

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE 2019 - 2023

Département de la Côte d'Or



Versions	Processus de validation et de diffusion		
	Instance	Date	Observations
Version 0	Comité de pilotage PTSM	31/05/2018	Présentation de la Version 0 du PTSM. Amendements à transmettre à l'équipe ressource avant septembre 2018.
Version 1	Comité de pilotage Psychiatrie et Santé Mentale GHT 21-52	07/09/2018	Version intégrant les modifications par : Comité Pilotage PTSM, CD21, PJJ, SDAT, direction CH Beaune
Version 1	Participants PTSM	12/09/2018	Diffusion par mail de la V1
Version 1	Commission Santé Mentale du CTS	14/09/2018	Préparation de l'avis du CTS
Version 2	CTS / CSM / COPIL PTSM	Octobre 2018	Diffusion de la V2 en vue des instances
Version 2	Plénière du CTS	05/11/2018	Validation de l'avis
Version 3	Comité de Pilotage PTSM	07/11/2018	Validation du projet amendé
Version 4	Version définitive	27/11/2018	

Suivi du processus d'élaboration et de validation du projet

Processus d'élaboration et objet des modifications		
Date	Demandeur	Objet
24 mai 2018	Conseil Départemental	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier en préambule l'objet du PTSM, ses objectifs et son positionnement par rapport aux dispositifs existants de droit commun. - Privilégier l'utilisation de l'existant et des dispositifs de droit commun. - Sur le diagnostic partagé : préciser la définition des acteurs de la santé mentale et leur participation à l'élaboration du projet. - Pour le jeune enfant : parler de santé globale et d'accompagnement (plutôt que de santé mentale). - Rappeler le diagnostic du PRS : déport du sanitaire vers le médico-social et insuffisante prise en charge sanitaire psychiatrique des enfants (intégration dans le diagnostic partagé). - Le Conseil départemental souligne que ses services traitent également les cas complexes chez les adultes. - Adolescents : mentionner le constat du défaut d'interlocuteur psy sanitaire dans les GOS et commissions cas complexes. Préciser pour la gestion de l'urgence et de la crise la nécessité de création de lits de pédopsychiatrie. Mentionner le financement par l'ARS des 10 1ères consultations par un psychologue pour les adolescents déprimés. - Personnes âgées : positionner les MAIA, lieux de coordination infra départementaux.
31 mai 2018	Comité de pilotage PTSM	<ul style="list-style-type: none"> - Remplacer les « séjours de rupture » par des « dispositifs d'apaisement », en ce qui concerne la personne âgée. - Principes de fonctionnement de la future plateforme territoriale de santé mentale.
22 juin 2018	SDAT	<ul style="list-style-type: none"> - Mention du projet « un chez soi d'abord » dans le cadre de la réponse à la problématique d'orientation vers le logement des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de précarité.
25 juin 2018	Direction CH Beaune	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic partagé : déficit démographique des praticiens spécialisés en psychiatrie, insuffisance des ressources vis-à-vis des besoins en santé mentale du territoire. Population du sud du département moins bien traitée : nombreuses situations d'urgence pour lesquels les effecteurs départementaux ne répondent pas ou trop rarement). Constat accentué sur la catégorie enfants et adolescents en situation de crise. Absence quasi systématique de réponse de la part du centre 15 et des structures autorisées en psychiatrie. Inégalité géographique avérée de l'accès aux soins en sud Côte d'Or - Niveau opérationnel : inadéquation de la prise en charge en sud Côte d'Or, faute d'autorisation spécifique et demande droit d'accès aux soins psychiatriques urgents et chroniques (révision de l'offre de soins).
22 août 2018	Protection Judiciaire de la Jeunesse Direction territoriale 21-71	<p>P 15 : mineurs placés sous main de justice P 16 : mineurs placés sous main de justice P 19 : dès leur prise en charge par la PJJ P 20 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mineurs placés sous main de justice en établissement d'hébergement : leur présence est de 6 mois en moyenne, ce qui demande une prise en charge rapide pour leur santé mentale. - Direction interrégionale Grand Est de la PJJ - stratégie de prise en charge des personnes placées sous main de justice <p>P 37 : mineurs placés sous main de justice P 38 : mineurs placés sous main de justice en milieu ouvert ou en établissement d'hébergement prise en charge des personnes placées sous main de justice</p>
28 août 2018	Equipe ressource	Ajout d'un glossaire
11 sept. 2018	Délégués du Préfet	P 26 Les personnes présentant un risque de radicalisation
19 octobre 2018	CHU Dijon Bourgogne	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout du projet lié à l'action relative aux adolescents : équipe de liaison et d'urgence au CHU – action projet médical partagé GHT 21-52 (coordination des soins et prises en charge en amont et aval des structures)
28 octobre 2018	URPS Médecins libéraux	<ul style="list-style-type: none"> - P 16 : Rappel de l'offre de soins des médecins, psychiatres et psychologues libéraux - P 17 et 24 : intégration du champ d'action des CPTS (parcours de soins des patients et situations de difficultés de maintien à domicile en collaboration avec les services sociaux, dont MAIA) - Fiches n°1 et 3 : prévoir des réunions locales à l'échelle des CPTS, articulation avec les projets DMP et Eticss.
7 novembre 2018	Comité de pilotage PTSM	<ul style="list-style-type: none"> - Amendements apportés en réunion

Table des matières

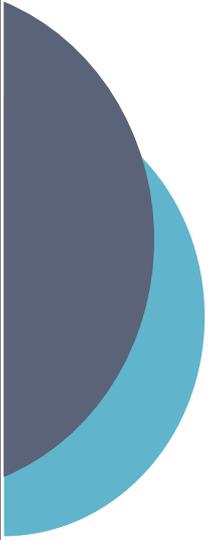
GLOSSAIRE	3
PARTIE 1. LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROJET	6
1.1. Le cadre de référence du Projet Territorial de Santé Mentale	6
1.1.1. L'historique de la démarche et les contextes croisés.....	6
1.1.2. Les apports du décret no 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale	6
1.2. Méthode d'élaboration du PTSM en Côte d'Or	8
1.2.1. Cadre d'intervention et méthodologie appliquée en Côte d'Or	8
1.2.2. Approche intégrée des dispositifs	9
1.2.3. Les étapes de la démarche	10
1.2.4. Travaux des groupes participatifs	10
1.2.5. Communication	11
PARTIE 2. DIAGNOSTIC TERRITORIAL	13
2. Méthodologie	13
2.1. Présentation du territoire projet.....	13
2.2. Les données du diagnostic territorial	15
2.3. Etat des lieux des projets du territoire	16
PARTIE 3. LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ	19
3.1 Les constats, difficultés, état des lieux par tranche d'âge	19
3.1.1. Périnatalité - enfant.....	19
3.1.2. Adolescent.....	20
3.1.3. Adulte	21
3.1.4. Personnes âgées.....	22
3.2. Les transitions entre tranches d'âge	23
3.2.1. Transition enfance-adolescence	23
3.2.2. Les 16-20 ans.....	23
3.2.3. Personnes handicapées vieillissantes	24
3.3. Les situations spécifiques.....	24
3.3.1. Les enfants en situation de placement par l'aide sociale à l'enfance	24

3.3.2.	Les jeunes adultes à risque de précarisation	24
3.3.3.	Les adultes en situation de précarité.....	24
3.3.4.	Les mineurs et majeurs sous main de justice	24
3.3.5.	Les personnes en situation d'addiction	25
3.3.6.	Les personnes présentant un risque de radicalisation	25
3.3.7.	Les professionnels de la santé mentale.....	26
3.3.8.	Autres publics spécifiques	26
PARTIE 4. LE PROGRAMME D' ACTIONS		28
4.1.	Les actions transversales prioritaires.....	28
4.2.	Les pistes d'actions par segment d'âge	37
PARTIE 5. CRÉATION D'UNE PLATEFORME SANTÉ MENTALE EN CÔTE D'OR		55
5.1.	Missions et gouvernance.....	55
5.2.	Articulation avec les dispositifs existants.....	57
5.2.1.	Niveau régional	57
5.2.2.	Niveau Département Côte d'Or et Sud Haute Marne	57
5.2.3.	Niveau départemental.....	57
5.2.4.	Niveau local	57
PARTIE 6. ANNEXES		58

GLOSSAIRE

AED : Action Educative à Domicile
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANPAA : Association Nationale Prévention Alcoologie Addictologie
ARS BFC : Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche Comté
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
Cap Emploi : Réseau national d'organismes de placement spécialisés dédiés à l'insertion professionnelle des personnes handicapées
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHA : Consultations Hospitalières d'Addictologie
CHLC : CH La Chartreuse
CIPP : Centre d'Intervention Précoce pour Psychoses
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination (géronologiques)
CLS : Contrats Locaux de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CMP : Centre Médico Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMS : Commission de Santé Mentale
CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour L'Autonomie
CPE : Conseiller Principal d'Education
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CREAI : Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations
CREMHPSY : Centre de Ressources Maladie et Handicap Psychique
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSSM : Commission Spécialisée en Santé Mentale.
CTS : Conseil Territorial de Santé
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DIM : Département d'Information Médicale
DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP : Entretien Périnatal Précoce
ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail (ex-CAT: centre d'aide par le travail)
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FEGAPEI : Fédération Nationale des Associations Gestionnaires au Service des Personnes Handicapées et Fragiles
FMIH : Fédération Médicale Inter Hospitalière
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse
HDJ : Hôpital De Jour
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
IRTESS : Institut Régional Supérieur du Travail Éducatif et Social
ITEP : Institut thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAIS : Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale
MDA : Maison des Adolescents
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
OPCA : Organisme Paritaire Collecteurs Agréés
ORS : Observatoire Régionale de la Santé
PAG : Plan d'Accompagnement Global

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMP : Projet Médical Partagé
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
RAM : relais Assistante Maternelle
RQTH Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAIP : Service d'Accompagnement à l'Insertion Professionnelle
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social d'Adultes Handicapés
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SEDAP : Société d'Entraide et d'Action Psychologique
SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SIAO : Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation
SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
SRAU : Service Régional d'Accueil des Urgences
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRS : Schéma Régional de Santé
TSA : Troubles du Spectre Autistique
UHCD : Unité d'Hospitalisation Courte Durée
UMAHCO : Unité Médicale d'Accueil, d'Hospitalisation Courte et d'Orientation
UMAO : Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation
UNAFAM : Union Nationale des Familles et amis des personnes Malades et/ou handicapées psychiques



PARTIE 1

La démarche d'élaboration du projet

PARTIE 1. LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROJET

1.1. Le cadre de référence du Projet Territorial de Santé Mentale

1.1.1. L'historique de la démarche et les contextes croisés

Selon l'OMS, 1 français sur 5 sera touché par des troubles psychiques en 2020 et cinq des dix pathologies les plus préoccupantes actuellement concernent la santé mentale

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 propose que soit mis en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée, allant de la prévention et repérage à l'ensemble des techniques de soins et prises en charge spécifiques, jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé introduit le concept de parcours comme fondement de l'organisation de la psychiatrie et la santé mentale. Le parcours doit répondre aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques et leurs aidants dans un ancrage territorial.

La politique de santé mentale est conçue comme **une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux du logement, de l'hébergement et de l'insertion).**

Cette politique repose sur l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est défini comme « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

Le projet territorial de santé mentale doit être « élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant » et repose sur un diagnostic partagé à l'échelle de ce territoire.

La composition du projet territorial de santé mentale doit réunir l'ensemble des professionnels et structures concernées, et « associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux ».

1.1.2. Les apports du décret no 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale

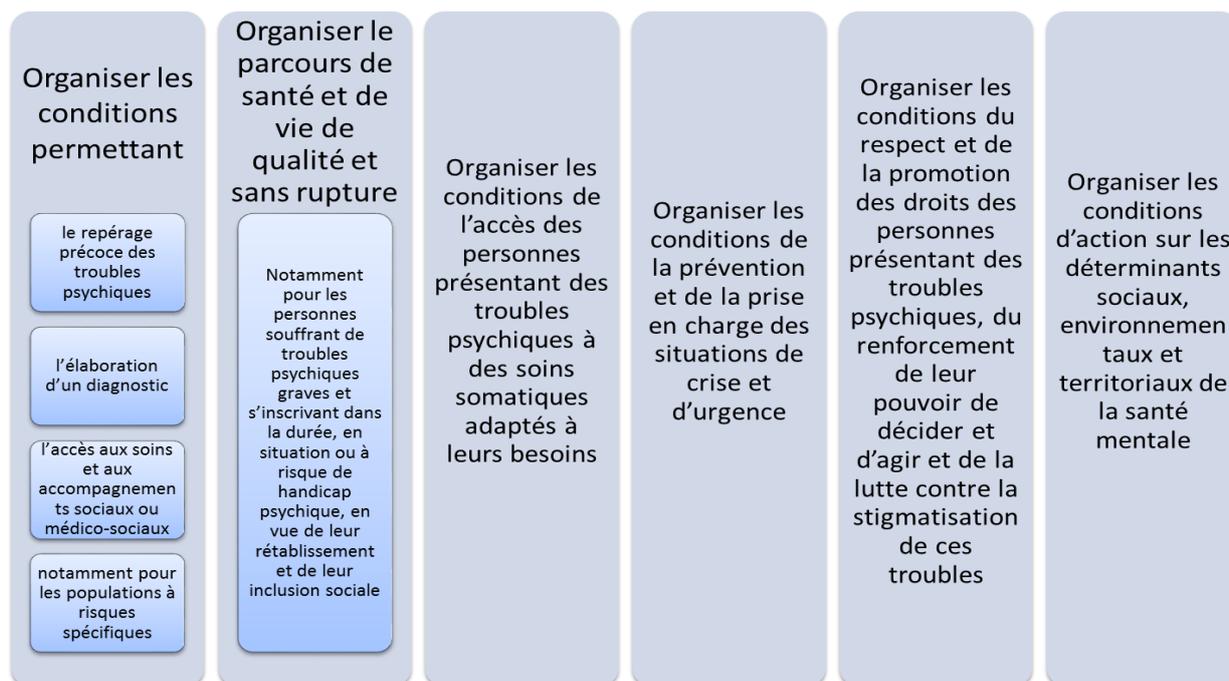
Le PTSM « favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social »

Il permet également « la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social » et « détermine 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. ».

L'enjeu premier du PTSM est donc la coordination intersectorielle et multipartenariale, à l'échelle du territoire retenu, pour favoriser la prise en charge du patient dans une logique de parcours sans rupture.

Le décret fixe les **6 priorités** auxquelles doit répondre chaque projet territorial de santé mentale :

- le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accompagnement social ou médico-social
- l'organisation – sans rupture – du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
- l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques
- la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles
- l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.



Ces orientations reflètent l'ensemble des réflexions déjà présentes pour les acteurs du territoire. Le territoire de santé mentale constitue un nouveau territoire issu de la Loi qui doit faire l'objet :

- d'un diagnostic partagé en santé mentale : la notion de partage du diagnostic est importante dans la mesure où le diagnostic est en lui-même réalisé à différents niveaux dans le cadre des travaux régionaux, du GHT, des CLS, etc...
- d'un projet territorial de santé mentale d'un contrat territorial de santé mentale passé entre les acteurs et l'ARS.
- d'une Plateforme Territoriale de Santé Mentale : qui constitue une des pistes évoquée par les acteurs dont la mise en œuvre devra être travaillée en collectif. L'équipe ressource en charge de l'assistance au projet a rencontré la plateforme existante sur le Jura. Au final il appartiendra aux acteurs de définir la meilleure option pour coordonner les actions sur le département.

De façon pragmatique et opérationnelle le PTSM représente :

- un territoire pour la concertation et collaboration des acteurs du département ;
- un territoire d'action au plus près du parcours de vie des personnes : le bassin de vie, la principale préoccupation sera de définir des actions locales et qui tiennent compte des spécificités infra territoriales. Les groupes de travail sont sollicités pour faire émerger les sujets prioritaires et leur déclinaison opérationnelle de façon la plus pragmatique possible.

Le PTSM n'a pas vocation à modifier l'offre de soins et de services. Il est plutôt le vecteur d'un processus de coordination et un outil d'évolution de la réponse sanitaire et médico-sociale. Ce postulat a été identifié comme essentiel pour garantir la cohésion et la participation des acteurs à cette démarche.

Le PTSM fait l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs de terrain**. Ce contrat définit les missions, les engagements, les moyens, modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM. Sa mise en œuvre repose sur la mission psychiatrique de secteur (et éventuellement sur une communauté psychiatrique de territoire) sur les acteurs du social, du médicosocial, les représentants des usagers, les CLS et CLSM.

1.2. Méthode d'élaboration du PTSM en Côte d'Or

1.2.1. Cadre d'intervention et méthodologie appliquée en Côte d'Or

En Bourgogne Franche-Comté, l'échelon territorial retenu pour la mise en œuvre du PTSM est le département (ou le territoire pour le Nord Franche-Comté). Chaque délégation départementale est donc désignée pour accompagner la démarche sur son territoire.

Suite à la publication du décret, le Directeur Général de l'ARS BFC a validé au troisième semestre 2017 le lancement de la démarche PTSM dans les territoires qui le souhaitent, sur impulsion des partenaires de la santé mentale.

