

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 Alcoolologie 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 Prénatal 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

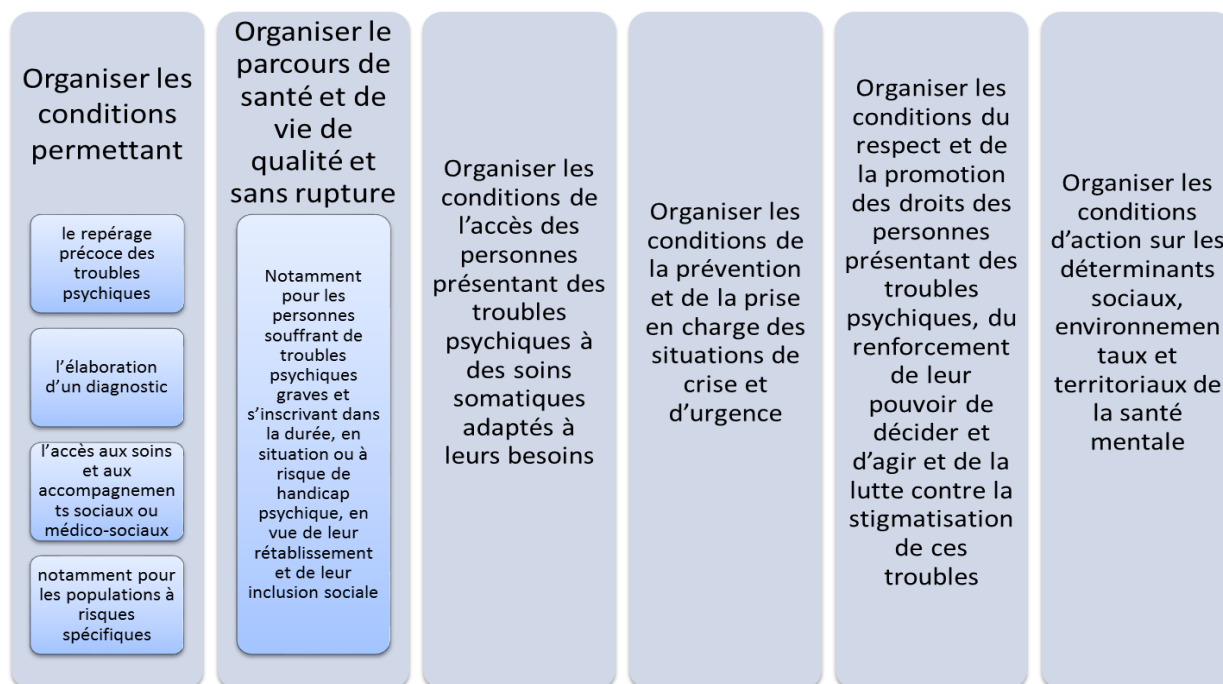
Le PTSM « favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social »

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

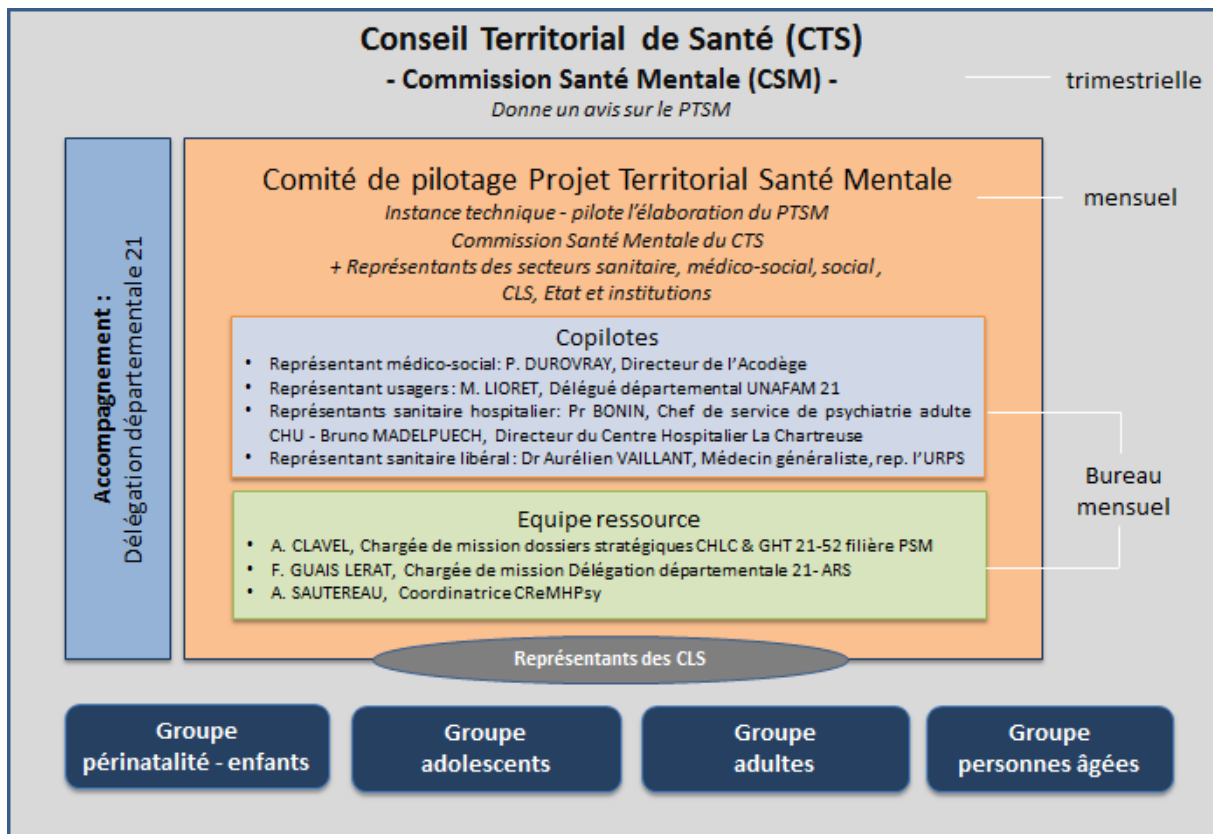
La première réunion du Comité de pilotage, attestant du lancement du PTSM de Côte d'Or, s'est tenue le 26 octobre 2017, sur invitation du Directeur général de l'ARS BFC. Ce Comité de pilotage s'est réuni par la suite tous les mois et demi ou deux mois.

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.

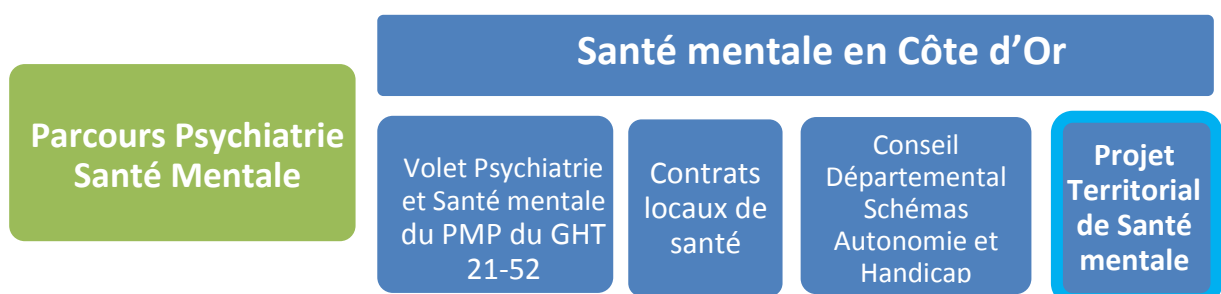
① Cf. annexe 1 - Liste des participants à la démarche et analyse de la représentation des acteurs de la santé mentale.

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-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.									Disponibilités pilotes pour planification des GT
	Groupe adolescents						28-nov.	18-déc.	20-déc.	26-janv.									
	Groupe adultes							1-déc.	22-déc.			2-mars							
	Groupe personnes âgées						21-nov.	19-déc.	22-déc.	23-janv.		19-mars							
Bilatérales	ARS							11-janv.											
	Conseil départemental							18-janv.										Retours amendements	
	CLS, PTA, CPTS												17-mai	24-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.

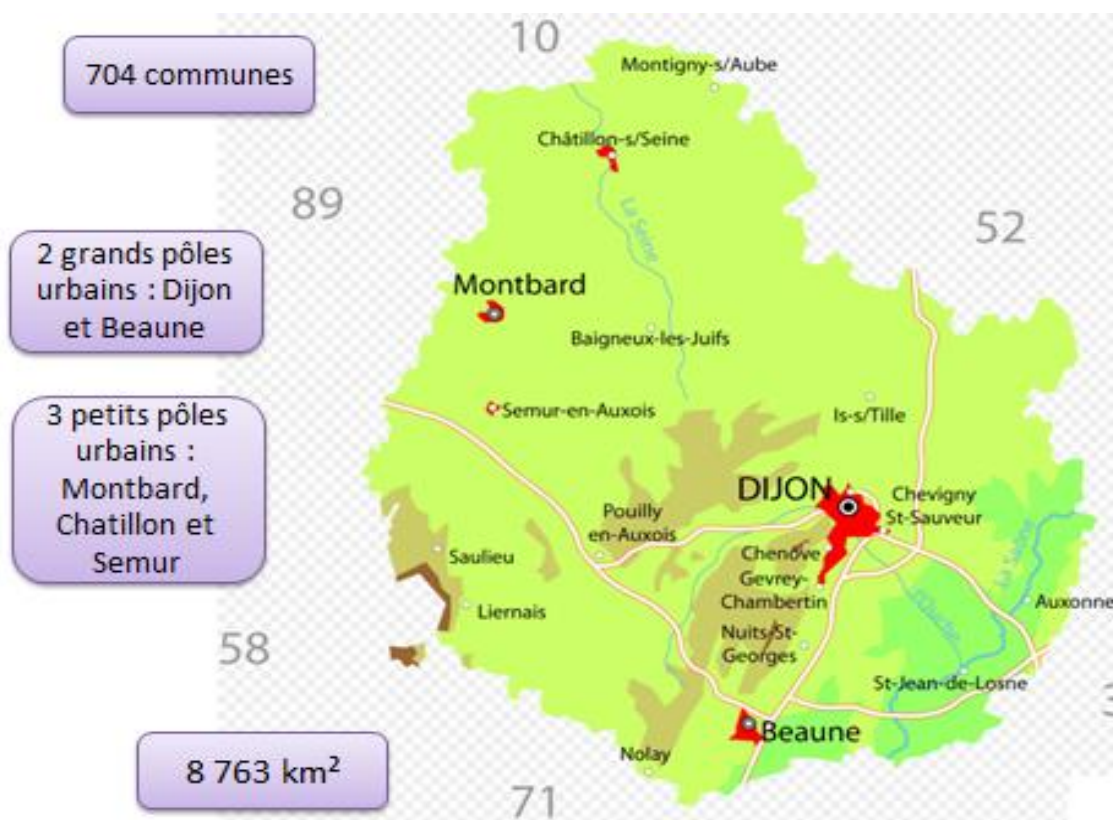
2.1. Présentation du territoire projet

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



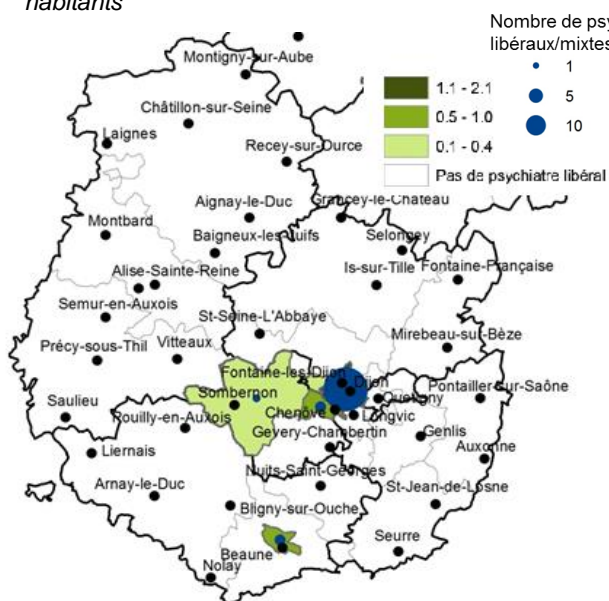
La file active² psychiatrie correspond environ à 19.000 patients pris en charge par les différents secteurs³.

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...)

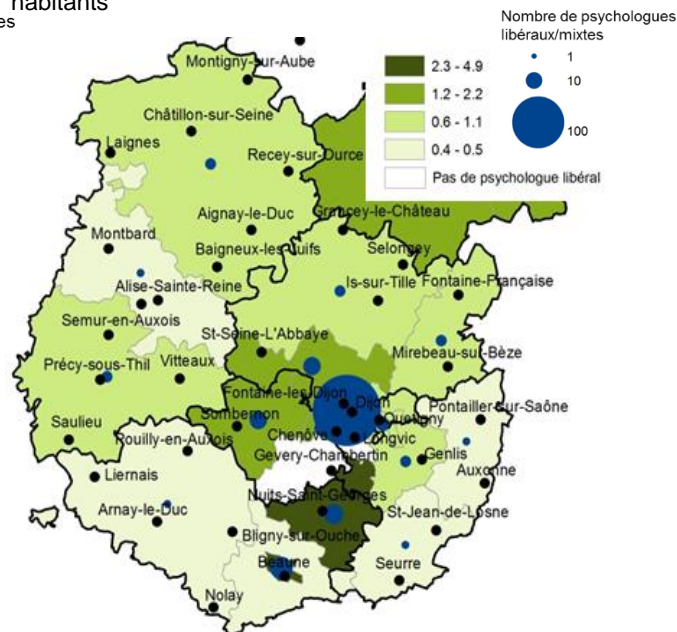
³ 18 687 patients pris en charge par les secteurs en 2016 - Source: RIMPsy 2016

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 Beaune
- 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 agglo (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.

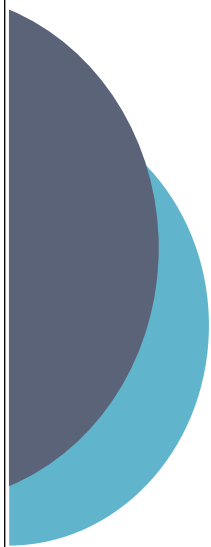
3.3.7. Les professionnels de la santé mentale

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, CREMHPHY, 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 ● Renvoie 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 <p>_ Animer et faire vivre un réseau d'acteurs de prévention - Renforcer et développer les actions de prévention [F1/2016-2018]</p> <p>_ Établir une cartographie de l'offre de service sur le département via l'élaboration d'un portail internet accessible aux professionnels et aux usagers</p> <p>_ Journées d'échanges autour de thèmes fédérateurs pour les acteurs de prévention.</p> <p>_ 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</p> <p>_ 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> <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 <u>Missions cas complexes Conseil Départemental</u> : mineurs entrée ASE, et PJJ ou insertion, AED, prise en charge sociale (dite de secteur). <u>Club départemental ARS</u> (plus orienté stratégie de prise en charge) mis en stand-by en attendant les travaux PTSM <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. ● 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), 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 gériatrie-psycho geriatrie 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 gériatrie-psycho geriatrie ● Séjours de rupture en gériatrie-psycho geriatrie : 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 gériatrie-psycho geriatrie
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

PROJET TERRITORIAL DE
SANTÉ MENTALE
Département de la Côte d'Or



ANNEXES

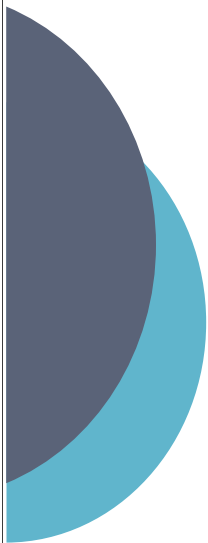
Annexe 1 : Liste des participants à la démarche et analyse de la représentation des acteurs de la santé mentale

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














Annexe 1













Liste des participants à la démarche et
analyse de la représentation des
acteurs de la santé mentale

LISTE DES PARTICIPANTS A LA DEMARCHE ET ANALYSE DE LA REPRESENTATION DES ACTEURS DE LA SANTE MENTALE

Le PTSM 21 inclut l'ensemble des acteurs et fédérations des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, les acteurs de la politique de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale.

Une centaine de professionnels, bénévoles, élus, usagers se sont investis dans l'élaboration du PTSM.

Acodège	
ADEFO	
Adosphère	
ARS BFC	
CD21	
CH La Chartreuse	
CH Semur-en-Auxois	
CH-HCO Vitteaux	
CHU Dijon	
CLS Auxois Morvan	
CLS Dijon Métropole	
CLS du Châtillonnais	

CLS du Pays Beaunois	
CLS Seine-et-Tilles	
CLS Val-de-Saône Vingeanne	
CLSM Franco Basaglia	
CREMHPSY	
DSDEN	
DT-PJJ	
EHPAD Bligny-sur-Ouche	
EHPAD Espérance	
EHPAD Nolay	
EHPAD Petite sœur des pauvres	
EHPAD St Jean de Losne	
EHPAD St Philibert	
FAS- BFC	
France Alzheimer Côte d'Or	
Hospices Civils de Beaune	
ICARE-La bergerie	

Le Renouveau	 ASSOCIATION DU RENOUVEAU
Les Fassoles-EHPAD	 ACIS FRANCE
Les Papillons Blancs	 association les papillons blancs de Beaune et sa région
MUSSP	 MUSSP Chenôve
Mutualité Française Bourgogne Franche-Comté	 MUTUALITÉ FRANÇAISE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
ORPEA -EHPAD	 ORPEA FRANCE
PEP-CBFC	 Les PEP CBFC La solidarité en action
Préfecture	 Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE PRÉFET DE LA CÔTE-D'OR
SDAT	 SDAT
SEDAP	 Sedap
UNAFAM	 unafam CÔTE-D'OR
URPS médecin libéraux BFC	 URPS Médecin Libéral EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
Ville DIJON- Métropole	 Dijon

LA PARTICIPATION DES ACTEURS au PTSM Côte d'Or

Groupes de travail	Périnatalité - enfants	Adolescents	Adultes	Personnes âgées
Nombres de réunions par groupe de travail	5	4	5	4
Nombre de participants aux groupes de travail	12	18	25	15
Les structures participantes	CD21-PMI CD21-MDPH Acodège CHLC-Pédopsy DSDEN 21 Papillons blancs UNAFAM PEP CBFC	Acodège Adosphère CD21-MDPH CD21-ASE CHLC-Pédopsy CHU Dijon CLS Dijon CLS Val-de-Saône CLSM FB CREMHPSy DSDEN DT PJJ Papillons BB PEP21 UNAFAM URPS Ville DIJON Dijon Métropole	PEP CBFC MFBSSAM CHU Dijon CHLC SAMSAH ARS BFC UNAFAM ADEFO / SIAO Papillons Blancs SEDAP CREMHPSY ICARE URPS CLS Métropole Le renouveau CLSM	CD21 CHLC Gérontopsy URPS EHPAD Nolay MFBSSAM EHPAD Chatillon-sur-Seine ARPAVIE EHPAD Espérance EHPAD St-Philibert EHPAD Les Vergers EHPAD St-Philibert CMP Beauce en Vergy UNAFAM Hospices de Beaune

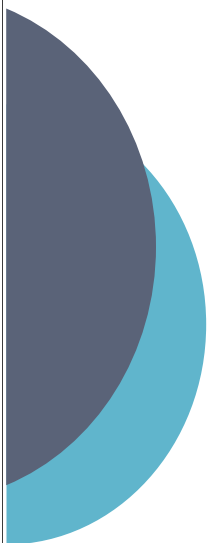
Représentation en bilatérales

CD21 : 19 cadres

Plateforme Territoriale d'Appui :
4 directeurs

Contrats Locaux de Santé : 2 animateurs de santé

Délégués du Préfet : 2 délégués et 1 chargé de mission radicalisation



Annexe 2

Cartes du diagnostic territorial
retenues dans le cadre des
travaux du PTSM

ANNEXE 2

CARTES DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL RETENUES DANS LE CADRE DU PTSM

