; peur des familles)
Circuits d'information quelque fois inadaptés	
Absence de site "labellisé" avec information vérifiée	

	Place des représentants des usagers
	Manque de prise en compte de "l'expertise" des aidants
	Délitement du support familial sur la durée
	Absence de médiation par un tiers formé
	Méconnaissance des dispositifs par les autres acteurs (élus, forces de sécurité, pompiers, professeurs...)
	Accompagnement au long cours et espacement des rencontres/qualité en baisse
	Défaut de formation des professionnels sur la durée
	Absence de dispositif formalisé proposant le lien
	"Peur" de l'image laissée dans la société (voisinage, travail...) causée par la spécificité des pathologies
	Connaissance réciproque et confiance
Disparités géographiques (inégalité d'accès et problématiques différentes selon les territoires)	Difficultés d'accessibilité (transports)
	Zones rurales "éloignées"
	Démographie médicale
	Manque de professionnels disponibles, formés avec des difficultés de suivi
	Absence de structures ambulatoires de proximité
	Recours limité au dispositif de "consultations avancées"
	Insuffisance du travail en commun pour dépasser la distance
	Mauvaise communication
Relations entre les professionnels de la psychiatrie (psychiatres publics et psychiatres libéraux, entrée dans le soin par le biais du psychiatre, de l'infirmier ou du psychologue, formation des médecins généralistes, délégations de tâches des médecins aux "paramédicaux", formation des infirmiers, insuffisance de la "ressource" médicale)	Troubles pouvant être différents suivant les lieux et les âges (addictions)
	Difficultés relationnelles en raison d'objectifs différents entre médecine libérale (ville) et médecine publique (hospitalière)
	Absence de discussion, voire de coordination, entre les psychiatres libéraux et les psychiatres hospitaliers
	Opposition des intérêts
	Cloisonnement libéral/hospitalier
	Insuffisance de la formation initiale des médecins/psychiatrie et santé mentale
	Défaut de communication entre médecin généraliste et psychiatre
Difficultés d'obtenir un avis spécialisé pour les généralistes	

	Difficultés relationnelles entre sanitaire et médico-social
	Manque d'interconnaissance
	Manque de dialogue entre les professionnels
	Manque de temps du professionnel
	Démographie médicale
	Insuffisance du nombre de médecins dans certaines zones
	Revoir l'organisation territoriale de l'offre (compétence sanitaire/médico-social)
	Parcours du patient entre deux structures pas toujours bien assuré
	Place insuffisante de la médecine générale dans le dispositif
	Mode de fonctionnement qui s'appuie trop sur le psychiatre
	Informier, former sur les prises en charge/offre ville-hôpital
	Communication, coordination nouveau mode de communication, information disponible et partageable
	Transmission des informations aléatoires
	Absence ou insuffisance de fiches de liaison pour le suivi des patients
	Manque d'un canal de communication (support adapté)
	Communication de l'information (choix du patient)
	Remettre le patient au centre des préoccupations (patients difficiles et compliqués à gérer)
	Manque de formations communes
	Couverture paramédicale formée insuffisante en ESMS
	Manque de connaissances des infirmiers à domicile ; réticences, craintes, peur des pathologies et des patients
	Insuffisance dans la formation initiale des médecins et des paramédicaux
	Formation médicale continue (FMC) des médecins libéraux
	La délégation de tâches est-elle toujours bien acceptée ?
	Difficultés juridiques, assurances pour les délégations de tâches à domicile
	Protocoles parfois trop nombreux et ne laissant pas de place à l'initiative
Communication autour des dispositifs (connaissance par le public)	Affichage des spécificités (par l'établissement) par ex. des pôles

	Structures dédiées (centres ressources, experts...)
	Quelle place pour les CLSM ?
	Points positifs (SISM), annuaire ROR
	Faut-il communiquer ?
	Communication non stigmatisante autour des dispositifs
	Communication accessible et adaptée à certains publics
	Complexité des dispositifs et donc de leur lisibilité
	Pluralité des dispositifs de prise en charge (absence de clarté des rôles respectifs des dispositifs)
	Multitude de dispositifs (manque de synthèse, de porte d'entrée)
	Absence de dispositif garantissant la lisibilité de l'offre
	Manque de connaissances par les professionnels des différents acteurs et dispositifs
	Incapacité des structures à donner des réponses aux orientations des patients
	À qui revient la communication (organisme centralisé) ?
	Diffusion
	Mainmise des associations
	Diffusion de l'information (quels médias ?)
	Supports adaptés
	Défaut de projet de communication en réseau
	Budget alloué pour la communication (MIG ?)
	Absence de communication de la politique des PP, hors aspects financiers
	Problématique des médias et des informations données (justes)
	La peur et la représentation de la psychiatrie
	Stigmatisation, rejet du fou ; ignorance/volonté d'ignorance
	Absence d'intérêt du grand public pour la psychiatrie (non concerné)
	Défaut de temps médical
Disponibilité des dispositifs existants (amplitude d'ouverture des structures, délais d'accueil)	Limites du droit du travail
	Pertinence de l'amplitude d'ouverture ?

	Manque de moyens, de professionnels et de volonté politique
	Moyens humains
	Insuffisance du travail intersectoriel
Délais de repérage et de prise en charge (comment éviter de passer de la crise à l'urgence ? Question des diagnostics précoces)	Insuffisance de pédopsychiatres (diagnostic précoce)
	Démographie médicale et délais d'attente en consultation programmée
	Prise en charge : disponibilité des professionnels (temps d'accès aux consultations long)
	Manque de moyens dédiés au diagnostic précoce
	Diminution du nombre/absence de médecin scolaire et de médecin du travail
	Faible formation des généralistes au repérage précoce (errements/diagnostics)
	Formation/sensibilisation des médecins généralistes
	Pourquoi les problèmes se posent souvent le vendredi après-midi ?
	Taux d'encadrement plus faible le weekend (repos hebdomadaires)
	Lien avec les professionnels d'autres institutions (école, services sociaux départementaux...)
	Absence de suivi PMI (protection maternelle et infantile)
	Défaut d'information en milieu scolaire
	Manque de formation des enseignants sur les symptômes psychiatriques (idem pour les familles)
	Consultation psychiatrique en milieu universitaire ?
	Défaut/insuffisance des parcours coordonnés
	Connaissance des dispositifs par le public
	Absence d'accompagnement de certains cas complexes
	Manque d'information et de prise de conscience du public retarde la démarche vers le soin
	Pas de politique de prévention dans le domaine de la psychiatrie (addictologie...)
	Pas de référents de parcours
	Accompagnement des professionnels/aidants insuffisant (CREX)
	Question de l'inadéquation des solutions de prise en charge au regard du diagnostic
Suivi régulier difficile (observance du traitement, acceptation des effets secondaires...)	
Crise-urgence : croyance que la solution est toujours dans l'hospitalisation ?	

Est-ce que le diagnostic précoce est scientifiquement possible pour toutes les pathologies psychiatriques ?
Méconnaissance de l'entourage socio-familial (absence de sensibilisation du grand public)
Image de la pathologie en santé mentale (diagnostic non désiré)
Nomadisme médical des patients/familles
Délai d'attente pour avoir un RDV (abandon de certains patients)
Rallongement des délais lorsque le diagnostic nécessite plusieurs examens

## GROUPE 1

### PE 2 : SITUATIONS INADEQUATES

#### PROBLEMATIQUES

#### CAUSES

Entrées dans le parcours de soins inadéquates

Hospitalisations à temps plein non pertinentes

Mauvaise communication à l'entrée

Absence d'évaluation partagée

Rôle des psychiatres dans les services d'urgence

Délais entre projet d'hospitalisation et hospitalisation

Pressions familiales

Adressage inadéquat par un généraliste

Formation médecins généralistes défailante en psychiatrie (défaut de connaissance des pathologies et des traitements)

Défaut de formation

Erreurs d'orientation (méconnaissance des dispositifs)

Insuffisance des outils "généralistes"

Difficulté du diagnostic (médecin traitant généraliste)

Régulation "15" peu adaptée

Manque d'historique du parcours

Facilité d'adressage : autisme ? Korsakoff ? Handicap mental

Problème d'orientation

Question de la lisibilité de l'offre existante

Question de la formation

Question de la coordination

	Absence de formalisation théorique des parcours de soins
	Défaut d'adhésion du patient au projet thérapeutique
	Gestion des cas difficiles (MDPH)
	Pression de l'entourage sur les équipes
	Le patient est vécu comme un problème qu'on ne sait pas traiter, mais dont on veut se débarrasser
Situations inadéquates et pathologies intriquées	Psychiatrie intriquée avec autre problématique
	Inadéquation liée à une pathologie somatique
	Syndrome de Korsakoff
	Troubles neurodégénératifs chez la personnes âgée
	Causes sociales
	Manque de structures adaptées
	Confusion entre soins psychiatriques et asile
Difficulté de sortie (transferts compliqués vers le "sanitaire" ou le "médico-social", échecs des transferts, situation sociale ralentissant la sortie)	Inexistence d'accompagnement des cas complexes
	Patate chaude : "tu l'as, tu le gardes !"
	Manque de volonté de prise en charge à domicile par les IDE libéraux pour les patients psychiatriques (réticences, peur, mauvaises expériences passées, information sur les traitements...)
	Sorties précoces (patient pas encore "stabilisé")
	Idem pour les permissions
	Stigmatisation des patients psychiatriques en milieu somatique (= perte de chance)
	Absence d'accompagnements et de moyens
	Défaut de structures d'hébergement médico-sociales (patients chroniques, patients psychiatriques "stabilisés", âge...)
	Accueil par l'entourage à domicile
Psychiatrie de la personne âgée à domicile	