La conduite du PTSM de Côte d'Or est encadrée par un Comité de pilotage réunissant l'ensemble des structures et dispositifs concernés par la santé mentale sur le département. La constitution de ce comité de pilotage est donc variée, il regroupe des représentants sanitaires hospitaliers et libéraux, des représentants du secteur médico-social, des représentants des collectivités locales

① cf. annexe 1 - Liste des membres du Comité de pilotage

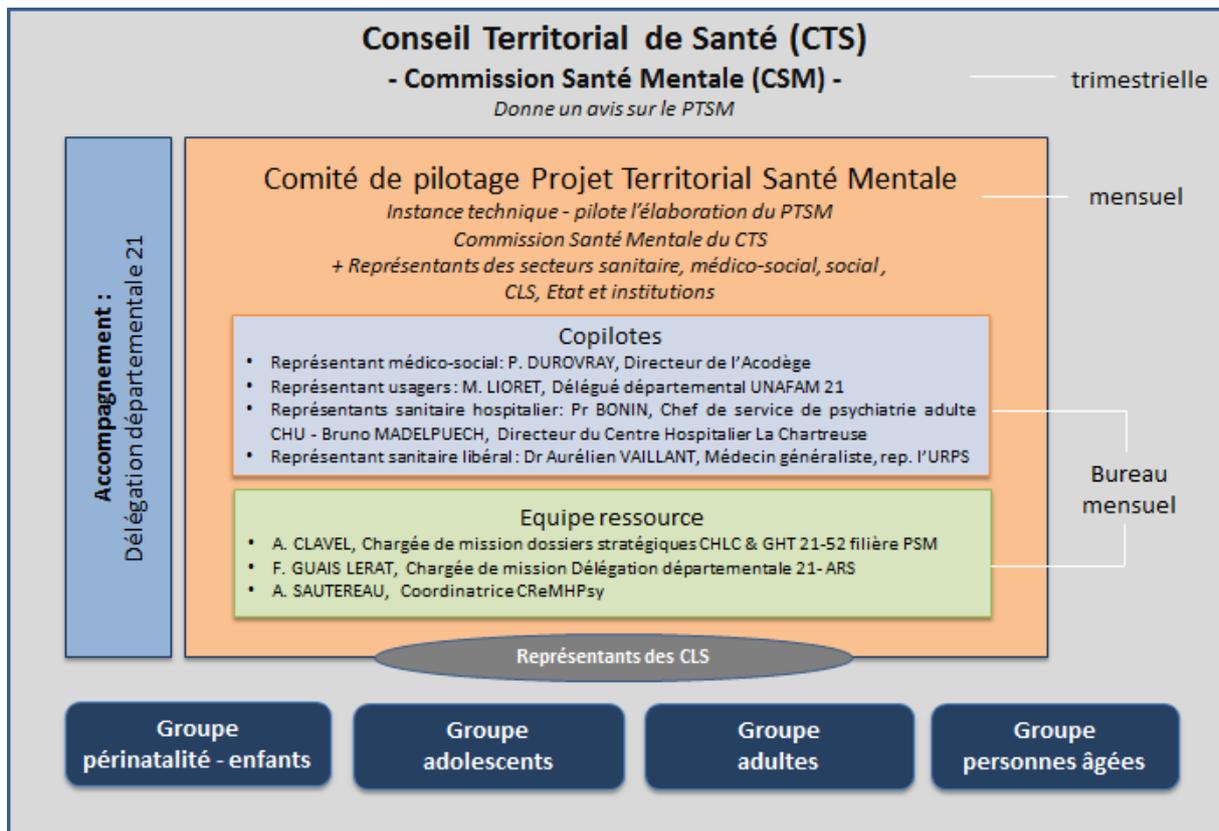
La première réunion du Comité de pilotage, attestant du lancement du PTSM de Côte d'Or, s'est tenue le 26 octobre 2017, sur invitation du Directeur général de l'ARS BFC. Ce Comité de pilotage s'est réuni par la suite tous les mois et demi ou deux mois.

Cinq acteurs de la santé mentale de Côte d'Or se sont alliés pour assurer le pilotage de la démarche de PTSM :

- Le Centre hospitalier de la Chartreuse, représenté par son directeur M. Bruno MADELPUECH ;
- Le Centre hospitalier universitaire, représenté par le Pr Bernard BONIN, chef du service de psychiatrie adulte ;
- L'UNAFAM de Côte d'Or, représentée par son délégué M. Michel LIORET ;
- L'ACODEGE, représentée par son directeur M. Patrice DUROVRAY ;
- L'URPS Médecins libéraux Bourgogne Franche-Comté, représentée par le Dr Aurélien VAILLANT.

Ces cinq copilotes constituent le Bureau du PTSM, auquel est également associée l'ARS Bourgogne Franche-Comté via sa délégation départementale de Côte d'Or. Le Bureau se réunit environ une fois par mois.

Le dispositif de PTSM en Côte d'Or est soutenu par la mise en place d'une équipe ressources technique, composée de quatre personnes assurant à temps partiel les missions d'organisation, de coordination, de communication et de rédaction. L'équipe ressources travaille en étroite collaboration avec les cinq co-pilotes et rend compte de l'avancée des travaux aux réunions du Bureau.



Près d'une centaine de professionnels et d'élus ont participé à ces travaux réunissant la grande majorité des acteurs du parcours de vie des personnes présentant des troubles de la santé mentale. Cette implication témoigne de la volonté des acteurs à se saisir du projet autour d'une feuille de route opérationnelle commune.

① Cf. annexe 1 - Liste des participants à la démarche et analyse de la représentation des acteurs de la santé mentale.

1.2.2. Approche intégrée des dispositifs

Le Comité de pilotage a validé la proposition du bureau de tendre vers une intégration des démarches, afin de ne pas dédoubler les actions.

Ainsi, les travaux ont été conduits dans une logique intégrative qui inclut :

- Les orientations régionales, dans le cadre du Parcours psychiatrie et santé mentale,
- L'organisation de l'offre de soins, relevant des secteurs de psychiatrie et dont l'évolution est traduite par le volet santé mentale du Projet Médical Partagé du GHT 21-52 ;
- Les schémas départementaux, relevant de la politique du Conseil Départemental 21 (enfance et famille, MDPH, autonomie, etc...)
- Les dynamiques locales traduites dans des CLS et les CPTS sur le champ de la santé mentale.



1.2.3. Les étapes de la démarche

La démarche projet s'est déroulée d'octobre 2017 à juin 2018 autour de 3 grandes phases :

- Elaboration d'un diagnostic partagé
- Rédaction du projet
- Ajustements et élaboration d'un cahier des charges de mise en œuvre (préfigurateur d'une future plateforme de santé mentale).

Les étapes de validation officielle du projet se dérouleront au cours du second semestre 2018, pour conduire à l'élaboration d'un Contrat Territorial de Santé Mentale, espéré pour la fin de l'année.

Etapes >>>		Lancement			Diagnostic partagé			Rédaction			Ajustements & Cahier des charges Plateforme Santé			Validation						
Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)	CTS - Commission Santé Mentale (CSM)												22-juin	Avis PTSM CSM : 14/10 CTS : 17/10	Amen- dements	5-nov.				
	Comité de pilotage Plénière groupes de travail			26-oct.			7-déc.			1-févr.			5-avr.		31-mai	Invitation	7-nov.			
	Bureau	19-sept.	10-oct.		14-nov.	1-déc.	20-déc.	25-janv.	22-févr.	22-mars		3-mai	24-mai		Invitation	21-sept.	30-oct.			
	Equipe ressources	27-sept.	9-oct.	18-oct.	23-oct.	8-nov.	15-nov.	5-déc.	16-janv.	12-févr.	21-févr.	23-févr.	20-mars	18-avr.	2-mai	16-mai	25-mai	13-sept.		
	Groupe périnatalité - enfants						21-nov.		18-déc.	20-déc.	18-janv.		5-mars					Disponibilités pilotes pour planification des GT	1 réunion / groupe de travail (x2) + 1 groupe transversal (Info/formation)	
	Groupe adolescents						28-nov.		18-déc.	20-déc.	26-janv.		5-mars							
	Groupe adultes						1-déc.		22-déc.		2-mars		8-mars							
	Groupe personnes âgées						21-nov.		19-déc.	22-déc.	23-janv.		19-mars							
Bilatérales	ARS							11-janv.										Retours amendement s		
	Conseil départemental							18-janv.						24-mai						
	CLS, PTA, CPTS												17-mai					Déclinaison/ territoire		
	Service Social CHU														9-août					
	Délégués Préfecture Côte d'Or Liens avec politique de la ville et radicalisation														Invitation bureau	10-sept.				
Communication	Lettre d'info PTSM + atlas santé mentale Côte d'Or				Préparation équipe ressource	N°1		N°2		N°3			N°4					Présentation offre PSM/pays + cahier des charges atlas santé mentale Côte d'Or	N°5	Valorisation site ADESM

1.2.4. Travaux des groupes participatifs

La démarche de construction du PTSM de Côte d'Or s'est appuyée sur la mise en place de 4 groupes de travail par segment d'âges :

- Périnatalité – enfance
- Adolescent
- Adultes
- Personnes âgées

Ces groupes de travail ont mobilisé une quinzaine de personnes chacun, pour 4 à 5 réunions entre novembre 2017 et mars 2018.

Ils ont établi les fondements du **diagnostic partagé de santé mentale**. A partir de ces constats, ils ont identifié les pistes d'actions qui constitueront le socle du PTSM de Côte d'Or pour les années à venir.

Ce diagnostic constitue un élément important du présent projet. Il a pour ambition de recenser les besoins et points de fragilités constatés par les acteurs dans le système de prise en charge actuel. En cela, il permettra aux acteurs de s'appuyer sur une vision partagée des dispositifs existants pour poursuivre la réflexion dans le cadre de la mise en œuvre du projet.

Chaque groupe de travail était animé par un des copilotes de la démarche, appuyé par un membre de l'équipe ressource, pour répondre aux objectifs suivants :

- Partir des difficultés repérées et de leurs causes
- Croiser des approches complémentaires pour impliquer l'ensemble des acteurs
- Couvrir des sujets peu explorés mais pourtant problématiques : accès aux soins, soins somatiques...

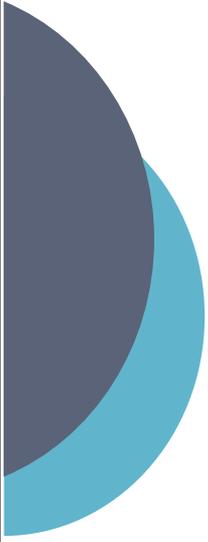
Synthèse méthodologique – animation des groupes de travail		
Réunions de travail	Outils	Livrables
1 ^{ère} séance : partage des objectifs et identification des problèmes-clés	_Cartographie des orientations sur le territoire _Diaporama	_Composition du groupe +/- sous-groupes ou interviews complémentaires _Principaux points de ruptures regroupés en thématiques à travailler _Actions à engager avant la réunion n°2
2 ^{ème} séance : recherche des causes de dysfonctionnement	_Outils de diagnostic disponibles	_Les principaux constats (points de rupture) _Synthèse des problématiques et de leurs causes
3 ^{ème} séance : diagnostic et pistes d'amélioration	_Feuille de route	_Feuille de route des actions proposées par le groupe
4 ^{ème} et 5 ^{ème} séance (selon les groupes)	_Feuille de route	_Feuille de route finalisée et validée

1.2.5. Communication

Une charte graphique a été mise en place par l'équipe ressource afin d'uniformiser les documents supports du PTSM (compte-rendu des réunions, diaporamas de présentation).

Une **lettre d'information Santé mentale** a été construite pour présenter l'avancée des travaux et donner la parole à des acteurs du PTSM sur la démarche engagée.

Quatre exemplaires de cette lettre d'information ont été diffusés entre novembre 2017 et juin 2018 au comité de pilotage, mais aussi plus largement via le réseau de diffusion du CReMPHsy.



PARTIE 2

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

PARTIE 2. DIAGNOSTIC TERRITORIAL

2. Méthodologie

Le diagnostic territorial a pour ambition de donner des repères sur les besoins spécifiques de la population du département au regard de l'offre de soins actuelle (sanitaire, libérale, médico-sociale, etc...) dans le champ de la santé mentale.

Les données sont issues des travaux de diagnostic réalisés dans le cadre du GHT 21-52 et d'analyses réalisées par l'ARS Bourgogne Franche-Comté, et complétées par d'autres sources d'informations.

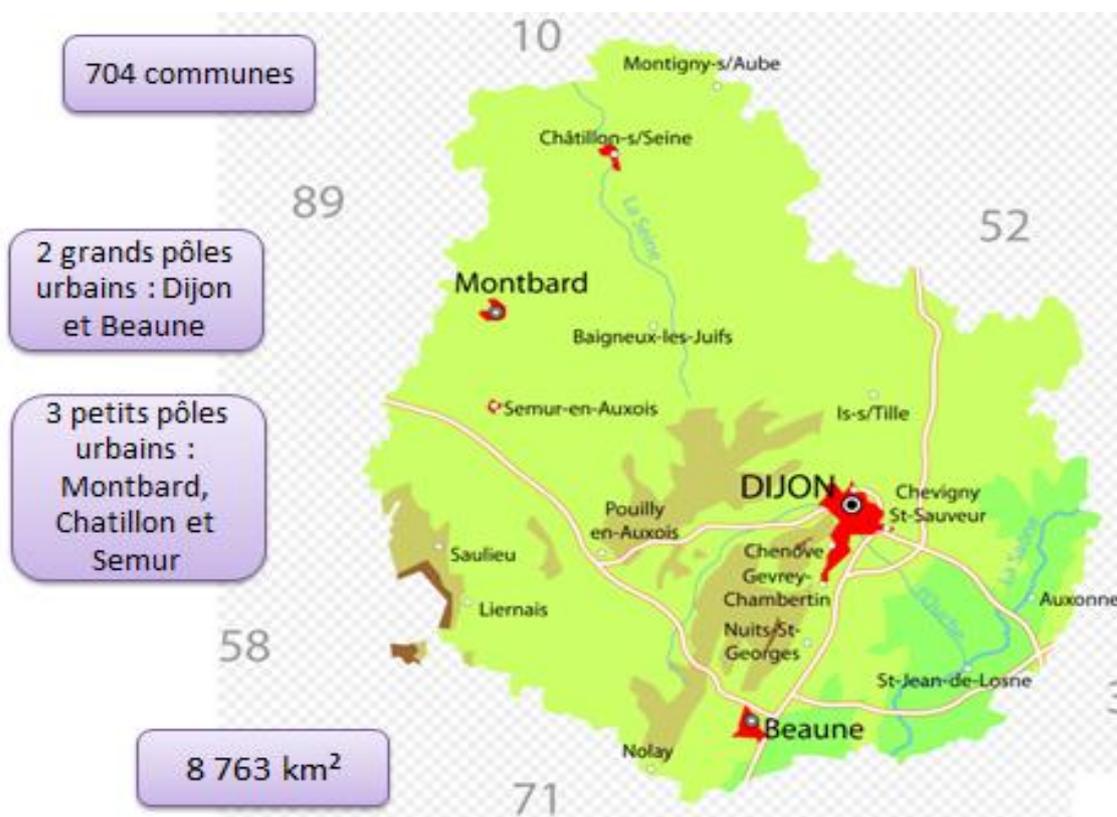
2.1. Présentation du territoire projet

L'ARS BFC a retenu le département de la Côte d'Or, niveau territorial le plus cohérent pour assurer un pilotage adapté à la mise en œuvre de la feuille de route.

La superficie du territoire de Côte d'Or est de 8 736 km², associée à une densité de 48 habitants/km². Il occupe 18% du territoire de Bourgogne Franche Comté et compte 18% de la population régionale. C'est le département le plus étendu avec la Saône et Loire.

Le département se caractérise par une population particulièrement concentrée sur le dijonnais qui représente 45% de la population départementale.

Géographie du territoire de Côte d'Or¹



¹ Source : département statistique ARS BFC – 2017

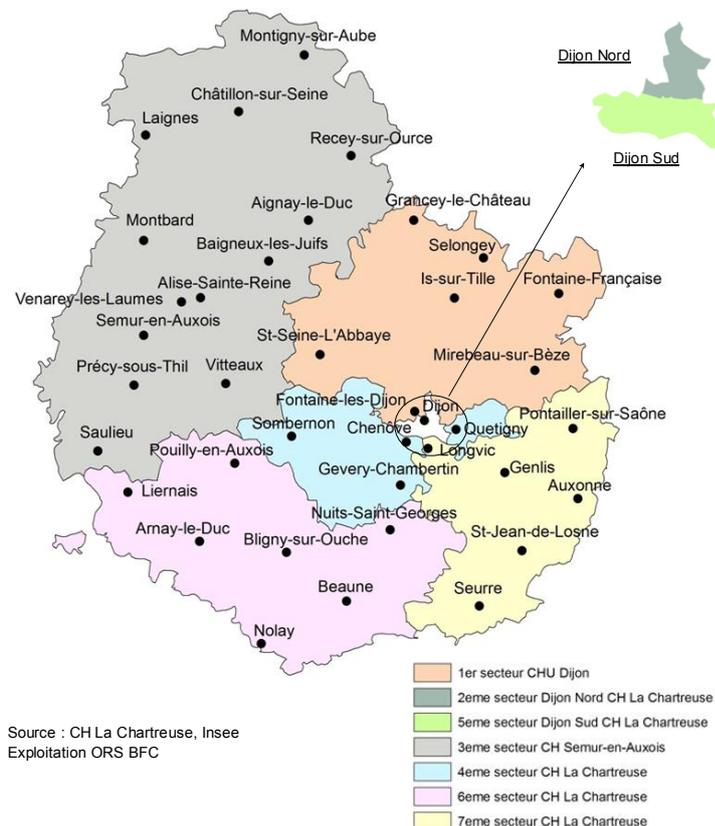
Le département de la Côte d'Or compte 3 établissements publics de santé mentale qui gèrent les secteurs de psychiatrie adulte et infantile :

- Le Centre Hospitalier la Chartreuse, situé à Dijon
- Le CHU Dijon Bourgogne,
- Le CH Robert Morlevat, situé à Semur en Auxois.