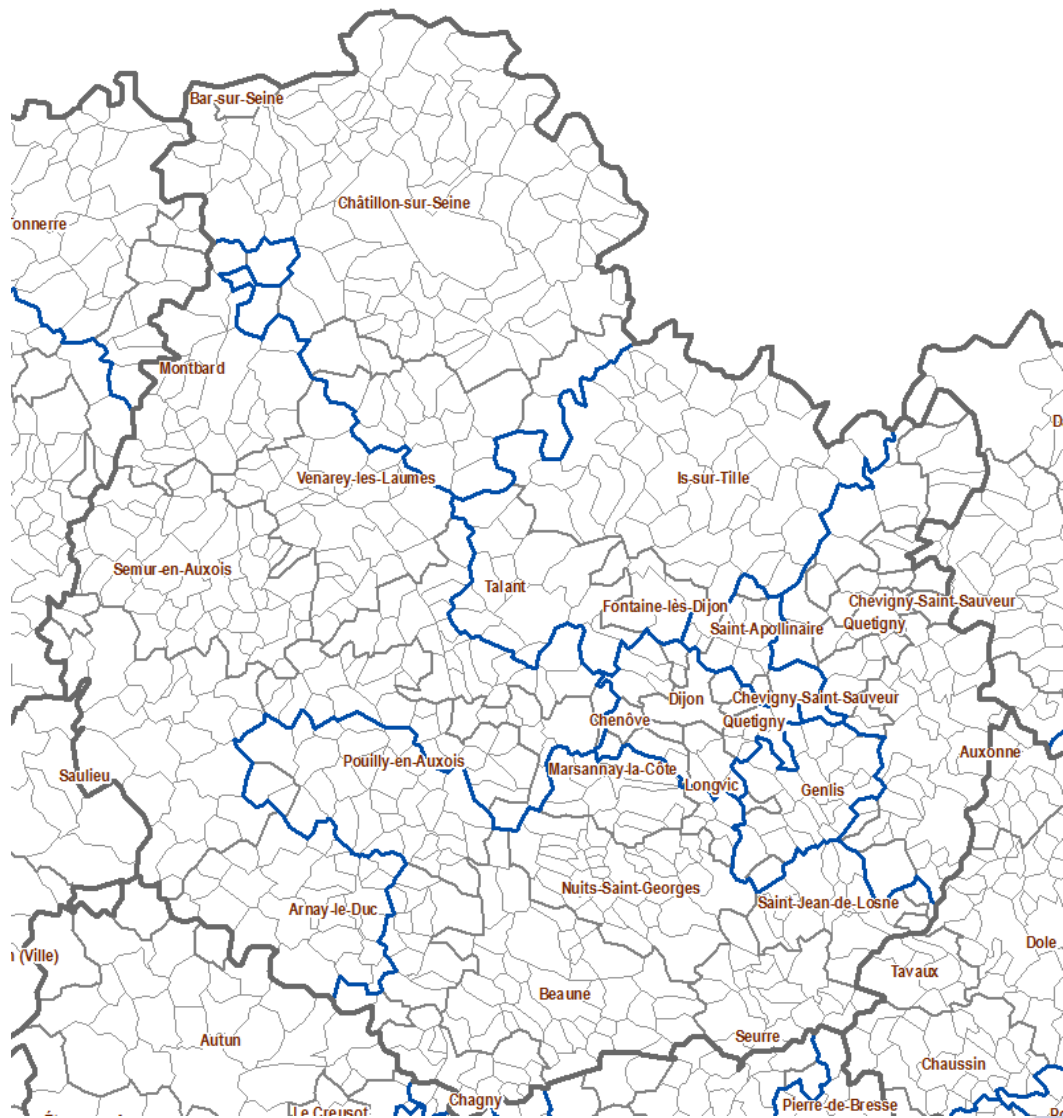
DIAGNOSTIC TERRITORIAL COTE D'OR

SANTÉ MENTALE






la santé pour territoire

Les découpages du territoire



Légende

-  Territoires de vie
-  Contrats Locaux de Santé
-  Communes

Territoires de vie








Les Contrats Locaux de Santé

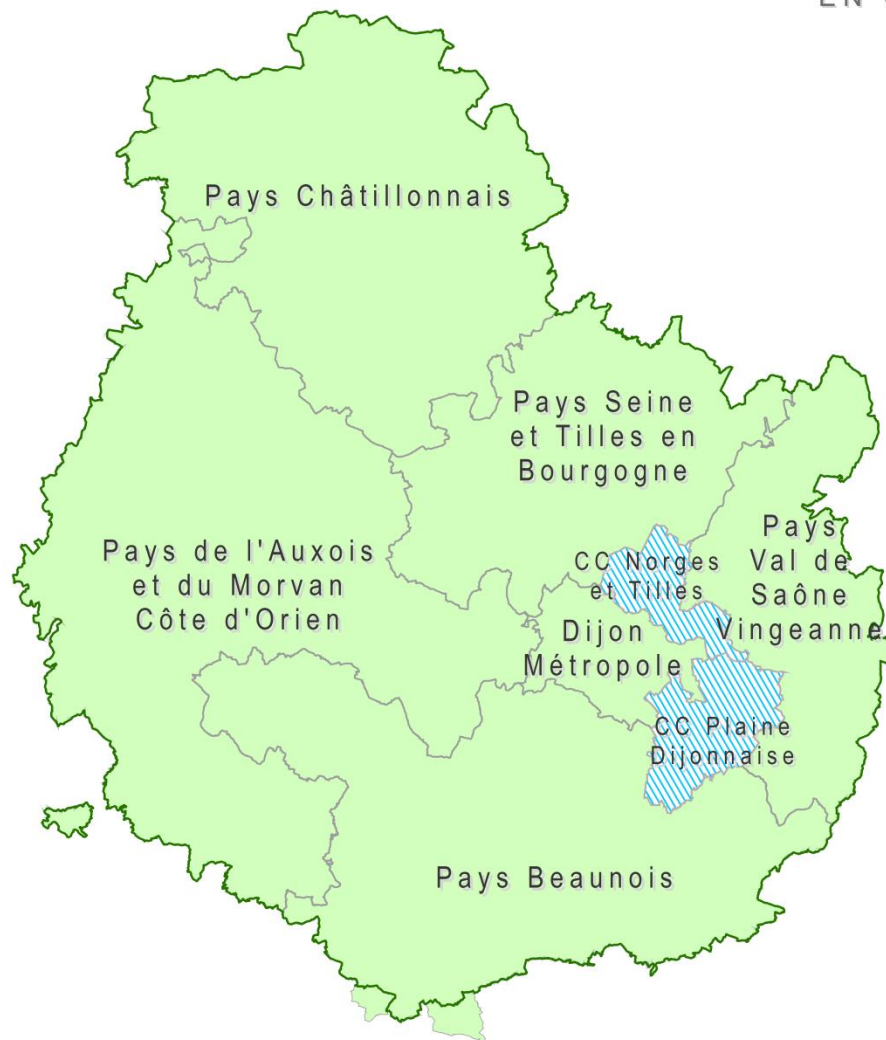
LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE (CLS)
EN COTE D'OR 

Agence Régionale de Santé
Bourgogne-
Franche-Comté

Contrats Locaux de Santé (CLS)

(Etat d'avancement à octobre 2018)

-  CLS signé
-  CLS signé / en cours de renouvellement
-  CLS en cours / en discussion
-  Périmètre en cours de redéfinition
-  Pas de CLS
-  CLS hors région
-  Limite départementale



1:680 000

Sources : Données ARS BFC
Exploitation DIS/DES (ArcMap - Oct.18)

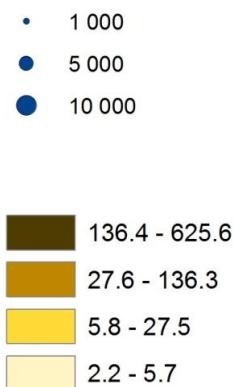
Population de moins de 18 ans

Nombre et Densité

Ensemble Côte-d'Or

108 750 hab. de - de 18 ans

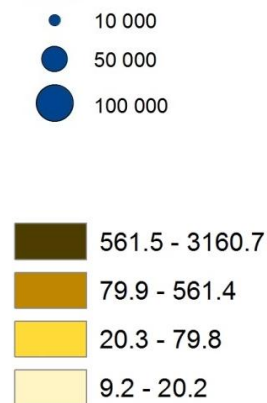
Soit 12 hab. / km²



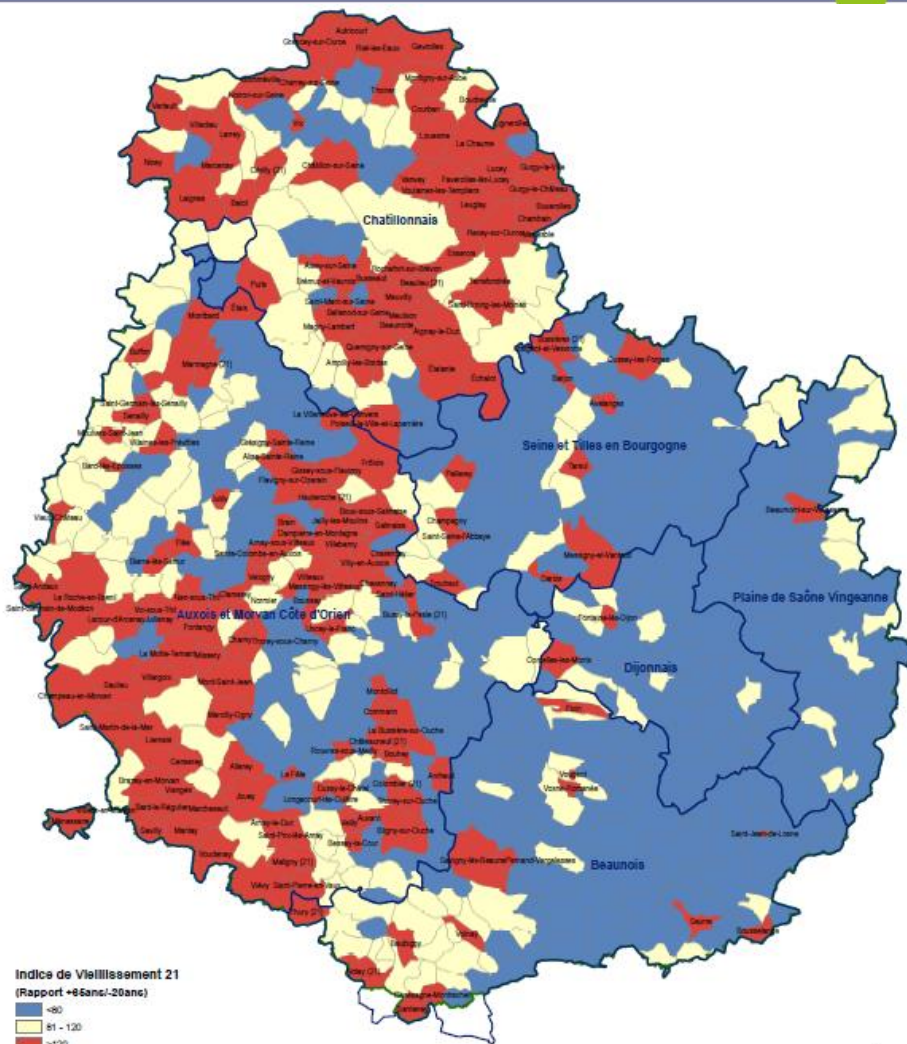
Population de 18 ans et + Nombre et Densité

Ensemble Côte-d'Or

421 000 hab. de 18 ans ou +
Soit 48 hab. / km²



Caractéristiques démographiques: vieillissement



Pour 100 jeunes de moins de 20 ans le département de la Côte d'Or recense 79 personnes de 65 ans et plus (0,785)

BFC : 0,865

France met. : 0,802

9,6 % de 75 ans et plus

BFC : 10,7 %

France met. : 9,9 %

38,4 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules

BFC : 39,2 %

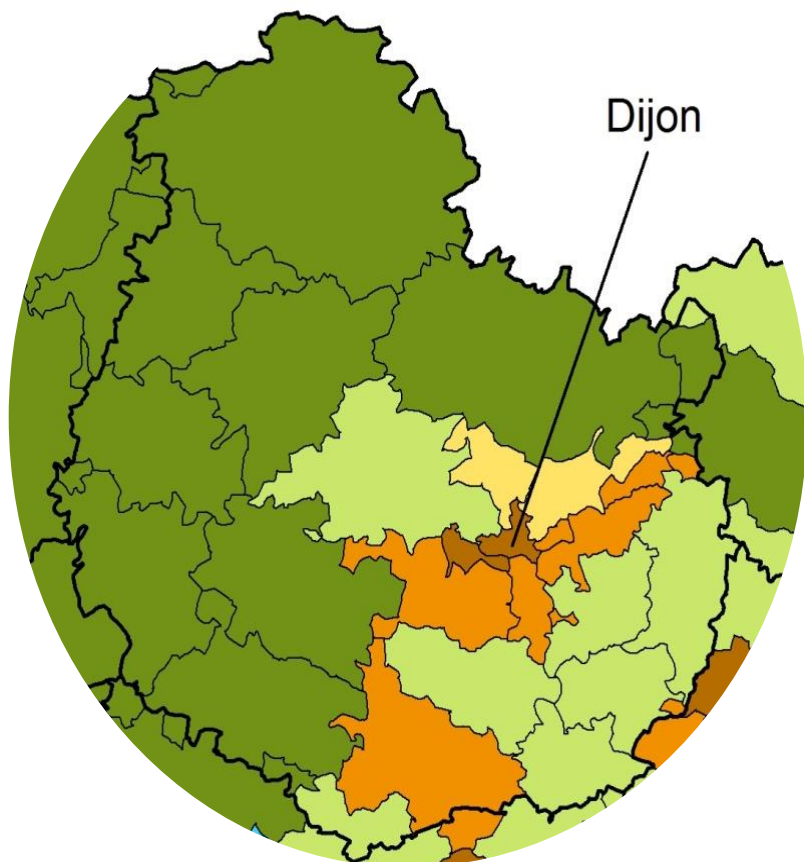
France met. : 38,5 %



1:580 000

L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

Qualité de vie



Dans cette étude, la qualité de vie est abordée par 27 indicateurs recouvrant les dimensions suivantes :
accessibilité aux équipements, culture-sports-loisirs-vie associative, éducation, égalité femmes hommes, emploi-travail, environnement, équilibre travail-vie privée, logement, relations sociales, revenus, santé, transports, vie citoyenne.

- Plutôt favorisés, accès aux équipements rapide, difficultés socio-éco.
- Aisés, éloignés de l'emploi, surtout périurbain
- Plutôt denses, situation peu favorable
- Bourgs et petites villes, situation intermédiaire
- Isolés, peu urbanisés, hors influence des grands pôles
- Autour de villes moyennes emplois et conditions de vie plutôt favorables

Source : Une approche de la qualité de vie dans les territoires. Insee Première n°1519, Octobre 2014.

Les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent



La Côte d'Or compte 529 761 habitants, dont 108 750 habitants de moins de 18 ans, répartis sur un territoire de 8763 km, soit une densité de 12,4 hab./km².

Le département est divisé en trois secteurs géographiques de psychiatrie infanto-juvénile :

- Le Pôle de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CH La Chartreuse gère **l'inter secteur sud Côte d'Or**.
- Le CHU gère le **secteur 1**.
- Le CH de Semur-en-Auxois gère le **secteur 3**.

La commune de Dijon est couverte par les secteurs du CHU et du CH La Chartreuse compte 25 279 habitants de moins de 18 ans.

NB : Le découpage cantonal de 2015 ne correspondant pas aux délimitations de secteurs de psychiatrie, il n'a pas été possible de différencier la population des deux secteurs infanto-juvéniles de Dijon.

Code Secteur Infanto-juvénile	Nom de secteur	Population <18 ans	Superficie (en km ²)	Densité (nb hab./km ²)	File active 2016	Part population
21101	CHU Dijon (hors Dijon)	18 400	1 599	11,5	975	
21102	CH La Chartreuse (hors Dijon)	53 216	3 528	15,1	2 084	3,2 %
21101 & 21102	Dijon (CHU & CHLC)	25 279	40	625,6	NA	
21103	CH Semur-en-Auxois	11 854	3 596	3,3	419	3,5 %
Côte-d'or		108 750	8 763	12,4	NA	NA
Ensemble GHT		145 530	14 974	9,7	NC	NC

Les secteurs de psychiatrie de l'adulte



La Côte d'Or compte 529 761 habitants, dont 421 011 habitants de plus de 18 ans, répartis sur un territoire de 8763 km, soit une densité de 48 hab./km². Le taux annuel de variation de la population en Côte d'Or est de + 0,3%. Entre 2008 et 2013, on constate une progression plus importante de la part des + de 60 ans (25% en 2013 contre 22% en 2008 - source INSEE). La ville de Dijon compte 153 003 habitants avec une densité de 3786 hab./km². On note une progression du nombre d'habitant de + 0,2% par an.

Le département est divisé en plusieurs secteurs géographiques :

- Le CH La Chartreuse, établissement public de santé mentale référent en Côte d'Or gère **cinq secteurs géographiques (secteurs 2, 4, 5, 6, 7)** pour la prise en charge des adultes.
- Le CHU gère le **secteur 1**.
- Le CH de Semur-en-Auxois gère le **secteur 3**.



Code Secteur Adulte	Nom de secteur	Population >18 ans	Superficie (en km ²)	Densité (nb hab./km ²)	File active 2016	Part population
21G01	CHU Dijon	63 312	1 664	38	3 731	5,9 %
21G02 & 21G05	CHS La Chartreuse Dijon Nord & Sud	127 724	40	3 160,7	2 919	2,3 %
21G03	CH Semur-en-Auxois	49 194	3 596	13,7	1 639	3,3 %
21G04	CHS La Chartreuse 4ème Secteur	53 353	645	82,8	1 743	3,3 %
21G06	CHS La Chartreuse 6ème Secteur	59 953	1 715	35	2 437	4,1 %
21G07	CHS La Chartreuse 7ème Secteur	67 476	1 103	61,2	1 865	2,8 %
Côte-d'or		421 011	8 763	48	NA	NA
Ensemble GHT		509 303	13 402	38	NC	NC

Source : CH La Chartreuse, Insee
Exploitation ORS BFC

Étude GHT 21-52 – volet Psychiatrie

Médecins généralistes libéraux

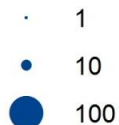
Nombre et densité /10 000 habitants

Ensemble Côte-d'Or

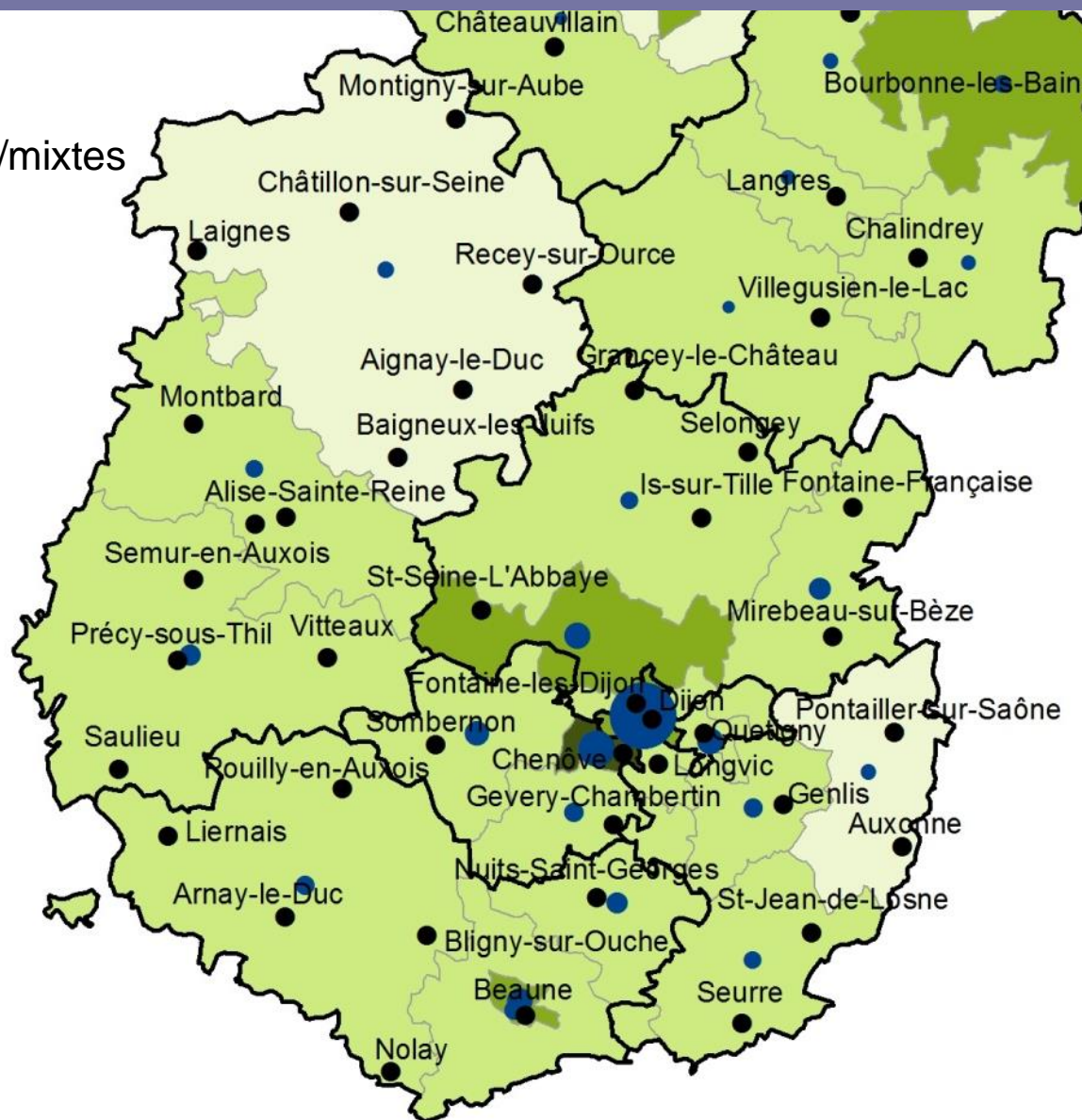
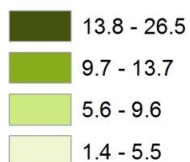
519 médecins généralistes libéraux/mixtes
Soit 9.8 / 10 000 hab.