	Pression des aidants au maintien en hospitalisation
	Structures adaptées/domicile
	Question de l'anticipation et de la préparation du retour à domicile (organisation des soins, coordination, relais...)
	Mauvaise fluidité des parcours
	Défaut de places en médico-social
	Saturation prévisible du système de financement et craintes sur le retour en milieu ordinaire
	Séparation entre sanitaire, médico-social, voire social (financement)
	Problème financier pour les personnes âgées et leur familles (hébergement à charge en EHPAD)
	Coût EHPAD
	Reste à vivre insuffisant
	Manque de structures médico-sociales plus légères et plus intégrées dans la cité (maison relais)
	Pression de la famille pour la sortie des personnes âgées de psychogériatrie (prix de journée à payer ailleurs)
	Défaut d'implication des familles dans la recherche de solutions
	Sécuriser le parcours à la sortie de l'hôpital en créant le lien avec les SAMSAH/SAVS par exemple et les libéraux
	Absence de logement stable
	FAS temporaires et définitifs insuffisants
	La malade n'est pas au centre du dispositif
	Définition des projets de vie
	Pas d'obligation de résultats, pas d'arbitre externe sur les inadéquations
	Refus du patient
	Présence d'un médecin coordonnateur ?
	Structures inadaptées

Problème d'organisation (adolescents en service de psychiatrie "adultes", fins de peine de certains détenus, hospitalisations sans consentement du secteur G01 au pôle 2/3)	Défaut de repérage en amont
	Problème d'expertise en longue peine
	Absence d'anticipation de la sortie dans les centres de détention
	Organisation de la gériatrie
Parcours inadapté (hospitalisation sans motif à la clinique après une hospitalisation en psychiatrie, incohérence dans le parcours)	Incohérence des décisions médicales
Chronicisation institutionnelle (dans le cas de certains handicaps psychiques)	Limites éthiques des prises en charge en psychiatrie ou absence de réflexion éthique
	Absence d'un temps de réflexion éthique
	Diagnostiques tardifs avec des soins difficiles
	Réhabilitation psycho-sociale complexe
	Inadéquation des thérapeutiques
	Manque de places dans certaines structures médico-sociales
Effet "cocooning" : les personnels soignants et éducatifs veulent "garder" le résident	

## GROUPE 2

### PE 3 : PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

#### PROBLEMATIQUES

#### CAUSES

Définition différente d'une situation de crise selon les intervenants et donc absence d'évaluation partagée

Crise est variable selon les personnes, leurs qualifications professionnelles et selon les lieux

La temporalité n'est pas la même et est donc vécue différemment par chacun

C'est souvent l'entourage qui qualifie un fait de crise, rarement la personne elle-même

Selon l'accompagnement familial et soignant, la capacité individuelle à supporter les variations de crises diffère

Tout dépend du seuil de tolérance que chacun est prêt à supporter (professionnels, aidants et patients)

Il n'existe pas de référentiel commun sur la crise et le déclenchement d'alarme, ni de vocable commun pour définir la crise

La crise est une notion d'institution

La crise interroge sur le fonctionnement des établissements, leur conception organisationnelle ou structurelle qui peut créer les "patates chaudes" ou cas complexes

#### Adaptation de l'offre de soins

Présence d'adolescents dans les services psychiatrie adulte

Existence d'une seule unité d'hospitalisation départementale de 12 lits : Adosphère

Adosphère est aujourd'hui en sur-capacité, nombre insuffisant de places

En situation de crise Adosphère ne peut "contenir" ces enfants

	<p>Fermeture d'Adopshère pendant les fêtes ou durant la période estivale, n'est pas une unité d'hospitalisation ouverte de façon permanente, contrairement aux urgences. Une fermeture qui est décidée en interne, sans concertation des services d'urgences. Il n'existe pas de réponses optimales adaptées en premier recours pour la gestion des situations de crise d'un adolescent.</p>
	<p>Les autres établissements médico-sociaux ne peuvent assurer dans de bonnes conditions l'accompagnement d'un enfant en crise, ce qui embolise les urgences et Adosphère</p>
	<p>Les enfants sont hospitalisés le temps de trouver une solution dans l'établissement médico-social d'où ils viennent</p>
	<p>Il manque une filière "urgences" spécifique de l'adolescent ou du pré adolescent (moins de 14 ans)</p>
	<p>Une grande partie des enfants allant aux urgences revient ensuite à domicile faute d'autres solutions</p>
	<p>Il manque un service spécifique pour la tranche d'âge 15-18-20-25 ans pour éviter certaines cohabitations d'enfants de tranches d'âges différentes au sein d'Adosphère. Pas d'unité spécifique pour les problématiques psychiatriques sans réponse de certains de ces enfants. Hospitalisations très longues à Adosphère car manque de relais voire certaines hospitalisations qui se révèlent inadéquates.</p>
	<p>Il manque des solutions adaptées en milieux ordinaires (du hors hospitalisation donc)</p>
	<p>Démographie médicale en baisse sur le territoire, et notamment pour la pédopsychiatrie : recours à l'hospitalisation pourrait être plus importante de ce fait car moins d'anticipation possible de la crise d'un enfant</p>
	<p>Afflux de plus en plus important de demandes de consultation pour des problématiques psychiatriques de l'enfant par les familles</p>
<p>L'orientation du SAMU en cas de SDRE (soins sous contrainte à la demande d'un représentant de l'Etat, anciennement hospitalisation d'office) vers les urgences pour le certificat médical et l'examen somatique dans les 24h à compter de la décision</p>	<p>La décompensation psychiatrique représente 25 à 30% des urgences psychiatriques</p> <p>Rouffach voudrait un examen somatique complet de la personne par les urgences des MCO car n'ont pas de plateau technique suffisant pour le réaliser eux-mêmes</p> <p>Il n'existe pas de consensus médical sur la définition de cette évaluation complémentaire</p>

	Est-ce aux urgences de faire le bilan somatique d'un patient dont le SDRE repose sur un certificat médical extérieur ?
	Cette orientation vers les urgences ne valide pas l'analyse somatique du médecin généraliste à l'origine du certificat médical : remise en cause.
	Vision partagée, régulation à faire : différence à faire entre patient nouveau et patient connu
	N'existe pas de conduite différente à adopter selon le type de pathologie, l'état des symptômes, l'âge...
Emploi trop systématique des urgences	On n'arrive plus à faire hospitaliser d'où un recours aux urgences
	Délais pour une première consultation CMP trop longs
	Les urgences sont la porte d'entrée rapide aux soins, la solution de facilité
	Problème de la démographie médicale, chez les médecins traitants notamment, qui favorise le recours aux urgences du fait d'un accroissement des délais de rdv
	Le public n'est pas forcément en capacité de respecter les rdv et supporte mal l'attente
	Parfois le recours aux urgences se fait sur conseil de professionnels de santé comme les médecins généralistes ou les infirmiers
	Recours aux urgences est liée à l'approche sociétale à la santé
	Les urgences sont les seuls services qui ne peuvent refuser personne, sont ouverts 24h/24h.
	Même lorsque les médecins généralistes ont encore le réflexe d'appeler l'hôpital, il n'y a pas suffisamment de lits dans les services pour accueillir la personne
	Cas de non adhésion au soin par des personnes isolées socialement (on ne parvient pas à les ramener aux soins sans passer par les urgences/hospitalisations)
Emploi trop systématique des hospitalisations complètes	Délais pour une première consultation CMP trop longs

	Le nombre d'hospitalisation pourrait être réduit par un meilleur travail en amont en ambulatoire, hôpitaux de jour, réseaux...
	Le public n'est pas forcément en capacité de respecter les rdv
	Pas de guichet d'orientation des patients : pas de parcours défini donc par défaut ils passent par les urgences et l'hospitalisation
	Cas de non adhésion au soin par des personnes isolées socialement (on ne parvient pas à les ramener aux soins sans passer par les urgences/hospitalisations)
	Manque de moyens et de compétences dans certaines situations : les abris de nuit sont des annexes de l'hôpital psychiatrique
	Les équipes mobiles précarité psychiatrique (EMPP) devraient aller là où on a besoin d'eux, ont des horaires non adaptés, notamment pour les soins de soirée et de nuit
Problème d'adhésion de la personne au soin	Le passage à l'hôpital est vécu par certains patients comme traumatique
	Les patients sont souvent dans le déni
	Difficulté de faire accepter un accompagnement vers le soin, sans contraindre
	Jusqu'où être intrusif dans la vie de la personne, jusqu'où va la non-adhésion et la tolérance sociétale des personnes à la marge ?
	On ne rentre pas suffisamment dans l'environnement de la personne pour lui faire changer de position sur la nécessité d'un accompagnement
	Insuffisance de suivi de la personne entre professionnels et ainsi assurer le liant
Modalités de prises en charge complexifiées	Complexification par des facteurs biologiques (cardio sensibilité, résistances à certaines thérapeutiques), des situations addictives ?

	<p>Peu d'organisation pour identifier les personnes en situation de rupture/recontacter les perdus de vue</p> <p>Parcours chaotique car inadapté d'une personne sans-abri, ce qui provoque les cas de ruptures et les situations de crise</p> <p>Difficulté d'approcher une personne sans-abri "délirante" en incluant tous les partenaires sociaux/MS/sanitaires</p> <p>Situation des anciens détenus d'Ensisheim et de leur accompagnement, notamment s'il est demandé au MS de prendre le relais</p> <p>Difficulté à poser un diagnostic selon les publics</p> <p>Sur le territoire : pas de connexion entre les différents intervenants ressources (sanitaire/médico-social/social/association/famille)</p> <p>Des cultures/pratiques professionnelles différentes et difficilement convergentes selon les secteurs sanitaire/MS/social pour la prise en charge d'un même patient</p>
Recours insuffisant des programmes de soins depuis la loi de 2011 en hospitalisation	<p>Durant l'hospitalisation la place de la famille/entourage est insuffisamment questionnée dans le dossier médical de la personne (équilibre bénéfices/risques à trouver)</p> <p>Manque d'organisation des relais : absence d'une culture participative de l'entourage à la pathologie (et de son expertise)</p> <p>Limite : l'acceptation par le patient, s'il refuse de réintégrer ses proches dans sa vie</p> <p>Besoin de travailler/préparer la sortie</p> <p>Besoin de créer/maintenir un lien de confiance entre médecin/patient, ce qui peut expliquer que l'entourage n'intervienne parfois qu'en périphérie de l'accompagnement</p>
Risque de cloisonnement des institutions	<p>Ne plus penser institution mais penser parcours/partariat/personne</p> <p>Cloisonnement par leurs statuts juridiques, leurs missions et leurs organisations</p>

### Droits des personnes et soins sous contrainte

Le recours à la contention physique et/ou chimique dans les services d'urgences en phase aigüe et ensuite dans les unités post-urgences

Aux urgences il n'y a pas la même relation au temps avec ce profil de patient, ce qui explique souvent la sédation

Mélange des patients avec et sans problématiques psychiatriques : se pose la question de la sécurité des autres patients et des professionnels des urgences vis-à-vis des personnes psychiatriques

Lié à des difficultés de locaux, de structuration, de temps et d'effectif : pratique mise en place par défaut, faute d'autre recours

Lié à la charge de travail aux urgences

### Coordination entre intervenants

La gradation des soins et des prises en charge en santé mentale n'est pas clairement définie.

