

## Comité de Pilotage

PV du 1<sup>er</sup>/02/2018

### Participants

Mme	BANNIER	Aurélie	Coordinatrice	CLSM Franco Basaglia
M.	BERTHET	Jacques	Directeur Général	Les Papillons Blancs
M.	BERTHOLON	Yves		Mutualité Française Bourguignonne
M.	BOURGEOIT	Joël	Sous-Préfet de Montbard	Préfecture de Côte d'Or
M	BUFFOT	Jean Yves		CD21
M	BURON	Franck		DTPJJ
Mme	COINT	Emmanuelle	Présidente	Conseil Départemental
M	COINT	Raphaël	Médecin généraliste	URPS
M.	DE CARPENTIER	Hubert	Président	France Alzheimer Côte d'Or
M.	DUROVRAY	Patrice	Directeur Général	Acodege
Mme	GOZZI	Catherine	Présidente	Conseil Local de Santé Mentale / ADCF
Mme	GUAIS-LERAT	Florence	chargée de mission DD Côte d'Or	ARS BFC
Mme	LIBERNEY	Carine	Animatrice santé	CLS Pays Beaunois
M.	LIORET	Michel	Délégué départemental	UNAFAM
M.	MATHIEU	Alain	DG	CLS Auxois Morvan
M.	MILLERET	Gérard	Psychiatre	CH La chartreuse
M	MOREY	Brice	Délégué départemental de la Côte d'Or	ARS BFC
Mme	PACAULT	Aline		Dijon Métropole
Dr	PINOIT	Jean Michel	Pédopsychiatre	CHU
M	POHER	François	Directeur	Hospices Civils de Beaune
M	RORATO	Robert	Président	SEDAP
Mme	SAUTEREAU	Annie	Coordinatrice du CREMHPSY	CREMPSY
Mme	WACKENHEIM	Sylvie	Directrice	Association Le Renouveau

### Excusés

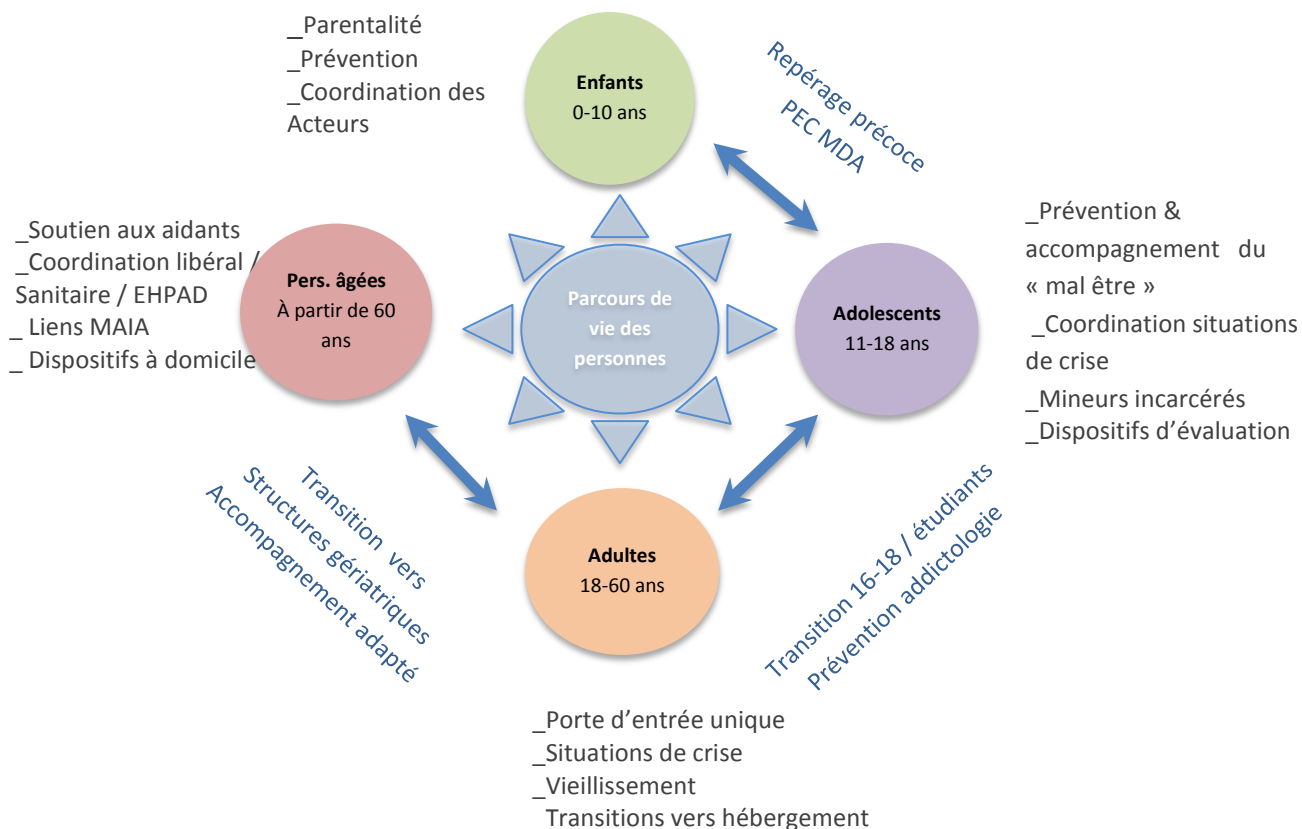
Dr	BONIN	Bernard	Chef de pôle de Psychiatrie	CHU
Mme	CLAVEL	Amandine	Chargée de mission Dossier stratégique	CHLC
Mme	COUSIN	Dominique	Directrice de l'équipe mobile prévention et de soins	
Mme	CUBILLE	Sylvie	Médecin conseil	DSDEN
Mme	JUNG	Françoise	Directrice	Adosphère
M.	MADELPUECH	Bruno	Directeur	CH la Chartreuse
M.	MOUTON	David	Ville de Dijon	CLS Dijon Métropole