Densité France hexagonale : 10.5

Nombre de généralistes libéraux/mixtes



Densité / 10 000 hab.



Sources : Drees/ASIP-Santé (RPPS 2016), Insee

Étude GHT 21-52 – volet Psychiatrie

Médecins psychiatres libéraux

Nombre et densité /10 000 habitants

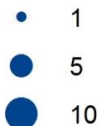
Ensemble Côte-d'Or

37 psychiatres lib/mixtes (dont 24 libéraux exclusifs)

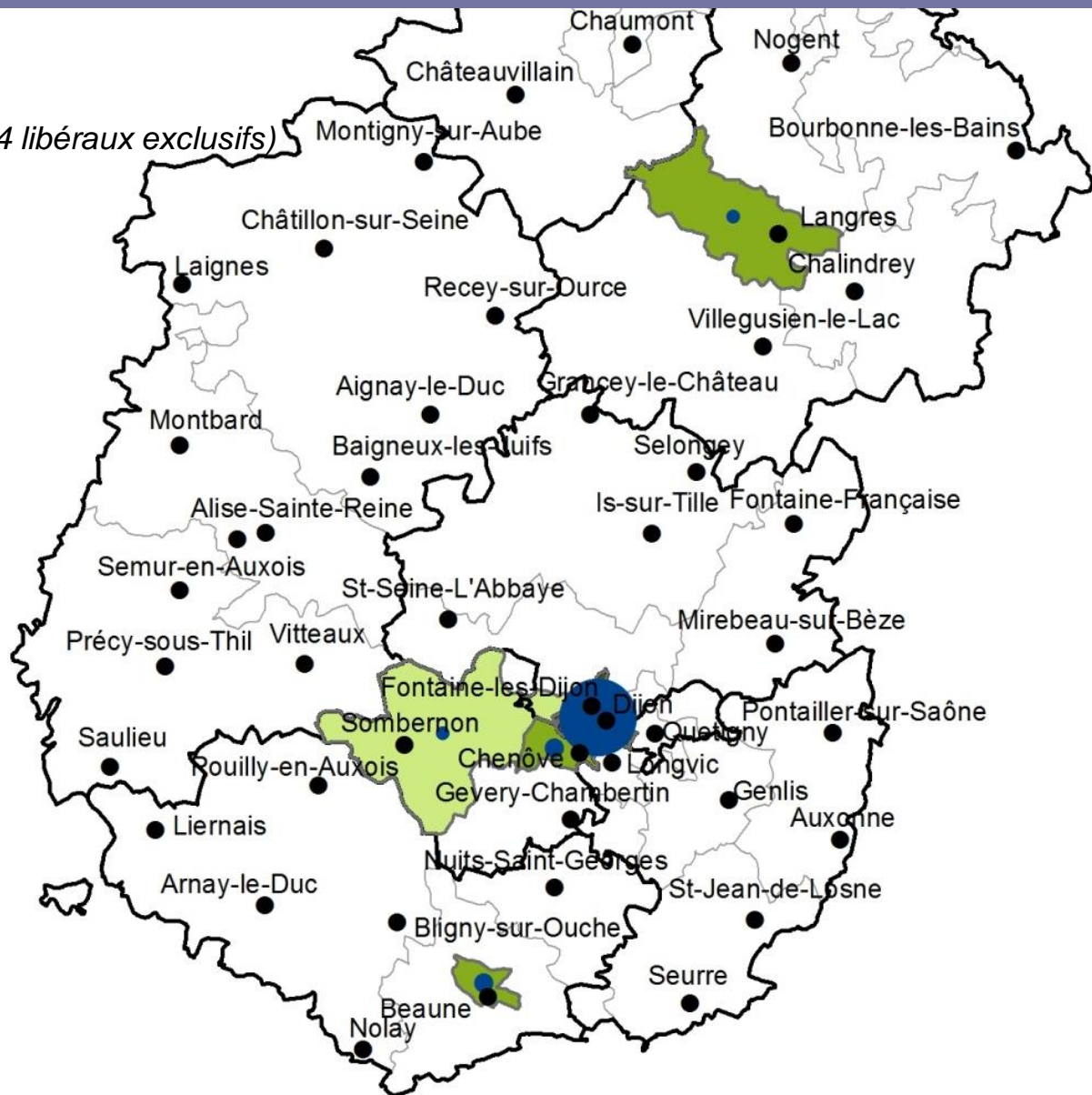
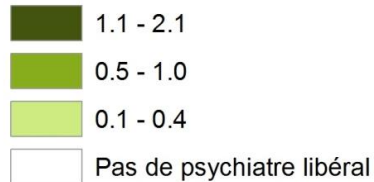
Soit 0.7 / 10 000 hab.

Densité France hexagonale : 1.0

Nombre de psychiatres libéraux/mixtes



Densité / 10 000 hab.



Sources : Drees/ASIP-Santé (RPPS 2016), Insee

Étude GHT 21-52 – volet Psychiatrie

Médecins psychologues libéraux

Nombre et densité /10 000 habitants

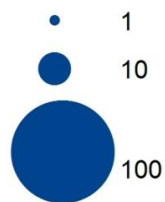
Ensemble Côte-d'Or

121 psychologues libéraux/mixtes

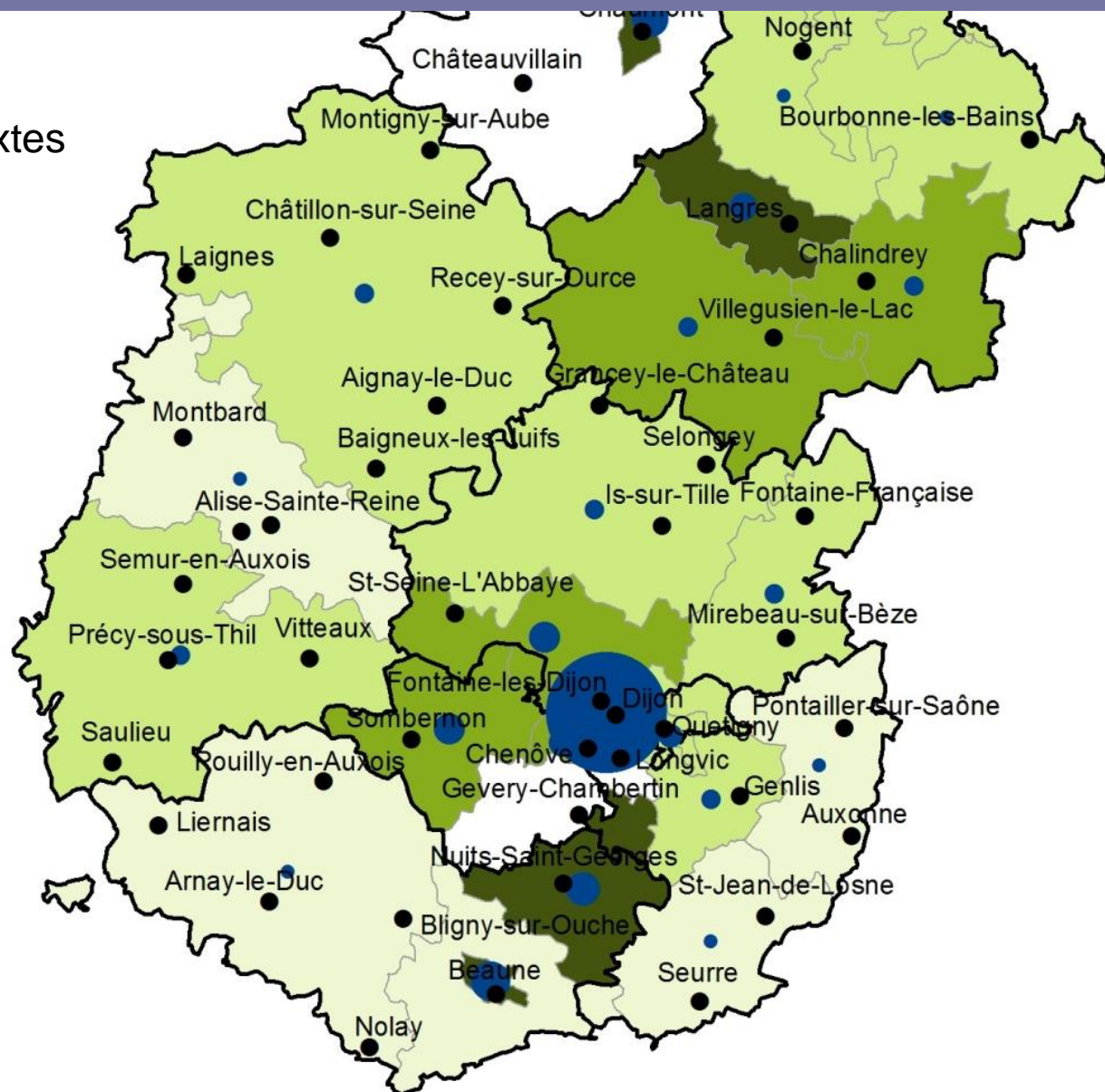
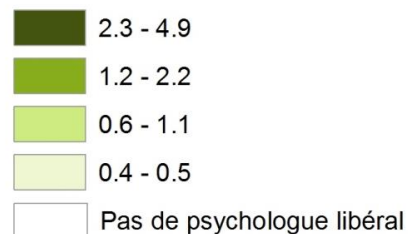
Soit 2.3 / 10 000 hab.

Densité France hexagonale : 2.8

Nombre de psychologues libéraux/mixtes



Densité / 10 000 hab.



Sources : Drees/ASIP-Santé (Adeli 2016), Insee

Étude GHT 21-52 – volet Psychiatrie

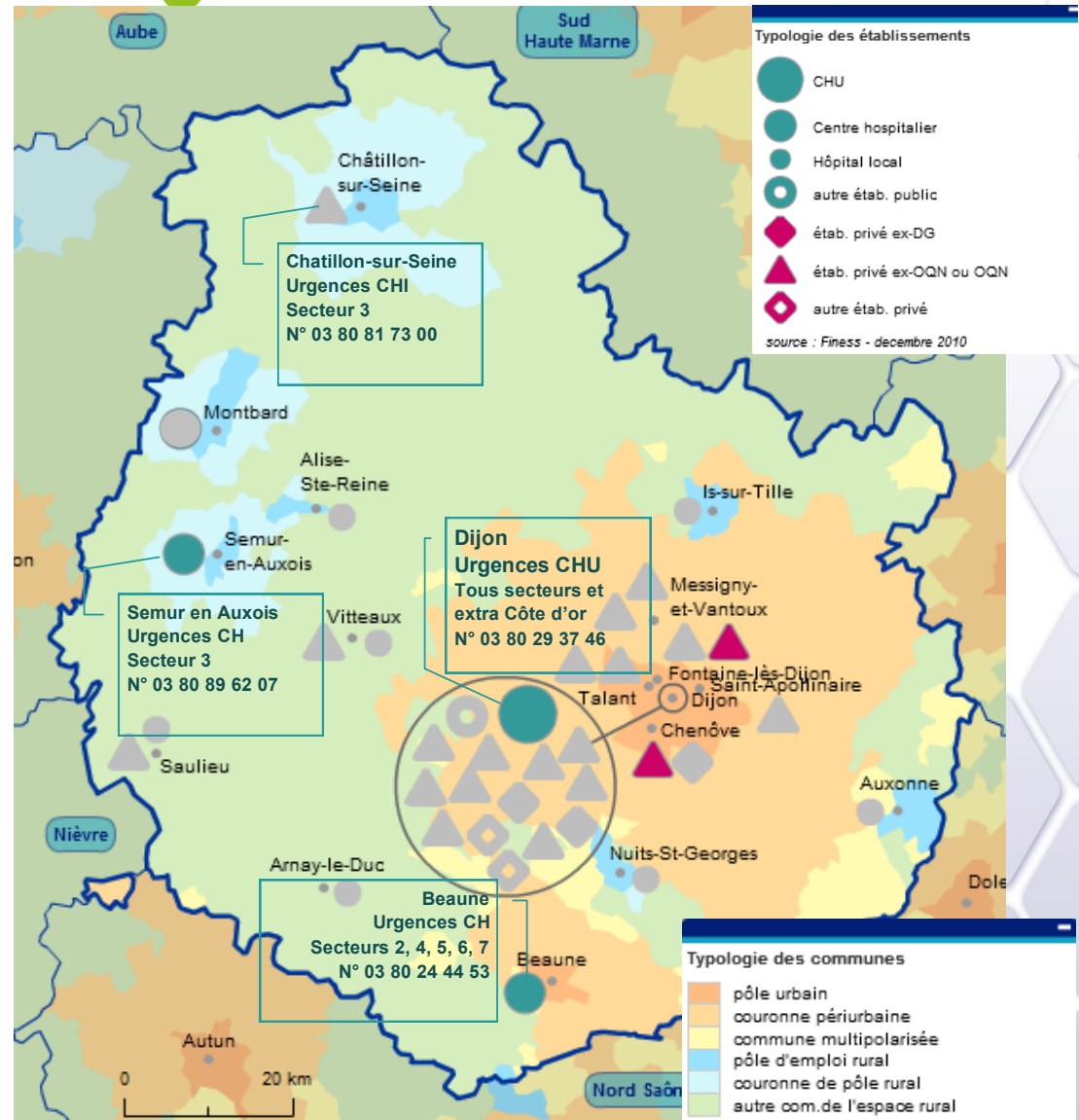
Les structures d'urgences psychiatriques

Des services d'urgences sont implantés dans les hôpitaux généraux et permettent de prendre en charge des urgences somatiques et psychiatriques au plus près du domicile des patients. La continuité des soins psychiatriques est assurée en liaison avec les secteurs publics de psychiatrie.

Le département de Côte d'Or compte quatre structures d'urgences (SAU et SRAU) :

- Au CHU de Dijon Bourgogne
- Au CH de Semur en Auxois
- Au CH de Beaune
- Au CH de Chatillon-sur-Seine

Les Services d'Accueil des Urgences de Dijon et de Beaune travaillent en lien avec l'Unité Médicale d'Accueil et d'Orientation (UMAO) du Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon.



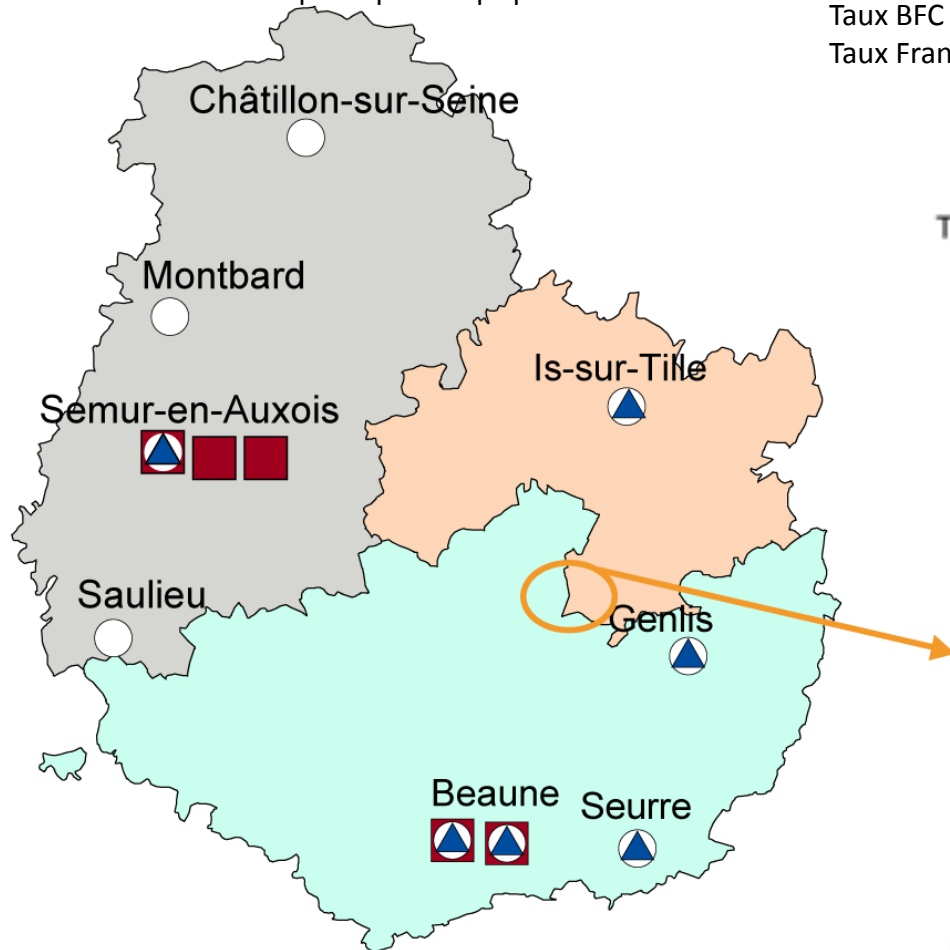
L'offre de soins psychiatriques pour les enfants et les adolescents

Structures ambulatoires Côte-d'Or

10 Hôpital de Jour

14 Centre Médico Psychologique

11 Centre d'Activités Thérapeutique Temps plein



Hospitalisation à temps complet Côte-d'Or

10 lits

Soit un taux de 0.1 / 1 000 pers.