Insuffisance d'interconnaissance et de coordination des professionnels référents d'une même personne dans les secteurs sanitaire/MS/social (impression de puzzle)

Un suivi de transition du patient, après une hospitalisation, n'est pas systématiquement assuré en lien avec les autres partenaires

Il n'existe pas de dossier médical partagé entre la médecine de ville, les libéraux paramédicaux et les équipes des unités de psychiatrie (conciliation médicamenteuse) ?

Absence d'un travail plus en amont d'équipes venant vers la personne pour éviter la survenue de crises

Clarification du rôle des UMES (la réponse n'est pas la même selon les professionnels)

Le secteur rend parfois plus difficile une réponse facilitée pour les personnes ne maîtrisant pas les concepts de sectorisation

Parfois persiste l'impression de ne pas être entendu/compris pour certains acteurs

Parfois les séjours en hôpital sont des séjours de rupture pour les ESSMS, le temps de trouver une solution pour la personne

Inexistence de structures de rupture adaptée en cas d'accident de parcours, exception faite de la prison

	Insuffisance de lieux et temps d'échanges entre chacun
Place et missions de chacun ? Et notamment en situation de crise ?	Complexité structurelle pour identifier les bons interlocuteurs de la psychiatrie sur le territoire
	Formation partagée insuffisante malgré l'existence de plus en plus développée d'une volonté affichée de partage de culture et d'outils communs dans le MS
	Non-valorisation et certaine méconnaissance de la place du tissu associatif dans la gradation des soins et accompagnement : est le premier intervenant dans le parcours de la personne, grâce notamment à la présence soutenue de bénévoles
	La famille est un allié possible selon les circonstances, pouvant faciliter ou non la survenue de crises : dans tous les cas, sa place n'est pas systématiquement définie dans l'accompagnement de la personne
	Difficulté de communication entre médecins hospitaliers et les autres professionnels
	Durant l'hospitalisation la place de la famille/entourage est insuffisamment questionnée dans le dossier médical de la personne (équilibre bénéfices/risques à trouver)
Il existe des situations de sortie d'hospitalisation prématurée : des personnes à la rue "délirantes"	Sorties insuffisamment préparées
	Manque de relais
<b>Les cas complexes</b>	
Quand convient-il de passer d'un dispositif à un autre et éviter une crise ?	Inexistence de structures de rupture adaptée en cas d'accident de parcours, exception faite de la prison
	Les structures MS/sanitaires développent de plus en plus des cellules de cas complexes mais qu'il n'y a pas de lisibilité sur qui fait quoi
	La crise interroge sur le fonctionnement des établissements, leur conception organisationnelle ou structurelle qui peut créer les "patates chaudes" ou cas complexes
	Répartition des rôles entre les intervenants (qui appelle qui, qui fait quoi...) difficultés rencontrées dans les cellules de cas complexes.

### Moyens de prévention et de gestion des crises

Le manque de formation de l'entourage et des professionnels : comment réagir face à une personne en situation de crise (proches, familles, professionnels, élus...) ?

Il existe peu de dispositifs de soutien aux familles et aidants

Méconnaissance des dispositifs de proximité en matière de gestion de crise

Développement insuffisant d'actions de prévention

Problème du "maquis" du système et de son organisation, pour les personnes et les professionnels qui empêche une bonne prévention

L'absence de connaissance de dispositifs/d'informations sur le sujet en amont d'une crise par l'entourage

### Organisation de la psychiatrie

Manque de formation suffisante des infirmiers en psychiatrie aujourd'hui

Le contenu de la formation initiale des professionnels infirmiers n'apparaît pas suffisante pour assurer un accompagnement efficient des personnes psychiatriques. Cela ne facilite pas le développement de compétences spécifiques en psychiatrie et santé mentale (sémiologie, clinique et pharmacologie).

**GROUPE 2**  
**PE 4 SOINS SOMATIQUES**

PROBLEMATIQUES	CAUSES
<b>Adaptation de l'offre de soin somatique aux personnes présentant des troubles psychiques</b>	
Redondance des examens biologiques entre les urgences et les services de psychiatrie	L'offre de soins en somatique est insuffisamment formalisée entre urgences et services de psychiatrie/insuffisance de transmission entre les urgences et Rouffach de façon réciproque.
	Il existe une sorte de systématisation des bilans biologiques aux urgences.
	Preuve d'un transfert réciproque d'informations relatives au patient insuffisant (téléphonique, papier ou informatique)
	Le fait d'avoir un serveur informatique propre à chaque établissement hospitalier renforce ce phénomène
	On constate une perte d'information dans les transmissions entre les professionnels paramédicaux et médicaux dans le cadre des transferts
Engorgement des urgences	Est la porte d'entrée aux soins somatiques pour tout à chacun, ce qui accentue la difficulté de prise en charge de ce profil de personnes (voir PE 3)
	Il existe certains modes d'accès plus adaptés que les urgences et la médecine libérale : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mais sont insuffisamment développées au regard de leurs amplitudes horaires et des délais.
	Existence de lits halte soins santé mais restent insuffisant
Complexité de l'accès aux soins somatiques pour les personnes sans-abri/autistes/psychiatriques...	Les urgences ne sont pas adaptées pour l'accueil de ces patients : manque de temps, de possibilité de qualité d'écoute
	Problème de la temporalité aux urgences

	<p>Temporalités différentes entre le temps consacré par le social pour faire venir la personne vers le soin et la saturation des urgences obligeant à patienter plusieurs heures : découragement de la personne à se faire soigner/idem pour le rendez-vous en médecine de ville</p> <p>Population qui ne supporte pas l'attente/la frustration</p> <p>Patients qui ont un problème d'accès aux soins dans leur approche</p> <p>Leur aspect physique peut rebuter les professionnels/autres patients</p> <p>Le service d'urgences peut être ressenti comme un environnement hostile et stressant pour une personne présentant des TSA, entre autres</p> <p>L'accès aux soins somatiques est très difficile à partir du médico-social (insuffisance de moyens et de compétences)</p>
<b>Logiques d'accompagnement différentes entre sanitaire/MS/social</b>	
Distinction soins somatiques/psychiatriques : le bilan somatique complet aux urgences n'est pas systématisé pour les patients de psychiatrie	<p>La pathologie est un diagnostic posé par élimination de toutes autres causes somatiques</p> <p>Vision partagée, régulation à faire : différence à faire entre patient nouveau et patient connu</p>
Question de l'accompagnement du patient par un/des professionnels lors de soins somatiques	<p>Le patient n'est pas toujours accompagné aux urgences par un professionnel quel qu'il soit</p> <p>A contrario le transfert d'un patient en soins sans consentement vers l'hôpital général nécessite la présence d'un ou plusieurs agents de la psychiatrie durant sa prise en charge</p> <p>En cas de transfert complexe à l'hôpital général on "dégarnit" les unités de soins psychiatriques pour en assurer le transfert</p> <p>L'accompagnement lors des soins et le compte-rendu lors des transmissions sont rendus plus difficiles si le professionnel affecté ne connaît pas le patient</p> <p>La notion de temps est importante : le temps consacré à ce transfert ou accompagnement doit être optimisé pour être le plus court possible. En cas d'hospitalisation prolongée, il y a même des passages de relais entre les professionnels pour une continuité d'accompagnement.</p>

	L'accompagnant est un professionnel qui a d'autres missions par ailleurs et qui est déjà dans un poste lors de l'accompagnement
	Le professionnel n'a pas forcément connaissance de la situation du patient
<b>Partage d'informations entre sanitaire/MS/social</b>	
Le manque d'informations de tous les professionnels (et notamment des travailleurs sociaux) lors de la sortie d'hospitalisation, de l'entourage et du patient	Ils ne sont pas tenus informés de la fin de l'hospitalisation
	Il n'y a pas d'association sur le suivi de la personne durant tout le temps de prise en charge, sur toute information pouvant aider à éclaircir un changement de comportement de la personne une fois sortie.
	Absence de signalement des changements thérapeutiques à faire/réalisés auprès des autres professionnels du MS et du social (sans contrevenir au secret médical)
	Défaut de conciliation médicamenteuse induisant des changements de comportements de la personne
	Ils ne sont pas associés aux synthèses de façon générale
	Insuffisance de communication d'informations formelles et informelles (entre sanitaire/MS/social, hospitaliers et libéraux...)
	Difficulté de recueil de l'information
	On part de l'institution et non de la personne d'où le manque de souplesse dans la communication
Les familles ne sont pas suffisamment associées et sont celles qui subissent à répétition les crises de leur proche : les informer pourrait contribuer à réduire les crises	
Le médecin traitant n'est pas systématiquement informé de l'hospitalisation d'un de ses patients ou de la suite d'une consultation en CMP	Relais à un médecin libéral est compliqué car il n'est pas toujours connu
	A l'heure actuelle l'information au médecin généraliste se fait par courrier, une fois la personne sortie de l'hôpital. Toutefois, aucune information n'est faite au début et au cours de l'hospitalisation
	Le système informatique actuel n'est pas facilitant pour émettre des courriers à destination des médecins libéraux