Sectorisation psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent



Sectorisation psychiatrie de l'adulte



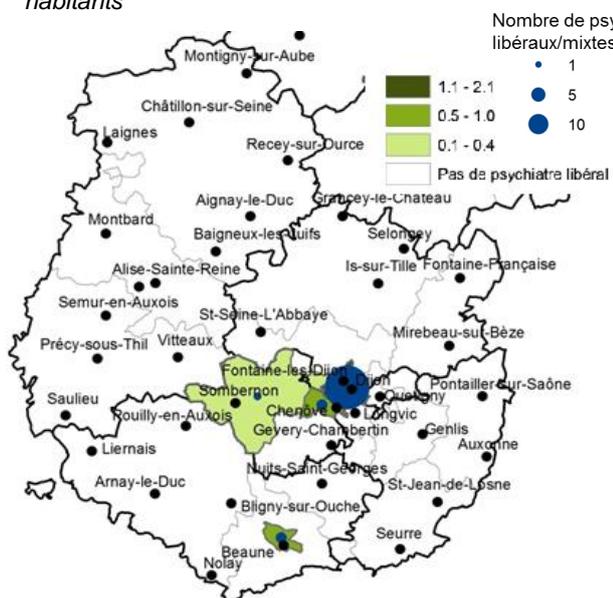
La file active² psychiatrie correspond environ à 19.000 patients pris en charge par les différents secteurs³.

² Une personne n'est comptabilisée qu'une fois même si elle est vue à plusieurs reprises au cours de l'année et indifféremment des modes de prise en charge (hospitalisation, consultation, etc...)

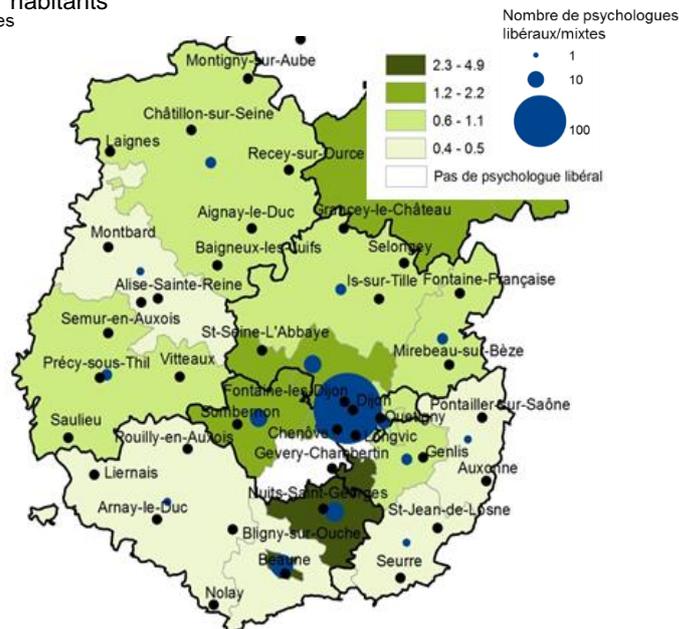
³ 18 687 patients pris en charge par les secteurs en 2016 - Source: RIMPsy 2016

La Côte d'Or dispose d'une offre libérale plus faible en comparaison avec la moyenne en France métropolitaine, que ce soit au niveau des médecins généralistes, des infirmiers ou des psychiatres.

Densité de psychiatres libéraux pour 10 000 habitants



Densité de psychologues libéraux pour 10 000 habitants



Source CNAMTS ⁴

Les psychiatres libéraux sont répartis de manière très hétérogène sur le territoire avec une présence très forte dans les pôles urbains, notamment Dijon, mais quasi inexistante sur le reste du territoire.

Les pôles urbains et leurs alentours sont les zones où la densité est la plus forte, avec notamment des taux particulièrement élevés pour Dijon.

Plusieurs territoires du département ont des densités faibles voire très faibles de psychologues libéraux dans le sud et le sud-est du département mais aussi dans le secteur de Montbard (densités comprises entre 0,4 et 0,5 psychologues libéraux pour 10 000 habitants).

Concernant les médecins généralistes, selon le zonage arrêté par l'ARS Bourgogne Franche-Comté en décembre 2017⁵, les zones où l'offre est la plus faible sont les territoires du nord du département : bassins de vie de Châtillon-sur-Seine, Montbard et Venarey-les-Laumes.

Tous les bassins de vie de Côte d'Or sont réputés comme étant fragiles au regard de l'offre en médecine générale, exceptés l'agglomération de Dijon et le bassin de vie de Beaune.

2.2. Les données du diagnostic territorial

Les caractéristiques du territoire ont fait l'objet d'une étude, dans le cadre des travaux préparatoires du volet Psychiatrie et Santé Mentale du Projet Médical Partagé du GHT 21-52, en partenariat avec l'ORS Bourgogne Franche Comté.

Ils présentent les grandes caractéristiques de la Côte d'Or qu'elles soient relatives au territoire, à l'offre de soins ou aux modalités de prise en charge des personnes par les services de psychiatrie :

- Données géographiques
- Données populationnelles
- Données relatives à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux, notamment psychiatres et psychologues),
- Contexte socio-économique et sanitaire
- Données de consommations de soins

⁴ Sources : Sniiram (Cnamts), Insee – 2013; Drees/ASIP-Santé (Adeli 2016), Insee

⁵ Source : Arrêté n° ARSBFC/DOS/ASPU/17-217 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin

- Données d'équipement
- Caractéristiques territoriales des secteurs de psychiatrie
- Données d'activité des secteurs de psychiatrie

Ces données ont été mises à disposition des travaux du Projet Territorial de Santé Mentale pour s'appuyer sur des données valides et mutualisées.

① Cf. annexe 2 - Cartes du diagnostic territorial retenues dans le cadre des travaux du PTSM.

L'intégration du projet médical dans le Projet Territorial de Santé Mentale a permis de travailler à partir de données validées et recentrées au niveau départemental⁶.

① Cf. annexe 3 - Préparation du projet territorial de santé mentale : Diagnostic territorial Département de la Côte d'Or (extraction des travaux pour le département 21)

2.3. Etat des lieux des projets du territoire

Etat des lieux des orientations relatives à la psychiatrie et santé mentale

Pour tenir compte des objectifs et projets connexes de la politique régionale, l'équipe ressource a proposé de cartographier les différents niveaux de gestion des projets en santé mentale sur le territoire (priorités du PRS, du SROS et SROSM, schéma départemental, ...)

Le 1er travail de l'équipe ressource a ainsi été de recenser les actions et orientations dans les différents schémas qui traitent de la santé mentale sur la Côte d'Or.

① Cf. annexe 4 - Etat des lieux des orientations en santé mentale en Côte d'Or par tranches d'âges (GHT, Parcours Psychiatrie santé mentale, CD 21, SRS, CLS).

Cet outil a déjà permis :

- d'identifier les problématiques phares que les groupes souhaitent mettre en valeur ;
- d'identifier les actions qui sont engagées ou programmées.

Un lien est prévu avec les Contrats Locaux de Santé, pour assurer la représentation de tous les secteurs et la déclinaison territoriale des actions.

ORIENTATIONS ET PROJETS D'ACTIONS SUR LE TERRITOIRE					
Actions	SRS	GHT 21-52 volet Psy et Santé Mentale	Parcours Psychiatrie Santé mentale	CLS	Conseil Départemental
Classification par territoire	(version 1.1 du 02/10/2017)	Tableau suivi du projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT	Orientations stratégiques 2018	Fiches actions des CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Châtillonnais, Beaunois, Val-de-Saône-Vingeanne	Schémas départementaux Enfance Famille 2016-2018 / Handicap / Personnes âgées 2013-2017 – manque le Plan départemental d'Insertion
Classification par portes d'entrée / points de ruptures	Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	Situations inadéquates	Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	Accès aux soins somatiques	Prévention et gestion des situations de crise
Production équipe ressource selon 4 segments de prise en charge Enfant – ado – adulte – personne âgée					

Cet état des lieux montre en premier lieu la complexité et le défi à rendre l'articulation possible entre les acteurs, au regard des nombreuses actions. Il donne de la lisibilité sur les différents projets en cours qui seront à articuler selon le cas par :

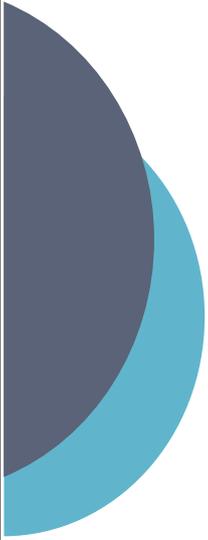
- un pilotage commun,
- des lieux d'échanges,
- des actions communes,

⁶ Compte tenu des délais impartis pour la réalisation du projet, certaines sources n'ont pas été exploitées, c'est le cas entre autres des données de l'Assurance Maladie qui pourrait être sollicitées ultérieurement.

- de repérage des acteurs clés de la coordination et de l'intégration : portage et mise en œuvre des réseaux et dispositifs de coordination existants (CPTS, PTA, MAIA, etc...)

Une première analyse de cet état des lieux par tranche d'âge révèle des points de rupture constatés et des orientations communes pour parvenir à une amélioration de la prise en charge des personnes.

	Points de rupture	Orientations
Périnatalité - enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Repérage précoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination, interconnaissance • Lisibilité de l'offre • Soutien parentalité • Co intervention
Adolescent	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Repérage précoce • Urgence et crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination, interconnaissance • Lisibilité de l'offre • Réseau professionnel, procédures, outils • Formations • Synchronisation des prises en charge
Adulte	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage précoce • Somatique • Réinsertion • Logement – Hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositifs de prévention • Orientation rapide • Adressages et relais post hospitalisation • Annuaire de professionnels
Personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion de la crise • Hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Lisibilité de l'offre • Prise en charge coordonnée psychiatrie-gériatrie • Accompagnement des aidants



PARTIE 3

LE DIAGNOSTIC PARTAGE

PARTIE 3. LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ

La démarche de diagnostic a pour objectif de :

- Partir des « points de rupture » et de l'analyse de leurs causes.
- Croiser des approches complémentaires pour impliquer l'ensemble des acteurs.
- Couvrir des sujets peu explorés mais pourtant problématiques : accès aux soins, soins somatiques...
- Développer le volet prévention – promotion de la santé mentale.

3.1 Les constats, difficultés, état des lieux par tranche d'âge

① Cf. annexe 5 - Données statistiques déclaratives enfants et adolescents

Les constats communs aux groupes enfants et adolescents :

- **Diagnostic du PRS : déport du sanitaire vers le médico-social et insuffisante prise en charge sanitaire psychiatrique des enfants.**
- **Le capacitaire d'hospitalisation de crise et d'urgence des 11-18 ans sur le département n'est pas suffisant pour répondre à la demande. Ce constat est partagé par l'ensemble des acteurs et a été relevé dans le cadre du projet médical partagé du GHT 21-52 qui traite de l'offre de soins sanitaire. Ce constat est accentué sur la catégorie enfants et adolescents en situation de crise du sud du département : insuffisance de réponse de la part du centre 15 et des structures autorisées en psychiatrie.**

3.1.1. Périnatalité - enfant

PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISES

- Problème de soutien à la parentalité dès la maternité
- Fonction parentale : la prise en charge et l'accompagnement des enfants dépend de la volonté et la capacité des parents : ne pas se substituer à eux, faire alliance avec eux
- Nécessité d'accentuer la prévention sur les 0 à 3 ans : repérage en crèche, assistantes maternelles, PMI....

REPERAGE/ORIENTATION

- Manque de lien entre les structures pour des orientations précoces (Exemple CAMSP vers CMPP ou IME ou Hôpital de jour)

ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS

- Si l'offre de soin est présente mais les enfants n'accèdent pas aux soins faute de transporteurs, aussi bien dans le rural que dans la métropole. La grille tarifaire pour les courses des taxis n'est pas attractive si le taxi respecte le principe d'un enfant par transport, ils refusent donc de transporter les enfants.
- Selon les différentes caisses de sécurité sociale, les niveaux de prises en charge sont différents (65% pour certaines caisses)
- Eloignement des services en zone rurale : problème de mobilité des familles
- Difficultés de poser un diagnostic pour les enfants de 0 à 11 ans par peur de stigmatiser ce qui entraîne des ruptures dans la continuité des soins par exemple sur l'autisme et TSA (référence aux travaux Jacob en Allemagne) ; travailler sur un doute avéré qui permette de mettre en place des prises en charge ; réinterroger nos pratiques dans ce sens.
- Iniquité de traitement pour les soins sur le territoire : zones blanches dans les prestations offertes aux familles, problème de démographie médicale et paramédicale dans le nord et l'ouest du Département

ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- Coordination difficile car les partenaires n'ont pas les mêmes cultures : manque d'indicateurs communs

- Méconnaissance des structures des troubles et des maladies par les parents
- Temporalités différentes des perceptions et des prises en charge entre dimension parentale, familiale et les acteurs
 - temporalité sur 10 mois pour un enseignant,
 - 2 ans d'attente pour une prise en charge en SESSAD et IME,
 - temporalité de quelques mois pour les CAMSP et CMPP pour débiter les prises en charge (RV, bilans, diagnostic, suivi....)
 - temporalité de parcours pour l'enfant et sa famille (temps de réflexion, décision, prise de RV)
- Pas de places en IME, les enfants restent dans la même classe pendant quelques fois plusieurs années avant d'avoir une place, impact très fort sur les enfants et leurs familles

SITUATIONS INADEQUATES

- Une problématique essentielle et priorité absolue relevée par tous les partenaires : adaptation de l'offre d'hospitalisation pour les enfants et les adolescents, avec besoin de création de lits de pédopsychiatrie. La question de l'hospitalisation en tant que préalable aux travaux du PTSM revient dans l'ensemble des groupes. Toutefois elle renvoie au Projet Médical Partagé porté par le GHT 21-52 et ne doit pas être en opposition ni en prérequis de la démarche en cours.
- Augmentation des difficultés chez les enfants (problèmes comportementaux, addictions, crises de violence réitératives, états limites...)
- Enseignants en difficultés devant la montée en charge des enfants avec des troubles du comportement sans pouvoir faire appel en urgence aux services surchargés et avec leur propre temporalité
- Manque de structures ce qui entraîne des listes d'attentes pour accéder aux prises en charge, les problèmes évoluent vite, la scolarité est impactée par ces retards de prise en charge.

3.1.2. Adolescent

REPERAGE/ORIENTATION

- Profils à risques : violence, maltraitance, phobies scolaires, absentéisme, harcèlement, troubles psy ou comportementaux, sexualité, addictions, dépression, besoins des mineurs placés sous main de justice.
- Parcours de soins à structurer : Mal être, urgence
- Mineurs placés sous main de justice: Quels repères ? Quel déclenchement ? Quelle orientation ?
- Clivage des approches par tranches d'âge selon le secteur/structures/MDPH
- Logique de délais d'attente
- Faible lisibilité de l'offre
- Carence de l'offre libérale sur certains secteurs

ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS

- Bonne couverture par la Maison des Adolescents mais pas d'équivalent pour les enfants <13 ans.
- Education nationale (médecine scolaire, infirmiers, CPE)
- Financement par l'ARS des 10 1ères consultations par un psychologue pour les adolescents déprimés.
- Accompagnement à la parentalité à renforcer

ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- Un défaut d'orientation vers CMPP ? (structure de prise en charge plus légère à favoriser)
- Prévention et gestion des situations de crise : délais de prise en charge en secteur rural et Beaune.
- Adressages par défaut aux urgences psy et ou somatiques dans les cas d'urgence, faute de couverture suffisante de l'offre (ex : foyer d'hébergement)
- Relais post crise/suicide insuffisants

RELAIS OU SUIVIS DE PRISE EN CHARGE

- Défaut de relais de prise en charge en secteur rural et Beune
- Retours vers la MDA post prise en charge de situations aggravées
- Relais post crise/suicide insuffisants
- Carence de l'offre libérale en secteur rural
- Suivi et adaptation des traitements insuffisants dans les structures

AXES TRANSVERSAUX

- Insuffisance des dispositifs d'intervention mobiles (besoin plus en amont, débriefing psycho et relais post prise en charge)
- Transmission des informations : les limites de confidentialité sont à questionner (historique de prise en charge à retracer, allongement des délais, lourdeurs administratives...)