Lors de ce comité de pilotage, en présence du Sous-Préfet de Montbard, Monsieur Joël BOURGEOT, et du Délégué départemental de Côte d'Or de l'ARS BFC, Monsieur Brice MOREY, les pilotes du PTSM ont présenté les priorités retenues par chacun des groupes. Les échanges riches et complémentaires des groupes de travail ont pu valider les orientations retenues et présentées.

## 1. Etat d'avancement du diagnostic territorial

Les travaux en groupe thématique se sont réunis en janvier pour la troisième fois, animés par les copilotes du PTSM. Les objectifs de cette réunion étaient de prioriser les besoins identifiés dans le cadre du diagnostic partagé, et d'approfondir les premières pistes d'actions proposées.

Les pilotes et les partenaires ont également identifié les transitions entre les groupes et les enjeux associés



### ➤ Groupe « Périnatalité / enfant » – rapporteur : P. DUORVAY

En préambule à toutes priorisations d'actions, les partenaires membres du groupe ont souhaité que soit formalisée dans le diagnostic, la nécessité d'adapter l'offre d'hospitalisation pour les enfants avec création de lits de pédiopsychiatrie.

#### Les priorités:

1/ **Soutenir la parentalité** (Réseau social numérique de parents, forums, PASS Santé Jeunes, aller au plus près des populations avec des moyens adéquats...)

2/ **Construire des ressources pour une meilleure lisibilité de l'offre** et de meilleurs échanges entre acteurs : cartographier les dispositifs de prévention et de soins sur le département (plateforme d'information numérique), avoir un langage commun (créer un référentiel linguistique commun)

3/ **Collaborer pour un travail sur les relais et les suivis des enfants entre les structures**: travailler sur les processus pré et post prise en charge entre les structures, institutionnaliser les modalités de collaboration (outils communs de transmission des informations)

### Autres pistes d'actions

- S'appuyer sur les dispositifs de droit commun de l'Education Nationale et de la PMI
- Développer les consultations périnatales (maternités, services pédopsychiatrie)
- Développer des équipes mobiles en maternités ou à domicile
- Désigner un acteur référent pour accompagner l'enfant et ses parents (coordinateur de soins)
- Créer un outil d'évaluation des difficultés de l'enfant avec des indicateurs pour faciliter l'orientation
- Définir des tableaux cliniques qui supposent une nécessité de prise en charge et « modéliser » une prise en charge selon les facteurs de risques évalués

Madame COINT précise que poser un diagnostic trop tôt peut stigmatiser les enfants qui risquent l'exclusion du milieu scolaire. Les comportements et la maladie sont évolutifs, il serait préférable de parler de **tableau clinique ou de symptômes plutôt que de diagnostic**.

Patrice DUROVRAJ insiste sur le fait qu'il est possible comme en Allemagne de parler d'un « doute sérieux » qui **permet une prise en charge précoce des problèmes psychiques**.