	Limite : conduite à tenir si le patient ne souhaite pas tenir informé son médecin traitant de son hospitalisation
<b>Meilleure association entre partenaires</b>	
Prise en compte insuffisante des informations transmises entre les intervenants, notamment du sanitaire vers le social (auxiliaires de vie œuvrant pour le maintien à domicile des personnes)	Communication ressentie comme difficile entre les travailleurs sociaux, les professionnels libéraux et les praticiens hospitaliers
Meilleure association à avoir du sanitaire avec le monde libéral/MS/social	Besoin de créer des passerelles pour que chacun se rencontre sur le terrain
	Projection de sortie des personnes insuffisante qui prend de court les professionnels MS/sociaux pour s'organiser
	Pas de permanence médicale 24h/24h en médico-social
	Actuellement mauvaises conditions de retour d'hospitalisation vers le MS ou le social (transports, retour de nuit, appel préalable sur le retour de la personne, prescription et récupération des traitements le soir...)
	Cas particulier de la personne patiente lors de son retour à l'USN1 (traitements non disponibles en dehors des horaires d'ouverture de l'USN1)
Travailler sur l'uniformisation de l'information	Il n'existe pas de plateforme d'échanges partagée
	Problème de temps également
	Pas de messagerie sécurisée entre tous les partenaires sanitaire/médico-social/social
Difficultés des démarches à réaliser par les patients, notamment administratives	Concerne autant l'entrée que la sortie d'une personne
	Les personnes n'ont pas toujours accès à leurs droits, n'ont pas de droits ouverts (CMU, mutuelle)
	N'ont parfois même pas de carte d'identité
	Ces personnes ne sont pas toujours capables de remplir les papiers et de les tenir à jour
	Toutes les démarches CPAM/CAF sont aujourd'hui informatisées : or ces publics n'ont pas accès à l'informatique et ne savent pas l'utiliser : fracture numérique
	Pour remplir un formulaire CPAM/CAF : il faut nécessairement une adresse mail, ils n'en ont pas... Problème des codes confidentiels/identifiants/numéro allocataire à connaître qu'ils perdent...

	Question de la barrière de la langue/de la culture pour les populations étrangères
Absence de lisibilité et de facilité du parcours soins somatiques par les personnes et les institutions	Découragement des personnes qui entraîne des aggravations de leur état de santé et personnes que l'on retrouve ensuite aux urgences en situation aigüe
Difficulté d'accès à des soins généraux ou spécialisés pour les publics vulnérables (personnes âgées, avec troubles psychiques, TSA, sans-abris...)	Démographie médicale inquiétante : 80% des psychiatres ont plus de 60 ans dans le département
	Question de la zone géographique
	Délais d'attente pour un rendez-vous beaucoup trop longs induisant le recours aux urgences en situations aigüe
	Le secteur est lui aussi saturé
	Sensibilisation à renforcer auprès des médecins généralistes sur l'accès aux soins des personnes ayant des troubles psychiques
	Pas de filière de soins spécialisés constituée et partagée entre les praticiens
Mise en avant du préventif et de l'éducation thérapeutique	La prévention n'est pas la priorité affichée des établissements dans la mesure où il faut mettre beaucoup de ressources pour peu d'effets mesurables
	Les actions se font à moyens constants
	Il n'y a pas de généralisation de cette prévention et de l'éducation thérapeutique dans le cadre de la sortie des personnes
Stigmatisation	La représentation sociétale de la santé mentale et de la précarité
	La pathologie psychiatrique prend le pas sur le somatique
<b>Equipe de liaison de psychiatrie</b>	
Psychiatres qui interviennent dans les services de MCO/EHPAD : insuffisamment développés	Problème de la démographie médicale
	Manque de moyens humains et financiers

## GROUPE 3

### PE 5 : ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

PROBLEMATIQUES	CAUSES
<b>Prévention et actions de réinsertion</b>	
Repérage précoce	Manque de professionnels formés, notamment les médecins généralistes
	Rôles de la famille et de l'école à préciser
	Manque de disponibilité en personnel pour réaliser ce repérage
	Sous-estimation de la place de la vie associative
	Cloisonnement entre les différents secteurs d'intervention
Insuffisance d'actions de déstigmatisation	Recours trop important à des "spécialistes" et place insuffisante des "généralistes"
	Parler de déstigmatisation, c'est stigmatiser
	Problème social et culturel
	Institutionnalisation des questions spécifiques
Manque d'actions de prévention (notamment stupéfiants)	Confusion entre bonne santé mentale et psychopathologie
	Héritage de l'histoire, histoire familiale (voire génétique ?)
	Regard évolutif sur la personne et son parcours
	Environnement social
	Lien entre les stupéfiants et le déclenchement des symptômes de la maladie
	Acceptation de la possibilité de prévenir une maladie (question de la rémission, du rétablissement)
Problématique motivationnelle pour l'accès à l'emploi (perte financière)	Question de la motivation individuelle liée à la maladie
	"On perd de l'argent quand on va travailler !" malgré la volonté de retrouver un travail
	Travailler génère aussi des frais supplémentaires

	Question de la notion de "performance" dans le monde du travail aujourd'hui
	Activité occupationnelle ou activité de travail ?
	Insuffisance de places en ESAT
	L'entreprise préfère le handicapé physique au handicapé psychique ou mental
<b>Cloisonnement et défaut d'offres adaptées</b>	
Articulation entre l'intra et l'extrahospitalier (délai de passage de l'un à l'autre)	Problème de moyens en personnel
	Place de "l'extra" quand il n'est pas sanitaire
	Insuffisance du fonctionnement inclusif
	Dynamique propre à la psychiatrie
Passage du milieu protégé au milieu ordinaire et inversement	Allers/retours liés à des situations individuelles
	Représentation mentale dans le rôle des types de structures
	Difficultés liées aux difficultés d'accès au logement ("un logement d'abord")
	Formation des travailleurs sociaux et des bailleurs sociaux
	Financement privilégiant le "temps plein" et cloisonnant entre le sanitaire et le social
Manque de places dans les structures existantes	"Zones blanches ?"
	Réorganisation insuffisante des moyens
	Manque de places en ESAT, en ESAT de transition et en EA, FAM psy et psy "personnes âgées", FAS, centre de pré-orientation
Problématique des ruptures de parcours	Manque de structure de réhabilitation psychosociale
	Multiplicité des intervenants brouille le parcours, exemple de l'addictologie, recours aux urgences ==> discontinuité du parcours
	Travail compliqué avec les urgences en amont de la crise
	Cloisonnement voire refus de prise en charge trop individuelle de telle ou telle institution

	Formation et compétences
	Situations complexes
	Question du partage des informations sur la personne
Absence de souplesse dans certains dispositifs (travail à temps partiel dans les ESAT, ...)	Taux d'accompagnement figé dans les ESAT qui ne favorise pas le temps partiel
Absence de certaines structures (Korsakoff...)	Réglementation
	Financement
Manque de disponibilité de certains professionnels	Démographie médicale
	Manque de ressources
	Charge administrative excessive pour certains professionnels
<b>Implication et information des aidants</b>	
	Stigmatisation qui conduit des aidants à supporter "trop longtemps"
	Connaissance insuffisante des plateformes de répit
	Vieillesse des aidants
	Formations pas connues et pas accessibles
	Flexibilité insuffisante des dispositifs existants
	Pas assez d'utilisations des équipes d'appartement de coordination thérapeutique (ACT)
Implication de la famille dans la prise en charge psychiatrique (trop ou pas assez)	Pas suffisamment d'approche systémique dans la prise en charge (psychiatrie et social)
	Pas une pratique courante
	Formation sur l'information
	Coordination insuffisante entre les médecins et les autres soignants
	Secret médical ?
	Pas assez de reconnaissance de la place de la famille de la part du monde sanitaire

	Compréhension ou souvenir du diagnostic par le patient ou sa famille
Manque de connaissance des patients et des familles sur les dispositifs existants	Insuffisance de centre ressources
<b>Les contraintes d'accès</b>	
Délais administratifs (MDPH, disponibilité en places, ...)	Manque de référents dans certaines grandes administrations du fait des plateformes informatiques ou téléphoniques mises en place
Problématique pour les personnes de devoir se ré-raconter auprès de chaque nouveau professionnel	Un médecin-conseil de l'assurance maladie ne doit pas voir deux fois le même patient (risque de compassion) !
	Manque de coordination entre les professionnels
<b>Accès au logement</b>	
Problématique du logement pour certains publics logés dans les FATH, FAM et FAS (personnes âgées, pré-accès à l'emploi)	Information des bailleurs
	Pas suffisamment d'attention à la question du logement
	Mise en place d'un tuteur pour stabiliser la situation "administrative" de la personne
	Solvabilité insuffisante
<b>Situations de crise</b>	
Impuissance dans certaines situations de crise (mobilisation du SAMU ou des pompiers)	Refus d'intervention de certains services publics pour respecter leurs conditions d'engagement
	Modalités de transferts des urgences vers les institutions spécialisées (contentions)
	Pas assez d'anticipation de la venue de la crise
	Pas assez de travail collectif
	Formation insuffisante de certains professionnels à la négociation
	Absence de langage commun autour de la notion de crise

## GROUPE 3

### PE 6 : DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX

PROBLEMATIQUES	CAUSES
<b>Promotion de la santé mentale</b>	
Prévention	Question de l'acculturation au sujet Moyens plutôt vers la réparation que vers la prévention
Formation initiale des médecins et soignants	Pas assez présente dans la formation initiale
Refus de prise en charge, notamment des médecins traitants	Le délai trop long devient un refus de prise en charge Forme de refus de soins liée à "l'image" de la clientèle Nombre de médecins et charge de travail Mode de rémunération des médecins peu favorable aux consultations complexes
Stigmatisation	Cf. PE 5
Qu'est-ce qu'un "fou" ?	Définition sociale de la folie Confusion dans les termes Problématique trop centrée sur le symptôme que sur l'être humain Trop de confusion entre la maladie et la personne alors qu'il y a des évolutions thérapeutiques possibles Symptômes qualifiants la personne
<b>Régulation publique</b>	
Intérêts/désintérêts des élus	Culture de l' élu Intérêt/désintérêt de l' élu