SITUATIONS INADEQUATES

- Offre hétérogène à carencée sur le territoire (capacitaire d'hospitalisation non programmé, absence d'offre de séjours de rupture) qui génère des délais d'attente.
- Impact de réorganisations et réduction des financements sur les structures et les parcours (ambulatoire, délais, ruptures).
- HDJ ados 11-16 ans : couverture Dijon aggro (pas de couverture départementale).
- Quid de l'intersectorialité et de la synchronisation des PEC pour les mineurs placés sous main de justice ?

3.1.3. Adulte

PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

- Besoin de mieux connaître les interlocuteurs et les modalités de la gestion de crise (SAMU, UMAO CHLC, etc.)
- Besoin d'un accompagnement des structures médico-sociales ou sociales en prévention de la crise afin d'éviter les hospitalisations – temporalité, lien avec la psychiatrie publique
- Besoin d'un accompagnement immédiat en urgences des patients ou familles pré-crise - « faire redescendre la pression » (exemple de l'UMAO)

ACCES AU DIAGNOSTIC ET CONTINUITÉ DANS LES SOINS

- Problématiques identifiées par les médecins généralistes pour leur patientèle souffrant de troubles dépressifs, manque de relais (suivi psycho ou psychothérapie, onéreuse pour les patients sans ressources, prise en charge publique encombrée)
- Problématique de non accès aux soins, problématiques identifiées en logement, besoins d'une évaluation à domicile et d'un accompagnement pluri professionnel jusqu'aux soins ou déclenchement des mesures nécessaires à l'autonomie (MDPH, aide à domicile.)
- Problématique liée à la temporalité de l'accès aux soins, et l'encombrement des structures de soins, elle pourrait également découler d'une certaine méconnaissance des acteurs entre eux, et /ou défaut d'anticipation réciproque.
- Besoin identifié par les professionnels, les familles et patients pour se retrouver dans l'offre de prise en charge, sanitaire, médico-sociale, associative
- Problématique identifiée d'hospitalisation sans consentement – « hospitalisation tranquillité publique », besoin de professionnels mobilisables en amont et selon un autre périmètre d'intervention pour rechercher l'accès aux soins des personnes
- Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- Besoin de coordination en sortie d'hospitalisation – sortie non préparée
Catastrophique pour les personnes et les structures
- Besoins de ressources à destination des patients, professionnels, familles,
- Besoin d'une évaluation médicale dans le parcours de l'hébergement – logement au service du parcours de vie des personnes et d'une insertion en logement (adéquation idoine besoins de la personne-offres) secteur AHI
- Problématique identifiée pour les médecins généralistes, besoin pour la patientèle dans le champ des addictions – orientation – coordination acteurs
- Problématique identifiée pour les médecins généralistes difficultés dans l'orientation des patients psy et besoin d'un soutien clinique dans l'évaluation ou l'orientation des patients

- Manque d'informations et d'interconnaissance des acteurs, et des projets conduisant parfois à un défaut de mobilisation des partenaires
- Besoins de clarifier les structures et acteurs du champ de la santé mentale notamment auprès des patients et des familles,
- Besoins d'une ressource unique/ acteur unique santé mentale identifiée
- Personnes handicapées psychiques vieillissantes
 - Vieillesse des personnes handicapées psychiques en structure logement, problème d'encombrement faute de solutions post-structure, problème d'accompagnement par les professionnels dû à la spécificité de la prise en charge ou mixité des publics, problématique de l'autonomie en logement après 62 ans des personnes handicapées psychiques vieillissantes
 - Problématique des personnes handicapées psy vieillissantes à l'âge de départ en retraite- rupture d'activité et perte de lien social.

SITUATIONS INADEQUATES

Prise en charge somatique des personnes

- Problématique de prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité. Les MG ne pouvant/souhaitant assurer l'accompagnement somatique complexe ou chronophage de patients souvent « bruyants » (addictions) , du temps à consacrer à la recherche de solutions faute de soutien « orientation » (ex de 3 à 4 appels au sein des structures avant de trouver la bonne institution/interlocuteur ...)

Logement et insertion des personnes souffrant de troubles psychiques

- Manque de passerelles ou de fluidité des dispositifs permettant un parcours d'insertion en emploi ou en logement (difficultés liées à la temporalité des orientations PH, variabilité des troubles, attente dans les dispositifs ESAT-SAMSAH- LGT)
- Problématique identifiée sur le temps de travail des personnes avec orientation ESAT conduisant parfois à la rupture du soin, et / ou activités pourtant encore nécessaires dans le processus de stabilisation ou rétablissement
- Problématique de suivi ou d'alerte des personnes sorties de dispositifs d'insertion ou d'hébergement logement – crainte de précarisation, rupture de tous liens sociaux
- Impossible orientation en logement des personnes souffrant de troubles psychiques et d'addictions
- Manque d'actions de lutte contre la stigmatisation, cultures loisirs permettant de renforcer à leur demande leur sentiment d'utilité sociale des personnes concernées

3.1.4. Personnes âgées

ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- Entrée en EHPAD de personnes âgées avec des troubles non équilibrés
- Entrée en EHPAD de patients présentant des addictions, des troubles psychotiques, ou des formes sévères de troubles cognitifs.
- Les équipes des établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont formées en gériatrie mais rarement en géronto-psychiatrie. Ceci complique la prise en charge, la méconnaissance alimente les a priori et les craintes des personnels vis-à-vis des patients des patients atteints de troubles psychiatriques. Les équipes peuvent être en souffrance, et ressentir violence et agressivité qui n'en sont pas, mais sont liées aux troubles psychiatriques des patients.
- Les EHPAD expriment un besoin général de coordination avec les établissements sanitaires et les médecins qui suivent les patients. Cette coordination est notamment intéressante dans les situations de sorties de personnes âgées des établissements sanitaires psychiatriques où la prise en charge est parfaitement adaptée, et de retour dans les établissements pour personnes âgées où les moyens et les compétences des personnels ne sont pas les mêmes. Le suivi ne peut donc pas être assuré dans les mêmes conditions. Les situations équilibrées en service sanitaire deviennent compliquées au retour en établissement.
- Accès au diagnostic et continuité dans les soins.
- Les médecins expriment des difficultés :
 - pour faire hospitaliser leurs patients (« frontières » de la sectorisation de la psychiatrie)

- pour avoir une lisibilité sur les établissements qui peuvent et acceptent d'accueillir des personnes âgées présentant des troubles psychotiques.
- L'offre est jugée insuffisante sur certains secteurs (nombre de psychiatres et de gériopsychiatres) notamment sur le secteur du sud Côte d'Or. Iniquité des réponses apportées qui relèverait de la sectorisation : réponses généralistes mais pas toujours spécifiques par public. Cette carence est relevée en particulier pour les secteurs nord et sud Côte d'Or en forte demande de réponse en matière d'offre de soins psychiatriques pour les troubles chroniques.
- Les difficultés sont principalement identifiées en dehors de l'agglomération dijonnaise : différences de prises en charge de la santé mentale des personnes âgées selon les territoires de Côte d'Or. La plupart concernent à la fois les publics âgés à domicile et les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- Constat d'absence de dispositifs organisés sur certains territoires même proches de Dijon (Talent, Messigny-et-Vantoux : peu de réponses Chartreuse ou CHU hors patients déjà suivis). Besoin de mise en oeuvre de dispositifs minimum sur chaque territoire, organisés et formalisés incluant par exemple : infirmiers de coordination, n° de téléphones de psychiatres. Dans ces territoires, les réponses apportées sont seulement ponctuelles, sans réelle coordination ni fluidité du parcours.
- Les publics accueillis en EHPAD évoluent ainsi que les pathologies et suivis nécessaires pour les personnes âgées à domicile. Ceci appelle des moyens supplémentaires et des compétences et une organisation adaptée pour apporter des réponses de prise en charge.
- La prise en charge à domicile est insuffisante.
- Besoin de bénéficier d'une meilleure connaissance des dispositifs, réponses et des contacts existants ; valoriser les dispositifs de coordination existants (CPTS, PTA, MAIA, etc.) dans ce cadre (lieux de coordination infra départemental).

SITUATIONS INADEQUATES

- Le vieillissement des patients atteints de troubles psychiatriques
- Les troubles psychiatriques qui se révèlent chez des personnes âgées
- Les troubles du comportement chez les personnes âgées
- Les publics plus jeunes issus des FAM
- Différences constatées de prises en charge de la santé mentale des personnes âgées selon les territoires de Côte d'Or
- Besoin de prise en charge pour les personnes handicapées vieillissantes
- La prise en charge à domicile des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale est insuffisante : les médecins généralistes sont souvent sollicités dans ce cadre, demandant un étayage particulier qu'ils peuvent solliciter.

3.2. Les transitions entre tranches d'âge

3.2.1. Transition enfance-adolescence

L'enjeu réside dans le repérage précoce des signes avant-coureurs de mal être chez l'enfant, basé sur des indicateurs partagés entre professionnels. Ce repérage vise à favoriser l'accompagnement du jeune au plus tôt dans le passage vers l'adolescence.

Il s'agit en outre de prévenir le risque suicidaire chez l'enfant.

3.2.2. Les 16-20 ans

On constate dans cette tranche d'âge un enjeu triple :

- Le risque de décrochage scolaire et de déscolarisation (à partir de 16 ans) qui induit un second risque de perte de contact avec le jeune, aggravé par des situations de précarité qui peuvent se développer ou des situations d'addiction ;
- Le repérage des signes ou des troubles, notamment le repérage précoce des troubles psychotiques ;
- L'organisation à consolider entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, pour faciliter les relais de prise en charge et l'adhésion du jeune dans la poursuite de ses soins.

Le risque suicidaire est accentué pour cette population, et une vigilance particulière doit être apportée dans ce cadre sur le repérage.

3.2.3. Personnes handicapées vieillissantes

L'accompagnement des personnes handicapées et leur prise en charge adaptée se traduit par une durée de vie plus longue, mais aussi un vieillissement plus marqué. Ainsi les personnes handicapées vieillissantes peuvent rencontrer dès 50 ans des difficultés dans leurs activités quotidiennes (notamment professionnelles). Peu d'orientations sont aujourd'hui adaptées. La transition vers un EHPAD peut être compliquée au vu de la différence d'âge et de vie avec les résidents habituels de ces établissements, dont la moyenne d'âge dépasse les 80 ans. Le décloisonnement est nécessaire. L'enjeu réside dans l'étayage amont et aval en faisant le lien avec le service ou l'établissement d'origine, en prévoyant un accompagnement adapté permettant le bien vivre et en s'appuyant sur des professionnels en nombre suffisant. Plusieurs actions facilitent l'inclusion :

- Former, accompagner, soutenir les équipes, qui doivent être constituées de personnel qualifié (AMP, AES-ME) ;
- Développer au sein de l'EHPAD un réseau médical, paramédical, éducatif, avec les personnes ressources que sont les médecins coordonnateurs, les infirmières coordinatrices, les USP, les médecins psychiatres, les psychologues ;
- Développer des logiques d'activités partagées.

Les publics plus jeunes issus des foyers d'accueils médicalisés (FAM) rencontrent aussi cette problématique d'une orientation vers un dispositif adapté quand ils vieillissent, avec une nécessaire prise en compte de leurs difficultés, de leur âge et en stimulant leurs capacités résiduelles par un accompagnement adapté.

3.3. Les situations spécifiques

3.3.1. Les enfants en situation de placement par l'aide sociale à l'enfance

Beaucoup d'enfants en situation de placement ont besoin d'un soutien psychologique ou psychiatrique. Les services de l'aide sociale à l'enfance et les services psychiatriques travaillent ainsi déjà de manière coordonnée pour ces suivis.

Néanmoins, compte-tenu de l'intervention de différents acteurs auprès de ces publics, une plus forte articulation pourra être recherchée, notamment avec la justice.

3.3.2. Les jeunes adultes à risque de précarisation

Cette problématique fait écho à la problématique de la transition des jeunes adultes âgés de 16 à 20 ans.

Ainsi, le repérage, la réinsertion et la réhabilitation pour tous les jeunes ayant des troubles psychiques débutants (addictions, dépressions, troubles psychotiques, ...) sont les enjeux majeurs à poursuivre pour ce public, en lien avec les risques d'addictions, de dépression, et l'apparition des premiers troubles psychotiques chez le jeune adulte.

3.3.3. Les adultes en situation de précarité

La question de l'accompagnement à l'hébergement est identifiée comme majeure pour ce public, et passe notamment par un soutien auprès des équipes de professionnels prenant en charge les personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiques.

3.3.4. Les mineurs et majeurs sous main de justice

L'enjeu est d'offrir une prise en charge, dans des délais courts pour accompagner les jeunes dès leur prise en charge par la PJJ.

Constats :

- Défaut de prise en charge des mineurs placés sous main de justice en établissement d'hébergement : leur présence est de 6 mois en moyenne, ce qui demande une prise en charge rapide pour leur santé mentale.
- En CHRS les délais d'hébergement sont trop importants et dans l'attente se multiplient les problèmes d'addiction, de violence, de détresse. Le SPIP souhaite travailler avec les acteurs du soin, pour savoir qui contacter et quelle prise en charge peut être envisagée. En effet, ces publics peuvent cumuler différentes problématiques et présentent souvent une grande fragilité avec des problèmes de santé mentale.

Actions proposées :

- Structurer la réponse aux besoins entre les différents acteurs, en lien avec la Direction territoriale de la PJJ 21-71.
 - Clarifier le parcours du mineur sous main de justice
 - Selon les besoins spécifiques des mineurs placés sous main de justice en milieu ouvert ou en hébergement.
 - Dans le cadre de la stratégie sanitaire de prise en charge des personnes placées sous main de justice.

A noter que le SPIP propose déjà des stages croisés et des échanges avec les partenaires qu'il conviendra de favoriser.

3.3.5. Les personnes en situation d'addiction

Cette problématique intimement liée à celle de la santé mentale devra être abordée de manière transversale sur les publics adolescents et adultes, à la fois sur la prévention et sur la prise en charge. Cette réflexion devra notamment s'appuyer sur les travaux de la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) d'addictologie en cours de structuration sur le territoire du GHT 21-52. Les idées émergentes et actions à valeur ajoutée dans le cadre d'une mise en œuvre collective pourront être identifiées, voire coordonnées dans le cadre du PTSM.

3.3.6. Les personnes présentant un risque de radicalisation

Un dispositif de prévention de la radicalisation a été mis en place en Côte-d'Or, piloté par la Préfecture. Un référent radicalisation a également été identifié à l'Agence Régionale de Santé en Côte d'Or.

Une soixantaine de personnes seraient concernées en Côte d'Or, dont 20 personnes qui pourraient relever d'un suivi psychiatrique et 10 personnes qui ne sont dans aucun parcours de soins.

Dans le cadre du dispositif de prévention, les problématiques suivantes ont été identifiées :

- Pas d'expert psychiatrique dans le dispositif : besoin de lien et de coordination avec toutes les structures sanitaires et sociales pour comprendre le parcours de ces personnes ;
- En cas de crise, les personnes sont hospitalisées mais ressortent rapidement après la mise en place du traitement ;
- Personnes sans parcours de soins, sans traitements, soit par refus, soit non connus des services sanitaires ou sociaux : comment « aller vers » ? ;
- Peu de relais post carcéral ;
- Vigilance à observer quant à la stigmatisation de ces personnes et au secret médical.

Ces observations rejoignent des enjeux mis en évidence par le PTSM, notamment sur la coordination et l'échange d'informations. Les futures actions du PTSM dans ce sens devront répondre aussi aux enjeux identifiés concernant ce public.

Dans cette prise en charge spécifique seront aussi étudiées les modalités de prévention et d'évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents à risque de radicalisation.

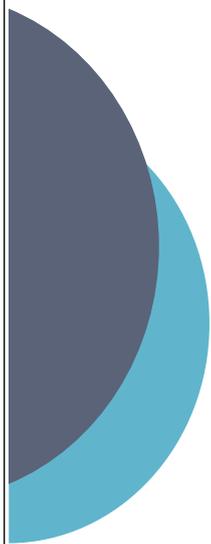
3.3.7. Les professionnels de la santé mentale

Les études montrent un taux de suicide deux fois plus élevé que la moyenne parmi les professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale. Une réflexion pourra être conduite dans le cadre du projet sur l'accompagnement de ces publics. Les actions transversales du PTSM visent également à lever l'isolement de ces professionnels et à partager les pratiques.

3.3.8. Autres publics spécifiques

D'autres besoins spécifiques ont été repérés au cours des échanges dans la démarche PTSM, concernant différents publics : les mineurs non accompagnés, les demandeurs d'asile et migrants (notamment avec la difficulté de la barrière de la langue et la nécessité d'interprétariat), ou encore les victimes de traumatisme psychologique nécessitant un accompagnement.

L'évaluation de la prise en charge en santé mentale de ces besoins n'a pas été approfondie, mais des travaux sur ces sujets pourraient être engagés dans le cadre des actions du PTSM de Côte d'Or.