Madame COINT revient sur la nécessaire distinction de réponses selon les territoires. Dans le rural, les difficultés de mobilités psychique (déli de la maladie) et physique (moyens de locomotion) des parents augmentent la problématique d'accès aux soins. **Une réponse de proximité est nécessaire**.

Le Docteur COINT constate que les parents demandent légitimement un diagnostic qui explique le comportement de leurs enfants car ils sont inquiets pour leur avenir. **Il faut accompagner les enfants et les parents** qui sont déstabilisés **après la pose du diagnostic**, ne peuvent obtenir de rendez-vous rapidement avec un pédopsychiatre, et refusent l'hospitalisation.

Quand le diagnostic est posé, l'intégration dans l'école est difficile (stigmatisation) : **il faut former les enseignants à la connaissance des pathologies psychiques et leur prise en charge**.

Il constate que les médecins généralistes ne sont que rarement informés du diagnostic posé par un autre professionnel : **la coordination est nécessaire par un courrier systématique entre professionnels de santé**.

Madame COINT s'interroge sur les moyens affectés à la mise en œuvre du PTSM et propose, afin de limiter les surcoûts, d'utiliser l'existant dans chaque territoire en lien avec les CLS, **les lieux les plus adaptés à la rencontre avec les parents et la pose du diagnostic** : l'école n'est pas le bon endroit au vue de la représentation que les familles en ont, **la PMI est un lieu neutre non stigmatisant, la Maison des Adolescents** pourrait partager ses locaux, **s'appuyer sur les CLS ?**

Brice MOREY réaffirme que le territoire des CLS est le bon niveau d'intervention pour mailler plus finement les interventions.

Le Docteur PINOIT indique qu'il y a peu de demande d'hospitalisation pour les moins de 11 ans. La création de lits en pédopsychiatrie bute sur les financements et n'est pas la meilleure réponse. Il informe qu'une **restructuration des urgences permettra à moyen terme de créer un service dédié pour l'accueil de courte durée (48H) des enfants en période de crise**. De plus **une équipe mobile interne au CHU sera créée d'ici fin 2018 pour une prise en charge spécifique des enfants avec des troubles du comportement dans les services de pédiatrie**.

Madame COINT constate la nécessité d'une équipe mobile qui interviendrait dans les établissements médico-sociaux et les familles d'accueil très en difficultés.

Brice MOREY conclut en indiquant que la mise en place d'une équipe mobile sur tout le département est en réflexion.

### ➤ Groupe « Adolescence » – rapporteur : P. DUROVRAJ

#### Les priorités :

##### 1/ Définir des actions de coordination autour des situations complexes

- Définir une prise en charge collégiale et partagée.
- Repérer en amont pour éviter le recours à des dispositifs lourds.
- Maintenir le soin au plus près du jeune, pendant la durée de ses besoins et peu importe le lieu : domicile, foyers, CEF, MECS,... (dispositifs mobiles)

- Ritualiser les liens entre les structures, à terme parler de nos façons de collaborer et non de points de rupture (« cercle de soins » autour du jeune).

## **2/ Favoriser l'interconnaissance des acteurs autour des dispositifs existants**

- Créer sur le département une plateforme d'information numérique comme un site web partagé sur une logique parcours (entrée par thématique, âge ou difficulté repérée)

## **3/ Mettre en œuvre des actions de prévention dans les dispositifs de droit commun**

- Cartographier les dispositifs de prévention existants et prioriser
- 2 actions prioritaires : repérage des jeunes et place des parents en lien avec le milieu scolaire

### **Autres pistes d'actions :**

- Dispositifs d'évaluation, bilans systématisés, référentiels de prise en charge communs, fiches parcours, outils pour l'adressage et relais inter-structures, formations partagées, ...

*Il est rappelé que le PTSM s'appuiera sur les dispositifs existants tels que le Club Adolescents de l'ARS, la commission Adolescents du CD21.*

*Le Docteur COINT confirme le besoin des médecins généralistes d'accès à un annuaire numérique pour avoir les réponses en matière d'orientation et de prise en charge de leur patient.*

*Monsieur RORATO insiste sur ce besoin en transversal d'un annuaire qui serait unique pour tous*

*Monsieur POHER constate un besoin de formation de ses équipes et de moyens supplémentaires pour accueillir dans de bonnes conditions les enfants et les adolescents en période de crise ou suite à une tentative de suicide. Monsieur Poher invoque la mise en responsabilité de son établissement non pourvu de services dédiés.*