	Difficulté de compréhension de ce qu'est la maladie mentale
	Déni ou refoulement
	C'est comme le "social" dans l'action municipale
Absence de commission de santé dans les COMCOM	Pas dans les compétences des COMCOM
Approvisionnement en stupéfiants des jeunes scolarisés	Existence de dealers dans les établissements scolaires
	Attractivité de l'argent facile
Politique départementale	Encore trop de cloisonnement dans les politiques départementales.
	Absence de connaissance de l'état des lieux du département en matière de santé mentale
<b>Problématique de l'écologie des territoires</b>	
Disparités villes et communes rurales	Absence de dispositif coordonné en faveur des communes rurales
	Moyens de transport
	Complexité de l'organisation
Santé physique et surpoids	"Mal bouffe"
	Manque d'éducation alimentaire dans les familles, les écoles/collèges et lycées
	Manque d'exercice physique
	Manque de prévention et promotion de la santé publique
	Activités sportives souvent trop onéreuses
	Difficulté d'accès aux activités pour les personnes non mobiles
	Manque de spécialistes nutritionnels sur le territoire
	Forte sédentarité, peu de pratiques sportives
	Coût des séances, précarité financière

<p>Angoisses collectives du fait de l'actualité</p>	<p>Rôle des médias et réseaux sociaux (informations instantanées non vérifiées, sans prise de recul)</p> <p>Utilisation politique des événements</p> <p>Actions des élus pour prévenir la violence</p>
<p>Environnement de vie/école/travail/habitat</p>	<p>Stress dans la vie de tous les jours, au travail, à l'école, sur son lieu de vie</p> <p>Culture de la performance dans le monde du travail</p> <p>A l'école, culture de la réussite, de la normalisation</p> <p>Habitat indigne, insalubre, conflit de voisinage</p> <p>Nuisances sonores en milieu urbain</p> <p>Difficulté d'accessibilité</p>
<p><b>Accès aux soins</b></p>	
<p>Attente pour l'accès aux soins</p>	<p>Des services souvent organisés en fonction des contraintes des professionnels</p> <p>Saturation des dispositifs</p> <p>Désertification rurale des services</p> <p>Capacité de mobilisation des personnes</p> <p>Méconnaissance des dispositifs, aides, offres de soins</p> <p>Déficit des transports en commun dans les zones rurales ou semi-rurales</p> <p>Manque de professionnels et de spécialistes (psychiatres, psychologues), notamment dans les structures extra-hospitalières</p>
<p>Nombres de médecins sur les territoires (généralistes et spécialisés)</p>	<p>Démographie médicale</p> <p>Absence de lisibilité des politiques incitatives</p> <p>Insuffisance de lisibilité des missions de l'ARS</p>

	Sélection lors des études, manque d'attrait pour les territoires ruraux
<b>Populations spécifiques</b>	
Réfugiés	En lien avec la politique d'immigration
	Problèmes transculturels entraînant des difficultés d'accès aux soins
	Pathologies post-traumatiques
	Manque de connaissance des structures de soins et du système de santé français
	Problèmes linguistiques, les dispositifs conséquents d'apprentissage du français ont disparu du territoire (ex du CPPF). Les entretiens nécessitent un traducteur ce qui fait frein à la délivrance de la parole (secrets, intimité...) et à l'examen clinique et au diagnostic
Détenus	Réinsertion non prévue assez en amont de la sortie : l'hôpital psychiatrique n'est pas un tremplin vers la réinsertion
	Rôle du SPIP
	Le temps "judiciaire/pénitentiaire" ne tient pas compte du temps médical ou médico-social
	Un accompagnement peut être stoppé pour nouvelle incarcération suite à un sursis, un juge peut demander une action, aussi peu pertinente soit-elle dans le parcours, pour aménager une peine ce qui fait que le prévenu choisira l'immédiateté à l'efficacité
Exclus	Efficacité du PRAPS et des EMPP
	Refus de prise en charge par certains médecins (CMU)

	Manque de structures pour certains publics de type "grands exclus"
	Rencontres régulières difficiles étant donné que la personne n'est pas "joignable" facilement
<b>Implication collective</b>	
Optimisation de la prise en charge collective	Cloisonnement institutionnel Déficit de transversalité Ruptures dans le parcours de soins
Informations partagées	Absence de tronc minimal commun
	Pas de référent médical
	Secret médical
Harmonisation des pratiques professionnelles,	Difficultés de communication entre professionnels de disciplines différentes et de structures différentes
	Absence de culture commune : manque de connaissances réciproques
	Manque de portage institutionnel par la psychiatrie
Place des familles	Manque de disponibilité pour accueillir les familles et travailler avec elles
	Quelle place leur est donnée par le milieu médical ?
	Difficulté entre la volonté de s'impliquer des familles et le refus des personnes majeures suivies d'associer leurs familles
Aides aux aidants	Manque des structures de répit
	Pas de lieux d'accueil, d'écoute
	Coût des aides (partie restant à charge)
	Peu de lieux d'accueil temporaire
Implication du médecin traitant	Les médecins traitants sont peu présents en psychiatrie

	Manque de praticiens d'où peu de temps à accorder aux patients
Absence de coordination autour de l'accompagnement du patient	Manque de dispositifs organisés d'accompagnement des patients
	Manque de référents de parcours de vie
	Vacataires pas d'accès patients dans le cadre de leur prise en charge intra-hospitalière
Cloisonnement des organisations	Logique simpliste de fonctionnement des organisations
	Difficulté de construire des projets entre les différents champs (social/médico-social/sanitaire)
	Manque de portage institutionnel
	Manque de transversalité des politiques
	Manque de connaissances des fonctionnements des autres structures
<b>Implication personnelle dans sa santé mentale</b>	
Valorisation de l'activité physique	Manque d'intérêt de motivation des patients pour ces activités
	Coût des activités
	Manque d'information sur les activités et leurs bienfaits (manque de prise en compte de l'importance du sport/activité physique en lien avec la santé)

## Collège médical

PROBLÉMATIQUES	CAUSES
Diagnostic précoce	Repérage précoce : Qui ? Quoi ? Comment ? Quand ? Quels sont les acteurs du repérage : médecins généralistes insuffisamment formés, médecins scolaires quasi inexistantes
	Infirmières scolaires à former, pédiatres
	Défaut de programmes de prévention
	Ecart conceptuels : représentation du trouble, part des facteurs environnementaux
	Autres acteurs du repérage : dispositifs et acteurs sociaux (PMI...assistant service social, assistantes familiales)
Passage de l'adolescent vers l'âge adulte	Mauvaise adéquation inter secteurs PIJ/secteurs adultes : hétérogénéité fonctionnelle
	Psychiatrie adulte stigmatisée
	Défaut de relais
	Défaut de formation en psychiatrie adultes
	Manque d'harmonisation (âge de prise en charge)
Hospitalisations inadéquates en psychiatrie adultes	Manque de lits de crise (enfants et ados)
	Désengagement des services de pédiatrie
	Mauvais parcours de soins pour des enfants qui ont des troubles du comportement
	Absence (refus) d'évaluation somatique systématique aux urgences : tous âges pour des patients adressés pour troubles du comportement
	Personnes âgées : problème de repérage des troubles psychiques, problème d'orientation
	Manque de cohérence des parcours gériatrie/psychiatrie
	Manque de sensibilisation des urgentistes

	Défaut d'articulation entre le sanitaire et le médico-social
Relations entre secteur hospitalier et libéral	Personnes âgées : possibilité de recours aux spécialistes libéraux ou hospitaliers et de compétences
	Difficulté d'organiser des hospitalisations programmées
	Manque d'échange d'informations pendant l'hospitalisation et à la sortie
Partage des informations médicales	Dynamique insuffisante
	Lenteur de la communication
	Outil informatique inadapté (MS santé / Apycript)
	Mettre en place Sicodom ?
	Hôpitaux de jour : défaut de prise en charge plurielle (psychiatre libéral / psychiatre hôpital de jour)
	PEC psychologique : défaut de professionnels

**GROUPE 4 (bébés, enfants, adolescents)**  
**PE 1 : ACCES AUX DIAGNOSTIC ET SOINS PSYCHIATRIQUES**

PROBLEMATIQUES	CAUSES
<b>REPERAGE : INTERVENANTS DE 1ÈRE LIGNE</b>	
Troubles du spectre autistique :	Manque de moyen financier
Retard d'accès au diagnostic	Défaut d'accès aux soins orthophoniques quand le premier signe dominant est le retard de langage
Retard de diagnostic chez des enfants TSA à QI normal	Manque de recrutement dans le milieu hospitalier
	Métiers où il manque également des sorties d'école
	Pas de formation au repérage des troubles au sein de l'éducation nationale
	Trop peu de libéraux
Diagnostic tardif chez des enfants nés de parents migrants	Pour les personnes migrantes, arrivée tardive sur le territoire français
	Problème de langue, de culture (qu'est-ce que le handicap, éducation d'un enfant...)
	Parents et enfants en situation post-traumatique
Schizophrénie	Acteurs de 1ère ligne à ce jour non formés : éducation nationale, éducateurs spécialisés, tous les professionnels de l'adolescence
Troubles instrumentaux (non du ressort de la pédopsychiatrie) : persistance de détections tardives (ex : pour les enfants dyspraxiques)	Insuffisance du nombre de professionnels requis en milieu sanitaire
	Non remboursement des libéraux : ergothérapeutes, psychomotriciens, graphomotriciens, neuropsychologues
Troubles de l'attachement	Formation hétérogène des acteurs de 1ère ligne (éducateurs, professionnels ASE...)
<b>ENTREE DANS LE PARCOURS DE SOINS</b>	
Absence de lisibilité :	Dispositif saturé, donc les parents sont orientés vers les lieux de soins
	Manque de clarté quant aux compétences respectives et indications des différentes structures existantes sur le département