Taux BFC : 0.2

Taux France hexagonale : 0.2

Type de structure

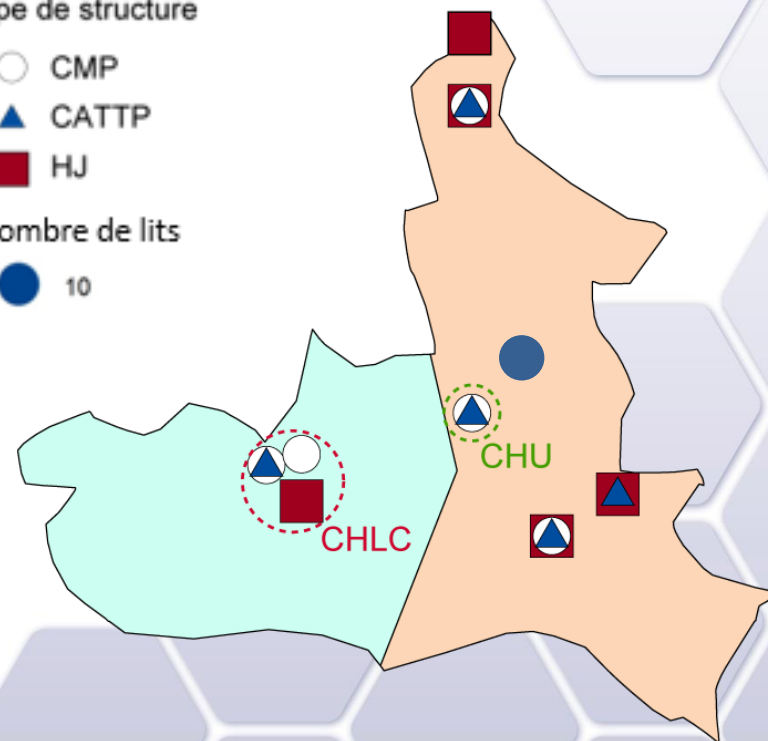
○ CMP

▲ CATTP

■ HJ

Nombre de lits

● 10

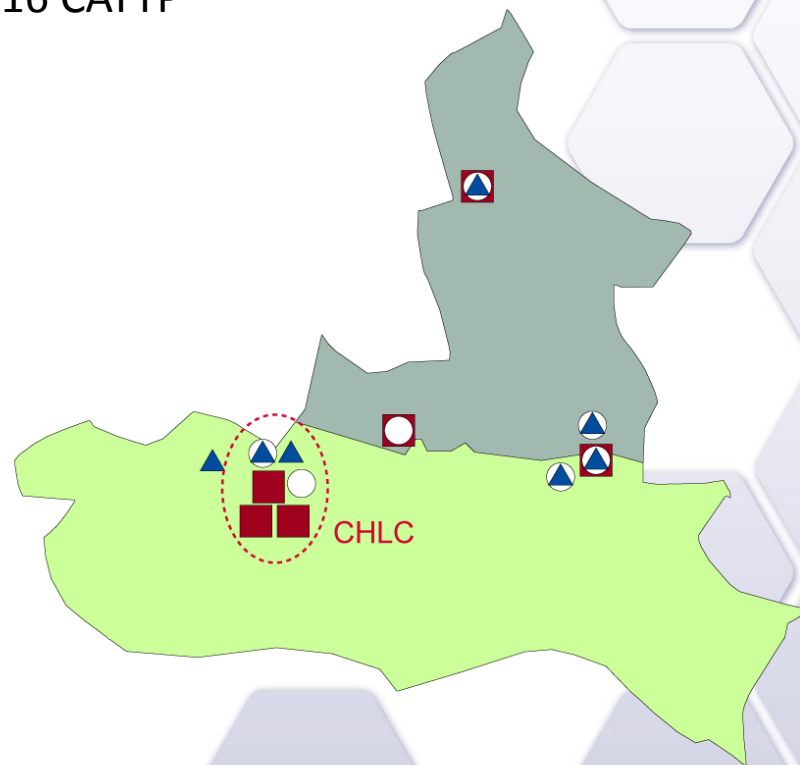
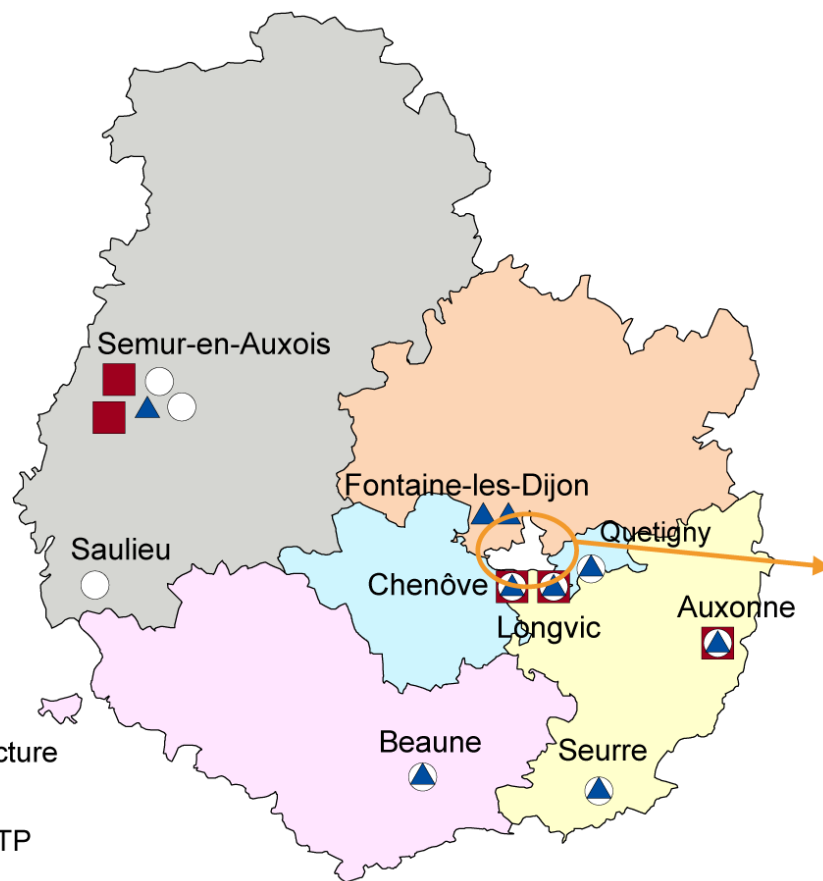


L'offre de soins psychiatriques pour les adultes

Ambulatoire et hospitalisation de jour

Côte-d'Or

11 HJ
16 CMP
16 CATTTP



Type de structure

- CMP
- ▲ CATTTP
- HJ

L'offre de soins psychiatrique pour les adultes

Hospitalisation complète

321 lits

Soit un taux de 0.9 / 1 000 pers.

Taux BFC : 1.2

Taux France hexagonale : 1.1

Nombre de lits*

● 10

● 50

● 100

Taux d'équipement / 1 000 hab. 18 ans et +

■ 0.9 - 1.8

■ 0.6 - 0.8

■ 0.5

■ 0.3 - 0.4

* Dont 73 lits CHLC intersectoriel (Unité d'hospitalisation de géronto-psychiatrie, SEDEP et USALP)

Sources : CHLC, SAE

Étude GHT 21-52 – volet Psychiatrie



Établissements d'hébergement

Enfants handicapés

Nb d'étab. Côte-d'Or

20 IME
3 ITEP

Taux d'équipement global*

(Nb places / 1000 hab. de moins de 20 ans)

Côte-d'Or : 6.3

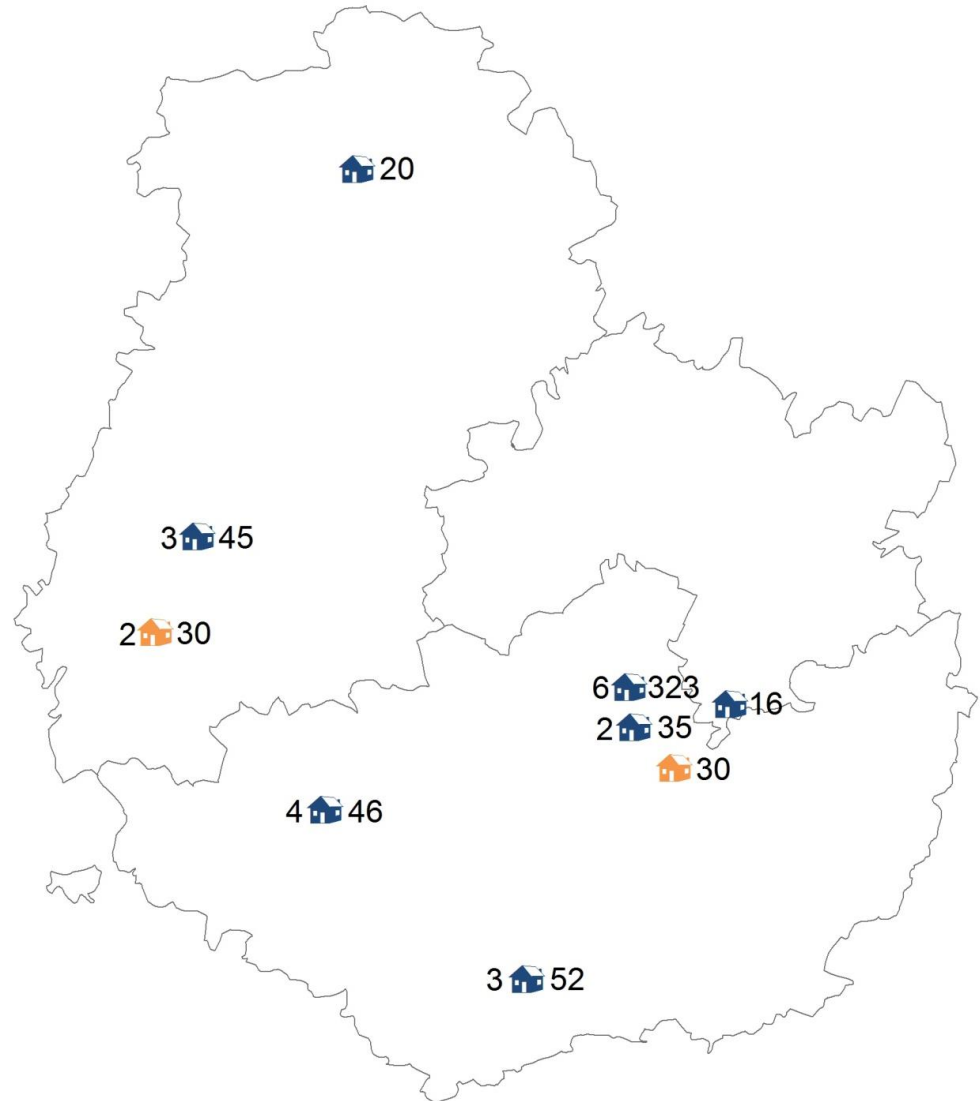
BFC : 7.2

France hexagonale : 6.6

Nb établissements  Nb de places

 IME

 ITEP



* Hors SESSAD, CAMSP et accueil temporaire

Services

Enfants handicapés

Nb de services Côte-d'Or
18 SESSAD

Taux d'équipement global

(Nb places/ 1000 hab. de moins de 20 ans)

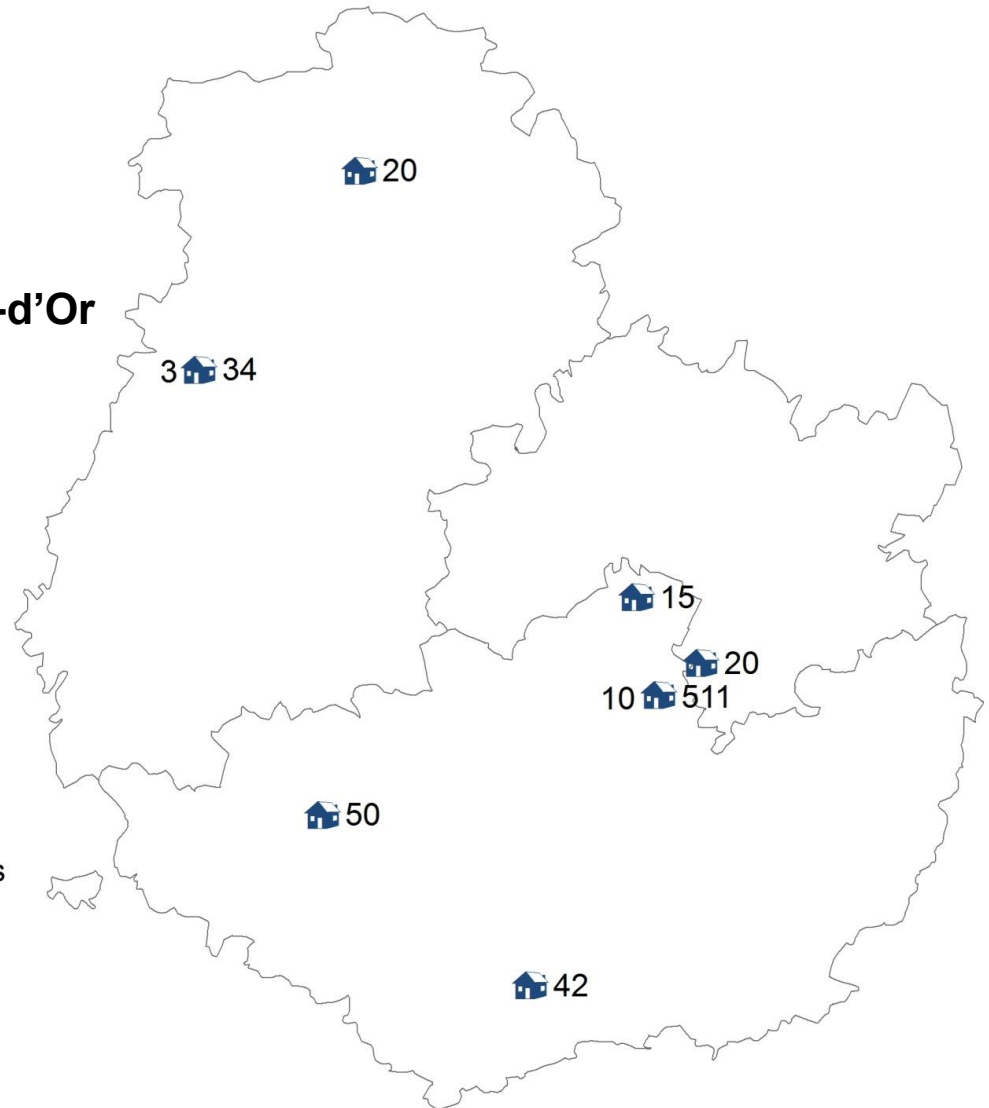
Côte-d'Or : 5.6

BFC : 4.5

France hexagonale : 3.1

Nb établissements  Nb de places

 SESSAD



Établissements d'hébergement

Adultes handicapés

Nb d'étab. Côte-d'Or

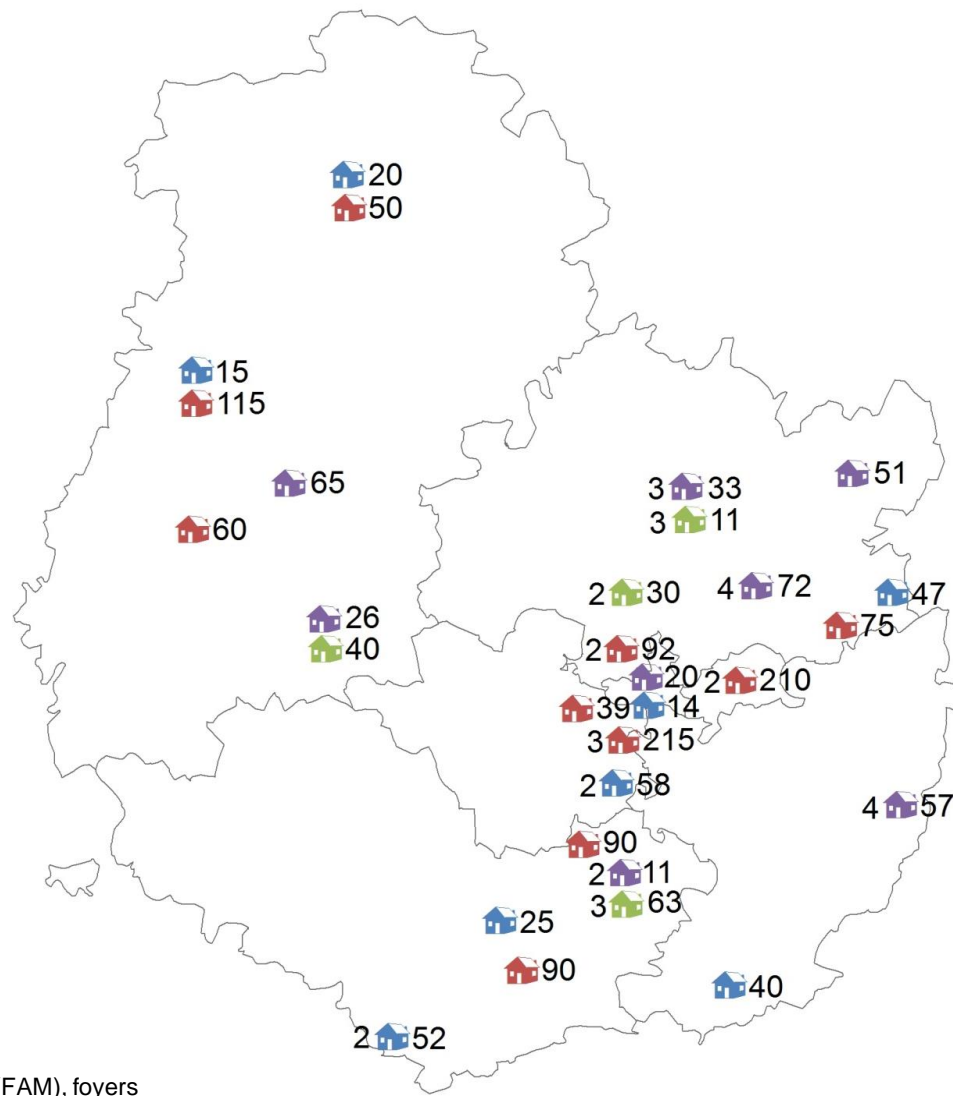
17 FAM
 9 MAS
 10 foyers de vie
 14 ESAT

Taux d'équipement global*

(Nb places / 1000 hab. de 20-59 ans)
 Côte-d'Or : 5.3
 BFC : 5.9
 France hexagonale : 4.4

Nb établissements 🏠 Nb de places

- 🏠 FAM *dont FAM J-B Pussin (20 pl.)*
- 🏠 MAS
- 🏠 FV
- 🏠 ESAT



* Maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), foyers d'hébergement, foyers de vie et foyers polyvalents, hors places d'accueil temporaire

Services

Adultes handicapés

Nb de services Côte-d'Or

6 SAMSAH/SAVS

7 SSIAD

6 SPASAD

Taux d'équipement global*

(Nb places / 1000 hab. de 20-59 ans)

Côte-d'Or : 1.7

BFC : 2.9

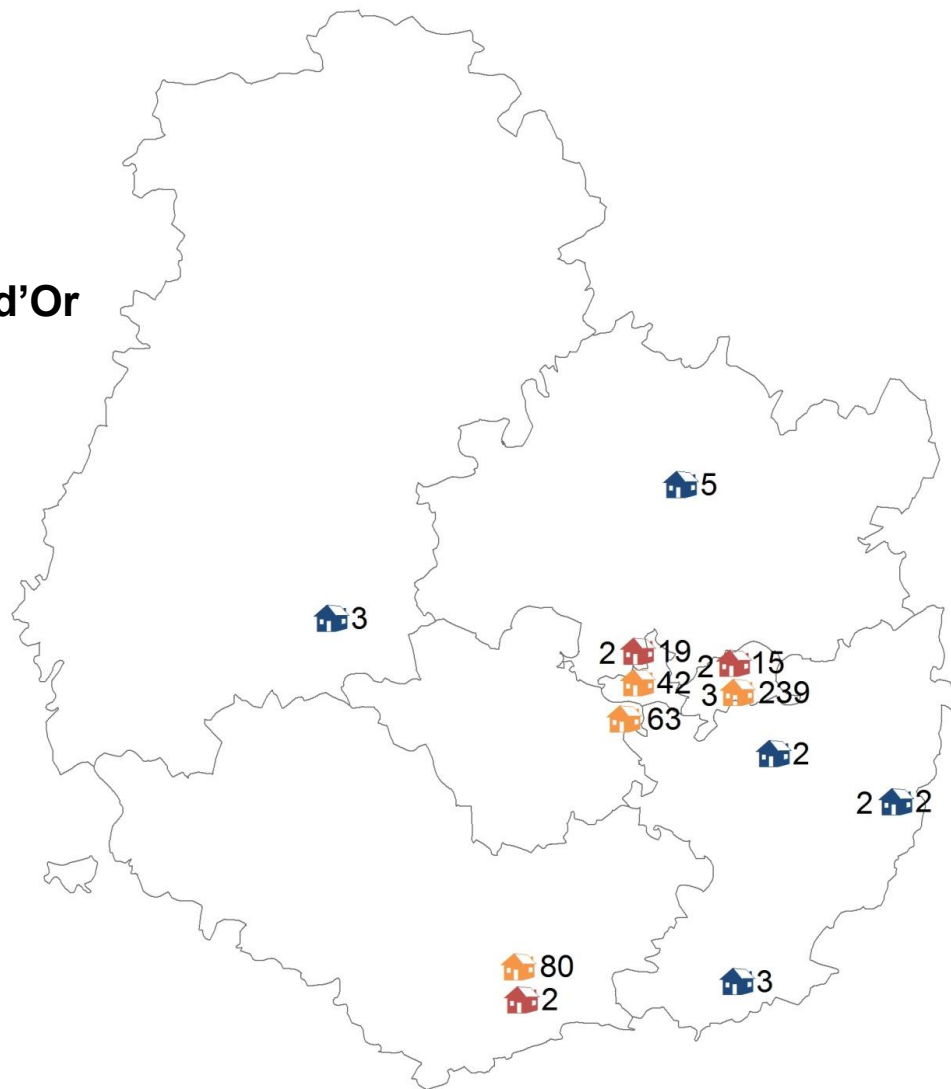
France hexagonale : 1.6

Nb établissements 🏠 Nb de places

🏠 SAMSAH et SAVS

🏠 SPASAD

🏠 SSIAD



*SAMSAH/SAVS, SSIAD, SPASAD

Établissements d'hébergement

Personnes âgées dépendantes

Nb d'étab. Côte-d'Or

77 EHPAD
pour 5 960 places*

Taux d'équipement global

(Nb lits/ 1000 hab. de 75 ans et plus)