*Madame COINT constate que les réponses sanitaires disparaissent sans étayer les prises en charge dans la ville. De plus les moyens sont concentrés sur Dijon mais les besoins sont importants en dehors de la métropole.*

*Le Docteur COINT insiste sur le fait que les territoires sont inégaux devant les réponses apportées en matière de soins et qu'il y a besoin d'une « réponse minimale » sur certains territoire. Ce sont les médecins généralistes qui sont impactés par cette situation.*

*Le Docteur MILLERET revient sur la mise en place d'une équipe mobile prévue dans PMP/ GHT et déplore le fait que ce projet ne voit pas le jour.*

*Brice MOREY précise que certaines problématiques sont à traiter dans le PMP du GHT et que des priorisations sont à faire avec les enveloppes budgétaires dédiées.*

### **➤ Groupe « Adulte » – rapporteur : A.BANNIER**

#### **Les priorités :**

- **Favoriser ou développer la co-intervention** dans les dispositifs de droit commun existants, ou et « l'allers-vers »

#### **1/ Prévention gestion de la crise – Domicile / non connu - par un dispositif de réponse aux urgences psychiatrie**

- Plateforme téléphonique intersectorielle type 15, 24h/24h
- Optimisation de l'accueil sur dispositifs existants (créneaux urgences, contact IDE semaine)
- Médecins généraliste renvoient vers astreinte médecin psychiatre secteur ou établissement de référence /orientation ou dialogue clinique
- 

#### **2/ Prévention -Favoriser la prévention des hospitalisations/urgences en institution ou connu**

- Co-intervention proche-médecin, professionnel social ou médico-social –médecin et allers vers en « pré -crise »
- Hospitalisation séquentielle
- Pratique systématisée des synthèses élargies lorsqu'un des acteurs identifie les signes de crise sous-jacente

### **3/ Proposer une coordination des acteurs lisibilité, articulation, interconnaissance pour travail en réseau via notamment une plateforme identifiée GUICHET UNIQUE :**

- Espace interprofessionnel de rencontres et d'échanges d'informations/projet, stages croisés,
- Annuaire détaillé, et qualifié avec entrée /référént direct dans les structures,
- Groupes de travail thématiques

#### **Autres pistes d'actions :**

- **Développer les offres de logements** accompagnés pour les publics concernés (PH Vieillissantes, public addiction, nouvelles formes de logements accompagnés)
- **Réfléchir à une meilleur fluidité des dispositifs** permettant un parcours d'insertion, en emploi, et en logement, développer les passerelles idoines favorisant le parcours de vie des personnes prenant en compte la variabilité et la temporalité des troubles psychiques ;
- **Proposer une meilleure prévention** et prise en charge des problématiques somatiques des personnes concernées
- **Organiser des nouvelles modalités de réponses et d'accueil pour lutter contre l'isolement** des personnes n'ayant pas un accès à un emploi, ou en sortie d'institution
- **Renforcer l'aide aux aidants**
- Renforcer l'offre de prise en charge psychologique (notamment pour une orientation par les médecins généralistes et privilégier les prises en charge « courtes », relais)

*La problématique de la crise et de l'urgence est déjà traitée par le PMP dans le GHT, une unité de crise est en cours de création au CHU en particulier pour les tentatives de suicide et va répondre en partie aux besoins identifiés.*

*Il est à souligner que les acteurs ont la volonté de poursuivre les échanges, de coordonner leurs actions et d'agir en complément de l'existant (PTA, PMP du GHT....)*

*IL est noté que le projet de l'annuaire numérique revient dans tous les groupes et sera à construire en transversal.*

*Le concept de la co-intervention et de l'aller vers est plébiscité par les membres du comité de pilotage. La SEDAP atténue ces propos selon le contenu de la prise en charge et des publics (addictions)*

*Monsieur POHER confirme que le traitement de la crise chez l'adulte pose également un problème sans les moyens adéquats.*

*Madame COINT précise que les ESAT sont en difficultés dans l'accueil des personnes en situation de handicap psychique et qu'il y aurait besoin d'un étayage sanitaire. Par ailleurs, pour aller dans le sens de la Réponse Accompagnée Pour Tous, la variabilité des troubles dans la maladie psychique demande une souplesse dans la réglementation et les financements : il faut inventer des outils, des procédures non prévues, donner des dérogations et permettre la convergence des dispositifs. Toute expérimentation donnera lieu à une évaluation.*