<p>Défaut de lisibilité des organisations et indications respectives</p> <p>Difficultés pour les situations complexes où plusieurs pathologies sont intriquées</p>	<p>Difficulté d'avoir un contact quand besoin d'un pédo-psychiatre. Si contact il y a, il reste très ponctuel sans suivi possible.</p> <p>Confusion entre les compétences et moyens d'accès au sanitaire et médico-social</p> <p>Aggravation du manque de clarté par le problème des délais : les parents s'adressent là où le délai est le plus court, même si l'adéquation à la problématique de l'enfant n'est pas la meilleure</p> <p>Non connaissance par les acteurs de première ligne des organisations pouvant délivrer les informations : médecins traitants, travailleurs sociaux...</p>
<p><u>Délais</u></p> <p>Délais relevés en CAMSP, CMPP, pédopsychiatrie, unité de diagnostic des troubles des apprentissages (UETA, DITAP), orthophonistes libéraux</p> <p>Arrêt de l'accueil de nouveaux patients pour un an au CMPP de Mulhouse</p> <p>Délais d'attente avant le 1er rendez-vous en psychiatrie, pédopsychiatrie, CMPP ou en PIJ trop importants</p>	<p>Globalement insuffisance de moyens pour faire face à la demande : saturation des dispositifs de diagnostics et de soins (pédopsychiatrie, CAMPS, CMPP, DITAP, UETA, libéraux)</p> <p>Lié à la raréfaction des psychiatres libéraux, RASED pas suffisamment doté en psychologues scolaires et rééducateurs</p> <p>Embolisation des consultations de pédopsychiatrie par des problématiques à la marge des compétences : troubles « dys », pathologie qui pourrait être du ressort de psychologue libérale mais problème de coûts, non remboursement de PEC en psychomotricité et ergothérapie....</p> <p>Les délais conduisent les parents à prendre rendez-vous dans les différentes structures : ils prendront celui qui les recevra en premier, voire se rendront aux deux rendez-vous pour faire un comparatif des réponses et PEC proposées....</p> <p>Absence de structures dédiées pour les urgences pédopsychiatriques : pas de moyens dédiés sur aucun des secteurs du 68</p> <p>Pour les &gt; 15 ans, cas d'urgence assurés (ou non) par les psychiatres de garde en adulte (SAU GHRMSA, SAU HCC)</p>

<p>Impossibilité de rendez-vous avec un psychiatre</p> <p>Durée d'attente du changement de traitement d'enfants psychotiques en famille d'accueil</p> <p>Arrivée aux soins de situations d'autant plus dégradées, ou passage par les urgences en situation de crise, pouvant ainsi conduire à des hospitalisations qui auraient pu être évitées par une PEC plus en amont</p>	<p>Pour les &lt;15 ans, passage aux urgences pédiatriques et fréquence des hospitalisations pour avis secondaire d'un pédopsychiatre</p> <p>Délais de traitement : à la fois difficile à joindre les services et à avoir des réponses rapides. Pas de suivi de la demande et les demandes de rappel restent sans suite</p> <p>10 à 15% des rendez-vous ne sont pas honorés au PPEA. En général le premier rendez-vous est honoré mais comme le prochain est trop éloigné, les patients ne reviennent pas. Ou peut-être lié au délai entre le premier appel et le rendez-vous proposé</p> <p>Insuffisance de moyens humains pour généraliser les "premières lignes soignantes" en psychiatrie de l'enfant sur le GHT 12</p> <p>Insuffisance de moyens pour faire face à la demande</p> <p>Problème de liste d'attente car la prise en charge n'est pas immédiate</p> <p>Manque de place en crèche pour la socialisation</p> <p>Réduction des PMI</p> <p>Problème de définition des différents symptômes. Qu'est-ce qu'on met comme définition derrière. Quel moyen ? Quel accompagnement ?</p> <p>La nuit et les week-end pas de présence de pédopsychiatre. Les enfants attendent jusqu'au lundi pour une prise en charge</p>
<p><b><u>Populations particulières</u></b></p> <p>Peu d'enfants de migrants sont dans les files actives de pédopsychiatrie, en dehors du cas particulier des enfants TSA (non scolarisable, d'où rapide orientation acceptée par les parents) ; pourtant les enfants représentent jusqu'à 50% de la population accueillie en CHRS</p>	<p>Interprétariat qui pose un problème. Difficulté d'avoir un interprète (même l'anglais pose parfois des difficultés). Coût et qualité de l'interprétariat</p> <p>Parents et enfants en situation post-traumatique et/ou non compréhension des organisations, des possibilités d'accès aux soins</p>

Difficultés d'accès aux soins pour les populations en grandes précarités sociales ou intellectuelles	Coût de la mobilité pour aller aux rendez-vous médicaux : certains coûts de transports peuvent être prohibitifs pour les populations éloignées des centres de soins
	Difficultés pour certaines familles d'investir les PEC, surtout si les interventions (consultations, rééducations...) doivent être répétées
	Difficultés dès l'accueil téléphonique, trop complexe pour certaines familles
<b>PARCOURS DIAGNOSTIC : INTERVENANTS DE 2E ET 3E LIGNE</b>	
Délais et souvent éclatement des explorations diagnostiques	Pas de plateau technique où puisse s'organiser en peu de temps les différentes explorations nécessaires pour fonder une hypothèse diagnostique
	Délais de plusieurs semaines pour un bilan psychologique
	Neuropsychologues encore trop peu présents dans les services de pédopsychiatrie : répartition hétérogène, délais longs ; exploration coûteuse en libéral
	Très peu d'orthophonistes en secteur de pédopsychiatrie GHT 12 ; 1 an de délai en libéral sur Mulhouse et grande couronne
	Bilans psychomoteurs plus facile à obtenir, encore que leur répartition soit hétérogène sur le territoire ; coût important en libéral
	Pas d'ergothérapeute en secteur de pédopsychiatrie ; coût important en libéral
	Pas de remboursement pour un neuropsychiatre, un psychomotricien ou un ergothérapeute
Pour l'heure, absence de structuration autour de la question du diagnostic précoce de la schizophrénie	ADI-ADOS : coût important des formations, d'où peu d'agents formés en pédopsychiatrie, problème de la mobilité des agents formés (départ des services)

	Existence de plateaux techniques pour les troubles des apprentissages, mais délais longs : plus de 18 mois sur UETA Mulhouse
	Explorations étalées sur plusieurs mois, retardant d'autant des prises en charge
	Difficultés d'organiser des réunions de synthèse en présence de professionnels libéraux
	Problèmes de disponibilités et chronophage ; d'où problème de cohérence des prises en charge
Cas particulier du diagnostic précoce du TSA	Le dispositif EDIPA dans le sud du département est d'ores et déjà saturé avec un an de délai pour les prochaines demandes d'évaluations
Le CRA n'assure plus les diagnostics d'autisme, exception faite des tout petits et des cas complexes	Manque de moyens humains, délais trop longs, saturation, manque de pédopsychiatres
Problème du relais en soins une fois le diagnostic annoncé concernant le TSA	Manque de formation pour les TSA
Problème de transmissions des résultats des explorations lors du déménagement d'un enfant ; notamment les enfants placés à l'ASE	Si projet pas formalisée, problème de transmission
	Les parents restent titulaires de l'autorité parentale, mais ne rencontrent pas nécessairement l'équipe de pédopsychiatrie
Question d'enfants pouvant bénéficier de diagnostics successifs différents selon les professionnels rencontrés	Diagnostiques successifs : soit par méconnaissance de bilans antérieurs, soit par écarts conceptuels
	Nécessité de faire un diagnostic avant l'admission
	Evaluation dans la petite enfance CRA Manque de dialogue entre les services pour enrichir les connaissances
Diminution ressentie en termes de qualité et fréquences de soins psychiatriques	Les services paraissent saturés par les demandes

Admission en SESSAD de personnes demandant une prise en charge psychiatrique significative (établissement d'un diagnostic, initiation d'un traitement)	
Discontinuité due au placement des enfants	L'enfant reste sous l'autorité parentale. Si pas de consentement ou de signature des parents, la prise en charge stagne. Les demandes auprès du juge sont trop longues
	Diagnostics différents selon les services consultés
	Difficultés à effectuer des prises en charge conjointes, à la fois en secteur médico-social et en secteur psychiatrique
<b>PARCOURS DE SOINS</b>	
Saturation des dispositifs existants	Délai d'un an pour les PEC en orthophonie sur Mulhouse
	Arrêt de l'accueil de nouveaux patients pour un an au CMPP de Mulhouse
	Réduction des temps d'accueil des enfants TSA dans les hôpitaux de jour : option possible pour des enfants scolarisables a minima et dont les parents sont acteurs ; situation plus complexe dans le contexte de grande précarité sociale et de parents migrants sur Mulhouse ; au demeurant cette parcellisation de la PEC arrive à la limite du soin insuffisant
	Saturation du CMP-CATTP adolescent de Mulhouse (en fait dès la première année de fonctionnement)
Effet domino rétrograde de la saturation des structures médico-sociales	Les enfants en attente de place en structures médico-sociales restent en charge des structures sanitaires qui ne peuvent ainsi pas recevoir les enfants les plus jeunes : ex : diagnostic TSA posé en EDIPA mais pas de prise en charge avant un an
	Situations qui viennent saturer les files actives de la pédopsychiatrie