Côte-d'Or : 126.6

BFC : 112.4

France hexagonale : 101.4

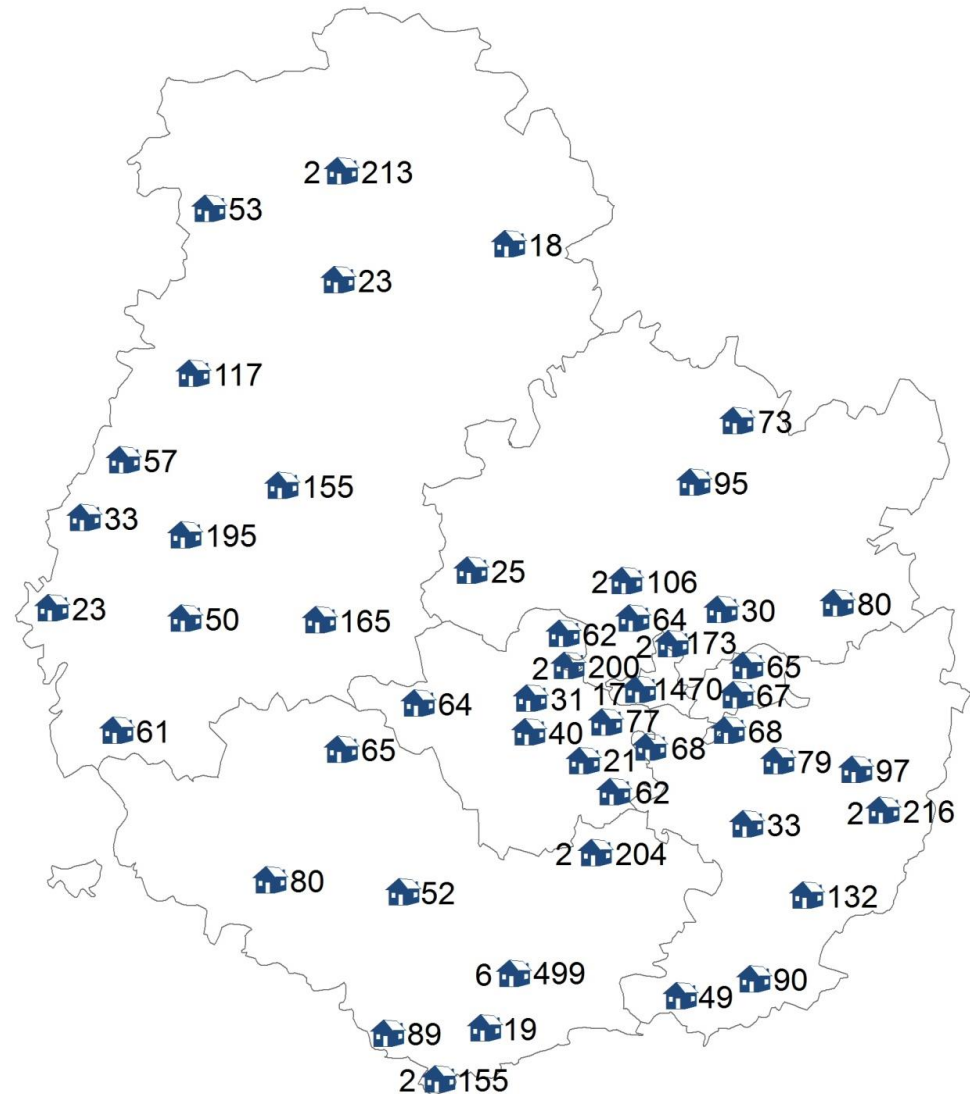
Nb établissements  Nb de places

 EHPAD *dont*

- EHPAD du CHRM Résidence
Médicalisée de l'Auxois (195 pl.)

- EHPAD CHLC (33 pl.)

- EHPAD CHU (280 pl.)



* Places en EHPAD pour PA dépendantes et PH vieillissantes (hors Alzheimer et PA autonomes)



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

PREPARATION DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Diagnostic territorial

Département de la Côte d'Or

D'après le document type 2 de l'ANAP : Trame de diagnostic territorial

Issu du kit outil du guide ANAP : Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale

Version	Date	Processus d'élaboration et objet des modifications
0	08/06/2017	Comité de pilotage Psychiatrie et Santé Mentale : présentation du document de travail
1	09/06/2017	_P.6 : ajout des densités pour les secteurs de psychiatrie de l'adulte _P.15-16 : description des secteurs : reformulation de la description (dissocier les secteurs 6 et 7), ajout d'1 psychiatre sur le secteur 3 _Annexe RH : précisions sur les données déclaratives des établissements + compléments sur les temps médicaux partagés
2	30/06/2017	Modifications transmises par le Dr MILLERET : _P 15 : suppression de la comparaison des secteurs 2 et 5 avec le 6 _P16 : modification de l'analyse de l'offre libérale du secteur 6 concernant les psychologues libéraux
3	24/01/2018	_P1 : Changement logo GHT 21-52 _P4 : Précisions amenées sur la méthodologie du diagnostic et le territoire retenu _P.12 Intégration du capacitaire sanitaire HDJ PEP 21 + 23 places dans le taux d'équipement de pédopsychiatrie _P.17 Caractéristiques et « points de vigilance » des secteurs de psychiatrie (codes couleur + interprétation)



Centre Hospitalier
Robert Morleval SEMUR EN AUXOIS

GHT
[21 • 52]



Table des matières

<u>PREAMBULE</u>	4
Présentation de la démarche sur le territoire	4
Méthodologie du diagnostic territorial	4
Présentation du territoire projet	5
<u>PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE</u>	6
1.1 Données géographiques	6
1.2 Données populationnelles	7
1.3 Données relatives à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux)	8
1.4 Contexte socio-économique et sanitaire	9
1.5 Données de consommations de soins	11
1.6 Données d'équipement	13
1.7 Caractéristiques territoriales des secteurs de psychiatrie	16
1.8 Données d'activité (source RIMPSY 2016)	19
1.9 Acteurs de la coordination et de l'intégration	22
1.10 Projets en cours	22
<u>PARTIE 2 : PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE</u>	23
2.1 Accès au diagnostic et aux soins psychiatrique	24
2.2 Situations inadéquates	25
2.3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	26
2.4 Accès aux soins somatiques	27
2.5 Prévention et gestion des situations de crise	28
<u>PARTIE 3 : SUITE DES TRAVAUX</u>	29
3.1 Mettre en place une gouvernance adaptée	29
3.1 Utiliser les données de territoire pour alimenter la réflexion autour des parcours	30
3.2 Mettre en place un pilotage du recueil des données d'information médicale en santé mentale	30
3.2 Poursuivre l'analyse médico-économique	31
<u>PARTIE 5 : ANNEXES</u>	32

PREAMBULE

Présentation de la démarche sur le territoire

Le diagnostic doit permettre de donner un éclairage aux différents acteurs de la démarche aboutissant à des constats partagés et des pistes de travail pour répondre aux besoins de la population.

Une première étude a été initiée dans le cadre des travaux du Projet Médical Partagé du GHT 21-52 (en association avec le sud Haute-Marne), à l'initiative des établissements de santé, basée sur des données du territoire et des données propres aux établissements.

Ainsi, l'étude engagée en lien avec les Départements de l'Information Médicale des établissements et l'Observatoire Régional de Santé Bourgogne Franche Comté constitue le socle du diagnostic.

L'intégration du projet médical dans le Projet Territorial de Santé Mentale nécessite un recentrage de cette analyse au niveau départemental, permettant d'articuler le plan d'actions à la politique régionale.

Les éléments de diagnostic centralisés par le CH La Chartreuse au cours de la démarche projet sont repris ici au niveau départemental Côte d'Or.

Recommandations de l'ANAP :

Tenir compte des objectifs et projets connexes de la politique régionale (priorités du PRS, du SROS et SROSM, schéma départementaux, ...)

Méthodologie du diagnostic territorial

L'Observatoire Régional de Santé Bourgogne Franche Comté a été sollicité dans le cadre d'une convention de travail pour mettre à jour les cartes de sectorisation au regard du nouveau découpage des cantons.

Sur cette base, une description des principales caractéristiques du territoire, de l'activité des établissements, des profils de patients ainsi que la liste de l'ensemble des structures de prise en charge ont été décrits (cf. annexe 3 du Projet Médical Partagé filière psychiatrie et santé mentale du GHT 21-52 : éléments de cadrage et présentation de l'offre de soins).

L'étude du territoire réalisée par l'ORS BFC s'est poursuivie sous plusieurs angles :

- Géographie, démographie,
- Contexte socio-économique et niveau de vie,
- Contexte sanitaire,
- Offre de soins en psychiatrie (établissements et offre de ville),
- Offre médico-sociale,
- Activité sanitaire.

Parallèlement, une phase de recueil de données, lancée dès l'été 2017, a mobilisé un grand nombre d'acteurs :

- Départements de l'Information Médicale des 4 établissements, et notamment le DIM de territoire référent pour la Psychiatrie et la Santé Mentale,
- Directions générales, pour le recueil du capacitaire,
- Contrôle de Gestion du CHLC, pour la collecte des données issues des retraitements comptables,
- Directions des Ressources Humaines, pour la collecte des effectifs par secteurs.

Cette étape a nécessité un important travail de recueil qui fut essentiel par la suite pour la réalisation d'un l'état des lieux territorial et l'étude des parcours de soins.

Synthèse de la méthode du diagnostic territorial retenue par le Comité de pilotage Psychiatrie et Santé Mentale du GHT 21-52 :

METHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL
Le diagnostic doit permettre de donner un éclairage aux différents acteurs de la démarche aboutissant à des constats partagés et des pistes de travail pour répondre aux besoins de la population. Ce diagnostic pourra être basé sur des données du territoire et des données propres aux établissements.
Dans ce cadre plusieurs sources pourront être utilisées pendant les différentes phases de l'élaboration du projet médical partagé :
⇒ Les données fournies par l'Observatoire Régional de Santé Bourgogne Franche Comté
⇒ Les données fournies par l'ARS dans le cadre de la préparation du Projet Régional de Santé
⇒ Les données DIM des établissements, en faisant appel au bureau du DIM du GHT
⇒ Les bases de données en ligne : ATIH - Carto Santé - Scan Santé - Score Santé - DREES - SAE - Observatoire des territoires, ...

DONNEES GEOGRAPHIQUES	DONNEES POPULATIONNELLES	PROFESSIONNELS DE SANTE	OFFRE COMPLEMENTAIRE
Le territoire correspond aux secteurs de psychiatrie de l'adulte et des enfants et adolescents.	Données épidémiologiques et profils socio démographiques du territoire.	Démographie, répartition, capacité de prise en charge, densité sur le territoire.	Offre des partenaires des secteurs sanitaires, social, médico social.
Producteur : ORS Livrables : cartes de sectorisation intégrant le dernier découpage cantonal.	Sollicitation de l'ORS (convention 2017). Evaluer la disponibilité des indicateurs auprès de l'ARS.	Sollicitation de l'ORS (convention 2017). Evaluer la disponibilité des indicateurs auprès des établissements et de l'ARS.	Sources : Partenaires, ARS Livrables : à définir avec le comité de pilotage
DONNEES D'ACTIVITE	DONNEES D'EQUIPEMENT	COUTS DE PRISE EN CHARGE	
Générales, par secteurs ou locales et ciblées par parcours. Rapprochement des données populationnelles. Répartition géographique de l'activité, pôles d'attraction.	Capacités (lits déclarés) Taux d'équipement	Financement alloué rapporté au nombre d'habitants, aux prises en charges, ... Ressources humaines, matérielles, ...	
Producteur : Etablissements, Bureau du DIM GHT, ORS Livrables : à définir avec les référents médicaux	Sources : Etablissements, ARS Livrables : présentation par secteur	Sources : Etablissements, ARS Livrables : à définir par le comité de pilotage	

Le recueil d'information sollicité auprès des DIM de territoire a été proposé d'après les portes d'entrées dans les parcours de soins – identifiées par l'ANAP¹ - (indicateurs de description de la population du territoire, de l'offre, de la consommation de soins...) en précisant les sources utilisées et les modalités de remontées des informations.

La coordination a été assurée par la chargée de mission du CH La Chartreuse, en s'appuyant sur les compétences du Contrôleur de gestion et du DIM référent en psychiatrie et santé mentale.

Les difficultés rencontrées pour parvenir à ce recueil ont été nombreuses, parmi elles l'absence de base de données d'activité commune, absence de référentiels communs, délais de traitement des demandes par les établissements, absence de plateforme collaborative d'échanges, foisonnement d'interlocuteurs, etc...

Par ailleurs, compte tenu des délais impartis pour la réalisation du Projet Médical Partagé, certaines sources n'ont pas été exploitées, c'est le cas entre autres de la CPAM qui pourrait être associée dans le cadre plus large du Projet Territorial de Santé Mentale.

Il conviendra de revenir sur le contexte organisationnel à la fin de cette étude pour parvenir à coordonner les contributions de chaque structure pour parvenir à un diagnostic plus abouti.

Présentation du territoire projet

Le niveau territorial considéré dans le Projet territorial de santé mentale détermine le niveau de pilotage le plus adapté pour mettre en œuvre la feuille de route.

Le travail réalisé dans le cadre du GHT 21-52 (Côte d'Or Sud Haute Marne) a été repris au niveau départemental, compte tenu des disparités entre le 21 et le 52 et de leur appartenance à deux régions distinctes.

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

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

¹ *Élaborer un projet médical partagé de GHT Fiches repère, Octobre 2016*

PARTIE 1 : CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE

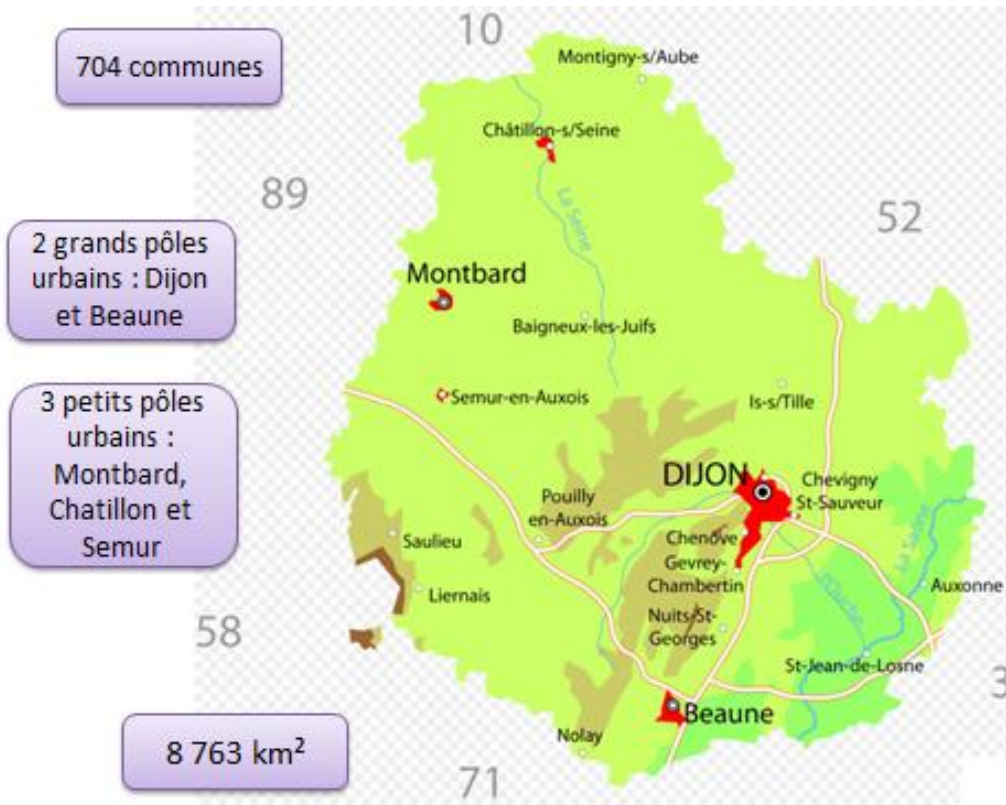
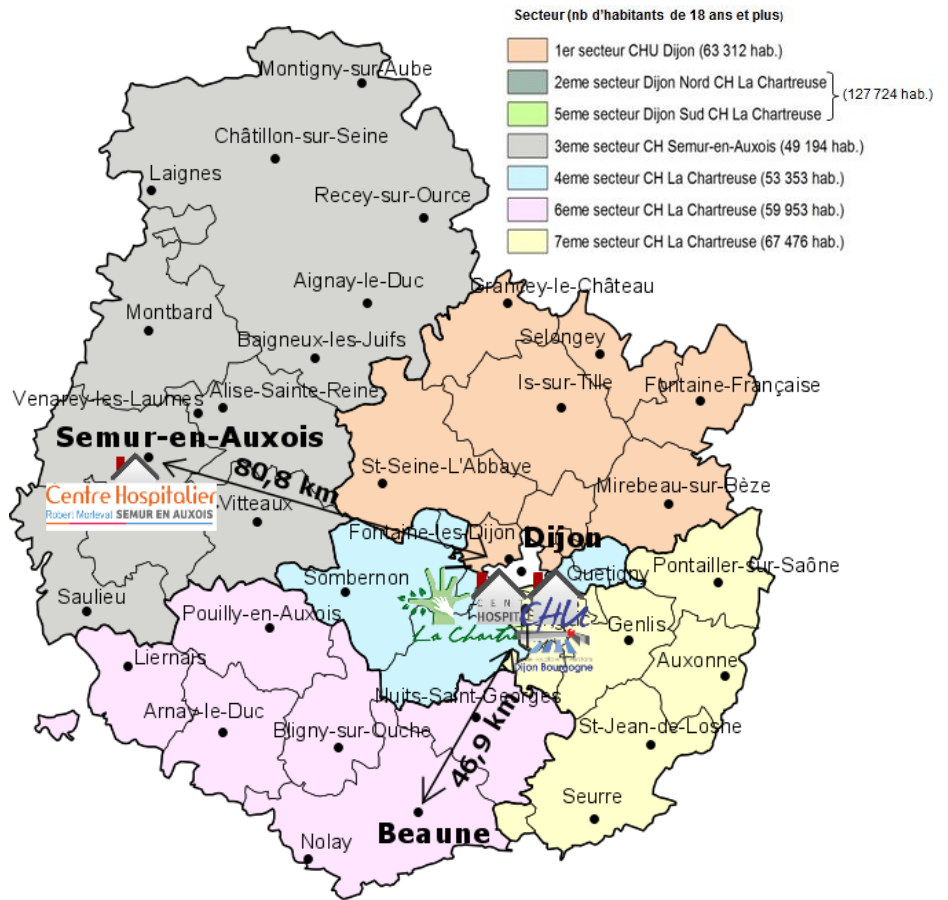
1.1 Données géographiques

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. C'est le département le plus étendu avec la Saône et Loire.

La file active totale de psychiatrie correspond à **18 687 patients** pris en charge par les secteurs (source RIMPsy 2016).

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



Source : ARS BFC – Diagnostic territorial Côte d'Or Santé Mentale - 2017

1.2 Données populationnelles

Principales caractéristiques démographiques

Source ARS Bourgogne Franche Comté	Critères	Côte d'Or	Bourgogne Franche-Comté	France Métropolitaine
Densité	Nombre d'habitant et densité de moins de 18 ans par km ²	109 000 habitants soit 12 hab. / km ²	12 hab. /km ²	/
	Nombre d'habitant et densité de plus de 18 ans par km ²	426 000 habitants soit 49 hab. /km ²	47 hab. /km ²	/
	Nombre d'habitant total par km ²	534 587 soit 61 hab. /km ²	59 hab. /km ²	93 hab. /km ²
Vieillessement	Part des personnes de plus de 75 ans	9.6 %	10.7 %	9.9 %
	Part des personnes de plus de 75 ans vivant seule	38.4 %	39.2 %	38.5 %
Familles monoparentales	Part des enfants vivant au sein d'une famille monoparentale	17.6 %	20 %	19.1 %
Emploi	Taux de chômage	8.7 %	9.3 %	10 %
Revenus	Taux de pauvreté	10.9 %	12.8 %	14.3 %
	Revenu médian (en euros)	20 462	19 411	19 786
	Part des ménages imposés parmi la population	61.9 %	/	/
Etat de santé	Espérance de vie pour les hommes	/	/	79.7 ans
	Espérance de vie pour les femmes	/	/	85.9 ans

Caractéristiques des secteurs de psychiatrie

Code Secteur Infanto-juvénile	Nom de secteur	Population <18 ans	Superficie (en km ²)	Densité (nb hab./km ²)
21101	CHU Dijon (hors Dijon)	18 400	1 599	11,5
21102	CH La Chartreuse (hors Dijon)	53 216	3 528	15,1
21101 & 21102	Dijon (CHU & CHLC)	25 279	40	625,6
21103	CH Semur-en-Auxois	11 854	3 596	3,3
Côte-d'or		108 750	8 763	12,4

108 750 enfants (INSEE 2013) sont pris en charge par 3 secteurs de pédopsychiatrie.