PARTIE 4

LE PROGRAMME D' ACTIONS

PARTIE 4. LE PROGRAMME D' ACTIONS

4.1. Les actions transversales prioritaires

Ces actions transversales regroupent des enjeux identifiés par les quatre groupes de travail et mises en évidence comme étant prioritaires et comme un pré-requis à la réalisation d'autres actions plus ciblées par types de publics.

Elles sont mobilisatrices pour associer les acteurs autour de la problématique de la santé mentale.

- **Fiche action n°1** : Favoriser l'interconnaissance des acteurs autour des dispositifs existants
- **Fiche action n°2** : Développer un plan de formation à destination de tous les acteurs intervenant auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale
- **Fiche action n°3** : Proposer une coordination des acteurs
- **Fiche action n°4** : Développer la co-intervention

Fiche action n°1

Favoriser l'interconnaissance des acteurs autour des dispositifs existants

CONSTATS

Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Un préalable à une meilleure coordination • Avoir une meilleure lisibilité de l'offre de prévention et de prise en charge sanitaire, sociale, médicosociale • Construire des ressources accessibles pour tous • Favoriser l'interconnaissance des acteurs autour des dispositifs existants • Améliorer les prises en charge, mieux orienter les personnes vers les professionnels compétents, faciliter les interventions les plus précoces possibles • Un besoin qui émane d'une grande pluralité d'acteurs qui répondent dans des domaines d'actions très différents, et une demande exprimée pour une meilleure connaissance de l'offre • Un prérequis pour donner de la visibilité à la santé mentale, mieux communiquer et progressivement ouvrir cette communication au grand public. • Coordonner l'information via des documents partagés, annuaire et/ou plateforme numérique
Etat des lieux territorial	<ul style="list-style-type: none"> • Qui répond actuellement à la demande ? ARS-BFC, CD 21, CLS, CREMHPsy, CREA • Quelles structures, compétences ? Chaque structure gère sa communication, ses événements, relayés par de multiples sites internet, annuaires, diagnostics, plaquettes, etc. • Carences observées au niveau local ? Pas de lieux d'information coordonnée au niveau départemental, un accès trop difficile aux structures (référénts)

LE PROJET :

FAVORISER L'INTERCONNAISSANCE DES ACTEURS AUTOUR DES DISPOSITIFS EXISTANTS

Objectifs opérationnels	<p><u>ACTION 1</u> : Organiser un forum annuel des professionnels de la santé mentale – choix thématique, actualités, présentation des dispositifs en lien avec la santé mentale</p> <p><u>ACTION 2</u> : Coordonner l'information via des documents partagés, annuaire et/ou plateforme numérique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annuaire numérique détaillé des structures avec : <ul style="list-style-type: none"> - indication d'un référent dans chaque structure - plusieurs entrées possibles en fonction du besoin : par lieu d'habitation, âge, difficulté repérée • Cartographier les dispositifs et structures de prévention et de prise en charge <p><u>ACTION 3</u> : Rencontres, échanges entre professionnels avec des choix thématiques concertés entre tous</p>
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents, adultes, personnes âgées • Professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, acteurs du parcours de vie • Ouverture vers le grand public dans un deuxième temps

FAISABILITÉ

Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler sur des outils lisibles de l'offre via un outil numérique hébergé par un site préexistant : ARS, CD21 ? • Rencontres, échanges, forums : reconduire les actions sur 5 ans à dates fixes pour pérenniser les échanges • Faire des journées d'échange ou de forum une action des plans de formation
------------------------------------	--

Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des acteurs • Nécessité de mise à jour régulière d'un outil numérique • Veiller à la possibilité pour les secteurs ruraux d'y participer : changer les lieux
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques, logistiques, numériques et humains : à évaluer • Financement logistique
MISE EN ŒUVRE	
Territorialisation éventuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Département • Secteurs de psychiatrie • CLS • CPTS
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Porteur de l'action : <ul style="list-style-type: none"> ○ Future plateforme territoriale de santé mentale ? ○ CReMHPSy ? • Acteurs à mobiliser : secteur social, médico-social, sanitaire, associations de familles et usagers • Prévoir des réunions locales à l'échelle des CPTS
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.)	<p>Schéma Régional de Santé : 10/2017 : mobiliser l'ensemble des acteurs pour une continuité de prise en charge : identification et évaluation, dans chaque territoire, de structures graduées de soins</p> <p>CLS : Fiches actions liées à la coordination, l'interconnaissance et les réseaux de professionnels identifiées</p>
Expériences et ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Forum des professionnels de l'adolescence porté par l'Adosphère : s'appuyer sur cette expérience • CREAL : journées thématiques dont "le handicap psychique" • Formations « regards croisés » en lien avec l'IREPS • « MDPH pour les nuls » : ½ journée à destination des professionnels (présentation et ateliers thématiques) • Stages croisés existants entre quelques structures
Proposition de calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • A prioriser dans le cadre de la plateforme territoriale santé mentale (action transversale) • Début de mise en œuvre 1er semestre 2019

Fiche action n°2

Développer un plan de formation à destination de tous les acteurs intervenants auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale

CONSTATS

Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Remédier à la connaissance insuffisante des troubles de la santé mentale par les professionnels en contact avec les personnes présentant des troubles de santé mentale, entraînant des a priori et des craintes parmi les équipes professionnelles en établissement et à domicile • Déstigmatiser les problématiques liées aux troubles psychiques, travailler autour des représentations sur la santé mentale • Appuyer les professionnels en difficulté dans le relationnel avec les personnes accueillies et dans la prise en charge des troubles psychiques, induisant de la souffrance au travail • Créer les conditions favorables à un accueil adapté, dans un objectif de prévention des risques et des crises • Créer du lien intra et inter-établissement, favoriser le travail partenarial sur le territoire. Développer l'interconnaissance des acteurs travaillant auprès des personnes rencontrant des problématiques de santé mentale • Créer un socle de connaissances commun et une culture commune • Favoriser et faciliter la prise en charge des personnes présentant des troubles de santé mentale dans tous les établissements et services • Fluidifier le parcours des personnes et favoriser leur orientation
Etat des lieux territorial	<ul style="list-style-type: none"> • Qui répond actuellement à la demande ? CH La Chartreuse, IRTESS, CREAL, FEGAPEI, Santé Mentale France, UNAFAM, MAIS, CNFPT, FAS, IREPS..... • Quelles structures, compétences ? Chaque structure gère ses formations, fait appel à des prestataires • Carences observées au niveau local ? Pas d'information ou de formations coordonnées au niveau départemental • Pour les personnes âgées, formations et compétences développées surtout sur les troubles cognitifs, dont maladie d'Alzheimer et troubles apparentés

LE PROJET :

DEVELOPPER UN PLAN DE FORMATION A DESTINATION DE TOUS LES ACTEURS INTERVENANT AUPRES DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES DE SANTE MENTALE

Objectifs	<p><u>ACTION 1 : proposer une offre de formation sur les troubles psychiques pour les professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Répertorier les offres de formation existantes sur le département ou la région • Construire un schéma de formation, une offre de formation cohérente, • Définir ce qu'il faut pour chaque niveau de professionnels • Porter l'idée que les cadres doivent réfléchir à l'évolution de l'institution : soit donner des éléments préalables de la crise aux professionnels ou donner des pistes d'organisation de l'institution aux cadres pour éviter la crise ? Besoin de réponse institutionnelle • Proposer des formations croisées, trans-OPCA <p><u>ACTION 2 : Favoriser l'organisation de stages croisés (mini stages d'immersion) entre les structures</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une convention cadrant l'organisation de ces journées d'immersion • Faciliter les contacts entre les différents services • Identifier le sens et les objectifs de ces échanges • Formaliser un questionnaire d'évaluation
------------------	---

	ACTION 3 : Développer l'échange de pratiques au sein des équipes professionnelles pour faire acquérir des automatismes, lever les craintes et soutenir les équipes
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels sanitaire, sociaux, médico-sociaux, libéraux, associations, bénévoles.....
FAISABILITÉ	
Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser et évaluer les formations portées par les différents opérateurs sur ces sujets • Elargir l'offre de formation le cas échéant en favorisant l'approche inter structures
Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les personnels doivent être concernés, cadres, travailleurs sociaux, personnels d'accueil, secrétaires, soignants, agents d'entretien.... • Les formations courtes et ponctuelles doivent être répétées, et doivent être accompagnées d'analyse de la pratique, notamment pour les personnels les plus exposés
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Financement des actions de formations et d'échanges de pratiques (moyens techniques, logistiques, humains) par des moyens existants ou nouveaux à définir
MISE EN ŒUVRE	
Territorialisation éventuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Les actions de formations seront construites et réalisées avec les établissements volontaires. • Une attention particulière devra être apportée pour proposer des conditions de formation adaptées pour les établissements et pour les services intervenant au domicile. • La couverture territoriale devra progressivement être étendue à tout le département.
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Plateforme Territoriale de santé mentale • CHU, UFR santé • Services formation des structures sanitaires et médico-sociales
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • SRS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Accroître les compétences des professionnels des champs sanitaire, social et médicosocial ○ Formation et accompagnement des médecins généralistes au diagnostic précoce de la dépression de la personne âgée • Parcours Psychiatrie Santé mentale : centre ressource régional en psychiatrie de la personne âgée • Schéma départemental Enfance Famille : Axe 1 : continuité des parcours, prévention : développer la formation et l'information en continu des professionnels • GHT 21-52 : réouverture du DIU de psychiatrie de la personne âgée • CLS : développer la formation auprès des acteurs de terrain, pour les professionnels du secteur social et sanitaire
Expériences et ressources	<ul style="list-style-type: none"> • S'inspirer des pratiques des établissements ayant développé les compétences et les procédures pour l'accueil des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale. • Le CREHPSY Nord Pas de Calais, en tant que centre de formation, a construit une offre de formation spécialisée et centralisée pour les professionnels du social et du sanitaire
Proposition de calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • 1er semestre 2019 : à prioriser car actions très demandées par tous les acteurs

Fiche action n°3

Proposer une coordination des acteurs

LES CONSTATS

Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le lien entre les structures pour des orientations pour éviter les ruptures de prise en charge • Réfléchir à l'assouplissement des dispositifs (double prise en charge ponctuelle par les financeurs pour faciliter le relais entre les structures) • Travailler sur les processus pré et post prise en charge entre les structures notamment les sorties d'hospitalisations, temporalité de soins et articulation des filières amont-aval, synchroniser les prises en charges • S'inscrire dans une dynamique d'échange, partage d'informations, avoir un langage commun • Institutionnaliser des modalités de collaboration • Mettre en œuvre une réponse adaptée pour tous
Etat des lieux territorial	<p>Qui répond actuellement à la demande ? Suivi des patients, parcours individuel</p> <p>Quelles structures, compétences ? Un frein : la confidentialité des données</p> <p>Carences observées au niveau local ? Absence de liaison des systèmes d'informations</p>

LE PROJET : PROPOSER UNE COORDINATION DES ACTEURS

Objectifs opérationnels	<p>ACTION 1 : Etablir des groupes de travail, des espaces interprofessionnels de rencontre pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un référentiel linguistique commun autour des problèmes de santé mentale et des comportements pour partager avec les acteurs • Identifier des référents de parcours santé pour articuler la prise en charge des personnes • Créer des outils communs de transmission des informations permettant l'adressage entre les structures. <p>ACTION 2 : Systématiser des synthèses élargies pour créer les passerelles amont-aval en s'appuyant sur la MDPH et les GOS dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous. Coordonner l'action autour d'un outil : le projet de vie, projet individualisé d'accompagnement</p> <p>ACTION 3 : Réfléchir à la mise en place d'un dossier numérique pour partager des données : dossier numérique partagé avec des niveaux d'accès différents (projet à long terme et pose la question du secret professionnel) – à articuler avec les bases de données et systèmes d'informations existants (DMP, eTICSS, ViaTrajectoires, système d'informations MDPH)</p>
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents, adultes • Professionnels concernés : professionnels sanitaire, sociaux, médico-sociaux, libéraux, associations, bénévoles

FAISABILITÉ

Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des actions communes et des formations • Simplification des procédures • Systèmes d'information partagés • Participation des usagers
Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Confidentialité des données • Mobilisation des acteurs • Valorisation du temps de coordination
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Financement logistique

MISE EN OEUVRE

Territorialisation éventuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination départementale pour le partage des outils ou infra départementale (secteurs psychiatriques ou CLS) pour la mise en œuvre opérationnelle de la coordination des acteurs • Prévoir des réunions locales à l'échelle des CPTS
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Plateforme Territoriale de Santé Mentale comme espace interprofessionnel de rencontres, d'échanges d'information et de projets • CLS • Secteurs de psychiatrie pour la connaissance des dispositifs de soins, structures, référents • Médecine libérale • CPTS • L'ensemble des partenaires
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.)	<p>CLS : renforcer les modalités de coordination des acteurs de la santé mentale (Auxois Morvan, Val de Saône Vingeanne, Pays Beaunois, Seine et Tilles, Dijon Métropole)</p> <p>CD21 : 2016-2018 <u>favoriser la continuité des parcours des enfants</u> : animer et faire vivre un réseau d'acteurs de prévention. Associer les services associatifs de la protection de l'enfance et des structures d'accueil de la parentalité (Amarine...)</p> <p>ARS-Schéma Régional de Santé : 10/2017 <u>favoriser les articulations entre les dispositifs</u> de prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale, scolaire, judiciaire pour anticiper les situations de crise et assurer la continuité des parcours <u>Création d'équipes médico-psycho-sociales de liaison</u></p> <p>ARS Parcours SM : orientations 2018 <u>Développer le travail de réseau</u> et soutien aux staffs médico-psychologiques, aux équipes en maternité et en PMI</p> <p>GHT : Engager une réflexion pour la coordination avec les médecins généralistes (consultations avancées, antenne MSP, télémédecine, courriers de sorties, formations, ...) Tous secteurs [2018-2019]</p>
Expériences et ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Charte sous l'égide de la DGCS définissant les modalités d'accès à un secret partagé • MDPH : synthèses en GOS à la demande des partenaires • Document individuel de prise en charge (DIPC) • Dossier numériques partagés entre services au sein d'une même institution: à la DSDEN (Esculape), au CH La Chartreuse (Hôpital Manager).....
Proposition de calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • A prioriser dans le cadre de la plateforme territoriale santé mentale (action transversale) • Début de mise en œuvre 1er semestre 2019

Fiche action n°4

Développer la co-intervention

CONSTATS

Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none"> ● Un besoin de flexibilité dans les organisations et les parcours : faire du lien face au morcellement de certains fonctionnements psychiques des personnes suivies. ● Une définition de la co-intervention à partager : <ul style="list-style-type: none"> ○ Interventions communes pour une situation donnée ? ○ Dispositifs gérés en commun ? ○ Partenariat inter structures ? ● Développer des dispositifs dans l'intention « d'aller vers », ● Décloisonner le sanitaire et le médico-social ● Soutenir le développement des structures psychiatriques alternatives à l'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des délais d'attente qui impactent la qualité des prises en charge de patients chroniques; d'où la nécessité de trouver des relais avec les partenaires et non pas nécessairement de recréer des structures. ○ Une demande émergente et des problématiques spécifiques aux personnes vieillissantes dont il faut s'emparer. ○ Nécessité de trouver des pistes pour aider la transition en cours dans les secteurs de psychiatrie ● Enjeu fort de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Modéliser des organisations concertées qui permettent d'anticiper les solutions de sortie dès l'entrée. ○ Déployer des outils qui permettent de travailler sur les ressources de la personne, le statut d'une personne doit pouvoir évoluer pour promouvoir son rétablissement
--------------------------	---

LE PROJET : DEVELOPPER LA CO-INTERVENTION

Objectifs opérationnels	<p>ACTION 1 : Porter une charte d'engagement des acteurs pour porter le principe de co-intervention et sa mise en œuvre sur le terrain</p> <p>ACTION 2 : envisager des partenariats inter-structures ou des dispositifs multidisciplinaires (autour de plusieurs compétences complémentaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Première action possible : identifier des critères communs d'admission et de sortie dans les structures sanitaires : CMP CATTTP... ○ Domaines d'application identifiés: logement, urgence, addictions, emploi.
Public cible	<p>Profils de patients : enfants, adolescents, adultes et personnes âgées</p> <p>Professionnels concernés : tous professionnels intervenant dans le parcours de vie de la personne</p>

FAISABILITÉ

Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ● Permettre aux acteurs d'être créatifs, répondre aux situations singulières (personnalisation) ● Charte d'engagement des acteurs ● Sortir de la rigidité administrative ● Décloisonner les indications de prise en charge, faire évoluer les statuts de manière plus flexibles (des plans d'actions transversaux à envisager, comme la confidentialité et le partage des informations par exemple)
------------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance des temps de co-intervention • Interconnaissance pour favoriser le travail en équipes mixtes, formations communes et coordination des acteurs (fiches action 1, 2 et 3) • Action qui renvoie nécessairement à la perception des acteurs et de la société ; il faut porter ce message sur le territoire • Modalités définies pour le secret partagé • S'appuyer sur l'expérience des acteurs pour une montée en compétences des professionnels en accompagnement thérapeutique spécialisé au sein des dispositifs généralistes
Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer l'intervention de chacun dans le dispositif
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des acteurs en connaissance de cause • Entrer dans une démarche d'évaluation lisible
MISE EN OEUVRE	
Territorialisation éventuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître le niveau du territoire de santé au sens des CLS pour la mise en œuvre
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser/	<ul style="list-style-type: none"> • CLS • (CMP/CATTP/HDJ) jouent un rôle dans la prévention et l'orientation, des lieux très investis et non stigmatisant.
Projets liés à l'action: Parcours, GHT, CD, CLS, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Territoire MÉTROPOLE - Fiche Contrat Local de Santé Unité intervention à domicile – Équipe mobile pluri professionnelle sanitaire, sociale et éducative visant à l'évaluation, l'accompagnement, et l'orientation via le domicile, mobilisable par tous acteurs familles, travailleurs sociaux ... ETUDE 2018 • Projet « Un chez-soi d'abord », qui vise à répondre à la problématique du logement accompagné sur le territoire de Dijon Métropole (appel à projet national ARS/DDCS)
Expériences et ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Un levier : Réponse accompagnée pour tous (RAPT) • S'inspirer des expériences nationales de SAVS spécialisés psy, SSIAD avec présence psy, IDE coordonnateurs psy, CAARUD, ... • SAMSAH le Trait d'Union qui révèle des espaces possibles de co-intervention. • Projet ICARE/UNIDOM, avec un financement fondation de France, du temps de partenariat • Collaboration avec l'éducation nationale, actions de prévention et formations professeurs (addictologie) – [interventions en addictologie à lier à la prise en charge des adolescents] • Accès aux soins médicaux (intervention éducateur / soignant), cf. référent de parcours pour préserver l'alliance avec la personne • Exemple en Normandie de coordination autour des situations d'urgences • Exemple de la coordination au niveau des donneurs d'organes (la coordination pourrait prendre cette forme d'une personne qui connaisse le réseau). • Les GEM (les intégrer dans les trajectoires des patients)
Proposition de calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • A définir.