<p>Saturation des dispositifs de prises en charge des enfants porteurs de troubles instrumentaux</p>	<p>Soit que les parents aient choisi le premier lieu de soins qui ai proposé un RDV (cela reste souvent la pédopsychiatrie), la pédopsychiatrie restant dans la PEC a minima ne serait-ce que pour faire les dossiers MDPH et accompagner les enfants et parents dans les négociations pour les aménagements scolaires</p> <p>Soit que le retard de PEC des troubles conduise au développement d'une angoisse de performance marquée ou d'un syndrome dépressif de l'enfant</p>
<p>Manque de dispositifs pour compléter et diversifier les outils de prise en charge</p>	<p>Pas équipé humainement pareil</p> <p>Hôpital de jour ados sur GHT 12 +++++</p> <p>Insuffisance des équipes mobiles qui permettraient un meilleur soutien aux équipes des établissements d'hébergement des enfants confiés à l'ASE ou des établissements médico-sociaux</p> <p>Insuffisance du développement des techniques de psycho-éducation à destination des parents et des équipes éducatives en foyer</p>
<p>Hétérogénéité des PEC sur le territoire</p> <p>Saturation de l'hospitalisation des adolescents dans l'unité dédiée du CH de Rouffach (Adosphère)</p>	<p>Manque de lits à Adosphère (que 12)</p> <p>Hospitalisations parfois prolongées de jeunes en pédiatrie</p> <p>Hospitalisation de mineurs en secteurs adultes</p>
<p>Difficultés de dialogue entre le sanitaire et les lieux d'hébergement des enfants confiés à l'ASE</p>	<p>Difficultés pour les professionnels des lieux d'hébergement de connaître les résultats des bilans et le contenu du projet de soins</p> <p>Difficulté pour le sanitaire d'avoir un interlocuteur stable pour un mineur donné (éducateur référent) et de rencontrer les parents</p>
<p>Difficulté pour hospitaliser les enfants porteurs de handicap notamment si atteint d'un TSA</p>	<p>Refus des institutions pour des raisons de non compétences ou d'âges</p>
	<p>TSA notamment pour les PEC en bas âge et pour les adolescents de diagnostic tardif (type Asperger)</p>

Insuffisance de moyens pour la prise en compte de certaines pathologies spécifiques ou complexes	Schizophrénie débutante
	Troubles de l'attachement ; enfants placés présentant des troubles du comportement sévères et/ou porteur de handicap
	Mineurs agresseurs sexuels
	Jeunes présentant des PTSD, notamment les jeunes filles victimes d'agression sexuelle (difficultés d'accès aux soins multicausales)
	Difficultés d'orientation pour les enfants porteurs de pathologies complexes ou multiples : chacun se déchargeant, sous prétexte que l'enfant est porteur d'une pathologie pour laquelle il est incompetent ; d'où absence de prise en charge
Difficultés d'accès aux soins pour les personnes fragiles/vulnérables et/ou en situation de précarité intellectuelle et/ou financière	Démarches peuvent être compliquées pour le tout-venant
	Les questions posées lors du premier appel peuvent mettre l'utilisateur en difficultés (pas toujours en capacité de répondre aux questions posées ou de comprendre le jargon utilisé)
	Le discours, la "froideur" ou le manque d'écoute du personnel de l'accueil peuvent être vécus de façon brutale par l'utilisateur
Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques pour des usagers ayant des profils atypiques	Critères d'admission peuvent être rigides et excluants. Il est parfois difficile et long de trouver le service adapté dans le cas des problématiques atypiques.
Problème de non communication entre les différents services (CRA, CPEA Mulhouse, Colmar etc...)	
Certains enfants ayant des indications de traitement en HDJ pédopsy ne sont pas pris en charge	Refus de les prendre en charge

<p>Les consultations en MDA se font lorsque l'enfant est en 6°. Dans nos suivis il arrive qu'un enfant soit en CM2 alors qu'il a redoublé 2 fois et la consultation est refusée (l'échec scolaire peut majorer la crise chez un ado)</p>	<p>Règle trop stricte et inadaptée pour certains jeunes</p>
<b>RISQUES DE RUPTURES DE PARCOURS</b>	
<p>Ruptures à l'initiative des parents ou des mineurs</p>	<p>Causalité pas toujours connue : rappeler ou respecter le souhait des parents ou de l'enfant (choix du médecin) ?</p>
<p>Ruptures par défaut de relais</p>	<p>Défaut de place dans les structures relais par exemple entre sanitaire et médico-social, ou entre IMP et IMPro, ...</p>
<p>Relais de soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte : difficile cohérence entre les relais dans le sanitaire, le social et le médico-social pour les jeunes arrivant à majorité</p>	<p>Très hétérogène. Problème d'organisation, de passage des infos. Grande précarité. Ados qui a 18 ans se retrouve errant entre ces services. Majorité à 18 ans et pas de relais jusqu'à 20 ans.</p>
	<p>Non concordance des âges de relais (ex : MDPH l'enfance s'arrête à 20 ans)</p>
	<p>Manque de structures intermédiaires : 16-25 ans</p>
<b>EFFECTIFS MEDICAUX</b>	
<p>Baisse des effectifs médicaux dans le GHT 12</p>	<p>Concerne toute la psychiatrie de ce GHT mais plus encore la pédopsychiatrie ; cette baisse concerne également le secteur privé ; ceci dans un contexte national et régional de baisse sévère des effectifs de pédopsychiatres actuelle et à venir</p>
	<p>Avec pour conséquence :  Allongement des délais de consultation  Déshérence des temps médicaux dans le médico-social, avec pour conséquence sensible une augmentation des demandes d'hospitalisation d'enfants porteur de handicap</p>

	Conditions de travail très détériorées et peu attractives en comparaison des conditions de travail et de vie des institutions plus proches de Strasbourg et/ou des salaires suisses
Perte de la compétence des « infirmiers psy » sensible	Compétence en soins psychiques des nouveaux infirmiers est à faire sur le terrain

**GROUPE 4 (bébés, enfants, adolescents)  
PE 2 : SITUATIONS INADÉQUATES**

PROBLEMATIQUES	CAUSES
<b>Hospitalisations inadéquates à Adosphère</b>	
Prolongation d'hospitalisation	Que 12 lits à Adosphère
	Dans l'attente d'une place en hébergement social
	Dans l'attente d'une place en hébergement médico-social (soit signalement effectué par Adosphère : premier placement soit l'adolescent une fois hospitalisé, la structure d'hébergement social ou médico-social déclare refuser de reprendre le jeune)
<b>Hospitalisations inadéquates en pédiatrie (HCC, GHRMSA)</b>	
Prolongation de l'hospitalisation d'adolescents en pédiatrie (HCC, GHRMSA)	Dans l'attente de place à Adopshère (plusieurs semaines)
<b>Hospitalisations inadéquates en psychiatrie adulte</b>	
Adolescents hospitalisés à Adosphère	Dont les comportements violents ne permettent pas le maintien dans le service : transfert temporaire (mais pouvant se prolonger selon la symptomatologie) en service adulte fermé
Adolescents vus sur des services d'urgence, nécessitant une hospitalisation sur Adosphère	Par défaut de place, mise en attente en secteur adulte habituellement fermé
Difficultés à trouver un accueil en hospitalisation pour des jeunes en situation de handicap (le plus souvent des adolescents TSA)	Refus de certaines structures sous prétexte de défaut de compétence ou d'âge
« Refus » d'hospitalisation d'adolescents par le SAMU venu sur place ou suite à une évaluation par des ambulanciers : cela concerne des adolescents présentant une situation de crise en foyer	
Suivi au long cours en pédopsychiatrie d'enfants porteur de troubles instrumentaux	Difficultés à trouver des relais soit par défaut de professionnels compétents en suffisance ou par défaut de remboursement

Prolongation des séjours en hôpital de jour d'enfants	En attente de place en médico-social
<b>Rupture de parcours par défaut de place de PEC en sanitaire ou en médico-social</b>	
Relais EDIPA-CAMSP vers la pédo-psychiatrie ou le médico-social	Défaut de places
Relais hôpitaux de jour vers le médico-social	
Défaut de PEC adaptée	Proposition d'une prise en charge inadaptée par défaut de professionnels compétents (ex : PEC en groupe plutôt que psychothérapie par défaut de temps de psychologue)
Accueil de jeunes en situation complexe dans le cadre d'une mesure de placement « standard », dans des institutions non adaptées	Par exemple : jeunes placés en maison d'enfants mais porteurs de handicap...ou porteur de troubles grave du comportement
	Par défaut d'institution à multiples compétences
Manque de communication entre les différents services (psychiatrie, PIJ, CMPP, CAMPS, MECS...). Cela peut prendre les prises en charge "morcelantes" et perturbantes pour l'utilisateur au lieu d'être vécues de manière contenante et sécurisante	Manque de temps ou de disponibilité
	La communication entre les services n'est pas toujours pensée
Propositions de prise en charge ne sont pas toujours adaptées à la problématique du patient (ex : enfant nécessitant un suivi psychologique individuel mais pas de disponibilité chez le psychologue. L'enfant bénéficiera finalement d'un atelier en groupe hebdomadaire.)	Manque de moyens et de psychologues
Enfants et adolescents à troubles psychiatriques en IME confié à l'ASE	
Accueils de plus en plus fréquents d'enfants en grandes difficultés psychiques en MECS	
Orientation à l'IMPro de personnes ne présentant pas un handicap intellectuel (p. ex. trouble du spectre de la schizophrénie, trouble du spectre de l'autisme sans handicap intellectuel, trouble des conduites sans handicap intellectuel)	

## GROUPE 4 (bébés, enfants, adolescents)

### PE 3 : PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

PROBLEMATIQUES	CAUSES
Délais de prise en charge conduisant à la détérioration de la situation	
PEC inadéquate en hospitalisation non adaptée	Favorise les effets iatrogènes de ce type d'hospitalisation où le soin est inadapté, d'où possible crise liée à l'environnement et au défaut de soins adapté
Longs délais d'attente aux urgences somatiques (pour les > 15 ans) suscitant des troubles du comportement	Manque des formations aux pédiatres pour les urgences réelles et les urgences ressenties
Augmentation des manifestations de violence dans les établissements	Changement de public ?
Manque de soutien d'équipes mobiles présentent sur le terrain	Défaut de moyens
La problématique c'est aussi la sortie de crise, comment et par qui se fait le suivi. Si la prise en compte se fait en urgence, il est difficile ensuite d'avoir un interlocuteur pour le suivi	
Consultation psychiatrique urgente impossible	
Difficile, voire impossible d'obtenir un rendez-vous dans un délai de 15 jours dans certaines structures, ce qui est déjà très long	Secrétaires qui refusent de donner un rendez-vous
Problématique de la sortie de crise : comment et par qui se fait le suivi ? Si la prise en charge se fait en urgence, difficile ensuite d'avoir un interlocuteur pour ledit suivi	
Trop de troubles du comportement en IME	Manque de diagnostic et de soutien de la pédopsychiatrie
Peu de structures de prévention pour les enfants de moins de 12 ans	Les missions et priorités des différents partenaires évoluent de telle manière qu'ils en viennent, la plupart du temps, à devoir gérer les urgences (au détriment de la prévention)