En 2016, 3 478 mineurs ont été pris en charge dont 89 % en ambulatoire, soit environ 9 enfants sur 10.

L'hospitalisation à temps partiel représente 10 % de la prise en charge et l'hospitalisation complète 1%.

Code Secteur Adulte	Nom de secteur	Population > 18 ans	Superficie (en km ²)	Densité (nb hab./km ²)
21G01	CHU Dijon	63 312	1 664	38
21G02 & 21G05	CH La Chartreuse Dijon Nord & Sud	127 724	40	3 160,7
21G03	CH Semur-en-Auxois	49 194	3 596	13,7
21G04	CH La Chartreuse 4ème Secteur	53 353	645	82,8
21G06	CH La Chartreuse 6ème Secteur	59 953	1 715	35
21G07	CH La Chartreuse 7ème Secteur	67 476	1 103	61,2
	Total CHS La Chartreuse (y compris intersecteur)	308 506	3 506	88,1
52G01	Langres	44 494	2 596	17,1
52G02	Chaumont	43 799	2 043	21,4
Côte-d'or		421 011	8 763	48

421 011 adultes (INSEE 2013) sont pris en charge par 7 secteurs de psychiatrie de l'adulte.

En 2016, 15 209 majeurs ont été pris en charge.

Le mode de prise en charge le plus fréquent est l'ambulatoire, avec 51% des adultes concernés.

L'hospitalisation complète représente 41% des prises en charge.

Enfin, l'hospitalisation à temps partiel a le taux le plus faible, 8 %, et concerne les prises en charge en hospitalisation de jour ou de nuit.

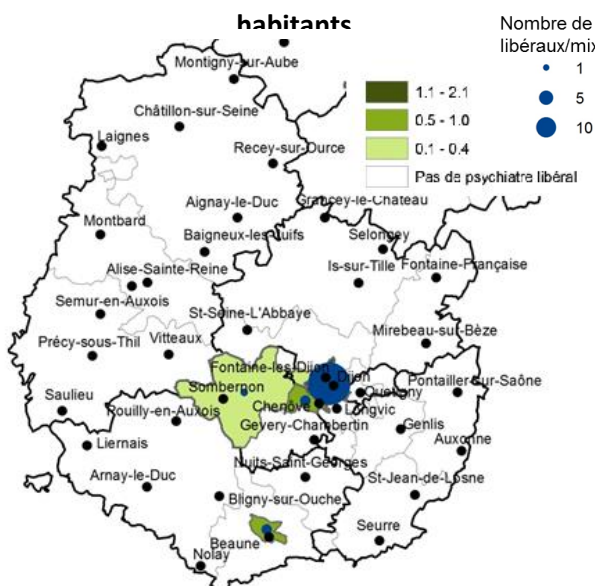
 **D'autres données sont disponibles en annexe – Etude ORS : diapositives 2 à 14.**

Données relatives à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux)

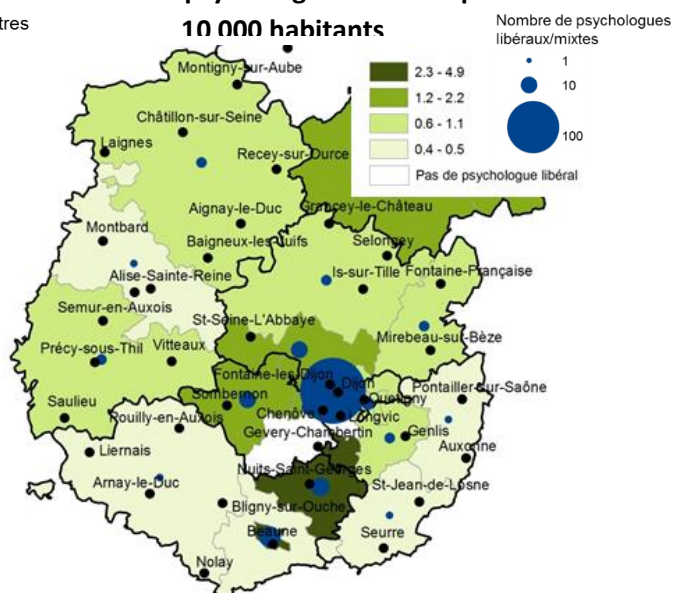
La Côte d'Or dispose d'une offre libérale plus faible en comparaison avec la France hexagonale, que ce soit au niveau des médecins généralistes, des infirmiers ou des psychiatres.

Densité de psychiatres et psychologues libéraux²

Densité de psychiatres libéraux pour 10 000 habitants



Densité de psychologues libéraux pour 10 000 habitants




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.

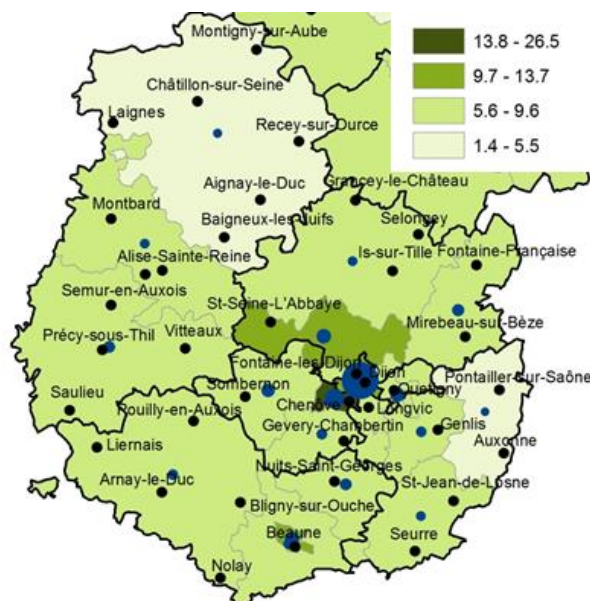
Les pôles urbains et leurs alentours sont les zones où la densité est la plus forte, avec notamment des taux particulièrement élevés pour Dijon. Deux secteurs ont des densités faibles voir très faibles de psychologues libéraux : les secteurs 6 et 7 de la Côte d'Or, soit le sud-est du département, qui connaissent des densités faibles (comprises entre 0,4 et 0,5 psychologues libéraux pour 10 000 habitants).

Densité de médecins libéraux pour 10 000 habitants³

Les zones peu dotées se situent sur les secteurs 3 de Semur-en-Auxois et 7 du CH La Chartreuse. En effet, ces secteurs ont une densité inférieure à la moyenne du département.

Les cantons qui connaissent la plus faible densité de médecins libéraux sont ceux de Châtillon-sur-Seine (secteur 3), qui varie de 1,4 à 5,5 médecins généralistes pour 10 000 habitants et le canton d'Auxonne dans le du sud-est de la Côte d'Or (secteur 7).

 **Autres données et références nationales disponibles en annexe – Etude ORS : diapositives 65 à 73.**

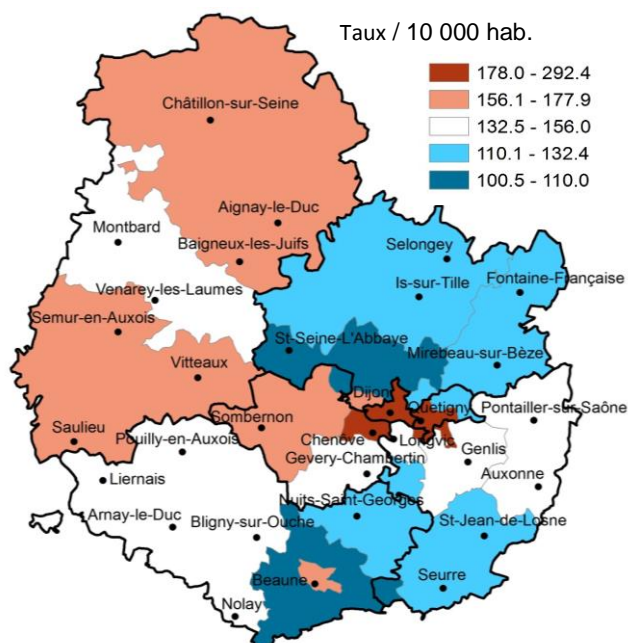


² Sources : Sniiram (Cnamts), Insee – 2013; Drees/ASIP-Santé (Adeli 2016), Insee

³ Sources : Drees/ASIP-Santé (RPPS 2016), Insee

Contexte socio-économique et sanitaire

Affections de Longues Durée pour troubles mentaux ⁴



On remarque des taux élevés de personnes ayant une ADL pour troubles mentaux dans les pôles urbains de la Côte d'Or, en particulier Dijon.

Hormis les secteurs 2 et 5 de Dijon, sont également concernés par des taux élevés le secteur 3, géré par le CH de Semur-en-Auxois, et le secteur 4 dépendant du CH La Chartreuse.

A l'opposé, le secteur 1, au nord-est du département, et la couronne autour de Beaune au sein du secteur 6 connaissent des taux très faibles. Ceux-ci varient de 100,5 à 110 personnes ayant une ALD pour 10 000 habitants, sachant que le taux national est de 201,1.

Nombre annuel d'admissions en affection de longue durée (ALD) Source : Score santé, année 2013

	Homme	Femme
- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	30	18
- Troubles de l'humeur	66	130
- Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes	3	5

Les données sont issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes).

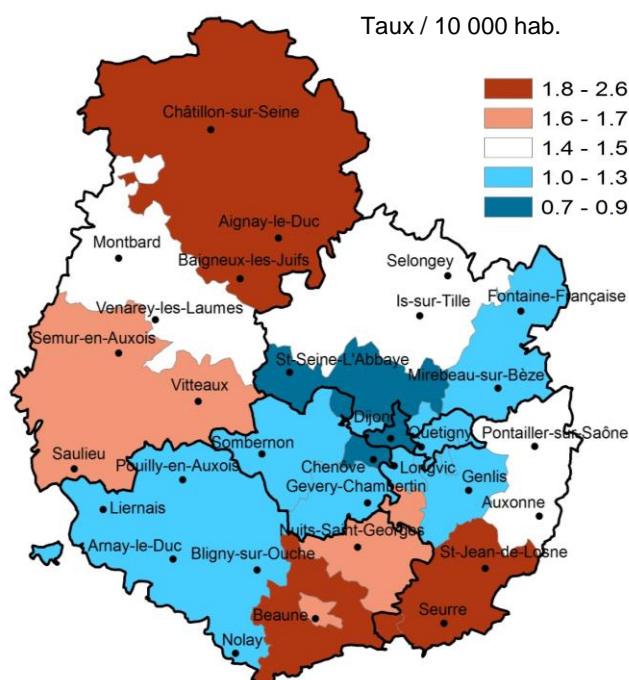
Taux de mortalité par suicide ⁵

Deux zones du département font face à des taux de mortalité par suicide élevés avec un taux supérieur à celui de la Côte d'Or (1,3 morts par suicide pour 10 000 habitants).

Le nord-ouest du département sur le secteur 3. Il s'agit d'une zone rurale et isolée qui fait également face à des taux de pauvreté et de « peu ou pas diplômé » importants. En outre, la proportion de personnes âgées est forte, or on sait que ces personnes connaissent un risque suicidaire particulièrement important.

On note également que le canton de Châtillon-sur-Seine a un taux supérieur à celui de la France hexagonale qui est 1,6 morts par suicide pour 10 000 habitants.

Le sud-est du 21, c'est-à-dire l'est du secteur 6, aux alentours de Beaune et Nuits-Saint-Georges, et le sud du secteur 7, autour de Seurre et Saint-Jean-de-Losne. Cette zone est composée de petites villes, sauf Beaune, qui comme le secteur 3 connaît des taux de « peu ou pas diplômé » et de pauvreté importants, surtout au sud du secteur 7.



⁴ Sources : ORS/Cnamts, MSA, RSI (2012-14), Insee

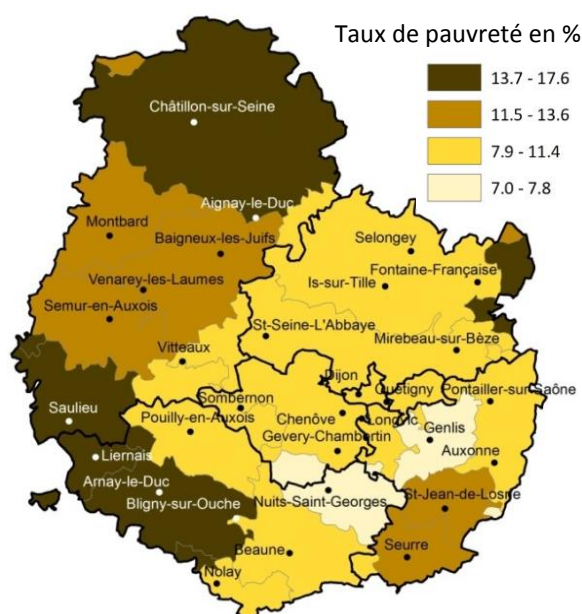
⁵ Sources : ORS/Inserm CépiDc (2009-13), Insee

Nombre de décès par an pour troubles mentaux

Nombre de décès par troubles mentaux		Hommes	Dont 85 ans et +	Femmes	Dont 85 ans et +
Côte d'Or	1980	31	4	26	7
	2000	59	22	102	71
	2006	67	21	65	41
	2013	66	38	115	91

Source : ARS BFC – Diagnostic territorial Côte d’Or Santé Mentale – 2017

Taux de pauvreté



Les zones où le taux de pauvreté est le plus élevé correspondent aux zones rurales où le nombre d'habitant est faible.

C'est particulièrement le cas du secteur 3 de Semur-en-Auxois.

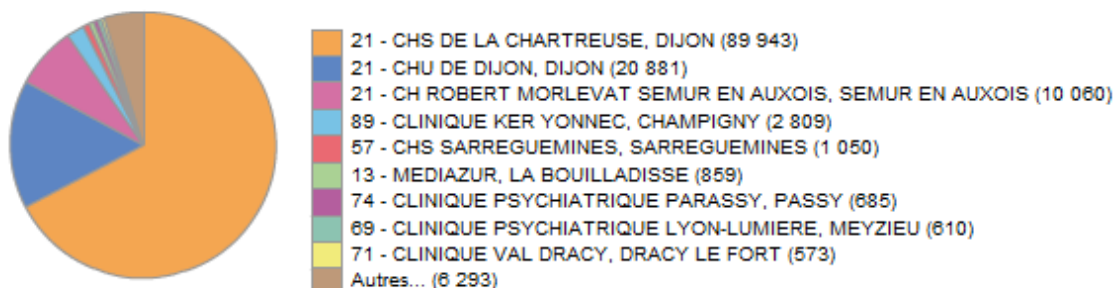
 D'autres données sont disponibles dans l'annexe étude de l'ORS BFC :

- contexte socio-économique – (tranches d'âge, chômage, familles monoparentales, RSA, AAH, ...) diapositives 15 à 29.
- contexte sanitaire (qualité de vie, mortalité, ALD, consommation de médicaments) sont disponibles en annexe – diapositives 30 à 52

Données de consommations de soins

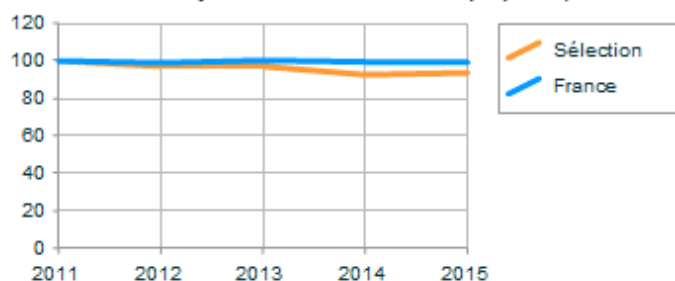
Consommation / production ATIH 2015

Répartition des journées par établissement - Total activité tps plein 2015



source : ATIH - PMSI - 2015 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

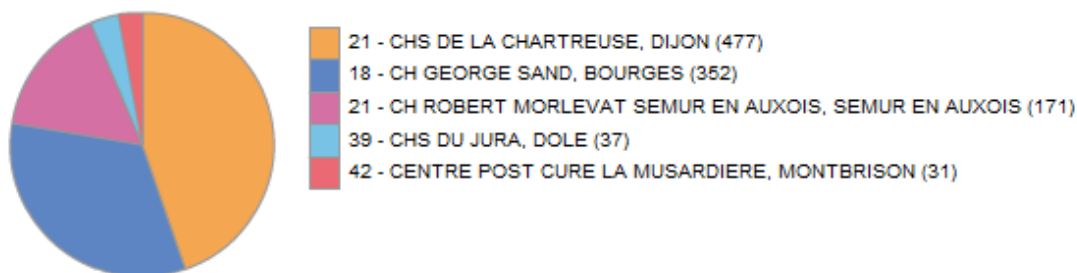
Evolution des journées - Total activité tps plein (base 100 en 2011)



source : ATIH - PMSI

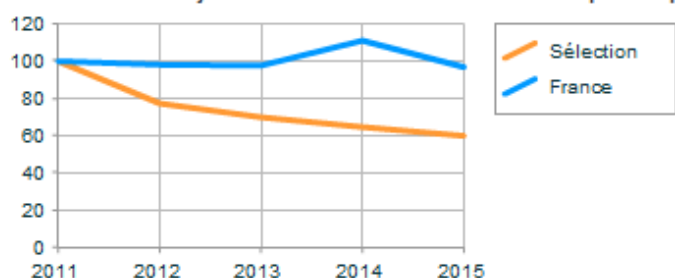
année	journées	base 100 sé.	France
2011	143 585	100	100
2012	139 400	97,1	99
2013	139 295	97	100,1
2014	132 945	92,6	99,3
2015	134 245	93,5	99,2

Répartition des journées par établissement - Total autres activités du tps complet 2015



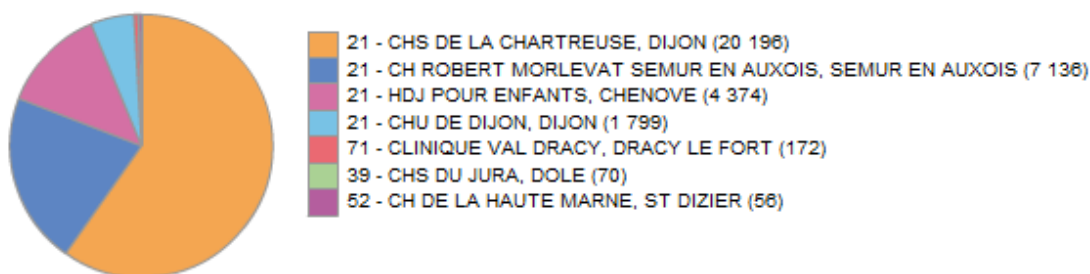
source : ATIH - PMSI - 2015 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Total autres activités du tps complet (base 100 en 2011)



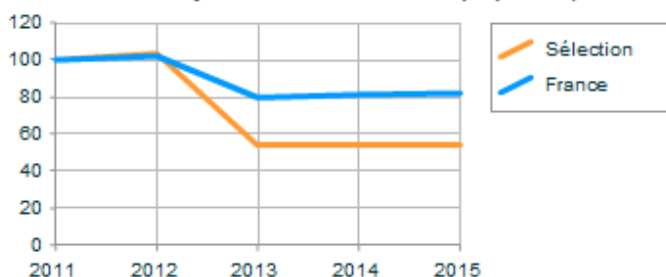
année	journées	base 100 sé.	France
2011	1 821	100	100
2012	1 405	77,2	98,1
2013	1 272	69,9	97,6
2014	1 175	64,5	111,1
2015	1 090	59,9	96,7

Répartition des journées par établissement - Total activité tps partiel 2015



source : ATIH - PMSI - 2015 - Données potentiellement partielles en raison du secret statistique

Evolution des journées - Total activité tps partiel (base 100 en 2011)



année	journées	base 100 sé.	France
2011	63 085	100	100
2012	65 208	103,4	102
2013	33 853	53,7	79,7
2014	33 940	53,8	81,2
2015	33 868	53,7	81,9

source : ATIH - PMSI

Taux de recours (source ATIH 2015)

Les taux de recours aux soins hospitaliers sont une mesure de la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

Deux types de taux de recours sont disponibles, les taux bruts et les taux dits « standardisés » :

- le taux de recours brut correspond au nombre de journées annuel d'hospitalisation en psychiatrie (ou au nombre d'actes en ambulatoire) de la population domiciliée d'une zone géographique (quel que soit le lieu de réalisation des séjours) pour 1000 habitants.
- les taux de recours aux soins hospitaliers standardisés sont corrigés de l'effet structure de la population (âge et sexe). Ils permettent ainsi d'assurer les comparaisons nationale, régionale ou territoriale et de faire un repérage des atypies par activité.