4.2. Les pistes d'actions par segment d'âge

Les groupes de travail ont mis en lumière plusieurs pistes d'actions plus spécifiques aux segments d'âges concernés.

Ces pistes d'actions ont vocation à répondre à des besoins et des difficultés rencontrés et exprimés par les professionnels ayant participé aux réunions. La poursuite de la réflexion autour de ces actions nécessite une analyse fine des dispositifs existants qui répondraient en tout ou partie aux mêmes besoins.

L'enjeu sera d'étudier dans un premier temps les possibilités de valorisation voire de renfort de ces dispositifs, avant d'imaginer des actions complémentaires.

Les axes de travail relatifs aux transitions entre les segments d'âges ainsi que la question des publics spécifiques devront également être réinterrogés dans le cadre de la plateforme et de son futur comité de pilotage.

- **Fiche action n° 5** : Soutenir la parentalité/prévention/détection précoce
- **Fiche action n°6** : Adolescent : Mettre en œuvre des actions de prévention dans les dispositifs de droit commun
- **Fiche action n°7** : Adolescent : Définir des actions de coordination des situations complexes
- **Fiche action n°8** : Adultes : Organiser la prévention et la gestion de la crise
- **Fiche action n°9** : Personnes âgées : Organiser une astreinte téléphonique de psychiatres
- **Fiche action n°10** : Personnes âgées : Organiser une offre de dispositifs d'apaisement

Périnatalité-enfant

Soutenir la parentalité/prévention/détection précoce

LE PROJET

<p>Enjeux et besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enjeux importants pour les 0 à 3 ans pour le bon équilibre psychique de l'enfant • Agir sur la prévention primaire et le repérage • Soutenir la parentalité dès la maternité • Proposer un repérage le plus tôt possible : 0 à 3 ans en crèche, RAM : Relai Assistante Maternelle, PMI, assistantes maternelles... (quel pourcentage d'enfants de 0 à 3 ans gardés en dehors de la famille ?) • Accompagner les parents, leur donner des informations • Renvoi au rapport PIVETEAU et à la notion de parcours sans rupture entre les différents acteurs • Travailler sur la place des parents et leur responsabilisation (principe d'alliance et non de substitution) • Soutenir les parents, leur donner un lieu d'écoute et de soutien • Prise en charge précoce des pathologies maternelles de la période pré natale et post natale immédiate • Permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de mal-être ou de souffrance des enfants et/ou des parents, et aider ces personnels à faire face à ces situations • Repérer en amont pour éviter le recours à des dispositifs lourds
<p>Etat des lieux territorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unité père mère bébé du service de pédopsychiatrie du CH la Chartreuse • CAMSP, PEP21 et Acodège sur le département (projets de développement) : information, accompagnement précoce jeunes parents (satisfait partiellement aux objectifs car les moyens sont limités dans un ensemble d'objectifs et de missions des CAMSP) • Actions PMI : dont proposition de visite à domicile par une puéricultrice pour tous les enfants 1ers nés en Côte d'Or • Consultations de pédiatrie, depuis début janvier à Beaune par le Dr MASSABIE (détachement Adosphère, environ 2 jours / semaine) • Réseau Périnatal de Bourgogne • Lieux de repérage et d'accompagnement : ne sont pas assez développés sur le département, ne sont pas suffisants eu égard aux besoins (La Cadole, l'Amarine, P'tit Bleu P'tit Jaune, Les p'tites Pousses)
<p>Objectifs opérationnels</p>	<p><u>ACTION 1</u> : Créer un réseau social numérique des parents, forums arbitrés et/ou un PASS santé jeunes 0 à 8 ans : rubrique jeunes parents et jeunes enfants</p> <p><u>ACTION 2</u> : Systématiser et soutenir la mise en place des bilans de santé du jeune à des moments clés du parcours de vie (via école, MG, PMI ...) : utiliser les bilans de santé PMI et Education Nationale (attention pas dans les écoles privées non conventionnées, peu dans les écoles privées conventionnées, pas si instruction à domicile) pour intégrer et analyser les difficultés de communication, d'apprentissage, etc. pouvant amener des « repérages » de santé mentale</p> <p><u>ACTION 3</u> : Réfléchir à une « parentosphère »</p> <p><u>ACTION 4</u> : Coordination avec les médecins généralistes via bulletin du Conseil de l'Ordre, l'université, sur les lieux de formation continue des médecins, dans les maisons de santé</p>
<p>Public cible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention primaire pour tous les parents (au sens large) dont parents en périnatalité • Enfants 0-3 ans (au sens large) • Parents présentant des troubles de santé mentale : faire le lien avec le groupe adulte

Existe-t-il des actions innovantes dans le domaine ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les CAMSP PEP21 ont déployé des équipes mobiles, travaillent à la demande des équipes du CHU auprès des jeunes mamans + information + appui des professionnels. Organisation hebdomadaire sur le Grand DIJON : pourrait se déployer géographiquement. • Co-intervention des acteurs : consultations conjointes entre CAMSP et PMI • « Parentosphère » à Angers
FAISABILITE	
Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Aller au plus près des populations (dont populations isolées socialement et géographiquement) avec les moyens adéquats • Repérage précoce – travail en lien avec les libéraux, la PMI, les dispositifs internes à la DSDEN, les CAMSP.... (prévention prénatale : importance notamment des médecins traitants, sages-femmes, PMI) • Travail avec crèches, assistantes maternelles, RAM... • Tenir compte de la temporalité des enfants et des parents • Ne pas se focaliser sur le diagnostic : avoir les moyens d'intervenir sur les « symptômes » repérés même quand un diagnostic n'est pas posé, orienter dès l'apparition des symptômes, organiser les relais de prise en charge rapides
Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Alliance thérapeutique avec les parents (on est déjà dans le soin), ne pas se substituer à eux, ne pas être dans « l'agir », travailler la demande en amont, instaurer le lien avec les parents • Tenir compte de la temporalité, disponibilité, capacités des parents • Certains parents très isolés socialement et territorialement • Difficultés d'accès numérique pour certaines populations • Quid du diagnostic précoce, de l'identification précoce des signes de difficultés ? Évaluer les intérêts / aux risques, ni trop vite ni trop tardivement • Tenir compte de la démographie médicale et des ressources du territoire (PMI, médecins, infirmiers, etc.)
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Financements logistiques
MISE EN ŒUVRE	
Calendrier souhaité	<ul style="list-style-type: none"> • Début des actions 1^{er} semestre 2019
Territorialisation éventuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Développement progressif départemental • Equité de réponses qualitatives au niveau départemental
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser/	<ul style="list-style-type: none"> • Future plateforme départementale de santé mentale • CAF • Réseaux petite enfance (crèches, MAM, RAM,...)
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.)	<p>CD : Schéma départemental enfance famille 2016-2018 : <u>favoriser la continuité des parcours de l'enfant, de la prévention à la protection</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Animer et faire vivre un réseau d'acteurs de prévention, renforcer et développer les actions de prévention • Elaborer une plaquette d'information sur l'EPP (Entretien Prénatal Précoce) pour sensibiliser les futurs parents en maternité et les professionnels sur l'intérêt de l'EPP • Développer le recours au parrainage pour créer un lien affectif et durable qui aide l'enfant à se construire, tout en respectant la place des parents • Augmenter le nombre d'enfants et de parents vus en école maternelle • Développer la formation des professionnels pour mieux appréhender l'intervention spécifique auprès des enfants de moins de 3 ans <p>CAF : plateforme départementale pour parents d'enfant handicapé dans les structures petite enfance</p> <p>GHT-PMP : Développer la psychiatrie périnatale</p>

- Développer les consultations périnatales (maternités, services pédopsychiatriques) 2018 sur Dijon et après 2019 : tous les secteurs
- Équipes mobiles en maternités ou à domicile (2018 et 2019 Dijon et Sud CO)
- Créer une unité père mère bébé (après 2019 sur Dijon)

ARS –Schéma régional de santé :

- Soutien à la parentalité dès la périnatalité,
- Mobiliser l'ensemble des acteurs pour assurer une prévention, un repérage précoce avec garantie de la continuité de la prise en charge

ARS-Parcours SM :

- Accompagner et former les professionnels dans le repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles du comportement de l'enfant
 - Prise en charge précoce des pathologies de la période pré et post natale : consultations père mère bébé
 - Repérage et concertation autour des situations à risque chez les mineurs accompagnées par des structures médico-sociales
- Soutien dans la mise en place des professionnels de santé au sein de l'éducation nationale pour le renforcement du repérage en milieu scolaire

Adolescent

Mettre en œuvre des actions de prévention dans les dispositifs de droit commun

LE PROJET

Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none"> ● Trouver une priorité, des portes d'entrée et des lieux d'actions adéquats : des portes d'entrées semblent se dégager pour permettre de signaler des difficultés de l'enfant autour de son « mal être » – passage critique et de fragilité quasi obligatoire à l'adolescence <ul style="list-style-type: none"> ○ Le harcèlement à l'école (lien avec les réseaux sociaux, cyber intimidation, le décrochage scolaire, les troubles du comportement, etc...) ○ D'autres pistes sont évoquées : phobies/décrochage scolaires, troubles du comportement alimentaire (plutôt côté familles), addictions, maltraitances ; ○ Le collègue semble être le lieu de droit commun qui permet de toucher la population concernée : les adolescents et leurs parents ou proches. ● On constate des interventions multiples par les acteurs du parcours en santé mentale dans les collèges (Adosphère, SEDAP, ANPAA, etc..) ● Ces actions contribuent à prévenir les situations de mal être : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des discriminations supplémentaires pour les enfants porteurs de problématiques psy. ○ Une prévention des situations de crise, du suicide. ● Les professionnels constatent que les parents sont impuissants face à ces situations nouvelles de harcèlement, (accentuées l'accès aux réseaux sociaux), sur lesquelles ils n'ont pas suffisamment de moyens de contrôle. ● Des « infos parents » sont réalisés par l'Adosphère et les collèges : on constate cependant que les participants les plus en difficultés ne sont pas systématiquement touchés. ● Les parents pourraient être invités à être informés/formés sur l'utilisation des réseaux sociaux, comment agir et réagir (qui fait quoi, comment réagir ? etc...)
Etat des lieux territorial	<p>Qui répond actuellement à la demande ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● L'ensemble des acteurs, généralement sur la base d'initiatives locales ou à la demande, dans le cadre partenarial ou dans le cadre d'actions d'information grand public. ● Des interventions systématiques en classes de 5ème : accueil des professionnels (relations amoureuses, sexualité ; etc...) ● Adosphère : interventions à la demande : lutte contre les discriminations, prises de risque à l'adolescence, relations amoureuses, etc... ● Addictions : des interventions de la SEDAP, de l'ANPAA, etc... <p style="text-align: center;"><i>[Etat des lieux non exhaustif]</i></p> <p>Carences observées au niveau local ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un manque de coordination ou de lisibilité de ces actions à l'échelle du territoire
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Construire un outil à diffuser au collège indiquant l'ensemble des acteurs et structures qui peuvent les aider. <ul style="list-style-type: none"> ○ Intégration du support dans les documents obligatoires : à travailler avec l'éducation nationale. ○ Intervention dès le CM1 CM2 et avoir un point de rappel avant la 4^{ème}.
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Deux actions d'information ciblées sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ CM1-CM2, ○ 6^{ème} - fin de 5^{ème}

Existe-t-il des actions innovantes dans le domaine ?	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de co-intervention dans les collèges via les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (Adopshère, pédopsychiatrie, IREPS, Education nationale). • Les promeneurs du net : des professionnels de la MDA, Acodège, etc... y participent
FAISABILITÉ	
Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination avec l'éducation nationale • Co construction • Implication des CLS pour mener des expérimentations
Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Toucher les parents que les dispositifs actuels n'atteignent pas. • Trouver le bon niveau d'information : CLS ? Département ? Ecoles primaires ? Collèges ? • Trouver les bons vecteurs d'information : en systématique fin primaire et rappel avant la 4ème (année charnière pour l'adolescent).
Moyens nécessaires	A évaluer
MISE EN OEUVRE	
Calendrier souhaité	Expérimentation à conduire, sur la durée du PTSM
Territorialisation éventuelle	<p>Expérimentation sur deux zones :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ milieu urbain ○ milieu rural <p>Deux groupes test à suivre</p>
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser/	<p>Co-portage : Education nationale et Maison des adolescents envisagée</p> <p>Autres acteurs selon le cas : IREPS, CLS</p>
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.)	<p>SRS - version 1.1 du 02/10/2017</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien dans la mise en place des professionnels de santé au sein de l'Education Nationale pour le renforcement du repérage en milieux scolaire et universitaire <p>CD 21 : Schéma départemental enfance Famille 2016-2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 : FAVORISER LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DE L'ENFANT, DE LA PREVENTION A LA PROTECTION _ Animer et faire vivre un réseau d'acteurs de prévention - Renforcer et développer les actions de prévention [F1/2016-2018] _ Établir une cartographie de l'offre de service sur le département via l'élaboration d'un portail internet accessible aux professionnels et aux usagers _ Journées d'échanges autour de thèmes fédérateurs pour les acteurs de prévention. _ Culture et sport comme support à la relation et accompagnement éducatif et à l'autonomie des jeunes. Mise en œuvre d'actions en faveur des assistants familiaux et des mineurs accueillis pour une sensibilisation à la pratique culturelle et/ou sportive grâce aux ressources des territoires _ Mise en en place d'actions en direction des 16 à 18 ans pour les sensibiliser à la pratique sportive et culturelle [F10/2016-2018] <p>Fiches actions CLS</p>

Adolescent

Définir des actions de coordination de situations complexes

LE PROJET

Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none">● Traitement actuel des situations : 3 structures redondantes<p><u>Missions cas complexes Conseil Départemental</u> : mineurs entrée ASE, et PJJ ou insertion, AED, prise en charge sociale (dite de secteur).</p><p><u>Club départemental ARS</u> (plus orienté stratégie de prise en charge) mis en stand-by en attendant les travaux PTSM</p><p><u>MDPH</u> : Le Plan d'Accompagnement Global (PAG) et les Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS), pour les reconnaissances MDPH et les orientations n'ayant pas pu aboutir ; fréquemment des situations de troubles graves, déscolarisation, demande d'évaluation du SAIP.</p> ● Constats partagés :<p>Un faible nombre de situations qui mobilise énormément d'acteurs pour une efficacité parfois limitée et surtout un manque d'anticipation de ces situations avec plusieurs structures intervenant dans la résolution des situations complexes. Le regard d'un expert en psychiatrie serait nécessaire dans les commissions cas complexes selon le CD21</p><p>La méthodologie du GOS semble cohérente avec structure collégiale et coordonnée, mais les participants constatent l'absence des interlocuteurs du sanitaire. Dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous, sont mentionnés parmi les dispositifs existants :</p><p style="text-align: center;">Dispositif d'Orientation Permanent (DOP),</p><p style="text-align: center;">Via Trajectoire (liste des établissements et services existants, personnes handicapées)</p>● 15 à 20% d'adolescents concernés par la santé mentale, un très petit pourcentage de situations complexes. 23 situations recensées sur le département au niveau de l'ASE sur une année 5 sur 1300 enfants ASE, 23 enfants situations complexes.● Des situations qui concernent aussi des mineurs plus jeunes et de jeunes adultes (la tranche 12-18 ne doit pas constituer une limite de prise en charge)● Une difficulté est repérée sur la tranche 18-20 qui correspond aux passages MDPH● Quelle capacité de mutualisation de la commission pour ne pas créer de frontières supplémentaires (transitions) ?
Etat des lieux territorial	<ul style="list-style-type: none">● Qui répond actuellement à la demande ?<ul style="list-style-type: none">○ Un ancrage fort du médical dans des structures médico-sociales, des coordinations existantes.<ul style="list-style-type: none">■ Semur : un interlocuteur sur le secteur sanitaire pour orientation.■ MECS : jeunes déscolarisés, peu de prises en charge, orientations vers ITEP, etc...■ Jeunes placés en foyer, autres départements○ MDPH saisie pour des PAG, essai de prévention, interpellation ARS pour trouver des solutions en amont.○ L'équipe mobile des PEP CBFC permet un accompagnement qui va vers les établissements et les familles.● Quelles structures, compétences ?<ul style="list-style-type: none">○ Redondance des structures intervenant dans la résolution des situations complexes.○ Un pilotage et des compétences entre les acteurs à clarifier.○ Coordination à renforcer au niveau départemental + niveau régional pour les