## GROUPE 4 (bébés, enfants, adolescents)

### PE 4 : ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

PROBLEMATIQUES	CAUSES
Difficultés d'accès Pour les enfants TSA Pour les jeunes sous main de justice Pour les enfants confiés à l'ASE	CREHPSY inexistant pour les mineurs
	Difficulté de trouver des praticiens acceptant la CMU
	Délais d'attente très longs pour obtenir une consultation chez un médecin spécialiste (ORL, ophtalmologue, ...) Le diagnostic différentiel est long à faire...
	Neurologues « surbookés »
Problématiques des soins somatiques des adolescents atteints de troubles du comportement alimentaire	Absence de structure pour enfants obèses handicapés (¼ des effectifs)
	Hospitalisation en pédiatrie pour re-nutrition ; mais soins psychiques pendant ce temps-là moins performant
Difficile d'obtenir une hospitalisation en urgences la nuit pour les jeunes en situation complexes (comorbidités et handicap)	
Problème de l'accessibilité	
Services hospitaliers inadaptés, notamment les urgences	Personnel non formés et trop peu nombreux
Problème d'accès à des soins dentaires	
Délais trop longs pour les prises en charge décidées par certains centres de pédopsychiatres	
Délais d'attente très longs pour obtenir une consultation chez un médecin spécialiste (ORL, ophtalmologue...). Le diagnostic différentiel est long à faire	

## GROUPE 4 (bébés, enfants, adolescents)

### PE 5 : ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

PROBLEMATIQUES	CAUSES
Liste d'attente de plusieurs années dans le médico-social	Manque de places d'accueil dans les structures médico-sociales
	Personnels formés mais taux d'encadrement souvent insuffisants pour accueillir dans de bonnes conditions les mineurs atteints de TSA
	Refus et mise en attente des patients les plus sévèrement atteints
	MDPH ralentit les prises en charge
	Plus d'enfants à risque
	Plus de pathologie à risque Diagnostic trop tardif
Difficultés à faire admettre les enfants les plus atteints et/ou porteur de comorbidités dans le médico-social	Souci de prise en charge en partenariat avec le milieu scolaire
	Problème des enfants qui ne relève ni de la psychiatrie, ni du handicap mais polyhandicapé
	Pas de prise en charge pour eux
Situations où il y a intrications de problématiques sanitaires, sociales et médico-sociales de plus en plus fréquentes : prises en charges très complexes, chronophages	Public d'enfants confiés à l'ASE en hébergement, relevant également du champ du handicap et présentant des troubles du comportement
	Multiplication des temps de concertation nécessaires et multiplicité des institutions et professionnels impliqués
Troubles de l'attachement sévères	Jeunes dont les situations sociale et psychique sont très détériorées, présentant des troubles du comportement sévères (mise en danger de soi par consommation toxiques, alcool, prostitution, errance... mais aussi hétéroagressivité) voire des troubles des conduites

	<p>Troubles du comportement de type mise en danger de soi par consommation toxiques, alcool, prostitution, errance... mais aussi hétéroagressivité</p> <p>Insuffisance de moyens de soins (hôpital de jour ados, développement équipe mobile, plus de soutien aux équipes éducatives, ...) et de formes d'hébergement spécifiques</p> <p>Peu accessibles aux soins dans leur formulation classique</p> <p>Nécessité d'adaptation des fonctionnements institutionnels au plus près des réalités de ces jeunes</p> <p>Enfants très abîmés par les conduites addictives, neurologique etc...</p>
Difficile transmission d'information entre les institutions	Chacun reste attaché à ses règles de secret professionnel par méconnaissance des marges de manœuvre
Enfants confiés à l'ASE	Difficultés pour nombre d'entre-eux de tolérer l'hébergement collectif
	Hébergement collectif qui répond pas à leur besoin d'accompagnement
	Difficultés pour les jeunes qui changent une à plusieurs fois d'établissement : ruptures successives délétères sur le plan psychique, problème pour garder un suivi thérapeutique cohérent et stable
Aggravation de la précarité et du multiculturalisme sur l'agglomération mulhousienne	
Non cohérence des âges de transition aux structures adultes selon les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux	
Dévoiement des indications de statut MDPH	Dossiers montés en vue d'obtention de moyens financiers, alors que la pathologie de l'enfant ne relève du handicap que sur la marge
	Nécessité de passer par la MDPH pour accéder à des places en ITEP, alors que les enfants ne souffrent pas nécessairement de handicaps au sens médical du terme
	CAMS + orthophonie libérale. Deux instituts médico-sociaux posent un problème. Double prise en charge pas possible

Persistance de difficultés pour des PEC financières pour des enfants relevant du médico-social et du sanitaire (ex : si PEC en hôpital de jour à temps partiel, et séances en IME le même jour...)	A vérifier
Manque de concertation	Persistance d'un vécu de manque de concertation et de difficulté d'articulation des différentes logiques institutionnelles dès lors qu'un enfant ressort d'une prise en charge pluri-institutionnelle Prise en charge morcelées et manque de cohérence
Problématique des mineurs atteint de handicap psychique sans handicap cognitif	Enfants atteints de syndrome d'Asperger Enfants atteints de troubles schizophréniques Difficultés d'orientation au sein des institutions médico-sociales dont les critères sont rigides ou ne disposent pas des compétences
Nombreux sont les enfants avec des carences éducatives	Causes sociétales
Difficultés à faire des suivis conjoints avec certains centres	Manque de motivation
Difficultés à consulter dans certains centres pour des jeunes déjà suivis en cas de besoin	Refus de recevoir
Arrêt de suivi pour certains jeunes dès qu'ils en émettent le souhait	Lassitude du jeune ou du professionnel qui lui pose la question : veux-tu arrêter le suivi ?
Discontinuité des accompagnements vis-à-vis de l'usager à travers les différents services ou partenaires. Il peut y avoir des manques de coordination entre les différents projets de soin.	Manque de communication entre les différents services ou partenaires

## GROUPE 4 (bébés, enfants, adolescents)

### PE 6 : DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX

PROBLEMATIQUES	CAUSES
<b>Département hétérogène dans sa géographie</b>	
Zones de plaine bien desservies mais fonds de vallée plus difficilement accessibles	Peu de moyens de désenclavement (vallée de St Marie aux Mines, vallée de Thann...) Coûts trop élevé du déplacement par exemple sur Mulhouse avant que l'ALD soit mise en place
Zones mal desservies en termes de structures de soins infanto-juvéniles : Sundgau par exemple Structure de soins pour adolescents centrés sur Mulhouse dans le GHT 12 : tant la MDA que l'UPA	
Disparités socio-économiques fortes dans le département Disparité des répartitions des établissements sociaux et médico-sociaux entre le nord et le sud du département	Particularité mulhousienne : nombreux indicateurs de précarité sociale, forte immigration
<b>Difficultés socio-économiques</b>	
Difficultés économiques et sociales	
Inégalités/accès aux soins	Mauvaise répartition des ESMS sur le territoire
Education et alphabétisme	Multilinguisme
Difficile pour des personnes en difficulté sociale de se faire entendre et être reçus lors des suivis par certains centres	Refus

## Annexe 2 : Tableau des causes récurrentes retrouvées dans les différents groupes de travail

Sujets récurrents	PE1	PE2	PE3	PE4	PE5	PE6	Collège médical	GT4
La coordination inter-professionnelle	X	X	X	X	X	X	X	X
La communication	X	X	X		X	X	X	
Délais d'attente	X	X	X	X		X		X
Cloisonnement SMSS	X	X	X	X	X		X	
Question financière (pour les structures et pour les familles)	X	X		X	X	X		X
Démographie médicale	X		X	X	X	X		X
Manque de professionnels formés/insuffisamment formés	X	X	X		X	X		X
Manque de connaissances partagées (qui fait quoi, vocabulaire...)	X		X	X	X			X
Moyens humains	X		X	X	X			X
Stigmatisation/peur de la psychiatrie	X			X	X	X	X	
Difficulté du diagnostic (trop tardif)	X	X				X	X	X
Interférence avec le somatique/environnement		X	X	X	X		X	
Identification des structures/acteurs : problème de leur lisibilité	X	X	X		X			X
Manque de temps/disponibilité	X		X	X	X			X
Défaut de structures adaptées (existants ou non, en milieu ordinaire ou non)		X	X				X	X
Question de l'accompagnement s des patients/familles		X	X	X	X			
Transmission des informations	X			X	X			X

Place de la famille/aidants	X		X	X	X			
Insuffisance de prévention	X			X		X	X	
Manque de places			X		X		X	X
Défaut d'anticipation, travail en amont		X	X	X	X			
Rôle de l'école		X			X	X		X
Défaut de places dans le MS/difficultés d'accompagner		X	X	X				X
Emploi des urgences par défaut/notion de crise			X	X	X			X
Question géographique	X					X		X
Difficultés relationnelles inter-professionnels	X		X	X				
Difficultés de recueil d'informations (ou absence)	X			X			X	
Sensibilisation des professionnels				X			X	
Place de la médecine générale	X			X	X			
Problème de l'orientation		X		X			X	
Cas complexes		X	X		X			
Inexistence de filières spécialisées selon les publics	X		X	X				
Question des outils professionnels (notamment informatique)	X			X			X	
Secteur saturé			X	X				X
Volonté politique	X					X		
Multitude des dispositifs ou intervenants	X				X			
Pertinences des hospitalisations		X		X				
Question du retour à domicile		X	X					
Psychiatrie et personne âgée		X					X	
Implication ou non des familles		X			X			
Droit du patient (refus)		X	X					
Logement		X			X			

Afflux de demandes pour des problèmes psychiatriques chez les enfants			X					X
Problème de la charge administrative pour les professionnels et les patients				X	X			
Barrière de la langue				X				X