Regroupement	Nombre de journées (RPSA) ou d'actes (R3A)	Taux de recours brut 2015 en /1000	Taux de recours standardisé 2015 en /1000	Indice National (Tx stand tse / Tx stand Nat.)
Prise en charge en ambulatoire (R3A)	165 118	311,55	293,12	0,92
Prise en charge à temps complet (hors temps plein)	1 090	2,06	2,03	0,08
Prise en charge à temps partiel	33 867	63,9	62,43	0,79
Prise en charge à temps plein	134 245	253,29	229,03	0,84

Données d'équipement

Ces informations sont issues du capacitaire autorisé déclaré par les établissements, comparés aux taux d'équipements fournis par l'ORS BFC.

L'offre globale : structures sanitaires et médico-sociales

Source : Données déclaratives établissements/ORS	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (y compris médico-social)				
	4 secteurs				
	4 établissements publics (CHLC - CHU - CH Semur - CHHM)				
Territoire de santé	Nbre de lits	Taux d'équipement Hospitalisation Complète (HC)	Nbre places	Taux d'équipement Hospitalisation à Temps Partiel (HTP)	Total lits et places
Côte d'or	10	0,1/1000	128	1,18/1000	138
France	Non renseigné	0,2/1000	Non renseigné	0,7/1000	Non renseigné

NB : HDJ Les cigognes (sanitaire - PEP 21) : 23 places, plus 4 places à ouvrir en septembre 2017.

Source : Données déclaratives établissements /ORS	Psychiatrie de l'adulte (y compris médico-social)					
	9 secteurs					
	4 établissements publics (CHLC - CHU - CH Semur - CHHM)					
Territoire de santé	Mode de prise en charge	Nbre de lits	Taux d'équipement hospitalisation complète (HC)	Nbre places	Taux d'équipement hospitalisation à temps partiel (HTP)	Total lits et places
Côte d'or	Sanitaire	321	0,9/1000	146	0,4/1000	572
	Addictologie	33		10		
	Médico-social	20		42		
France	Total	Non renseigné	1,1/1000	Non renseigné	0,4/1000	Non renseigné

L'offre exclusivement sanitaire

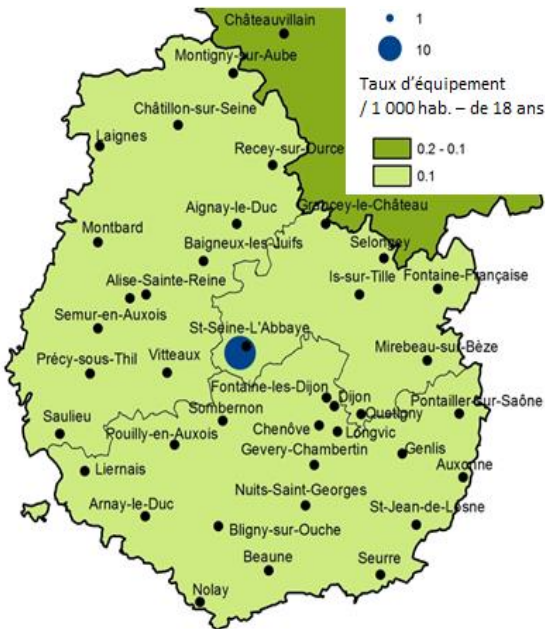
Taux d'équipement par secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (hors médico-social)					
Source : Données déclaratives établissements/ORS	Population <18 ans	Nb lits	Taux d'équipement HC (pour 1000 habitant)	Places (HDJ)	Taux d'équipement HTP (pour 1000 habitant)
CHU & CHLC	96 896	10	0,1	80	0,8
CH Semur-en-Auxois	11 854	0	0	25	2,1
Côte-d'Or	108 750	10	0,1	105	1,0
Taux d'équipement par secteur de psychiatrie de l'adulte (hors médico-social)					
Source : Données déclaratives établissements/ORS	Population > 18 ans	Nb lits	Taux d'équipement HC (pour 1000 habitant)	Places (HDJ)	Taux d'équipement HTP (pour 1000 habitant)
CHU Dijon	63 312	51	0,8	25	0,4
CHLC Dijon Nord & Sud	127 724	87	0,7	26	0,2
CH Semur-en-Auxois	49 194	38	0,8	25	0,5
CHLC 4ème Secteur	53 353	21	0,4	32	0,6
CHLC 6ème Secteur	59 953	63	1,1	0	0
CHLC 7ème Secteur	67 476	20	0,3	23	0,3
Côte-d'Or	421 011	280	0,7	131	0,3

Cartographies par secteur⁶

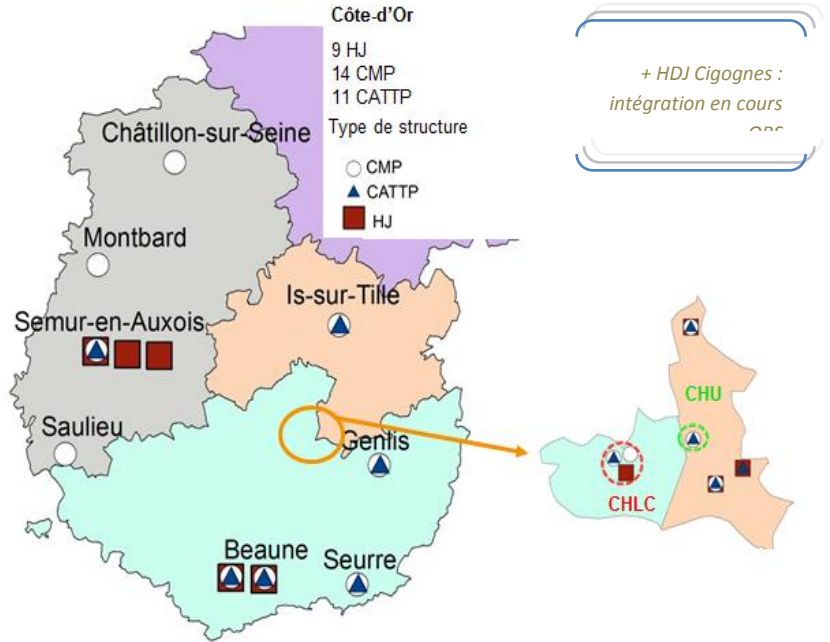
➤ Secteurs psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent

Ensemble Côte-d'Or
 10 lits
 Soit un taux de 0.1 / 1 000 pers.
 Taux BFC : 0.2
 Taux France hexagonale : 0.2

Taux d'équipement HC/1 000 habitants



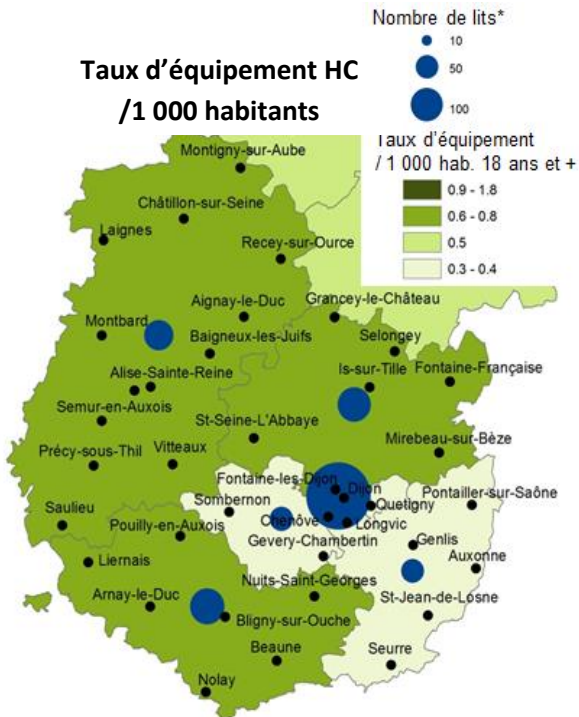
Structures alternatives à l'hospitalisation



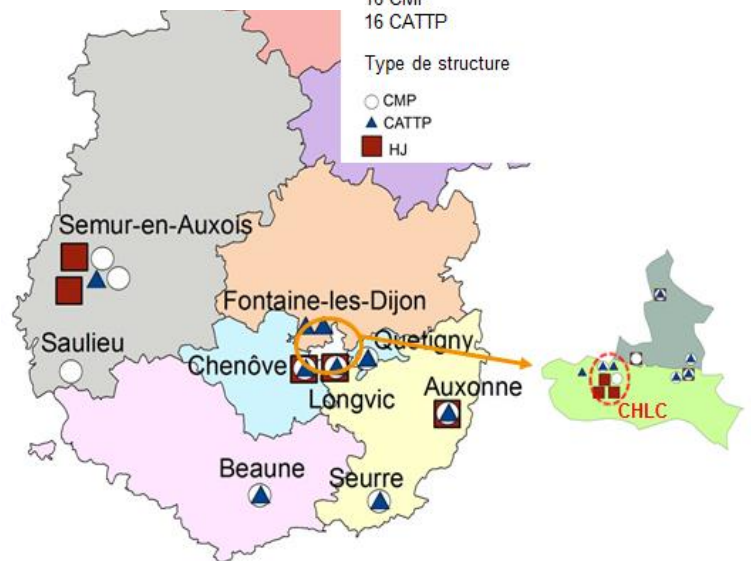
➤ Secteurs psychiatriques de l'adulte

Ensemble Côte-d'Or
 321 lits
 Soit un taux de 0.9 / 1 000 pers.
 Taux BFC : 1.2
 Taux France hexagonale : 1.1

Taux d'équipement HC /1 000 habitants



Structures alternatives à l'hospitalisation



⁶ Source : données déclaratives établissements/ORS

Offre médico-sociale

Certains dispositifs de prise en charge disponibles en Côte d'Or ont été recensés par l'ORS : SESSAD, IME, ITEP, SAMSAH, SAVS, SSIAD, SPASAD, MAS, FAM, ESAT, foyers de vie, EHPAD.

 **Cf. annexe – Etude ORS : diapositives 74 à 79.**

Caractéristiques territoriales des secteurs de psychiatrie

Caractéristiques territoriales des secteurs de psychiatrie

Le découpage des secteurs de psychiatrie de l'adulte a été retenu pour cette présentation. Il est à noter que celui-ci diffère pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

➤ Secteur 1 (CHU Dijon Bourgogne)

Tout d'abord l'indicateur de « qualité de vie » du secteur nous indique que le territoire est isolé et peu urbanisé, en dehors de la couronne proche de Dijon. La démographie du secteur indique une population totale plutôt faible, c'est d'ailleurs le cas pour la plupart des secteurs du GHT sauf les secteurs 2 et 5 correspondants à Dijon. La proportion des 65 ans et plus est hétérogène sur le secteur, très faible au nord du secteur, plus élevée à l'est de Fontaine-Française à Mirebeau-sur-Bèze et au sud du secteur.

Le taux de pauvreté est globalement inférieur à 12 personnes sur 100 ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté, c'est-à-dire 987 € par mois⁷, ce qui correspond à environ 7 597 individus. Ce taux de pauvreté est proche de ceux des secteurs 2, 5 et 4, soit le nord et l'est de la Côte d'Or. Concernant le contexte sanitaire, ce secteur est caractérisé par un taux faible d'ALD pour troubles mentaux, avec moins de 133 ALD pour 10 000 habitants alors que le taux départemental est de 179,3 et le taux de la France hexagonale de 201,1 ALD pour 10 000 habitants.

D'autre part le taux de tentatives de suicide ayant conduit à une hospitalisation en MCO est inférieur au taux de la Côte d'Or.

Du point de vue de l'offre publique sanitaire, le secteur a des taux d'équipement en HC et HTP supérieurs à la moyenne du GHT. Enfin, nous pouvons constater que malgré une présence importante de médecins généralistes sur ce secteur, les psychiatres et psychologues libéraux sont peu présents en dehors de l'agglomération dijonnaise.

➤ Secteur 2 et 5 (CH La Chartreuse)

Ces secteurs sont caractérisés par une vie urbaine qui permet un accès rapide à l'offre sanitaire publique et libérale, très présente sur l'agglomération. Cependant il est accompagné de difficultés sanitaires marquées avec un taux d'ALD allant de 178 ALD pour troubles mentaux pour 10 000 habitants à 292,4. Ainsi, de 950 à 1 560 personnes souffrent d'ALD pour ce motif à Dijon.

Le taux d'hospitalisation en MCO pour tentative de suicide est particulièrement élevé étant donné qu'il est supérieur à 25 hospitalisations pour cette cause pour 10 000 habitants, alors que le taux du département est de 20,6 hospitalisations pour 10 000 habitants.

➤ Secteur 3 (CH Semur en Auxois)

Le secteur est rural avec une densité de population inférieure à celle de la Côte d'Or, alors même que la proportion de 65 ans et plus est plus élevée que celle du département.

Le contexte économique est peu favorable avec un taux de pauvreté élevé par rapport au reste du département, allant jusqu'à 17,6 personnes ayant un niveau de vie se situant en dessous du seuil de pauvreté. C'est le nord et le sud du secteur qui ont les taux les plus hauts.

Le taux de personnes ayant une ALD pour troubles mentaux est inférieur à la moyenne départementale et nationale, il est compris entre 132,5 et 177,9 personnes ayant une ALD pour 10 000 habitants. Les zones ayant les taux les plus élevés sur ce secteur sont celles de Châtillon, au nord, et Semur-en Auxois, au sud. Même constat pour la mortalité par suicide qui est globalement élevée sur le secteur, avec des taux supérieurs à celui de la Côte d'Or sur ces deux zones. Environ 2 personnes meurent par suicide par an dans ce secteur.

Or il n'y a aucun psychiatre libéral sur le secteur⁸ et les densités de médecins généralistes et psychologues sont inférieures à celle de Côte d'Or et de la France hexagonale.

Enfin, l'offre publique sanitaire est quant à elle plus présente avec des taux d'équipement en HC et HTP supérieur aux moyennes du GHT.

⁷ Seuil de pauvreté de 2012 (INSEE)

⁸ D'après les sources d'information 2016 – 1 installation de psychiatre est connue en 2017 mais non recensée à ce jour

➤ Secteur 4 (CH La Chartreuse)

Secteur situé au centre de la Côte d'Or, il dispose de conditions de vie plutôt favorables. De plus, le taux de pauvreté est faible comme pour les secteurs 1, 2 et 5.

Le contexte sanitaire est hétérogène sur ce secteur. Le nord et l'ouest du secteur connaissent une situation peu favorable avec des taux d'ALD pour troubles mentaux proche du taux départemental voir même supérieur vers l'agglomération de Chenôve. De plus, le taux d'hospitalisation en MCO pour tentative de suicide est supérieur au taux de la Côte d'Or et de la France hexagonale. Le reste du secteur connaît une situation plus favorable avec des taux moins élevés.

Face à ce contexte sanitaire, l'offre publique paraît être en adéquation avec un taux d'équipement en hospitalisation à temps partiel en établissements publics sanitaires supérieur à la moyenne du GHT. Seul le taux d'équipement en HC est plus faible que la moyenne du GHT. L'offre libérale est plus présente que les secteurs 3, 6 et 7 mais moins que sur les secteurs 2 et 5, cette présence étant plus marquée au nord-ouest du secteur.

➤ Secteur 6 (CH La Chartreuse)

Le secteur 6 est un secteur qui connaît des situations disparates.

D'un côté, à l'ouest du secteur, les cantons de Pouilly-en-Auxois, Liernais, Arnay-le-Duc, Bligny-sur-Ouche et Nolay font face à des situations comparables. La densité de population est très faible. La part des 65 ans et plus dans la population totale est très élevée. Il s'agit d'une zone rurale isolée hors d'influence des grands pôles. Ensuite le taux de pauvreté y est globalement élevé, particulièrement autour d'Arnay-le-Duc. Le taux d'ALD pour troubles mentaux pour 10 000 habitants est intermédiaire par rapport à la situation départementale. En outre, le taux de mortalité par suicide est plus faible que le taux de la France hexagonale. Enfin, l'offre libérale est peu présente avec une faible densité de psychologues et médecins généralistes et aucun psychiatre libéral présent dans cette zone.

De l'autre côté, concernant les cantons de Beaune et de Nuits-Saint-Georges, les conditions de vie y sont plutôt favorables et la population plus élevée qu'à l'ouest du secteur, notamment du fait de l'agglomération de Beaune. Pour le canton de Nuits-Saint-Georges la situation est intermédiaire (petites villes). Les cantons de Beaune et Nuits-Saint-Georges ont un contexte économique favorable avec un taux faible de pauvreté par rapport à l'ouest du secteur, notamment avec le canton de Liernais. Le taux d'ALD pour troubles mentaux est très faible, sauf à Beaune, avec un taux inférieur à la moyenne nationale. Toutefois, le taux de mortalité par suicide est quant à lui très élevé, avec un taux supérieur à celui de la Côte d'Or et de la France hexagonale. S'agissant de l'offre libérale, son niveau est proche de celui du département qui est de 2,3 psychologues libéraux ou mixtes pour 10 000 habitants.

➤ Secteur 7 (CH La Chartreuse)

Tout d'abord la qualité de vie sur ce secteur est intermédiaire. Celui-ci est situé dans la banlieue de Dijon et a une densité de population faible.

Puis, concernant le taux de pauvreté, le secteur fait face à des situations disparates avec des zones plus ou moins touchées par un niveau de vie faible, le sud du secteur étant le plus touché. La situation est également hétérogène pour la mortalité par suicide, celle-ci étant particulièrement élevée au sud du secteur, alors que le taux est intermédiaire si on prend le secteur dans sa globalité. En outre, le taux d'ALD pour troubles mentaux se situe en dessous du taux départemental.

Enfin l'offre publique sanitaire est légèrement moins présente que sur le département, tout comme l'offre libérale qu'il s'agisse des médecins généralistes, des psychologues ou des psychiatres.

Essai de représentation intégrée des caractéristiques et « points de vigilance » des secteurs de psychiatrie

A réaliser :

Intégration des caractéristiques de

Source : ORS / Données déclaratives établissements	Qualité de vie	75 et +	Contexte sanitaire et économique				Offre libérale sanitaire			Offre publique sanitaire	
			Personnes vivant seules	Taux de pauvreté	ALD pour troubles mentaux	Suicide (mortalité et TS)	Psychiatres	Psychologues	Médecins généralistes	Taux d'équipement en lit et place (pour 1000 hab.)	
										Hospitalisation complète	Hospitalisation à temps partiel
CHU Dijon									0,8	0,4	
CHLC Dijon Nord & Sud									0,7	0,2	
CH Semur-en-Auxois									0,8	0,5	
CHLC 4ème Secteur									0,4	0,6	
CHLC 6ème Secteur									0,8	0	
CHLC 7ème Secteur									0,3	0,3	
Echelle de vigilance											
Très faible	Faible		Intermédiaire			Élevé		Très élevée			

Interprétation : La graduation peut varier entre très faible, faible, intermédiaire, élevé et très élevée. Celle-ci est déterminée sur la base des échelles transmises par l'ORS BFC et selon les échelles propres à chaque indicateur (cf. annexe).

Cette représentation permet de visualiser les enjeux liés au territoire sur chaque secteur pour adapter les stratégies de développement de l'offre au plus près des besoins de la population.

Condition de réussite : affiner cette typologie dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale pour prioriser les actions selon les besoins du territoire.

Données d'activité (source RIMPSY 2016)

Le Comité de pilotage psychiatrie et santé mentale a dans un premier temps sollicité la transmission des données du RIMPSY 2015-2016, pour une centralisation des données par le DIM référent de psychiatrie du CHLC et en lien avec l'ORS. Toutefois, les données n'ont pas pu être transmises dans l'attente d'un texte national relatif à la constitution d'une base de données commune pour le GHT.

Le recueil a donc été réalisé depuis chaque DIM sur la base d'un fichier d'indicateurs recommandés par l'ANAP pour l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale⁹ et revu par le DIM référent en psychiatrie et santé mentale au préalable.

Malgré la référence aux recommandations précitées, il n'a pas été possible pour tous les établissements de fournir les indicateurs de manière homogène.