	<p>transfrontaliers</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Carences observées <ul style="list-style-type: none"> ○ Le capacitaire d'hospitalisation de crise et d'urgence des 11-18 ans sur le département n'est pas suffisant pour répondre à la demande. Ce constat est partagé par l'ensemble des acteurs et a été relevé dans le cadre du projet médical partagé du GHT 21-52 qui traite de l'offre de soins sanitaire. ○ Il n'existe pas de réponse satisfaisante en termes de structures d'hébergement pour les <u>troubles psychopathologiques graves chez des adolescents</u> : des réponses HDJ (mais morcellement), leur hébergement reste une question entière (contenance, etc...) <ul style="list-style-type: none"> ○ Défaut de prise en charge des mineurs placés sous main de justice en établissement d'hébergement et pour lesquels il faut un accompagnement rapidement car présents en moyenne 6 mois.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Aller vers une rencontre régulière des professionnels participant au parcours du jeune avec un plan d'attaque pour traiter les situations complexes autour d'une structure unique de coordination (contre 3 à l'heure actuelle) ● Proposition d'élargir le champ de la commission pour ne pas créer de frontière d'âge supplémentaire pour les moins de 12 ans et les 18-20 ans. ● Définir un plan d'action particulier pour soutenir les jeunes suivis dans le cadre de la PJJ
Plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>ACTION 1</u> : Regrouper les énergies autour d'une commission unique : rencontre de l'ARS et du Conseil Départemental (idée de recentrer le pilotage (vision de l'offre existante supra sectorielle et pouvoir de décision) en co-intervention Conseil Départemental et ARS) <ul style="list-style-type: none"> ○ Partager la définition du cas complexe : définition existante dans le cadre des travaux de la commission cas complexe par le Conseil Départemental, avec une liste de critères (grille de 5 critères). ○ S'approprier et partager cette grille de définition – notamment avec le sanitaire <ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la compréhension des facteurs contributifs à l'apparition de ces situations : étudier les facteurs de vulnérabilité pour agir en prévention et sur le repérage précoce ■ Représentation à conserver : CD, ARS, sanitaire, médico-social, PJJ, éducation nationale, ADEFO-SIAO (pour les +16 ans dans portage SIAO – cohésion sociale), MDPH, médecins coordonnateurs du sanitaire (CHU - CHLC - Semur), les opérateurs des structures. ■ Rédiger une charte de fonctionnement et d'engagement des acteurs : Cf. charte de fonctionnement CD 21 et la composition (mise en œuvre 1^{er} janvier 2018) <p>Cahier des charges de la commission : un axe opérationnel de traitement des situations et un axe stratégique basé sur la capitalisation de l'expérience permettant de s'interroger sur l'amélioration de la réponse donnée.</p> ● <u>ACTION 2</u> : Engager un travail autour du parcours du mineur placé sous main de justice. Selon les besoins spécifiques des mineurs placés sous-main de justice en milieu ouvert ou en établissement d'hébergement. Dans le cadre de la stratégie sanitaire de prise en charge des personnes placées sous main de justice ouverte à ce type de public.
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> ● La définition du public concerné doit être élargie : pour anticiper les transitions, proposition d'élargir aux 3-20 ans (avec association du SIAO à partir de 16 ans). ● Le champ d'intervention doit être précisé : problématiques émergentes, psychopathologies, tentatives de suicide, etc...

<p>Existe-t-il des actions innovantes dans le domaine ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Non connues à ce jour, c'est par ce travail que les innovations émergeront. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dispositif d'appui TSA ○ Un dispositif expérimental de commission à mettre en place ○ Rechercher des solutions alternatives d'hébergement pour les ados ayant des troubles graves
<p>FAISABILITÉ</p>	
<p>Conditions de mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Définir le pilotage de la commission ● Continuité de la présence des acteurs, ne pas perdre l'opérationnalité (difficulté observée de la représentation dans ces réunions – nécessaire pour agir) ● Souplesse du dispositif, entre autre sur des dimensions plus larges selon les situations, à la demande des acteurs selon le cas de la personne <ul style="list-style-type: none"> ○ Clarifier les modes de saisine de la commission cas complexe ● Postulat souhaité : intégration de la famille dans le dispositif, faire la démarche pour les intégrer dans la situation (exemple du G.O.S. vécu positivement) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ce qui suppose l'ouverture de la saisine aux parents (lorsque cela est pertinent) ○ Question de la présence des adultes ● Une méthodologie de travail et la production d'outil, un dispositif d'évaluation ● Ritualiser les liens au-delà des situations (ex : suivi collégial à distance) ● Nécessité d'échanger au préalable autour de ces orientations avec les porteurs de projet : ● Une entrée par type de public est envisageable pour le pilotage (selon le cas CD ou ARS), avec une mise à disposition de la commission. ● Le recours médical : <ul style="list-style-type: none"> ○ Repréciser les attentes en termes d'expertise médicale ○ Est-il nécessaire d'identifier un médecin expert (cf. MDPH ?) ● Comment engager les acteurs au-delà des préconisations, de manière à influencer la mise en œuvre du projet. <ul style="list-style-type: none"> ○ Confirmer le rôle de la commission : préconisation ou décision ? ○ Quel engagement vis-à-vis des usagers ?
<p>Risques / Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Discontinuité, désengagement ou absence de partenaires. ● Veiller à tenir compte de la juste place de chacun dans les dispositifs, considérer les nouvelles compétences réglementaires de la MDPH dans le suivi des mesures
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Solliciter l'accord sur un co-pilotage ARS – CD 21 ● Solliciter la commission cas complexes du Conseil Départemental : bilan des travaux de la commission et modélisation du fonctionnement – en phase expérimentale depuis janvier avec un bilan prévu en fin d'année 2018 <ul style="list-style-type: none"> ○ Solliciter l'intégration de l'action dans les axes du Conseil Départemental ● Mise en place d'un observatoire pour le suivi et l'évaluation : co portage ARS – CD, à mettre en commun ? avec IREPS/ORS, un axe analyse évaluation, recueil de données quantitatives et analyse pour contribuer à prévenir ce type de situations.
<p>MISE EN OEUVRE</p>	
<p>Calendrier souhaité</p>	<p>1^{er} trimestre 2019 : lancement</p>
<p>Territorialisation éventuelle</p>	<p>Départementale</p>

<p>Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotage : ARS / CD • UNAFAM : sollicitation dans le cadre de son ouverture au public adolescent. • Lien avec les libéraux : besoin d'un interlocuteur ou d'une porte d'entrée sur les structures – interview du Dr VAILLANT dans le cadre du projet.
<p>Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.)</p>	<p><u>ARS BFC - Parcours Psychiatrie Santé mentale</u></p> <p>Objectif 2 du projet de fiche PRS parcours santé mentale / psy « Améliorer l'orientation et apporter des réponses adaptées au niveau de demandes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire régional</p> <p><u>CD 21 : Schéma départemental enfance Famille 2016-2018</u></p> <p>Axe 1 : FAVORISER LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DE L'ENFANT, DE LA PREVENTION A LA PROTECTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des modalités d'hébergements innovants (répit, relais...) alternative au placement : modalités d'accueil séquentiel, 72h ado, parrainage, places de répit et de repli [F5/2016-2018] <p>Axe 2 : ADAPTER LES MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'INTERVENTION A L'EVOLUTION DES PROFILS - Situations complexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un outil d'analyse partagé permettant de réaliser un diagnostic territorial des situations complexes [F11/2017] • Instaurer une responsabilité partagée dans la prise en charge des situations complexes, apporter une réponse globale en coordonnant la prise en charge médico-sociales, sanitaires et éducatives [F12/2016-2018] <p><u>GHT 21-52 Volet Psychiatrie et Santé Mentale</u></p> <p>Axe 3 - PRÉVENIR LA CRISE SUICIDAIRE ET DÉVELOPPER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL EN URGENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer les réponses en pré et post hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ◦ En lien avec les Maisons des Adolescents ◦ Par le développement de Centres Ambulatoires pour Adolescents [2017 : Dijon] • Mettre en place une équipe de liaison et d'urgence au CHU (coordination des soins et prises en charge en amont et aval des structures) • Évaluer les demandes d'hospitalisation non honorée (CHU) [2017-2018 : Dijon] • Mettre en place ou développer des consultations post suicide < 1 mois [2018-2019 : tous secteurs] • Développer la capacité d'hospitalisation des 11-18 ans (4 lits) [Après 2019 : Dijon] • Prévoir un dispositif d'urgence somatique et psychiatrique, répondant aux besoins des enfants violents (lits UHCD pédiatrique) [Après 2019 : Dijon] • Améliorer la prise en charge des 16-18 ans [2017 : Dijon] <ul style="list-style-type: none"> ◦ Conforter le dispositif par le positionnement de l'offre d'accueil des grands adolescents en difficulté (HDJ, consultations PEP 21) ◦ Créer des dispositifs de transition de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie de l'adulte • Rechercher la complémentarité des prises en charge des enfants placés avec les services de l'ASE, de la PMI, des droits et de l'orientation [2018-2019 : tous secteurs] <p><u>Proposition du secteur sanitaire</u> : un Centre d'évaluation et d'orientation des situations complexes proposé par les secteurs de psychiatrie sanitaire du CH La Chartreuse ; évaluer si cela est pertinent.</p>

Organiser la prévention et la gestion de la crise

LE PROJET

<p>Enjeux et besoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Du point de vue de la personne concernée, la prévention est possible pour éviter la situation de crise, c'est le point central de la gestion de la crise, en tenant compte de l'environnement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des situations familiales et des aidants qui sont seuls face à ces situations. Le soutien à la famille permet aussi de prévenir la crise, les formations sont insuffisantes en la matière. ○ Mise en œuvre de la prévention de façon primaire de tous les acteurs afin que les situations ne deviennent pas chroniques (ex : CAARUD). Chacun sait qu'il peut être acteur de cette prévention, en amont de la crise, cet axe est à favoriser. ○ Les retours d'expérience des structures nous apprennent que des hospitalisations peuvent être évitées. L'expérience d'ICARE montre qu'une majorité des hospitalisations de résidents auraient pu être évitées si un travail de fond et de prévention de la crise avait été effectué. L'expérience de l'ESAT Les Goéland montre également un nombre moindre d'hospitalisations après stabilisation de l'emploi (temps partiel, etc...) ● Du point de vue organisationnel, la crise se manifeste à partir du moment où l'acteur en charge de la personne concernée ne peut plus gérer la situation (demande et besoin exprimé). Il faut pouvoir répondre aux situations qui mettent en difficulté les acteurs du système, répondre au besoin d'écoute partagé et se reposer sur un collectif de travail, pour répondre à la demande des acteurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ les usagers qui se présentent, ○ les usagers qui sont orientés (les enquêtes UNAFAM montrent que l'intervention d'un professionnel de santé psychiatrique a son intérêt dans la gestion de la crise au domicile ou dans la rue), ○ les familles et les aidants (75% des familles accompagnent leur proche, nécessité de formation), ○ les professionnels qui accompagnent les personnes, ○ les institutions, qui doivent travailler en transversalité dans ce domaine. ● Des situations de péril imminent utilisées de manière excessive peuvent être engendrées par ces difficultés, avec un engrenage de poids organisationnel mais aussi de souffrance induite pour les personnes. ● Postulat relatif aux urgences psychiatriques dans le cadre du Projet Médical Partagé (PMP) du GHT 21-52 : pas de système parallèle au SAMU, mais appui sur les dispositifs psychiatriques. La création d'une unité de crise au CHU, va permettre de donner des réponses de relais de l'urgence à 72h après tentative de suicide. ● Vulnérabilité des équipes au sens large (soignantes, médico-sociales, éducatives etc...) pour faire face à certaines situations de violence.
<p>Objectifs</p>	<p><u>ACTION 1</u> : Définir la notion de crise et d'urgence (intrinsèquement liée à des problèmes somatiques, psychiatriques, sociaux); les portes d'entrées dans la prise en charge relèvent de situations multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Celles qui relèvent des forces de l'ordre ○ Celles qui relèvent du médical (15) ○ Crises chroniques : orientation vers plateforme (parents, professionnels, voisins, ...) [rejoint la même question que celle du groupe « personnes âgées »] <ul style="list-style-type: none"> ■ Il est nécessaire d'aborder cette question dans une vision non hospitalo-centrée, intégrant l'écoute des partenaires du dispositif de soins.

- L'organisation et l'offre existante est à décliner au sens des territoires de santé dans la suite des travaux du PMP du GHT 21-52.

ACTION 2 : différencier la réponse psychiatrique en urgence (écoute téléphonique et orientation), réalisée au stade de la régulation (SAMU-centre 15), dans le cadre d'un parcours adapté et coordonné

- **Missions** : accueil écoute téléphonique et orientation, avec possibilité de diligenter une intervention sur le lieu de vie de l'utilisateur (partenariat équipe mobile ?).
- **Fonctionnement** : à imaginer à partir de l'organisation des urgences actuelles.

1) Solliciter le Centre 15 pour savoir si cette mission peut être gérée et quelle est leur position par rapport à la double entrée envisagée.

2) Créer un groupe de travail pour définir un modèle innovant de convention multipartite (intégration du Responsable du SMUR et un juriste)

Pistes à approfondir avec le SAMU :

Dans le cadre du SAMU : un avis psychiatrique **dès la régulation** pour un échange qui permet une orientation rapide.

Lien entre le SAMU et le/les plateformes téléphoniques (ex : UMAO) qui peuvent diligenter des interventions mobiles, pour orienter ou désamorcer les situations, faire le tri des situations

- Un protocole partagé
- Principe **de plateforme commune** :

Réponse téléphonique H24 intersectorielle + consultation le jour même (mission UMAO - CHLC ?)

Système ascendant et descendant – double orientation/entrée SMUR - plateforme

3) A plus long terme engager la réflexion autour d'une équipe mobile de crise (ou utiliser les dispositifs de droit public qui pourraient être plus pertinents pour réaliser ces interventions) :

- **Mission** : double compétence Psy-SMUR ? ou IDE formés spécifiquement ?
- **Fonctionnement** :

- Différencier les situations où les professionnels peuvent gérer la crise et celles où ils ne le peuvent pas.
- Personnes connues : un lien avec la personne à privilégier dans l'intervention (tiers, directeur, etc...)

Commencer par engager une discussion avec les forces de l'ordre pour partager les attentes et les besoins.

- Faire évoluer le niveau de compétence des forces de l'ordre en la matière plutôt que de se substituer à l'action.

Public cible

- **Profils de patients** : urgences psychiatriques enfant, adolescents
- **Professionnels concernés** : structures qui orientent et interviennent dans la prise en charge.