#### **➤ Personnes âgées – rapporteur : F.GUAIS-LERAT**

##### **Les difficultés et les besoins majeurs**

- Offre de prise en charge insuffisante et/ou absence de dispositifs organisés sur certains territoires de Côte d'Or
- Besoin d'une meilleure connaissance des dispositifs, des contacts et réponses existantes sur les différents territoires
- Manque de coordination et de fluidité dans le parcours de la personne âgée présentant des troubles de santé mentale

### Les prérequis aux actions

- Hospitalisation des personnes âgées évitées autant que possible
- Objectif d'un dispositif minimal sur chaque territoire avec des infirmiers de coordination, des contacts de psychiatres, pour organiser une réponse et une prise en charge coordonnée dans des délais satisfaisants
- Modalités de fonctionnement claires et formalisées de ces dispositifs

### Les priorités

- Formation des personnels des établissements et services intervenants à domicile pour la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale
- Astreinte téléphonique de psychiatres pour répondre aux médecins généralistes et au personnel des établissements
- Places pour des séjours de rupture dans les unités psychiatriques
- HAD psychiatrique
- Centre de ressources pour les aidants, pour le grand public, pour les soignants

### Autres pistes d'actions :

- Infirmiers de coordination pour faire le lien entre le sanitaire et les établissements d'accueil des personnes âgées
- Annuaire détaillé, qualifiant les interventions de chaque acteur mentionné (publics, modes d'intervention) dont psychologues libéraux qui acceptent de prendre les personnes âgées
- Logements accompagnés pour les psychotiques avançant en âge et qui ne peuvent plus travailler (solution alternative à l'entrée en EHPAD)
- Charte de fonctionnement entre les médecins généralistes libéraux et la première ligne de psychiatrie, pour un dialogue clinique
- Télé-psychiatrie
- Formes courtes d'accompagnement, « psychothérapies flash » (~6 séances pour un patient) assurées par des psychologues, dans le cadre d'une équipe mobile de gériatrie par exemple

*La problématique de la prise en charge des 55 à 70 ans est soulignée.*

*Les prise en charges des personnes avec une maladie psychique est difficile à gérer par les EHPAD qui demandent une formation de leurs équipes pour une connaissance des troubles psychiques et des réponses à apporter.*

*Madame COINT s'interroge sur la nécessité des infirmières de coordination, en effet il existe déjà des dispositifs : MAIA, PTA, RAPT. Par ailleurs la formation et l'acculturation entre professionnels ne suffiront pas. Il faut faire évoluer les regards, les métiers, les prises en charge : ex HAD et lits palliatifs en EHPAD. Il est nécessaire d'assouplir les parcours et donc les orientations par la MDPH qui pourraient être doubles pour favoriser l'aller-retour entre le domicile avec suivi SAVS et un foyer d'hébergement ponctuel selon variabilité de l'état de la personne.*

*En conclusion, Madame COINT demande qu'une bilatérale avec le CD21 soit organisée avant la transmission des conclusions lors de la prochaine plénière de tous les acteurs le 5 avril et souhaiterait connaître les avancées du contrat de performance dont fait l'objet le CH La Chartreuse.*

## 2. Les perspectives

A ce stade des travaux, le diagnostic formalise clairement deux axes pour la poursuite et la mise en œuvre du PTSM :

- **Un axe « besoins structurels »** : à mettre en œuvre ou à renvoyer vers les opérateurs et structures concernés dans le cadre des politiques publiques et projets envisagés
- **Un axe « besoins transversaux »** : avec la mise en œuvre d'une plateforme de santé mentale pour la coordination des acteurs sur les actions communes exprimées

Les prochaines étapes :

- Un document opérationnel construit à partir de l'expression des groupes de travail avec des fiches action par axe prioritaire, avec une approche territoriale
- Un plan d'action réaliste et territorial
- Un Contrat territorial de Santé Mentale incluant des actions court terme et des orientations à moyen terme

### **3. Les dates à retenir**

Lors d'une 4ème rencontre, les groupes vont approfondir les pistes d'actions envisagées :

- GT1 (Périnatalité - Enfants): **le 5 mars à 14h**
- GT2 (Adolescents): **le 9 mars à 14h**
- GT3 (Adultes): **le 2 mars à 9h**
- GT4 (Personnes âgées) : **à définir**

Une réunion plénière de tous les acteurs aura lieu le **5 avril**

Le Contrat territorial de santé mentale incluant les actions à court terme et les orientations à moyens terme sera présenté **le 31 mai**