<p>Etat des lieux territorial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Qui répond actuellement à la demande ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Centre 15 et urgences : l'IDE évalue et oriente + interne de médecine générale avec une évaluation somatique et orientation vers l'interne de psychiatrie (encadré par un praticien hospitalier). ○ Vision des usagers : privilégier la prise en charge de l'urgence à domicile, par un dispositif à domicile pour éviter d'aller à l'hôpital et limiter les situations traumatisantes pour la personne. ● Quelles structures, compétences ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Services psychiatriques – cf. <i>fiches urgence du Projet Médical Partagé du GHT 21-52</i>. ● Carences observées au niveau local ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Prise en charge non différenciée en services d'urgences : environnement non différencié aux urgences : ce n'est pas là que l'on peut agir (projet CHU/UMAHCO) <ul style="list-style-type: none"> ■ Problème d'attente pour être vu par un somaticien, dans une salle commune, des personnes qui partent [constat possiblement partagé avec la problématique des adolescents]. ○ Hospitalisations inadéquates ○ Absence de réseau d'interventions à domicile ou sur le lieu de vie.
<p>Existe-t-il des actions innovantes dans le domaine ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Normandie. ● Ile de France
<p>FAISABILITÉ</p>	
<p>Conditions de mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Permettre aux acteurs d'être créatifs, répondre aux situations singulières (personnalisation) <ul style="list-style-type: none"> ○ Un levier : réponse accompagnée pour tous ● Sortir des postures : <ul style="list-style-type: none"> ○ Liées à la compétence de chacun : ex des équipes sociales qui peuvent se positionner sur l'accompagnement thérapeutique. Promouvoir la transdisciplinarité. ○ Liées au secret professionnel : permettre aux professionnels de partager des informations et des compétences (cf. équipe SAMSAH). ● Intégrer le SAMU et la médecine générale dans le projet ● Favoriser l'interconnaissance des acteurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier un lieu « ressource » qui permette des retours d'expériences et des échanges, à capitaliser pour définir la conduite à tenir sur le territoire. ○ Dans un second temps l'enrichir d'un lieu de dialogue collectif qui permette le partage de problématiques et développer une expertise de type commission cas complexe, pour arriver à terme à des enrichissements mutuels. ● Investir pleinement le projet individuel de la personne en favorisant la transmission des informations entre les acteurs
<p>Risques / Points de vigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Passer à côté des troubles somatiques et retard sur les prises en charge SMUR : bien hiérarchiser les interventions et les articulations avec l'urgence somatique. ● Question des avis médicaux distants : <ul style="list-style-type: none"> ○ quel positionnement de la médecine libérale ? ○ quelle responsabilité des psychiatres ? ● Intégrer la médecine générale dans le projet ● Identifier un référent de la filière urgences ou avoir un "patron des urgences" ● Bien hiérarchiser l'urgence, somatique et psychiatrique
<p>Moyens nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Plateforme ● Une ligne de 24h : 6 médecins, gérés par déplacement de moyens.

	o Envisager un dispositif hors nuit profonde (minuit – 6h) ?
MISE EN OEUVRE	
Calendrier souhaité	<ul style="list-style-type: none"> • Protocoles : 2019 • Permanence : Après 2019
Territorialisation éventuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Plateforme intersectorielle • Zones d'intervention mobile : territoires de santé – intégrer les problématiques des zones rurales en particulier
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Centre 15 • Structures UHCD • Plateforme territoriale d'Appui (PTA)
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • GHT Déployer une permanence téléphonique H24 (professionnels, usagers, familles et toute personne faisant appel aux professionnels du territoire) Tous secteurs [>2019] • GHT Renforcer la prise en charge de courte durée (UMAHCO-Chartreuse) [2018-2019] • Conforter la prise en charge en urgence sur les autres secteurs (hors Dijon) [2018-2019] • GHT Créer une unité de soins de crise (orienté TS) au CHU [2018-2019] • PTA Côte d'Or et projet numéro unique

Personnes âgées

Organiser une astreinte téléphonique de psychiatres

LE PROJET

Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés d'orientation et de prise en charge de patients âgés atteints de troubles de santé mentale en établissement ou au domicile • Isolement des professionnels quant à ces problématiques : apporter une réponse aux équipes, notamment les week-ends
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir et apporter des réponses aux équipes professionnelles, le médecin traitant ou le médecin coordonnateur d'EHPAD • Apaiser le patient et la famille
Public cible	L'astreinte téléphonique pourra répondre uniquement aux : <ul style="list-style-type: none"> • Infirmiers et médecins coordonnateurs des EHPAD • Médecins généralistes
Etat des lieux territorial	<ul style="list-style-type: none"> • MAIA : prise en charge des situations complexes • Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) : coordination du parcours patient sur sollicitation par les professionnels de santé, notamment médecin généraliste • CH Semur-en-Auxois : conseils téléphoniques aux EHPAD du secteur, interventions des infirmières de coordination et d'un psychiatre • Fédération de géronto-psychiatrie à Dijon

FAISABILITÉ

Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de faire le lien avec le médecin psychiatre du CMP si la situation le nécessite • Organisation à déterminer pour réponse par les psychiatres : possibilité d'une première réponse par une infirmière
Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Définir précisément le rôle du médecin psychiatre d'astreinte : le cadre dans lequel il peut être sollicité et les réponses qu'il est susceptible de fournir. • Cette astreinte ne doit pas être une réponse à l'urgence et à la crise.
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Quels psychiatres assurent cette permanence téléphonique ? • Sur quels jours et quels horaires ? Consensus sur le fait de ne pas inclure la nuit profonde de minuit à 8h du matin.

MISE EN ŒUVRE

Calendrier souhaité	A définir
Territorialisation éventuelle	Permanence téléphonique territoriale ou départementale : organisation à déterminer (en articulation avec les projets enfants, ados et adultes)
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser	Services hospitaliers psychiatriques, GHT 21-52 Psychiatres libéraux Médecins libéraux
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.	A définir

Personnes âgées

Organiser une offre de dispositif d'apaisement

LE PROJET

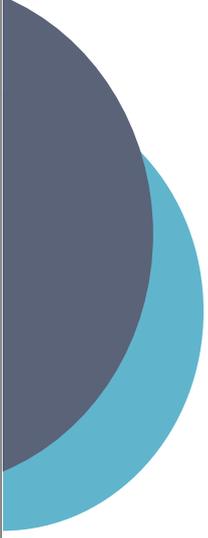
Enjeux et besoins	<ul style="list-style-type: none"> ● Difficultés pour faire hospitaliser les patients âgés nécessitant un séjour de rupture en secteur sanitaire ; difficultés notamment liées à la sectorisation ● Difficultés des équipes pour la prise en charge des personnes âgées en établissement, entraînant de la souffrance au travail ● Difficultés des familles et des équipes intervenant au domicile auprès de personnes âgées présentant des troubles de santé mentale ● Gestion des situations critiques et de crise ● Une seule unité de géronto-psychiatrie en Côte d'Or, à Dijon
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ● Permettre l'accès à des séjours de rupture adaptés pour les patients âgés en établissement ou à domicile, sur tous les secteurs de Côte d'Or ● Soulager les équipes professionnelles et les aidants naturels prenant en charge le patient ● Rééquilibrer une situation critique chez un patient âgé
Public cible	<ul style="list-style-type: none"> ● Patients âgés en établissement ou à domicile présentant des troubles de santé mentale, dans une situation critique où les professionnels en place ne peuvent plus gérer la prise en charge
Etat des lieux territorial	<ul style="list-style-type: none"> ● Patients âgés suivis pour d'autres pathologies : possibilité de séjours de rupture dans un autre service hospitalier hors gérontopsychiatrie ● Séjours de rupture en gérontopsychiatrie : CH de La Chartreuse (Dijon) et CH de St-Ylie (Dole-39) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de places insuffisantes ○ Manque de proximité des places de séjours de rupture ○ Difficulté du retour en établissement ou à domicile avec un étayage professionnel en nombre inférieur et moins outillé
Existe-t-il des actions innovantes dans le domaine ?	<i>A identifier.</i>

FAISABILITÉ

Conditions de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ● Séjours de rupture dans des unités spécialisées en gérontopsychiatrie
Risques / Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> ● Ne pas mélanger les personnes âgées avec des personnes souffrant de troubles d'addictions ou des personnes psychotiques ● Organisation programmée et coordonnée au terme du séjour de rupture pour réussir le retour au domicile ou en établissement dans les meilleures conditions ● Un EHPAD ne facture pas durant la période où la personne âgée est absente (pendant le séjour de rupture) : notion d'équilibre budgétaire à trouver
Moyens nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Identification de lits pouvant accueillir des séjours de ruptures de personnes âgées présentant des troubles de santé mentale, dans chaque secteur psychiatrique en Côte d'Or ● Temps d'infirmières de coordination pour préparer le retour au domicile ou en établissement avec les équipes qui prendront le relais.

MISE EN ŒUVRE

Calendrier souhaité	A définir
Territorialisation éventuelle	Département de Côte d'Or
Porteur de l'action / Acteurs à mobiliser	Services hospitaliers psychiatriques, GHT 21-52 EHPAD Services d'aide à domicile
Projets liés à l'action : Parcours, GHT, CD, CLS, etc.	GHT 21-52 : <ul style="list-style-type: none">• augmentation du capacitaire en lits intersectoriels de géro-psycho-geriatrie (localisés à Dijon)• Développer la télé psychiatrie en lien avec les EHPAD.



PARTIE 5

CREATION D'UNE PLATEFORME TERRITORIALE DE SANTÉ MENTALE EN COTE D'OR

PARTIE 5. CRÉATION D'UNE PLATEFORME SANTÉ MENTALE EN CÔTE D'OR

Les travaux du PTSM ont permis de dégager une feuille de route priorisée et évolutive des projets du territoire à engager avec les partenaires.

L'équipe en charge du pilotage du projet a repéré dès les premières rencontres une volonté des acteurs de pérenniser la démarche, dans un esprit pragmatique de mise en œuvre concertée et commune des actions.

Les acteurs du projet attendent une plus forte cohérence et articulation avec la politique régionale, départementale et locale en termes d'orientations stratégiques avec un soutien dans l'accompagnement des projets.

L'idée de constituer une Plateforme Territoriale de Santé Mentale a émergé des différents groupes de travail ; elle pourrait être l'outil de coordination départemental nécessaire à l'articulation des acteurs. Elle semble être un élément déterminant pour la poursuite de la réflexion engagée sur certaines actions ciblées.

Les contours d'un projet de plateforme sont inspirés de l'expérience retirée de la plateforme de santé mentale du Jura.

5.1. Missions et gouvernance

Enjeux :

- Articulation et mise en réseau des acteurs
- Mise en œuvre des projets du PTSM
- Centralisation de ressources et partage d'expériences

Objectifs poursuivis

- Mettre en place un dispositif départemental « infocentre de coordination »
- Recherche de financements (appels à projets, financements participatifs, etc...)

Utilisateurs

- Acteurs identifiés dans le cadre du PTSM
- Personnes concernées par le handicap psychique

Missions envisagées

- Développement et promotion d'une culture commune à tous les partenaires du territoire
- Participation des usagers et familles aux réflexions et propositions
- Mise à jour et diffusion des informations relatives aux structures et organismes du territoire concourant à la prévention, aux soins et à l'accompagnement
- Elaboration de réflexions et propositions
- Elaboration et mise en œuvre d'un programme d'actions (issues du comité de pilotage et de l'expression des besoins des partenaires)
- Recherche de financements participatifs, réponse à des appels à projets, etc.

Les freins

- Absence de ligne budgétaire dédiée au projet

Les leviers

- Groupes de travail en place
- Acteurs mobilisés

Proposition d'organisation à mettre en place

Il est proposé de s'inscrire dans le prolongement du modèle actuel comme préfigurateur de la future plateforme, dont l'organisation a fait ses preuves sur le décloisonnement et la mise en commun des ressources.

Des arbitrages seront toutefois nécessaires en la matière selon les missions et moyens alloués.

Le comité de pilotage du 31 mai 2018 a validé les principes de fonctionnement suivants :

- Consolider l'organisation actuelle avec un copilotage équilibré sanitaire, médicosocial, usagers, en gardant une équipe ressource plutôt qu'une personne seule dans la mise en œuvre des actions. Le collectif horizontal a un intérêt pour assurer la pérennité de la plateforme et faciliter les échanges avec les acteurs.
- S'appuyer sur ce que la plateforme sera en capacité de faire, établir des plans d'actions sur 1 an et une évaluation à 5 ans et prioriser les actions.
- Proposer en action prioritaire la constitution d'un plan de formation avec différents niveaux d'acquisition autour de la santé mentale : de la sensibilisation à l'expertise, pour le maximum de professionnels du social et du médico-social.
- Garder une vigilance entre ce qui relèvera de la plateforme et ce qui relève des missions de l'ARS, du CD21, du GHT.
- Travailler avec les CLS, relais locaux à travers les animateurs de santé qui peuvent rejoindre le collectif et le rendre opérationnel.
- Retenir le mode projet et non guichet, en mobilisant les partenaires et les acteurs de droit commun, ce qui sera la véritable plus-value de la plateforme.

Un copilotage

- Garant de la cohérence et de l'avancée de la démarche.
- En animation des réunions de travail et pour le reporting auprès du comité de pilotage.
- Pour s'assurer de la poursuite du travail issu du diagnostic partagé dans un cadre collaboratif.

Une équipe ressource dans une logique de co-intervention

La mise en œuvre du PTSM s'est appuyée sur une mise à disposition d'un temps réparti sur 4 agents pour l'articulation des niveaux d'intervention (région, départemental, sectoriel, local) et pour faciliter un partenariat étroit avec l'ARS (DD 21).

Le futur fonctionnement pourrait s'appuyer sur les ressources de coordination présentes sur le département.

Un contrat pour le fonctionnement

Le PTSM fait l'objet d'un **contrat territorial de santé mentale** conclu entre l'ARS et les acteurs de terrain tel que prévu dans le décret no 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale.

Ce contrat devra traduire les conditions de constitution de la plateforme ainsi que l'engagement des différents acteurs.

Un cahier des charges sera à établir sous la forme de deux volets complémentaires :

- les actions transversales prioritaires, qui constituent le socle du projet (4 fiches actions) ;
- les actions spécifiques, dégagées dans les groupes de travail sur les différents segments d'âges (5 fiches actions).

Conditions de réussite

- Contrat ou convention d'engagement des acteurs
- Associer tous les acteurs, poursuivre les rencontres, et mobiliser les partenaires qui n'ont pas pu être présents durant le diagnostic partagé
- S'appuyer sur un outil de système d'information stable, fiabilisé et accessible à tous et disposer d'une plateforme commune de diffusion des productions auprès des structures partenaires
- S'appuyer sur l'analyse des groupes de travail médicaux dans le cadre du projet médical

partagé du GHT 21-52 et utiliser les données de territoire pour alimenter la réflexion autour des parcours

- Mettre en place un pilotage du recueil des données en santé mentale (ARS, CPAM, ICD, IREPS, DIM GHT 21-52)
- Transparence des décisions et modèle médico économique adapté à la nature des projets et organisation permettant l'évaluation des projets au moyen d'indicateurs communs

5.2. Articulation avec les dispositifs existants

5.2.1. Niveau régional

- **Le parcours de santé mentale** constitue un axe fort de la stratégie de santé régionale de la Bourgogne Franche Comté qui a financé la mise en place de plusieurs dispositifs sur les territoires.
- **Le Centre Ressource sur la Maladie et le Handicap Psychiques (CReMHPSy)** a pour missions l'amélioration des parcours des personnes en situation de handicap psychique et l'émergence de réponses adaptées en développant l'information, la formation et la mise en réseau de l'ensemble des personnes concernées par la maladie et le handicap psychique (les usagers, les familles et les professionnels du social, sanitaire et médico-social).

5.2.2. Niveau Département Côte d'Or et Sud Haute Marne

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT21-52) : un projet Médical partagé décliné par secteur de prise en charge

5.2.3. Niveau départemental

- En Franche Comté

Les plateformes de coordination en psychiatrie et santé mentale optimisent les coopérations et développent un socle de culture commune entre les acteurs du social, du médicosocial et du sanitaire, assurent une meilleure articulation entre les actions de prévention, de soin et d'accompagnement social, font remonter les réflexions et propositions liées à l'organisation de l'offre territoriale auprès des acteurs institutionnels et des partenaires.

- En Côte d'Or

Absence de plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale.

Proposition : Rencontre des coordinateurs des plateformes de santé mentale de Franche Comté pour retour au Comité de Pilotage du PTSM21 afin d'envisager la création d'une plateforme de santé mentale en Côte d'Or selon les financements et la volonté des acteurs.

L'UNAFAM (Union Nationale de Familles et amis de personnes malades et/ou Handicapées Psychiques) est présente en Côte d'Or et agit par différents moyens : l'écoute, l'accueil, la formation des aidants familiaux, la représentation des usagers dans les instances prévues par la loi, la participation à des groupes de travail nationaux ou locaux, à des actions de recherche. Ces différentes actions doivent être prises en considération et intégrées dans le plan d'actions du PTSM.

L'association lutte également contre la stigmatisation. Elle développe une action d'aide aux proches (pair à pair) pour comprendre la maladie et ses conséquences pour le malade, en lien avec le réseau Profamille. L'association milite pour que la triple alliance (malade, soignant, proches) devienne la règle.

5.2.4. Niveau local

Les CLS et CLSM pour informer et lutter contre la stigmatisation, favoriser l'insertion et l'autonomie de l'utilisateur-citoyen, développer des actions de prévention, améliorer l'accès et la continuité des soins, organiser une meilleure synergie des acteurs sur le terrain.

PARTIE 6. ANNEXES

Consulter le document joint à ce dossier

ANNEXE 1	Liste des participants à la démarche et analyse de la représentation des acteurs de la santé mentale
ANNEXE 2	Cartes du diagnostic territorial retenues dans le cadre des travaux du PTSM
ANNEXE 3	Préparation du projet territorial de santé mentale : Diagnostic territorial Département de la Côte d'Or - extraction des travaux GHT 21-52 volet Psychiatrie et Santé Mentale
ANNEXE 4	Etat des lieux des orientations en santé mentale en Côte d'Or par tranches d'âges (GHT, Parcours Psychiatrie santé mentale, CD 21, SRS, CLS)
ANNEXE 5	Données statistiques déclaratives enfants et adolescents