Présentation synthétique des données recueillies

File active des secteurs			
Source : données déclaratives établissements / ORS	Population <18 ans	File active 2016	Part population
CHU Dijon (hors Dijon)	18 400	975	3,2%
CHLC (hors Dijon)	53 216	2 084	
Dijon (CHU & CHLC)	25 279	NC	
CH Semur	11 854	419	3,5 %
Côte-d'Or	108 750	Non applicable	Non applicable
Source : données déclaratives établissements / ORS	Population >18 ans	File active 2016	Part population
CHU Dijon	63 312	3 731	5,9 %
CHLC Dijon Nord & Sud	127 724	2 919	2,3 %
CH Semur	49 194	1 639	3,3 %
CHLC 4ème Secteur	53 353	1 734	3,3 %
CHLC 6ème Secteur	59 953	2 437	4,1 %
CHLC 7ème Secteur	67 476	1 865	2,8 %
Total CHLC (dont inter secteur)	308 506	9 839	3,2 %
Côte-d'Or	421 011	Non applicable	Non applicable

Source : SAE 2015	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Nombre de journées et d'actes			
	Nombre de journées HC	Nombre de journées HJ	Nombre d'actes EDGAR CMP-CATTP	
CHLC	-	3 871	29 616	
CHU	2 542	757	5 787	
CH Semur	-	2 428	6 442	
Source : SAE 2015	Psychiatrie de l'adulte : indicateurs d'activité Nombre de journées et d'actes			
	Nombre de journées HC	Nombre de journées HJ	Nombre de journées HN	Nombre d'actes EDGAR CMP-CATTP
CHLC	94 636	13 337	272	79 217
CHU	14 226	1 833	-	6 171
CH Semur	10 057	3 609	28	4 920

⁹ Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires, ANAP, décembre 2016

Source : DIM	Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH) (= nb de journées HC/nb d'entrées)				Durée Moyenne de Séjour (DMS) (=nb de journées HC/FA HC)			
	Pédopsychiatrie		Psychiatrie adulte		Pédopsychiatrie		Psychiatrie adulte	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
CHLC	-	-	40,51	39,15	-	-	28,01	27,38
CHU	33,1	35,7	56,4	58,3	25,9	29,6	32,6	18,9
CH Semur	-	-	22,45	22,62	58,5	39,7	24,65	24,92

Commentaires

En l'absence de base de données commune, il n'a pas été possible de neutraliser les patients qui ont eu recours à plusieurs établissements, c'est pourquoi le total des files actives n'a pas été calculé.

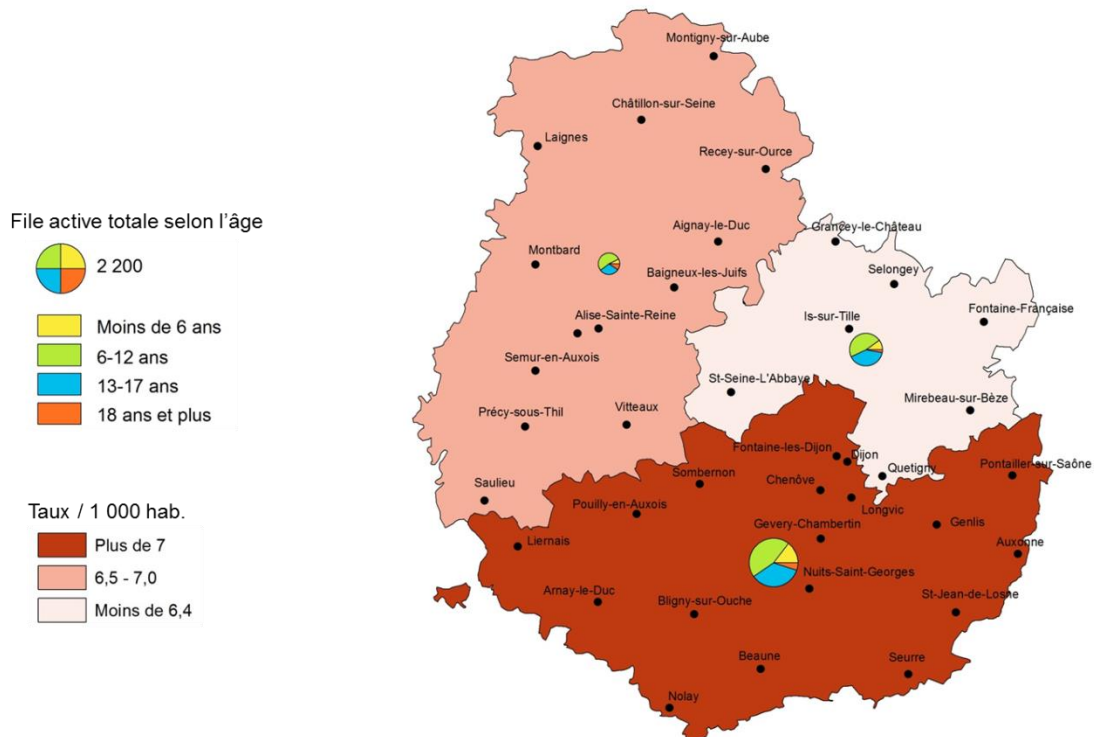
Compte tenu de l'hétérogénéité de la transmission des données par les établissements, nous avons utilisé d'autres sources d'information complémentaires (SAE, ATIH).

La DMH et la DMS de Semur laissent apparaître une incohérence au niveau des résultats obtenus, car la DMS est nettement plus élevée que la DMH. Dans l'ensemble, les DMH et les DMS, que ce soit pour la pédopsychiatrie ou pour la psychiatrie adulte, semblent très dispersées.

Cartographie de l'activité des secteurs

Données extraites du RIMPsy sur 2 années (2015-2016), prenant en compte les patients selon leur secteur de prise en charge.

Secteurs Enfant - File active totale - Répartition par âge - Taux / 1 000

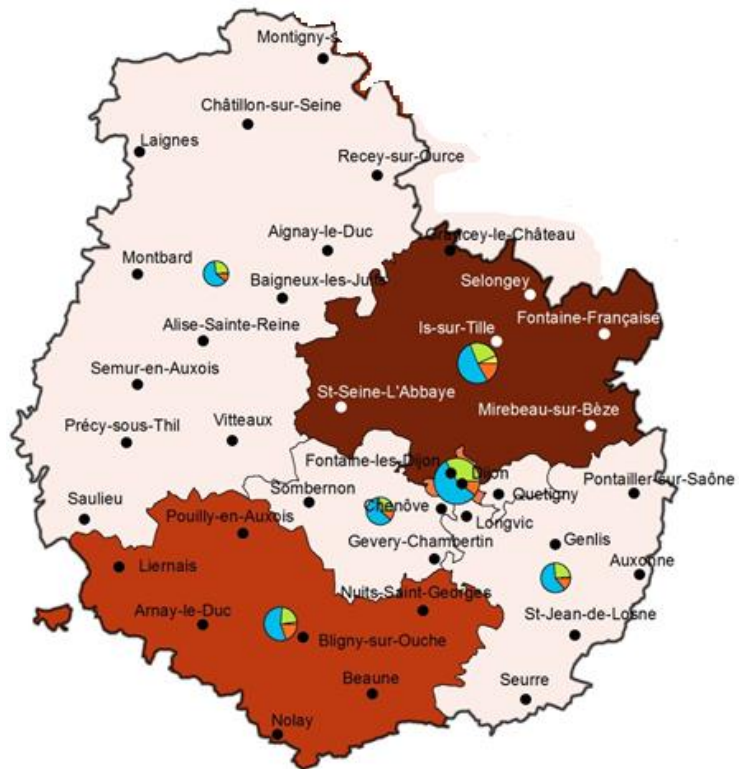
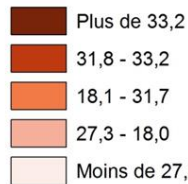


Secteurs Adultes - File active totale - Répartition par âge - Taux / 1 000

File active totale selon l'âge *



Taux / 1 000 hab.



* hors intersectorielle (1 636 au total pour le CHLC)

 **Autres données disponibles en annexe : étude ORS diapositives 80 à 97 (File active (FA) / troubles en nombre et % par rapport à l'ensemble de la file active).**

Limites et précautions d'interprétation des cartes

Dans le décompte des patients :

Les patients peuvent fréquenter plusieurs secteurs, y compris pendant une seule hospitalisation : ils sont donc comptés plusieurs fois

Une part des patients pris en charge dans chaque secteur ne dépend pas nécessairement du secteur en question : cette part n'est pas quantifiée

Au niveau de la définition des secteurs de psychiatrie :

- D'un secteur à l'autre, les structures peuvent être très différentes en terme de fonctionnement, de populations/pathologies prises en charge spécifiquement : certains indicateurs peuvent être difficiles à interpréter
- Certaines structures ne dépendent pas d'un secteur spécifique mais sont intersectorielles : leur activité n'est pas visible sur les cartes

Dans le calcul des taux :

- La population potentiellement couverte par un secteur ne correspond pas à la population réellement prise en charge : les taux calculés sont donc à interpréter avec précaution

1.9 Acteurs de la coordination et de l'intégration

- CReMHPsy
- CLSM
- MAIA
- PMI
- ...

Recommandations ANAP :

Quelques éléments sur les acteurs de la coordination et de l'intégration : portage et mise en œuvre de la MAIA, Réseaux existants, CLIC...

Offre, partenaires, points forts-points faibles.

Outils de la coordination et de l'intégration

Projets en cours

- Cf. Projet Médical Partagé volet Psychiatrie et Santé Mentale
- Cf. annexe n°2 du PMP filière psychiatrie et santé mentale : tableau de bord de suivi des projets

Recommandations ANAP : Faire un point sur les différents projets en cours sur le territoire qui seront à articuler (gouvernance commune, points d'échange à prévoir entre les instances, actions communes, outils...).

PARTIE 2 : PROBLEMATIQUES DU TERRITOIRE

La démarche de diagnostic à partir des 5 portes d'entrées du parcours préconisée par l'ANAP a pour objectif de :

- Partir des « points de rupture » et de l'analyse de leur cause.
- 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.



Cette partie constitue un modèle de **questionnements clés** basé sur les recommandations de l'ANAP et pouvant être abordés par l'ensemble des parties prenantes.

Les **indicateurs** préconisés dans ce cadre ont fait l'objet d'une demande auprès des DIM des différents établissements (données obtenues listées en annexe), mais n'ont pas été communiquées de manière homogène.

Le travail doit donc être poursuivi auprès des établissements pour le recueil de données, parallèlement au questionnement des équipes sur les 5 portes d'entrées du parcours.

Recommandations de l'ANAP :

Au vu de l'ensemble des éléments disponibles, issus de l'analyse de la carte d'identité du territoire et des travaux des groupes de travail, présenter les problématiques et des causes identifiées par porte d'entrée.

Cette présentation se fait sous forme d'une synthèse globale présentant les forces et les faiblesses sous l'angle de :

- Analyse et synthèse du parallèle entre l'offre et les besoins (approchés notamment à travers les caractéristiques sociodémographiques du territoire et la consommation de soins)
- Identification des points de rupture dans la prise en charge identifiés par les acteurs.

Réalisations dans le cadre du Projet médical partagé du GHT 21-52 :

Il sera possible d'appuyer ce travail sur les **analyses médicales de parcours** déjà réalisées par les équipes médicales dans le cadre du projet médical partagé du GHT 21-52 pour **partager la vision avec les partenaires par porte d'entrée**.



2.1 Accès au diagnostic et aux soins psychiatrique

Constats

Des délais importants dans l'obtention d'un diagnostic ou dans l'accès aux soins sont souvent évoqués à propos de la maladie psychique.

A l'âge adulte, la non-demande de la part des intéressés, par déni de la maladie, constitue une difficulté réelle d'accès que l'on rencontre beaucoup plus rarement dans le cas des maladies somatiques.

Attendus

Identifier, à partir d'analyse de situations-types concrètes, les difficultés d'accès aux dispositifs (sanitaire, ambulatoire, médico-social, social...) dans un contexte urgent ou non urgent.

Il conviendra d'examiner les situations de demande et de non demande.

Questions clés

Comment les professionnels s'organisent-ils face à une demande, selon qu'elle émane du domicile, d'un professionnel de santé, d'un travailleur social, ou d'un établissement ?

La réponse est-elle graduée ou est-elle apportée en fonction des circonstances ? La pertinence est-elle alors garantie ?

Pour les situations de non demande : quelles sont les suites données aux situations détectées par les familles, des travailleurs sociaux, voire PASS ?

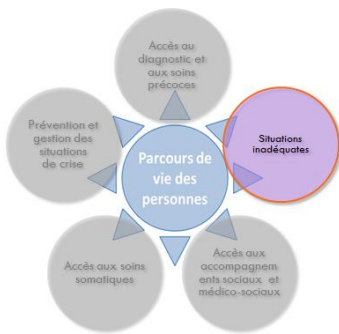
Existe-t-il ou non des dispositifs type « équipes de secteur mobiles » ?

Indicateurs à collecter

Délai de 1er RV en CMP.

% de 1er RV non honorés.

Ressources humaines intra/CMP.



2.2 Situations inadéquates

Constats

Si 80% des personnes présentant des troubles psychiatriques sont suivies en ambulatoire, 25% des personnes hospitalisées le sont pour des raisons qui ne sont plus strictement médicales.

La longue durée n'est pas nécessairement signe d'inadéquation de l'hospitalisation, mais elle doit attirer l'attention des équipes soignantes sur les conditions de prise en charge du patient : il importe de limiter les risques de « désaffiliation » inhérents à une hospitalisation de longue durée.

La question des hébergements inadéquats se pose également :
orientations MDPH.
souplesse entre les structures.
hébergement dans les familles.

Attendus

L'analyse comprendra à minima un volet quantitatif et un volet qualitatif.

L'un des enjeux de la consolidation entre les différents acteurs du territoire concerné est de développer une méthode partagée d'analyse et de comparaison sur le sujet.

Questions-clés

Quelle est la sensibilité des équipes à cette question ? Quelle est leur connaissance des structures et services médico-sociaux du territoire ?

Quels liens à ce sujet avec la MDPH ?

Quelles sont les pratiques mises en place pour maintenir le lien entre projet de soins et projet de vie chez les personnes hospitalisées ? Existe-t-il une révision périodique des situations des personnes hospitalisées au long cours ? etc.

vision « structure ».

vision « patient ».

Indicateurs

% d'hospitalisations TP prolongées.

% de ré-hospitalisations non programmées.

Nombre de ré-hospitalisations/patients.

2.3 Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux



Constats

Le cloisonnement des structures sanitaires, sociales et médico-sociales constitue encore souvent un obstacle à un accompagnement permettant aux personnes d'accéder selon le droit commun aux grandes fonctions collectives que sont l'éducation, le travail, le logement, la culture.

Les structures sociales et médicosociales ont également à s'adapter pour répondre aux spécificités des personnes présentant un handicap psychique.

Le rapport Piveteau qui préconise *ZERO sans solution*, pose la question des réponses à apporter aux personnes handicapées qui n'ont pas de solutions adoptées à leurs problématiques.

Attendus

Inventorier concrètement comment la reconnaissance du handicap psychique intervenue en 2005 se traduit dans les faits entre la MDPH et les opérateurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Questions clés

Quelles sont les modalités de travail en routine entre la MDPH et les opérateurs afin d'aboutir à une vision partagée des besoins en accompagnement social et médico-social des personnes handicapées psychiques ?

Comment les acteurs sont-ils maillés avec les autres opérateurs sociaux et médico-sociaux ?
Quelles problématiques ?

Indicateurs

nombre de personnes hospitalisées ayant une orientation MDPH en attente de structure.

délai de traitement des dossiers par MDPH.

distribution des prestations MDPH.



2.4 Accès aux soins somatiques

Constats

Les personnes ayant des troubles mentaux ont une espérance de vie minorée de 20% par rapport à la population, liée souvent à un non traitement des problèmes somatiques et aux effets secondaires des médicaments (cf. prise de poids, diabète, troubles cardio-vasculaires, maladies respiratoires, diminution des capacités cognitives et de la mémoire, syndrome neuroleptique malin...)

Un phénomène de tolérance plus élevé à la douleur combiné à l'effet d'apathie n'amène pas les personnes à consulter.

Attendus

Il s'agit de travailler sur la capacité du système à identifier, reconnaître et satisfaire les besoins somatiques des patients psychiatriques.

Questions clés

Elles se réfèrent à la diversité des situations où ce besoin peut s'exprimer, à commencer par la possibilité d'accéder aux soins en bénéficiant d'une couverture sociale :

- Ouverture des droits et déclaration du médecin traitant: vérification systématique des CMP ?
- Suivi somatique des patients en ambulatoire (liens avec médecine libérale).
- Suivi somatique des patients hospitalisés (problématique CHG/CHS- équipes de liaison, intra CHG...)
- Suivi somatique des personnes résidentes (EHPAD – MG, MAS – FAM – FV - FH).
- Question de l'examen somatique complet dans les 24 heures après admission pour soins sans consentement.

Indicateurs

- consommation en soins de ville ALD.23
- consommation en soins hospitaliers ALD 23
- % patients de la FA sans médecin traitant



2.5 Prévention et gestion des situations de crise

Constats

La maladie mentale même stabilisée peut donner lieu à des épisodes aigus dont les signes précurseurs ne sont pas nécessairement identifiés. La question concerne particulièrement les patients non hospitalisés, qu'ils vivent dans un domicile ordinaire ou qu'ils soient hébergés dans un établissement social ou médico-social, ou qu'ils soient sans domicile fixe.

Attendus

Analyse centrée sur l'identification des situations de crise et leur lieu d'expression :

Domicile, situation de précarité, logement, structure médico-sociale, etc.

Capacité à joindre les professionnels compétents.

Capacité à mettre en place une réponse adaptée.

Capacité à organiser les relais post-crise.

Questions clés

Comment les signalements émanant des services sociaux sont-ils pris en compte ?

Quels dispositifs sont mis en place pour assurer un suivi régulier des patients ?

Quels sont les étayages mis en place au domicile, comment les relais sont-ils gérés et revisités si nécessaire ?

Travail à domicile et reconnaissance des signes précurseurs ? Education thérapeutique du patient ? Quelle formation pour les intervenants ?

Question des levées d'HC par les JLD et du respect des programmes de soins.

Indicateurs :

% d'hospitalisations TP suite à urgence PE5

% d'hospitalisations sans consentement

% hospitalisations TP dans l'année et non suivies

PARTIE 3 : SUITE DES TRAVAUX

3.1 Mettre en place une gouvernance adaptée

Les acteurs des projets attendent une plus forte cohérence avec la politique régionale en termes d'orientations stratégiques tout en garantissant l'autonomie sur leur mise en œuvre avec un soutien dans l'accompagnement des projets.

La mise en œuvre des projets nécessitera une planification et une coordination qui ne doit pas se substituer à l'action des professionnels et au fonctionnement en réseau, tout en associant les parties prenantes.

Parallèlement, l'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités (SMPG) », réalisée en 2017 et soutenue par l'ARS Bourgogne Franche Comté, pourrait permettre de mesurer l'évolution des perceptions et d'animer le territoire dans une démarche partenariale en santé mentale.

Condition de réussite :

Cahier des charges pour la constitution d'une structure d'appui cohérente avec le niveau territorial retenu et répondant aux besoins des porteurs de projets.

3.1 S'appuyer sur l'analyse des groupes de travail médicaux dans le cadre du projet médical partagé du GHT 21-52

Deux méthodes ont été menées conjointement afin de définir les axes du Projet Médical Partagé :

une analyse des parcours de soins par les équipes médicales des établissements, donnant lieu à des fiches actions (**cf. Volet Psychiatrie et Santé Mentale du Projet Médical Partagé du GHT 21-52**).

un diagnostic du dispositif de soins basé sur l'analyse du rapport Laforcade (2016), dernier rapport publié concernant la psychiatrie et la santé mentale et qui propose un panier de soins minimum pour chaque territoire (**cf. résultats du diagnostic Laforcade en annexe**).

Ces travaux devraient permettre d'alimenter la feuille de route du territoire à engager avec les partenaires.

Conditions de réussite :

Approfondir l'analyse dans le cadre de l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale en associant les représentants des usagers, les autres professionnels et 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.

3.1 Utiliser les données de territoire pour alimenter la réflexion autour des parcours

L'intégralité de l'étude réalisée par l'ORS Bourgogne Franche Comté pourra alimenter les travaux futurs :

- pour l'étude des groupes projets médicaux,
- pour disposer d'une information commune et partagée avec les partenaires,
- pour poursuivre la réflexion en lien avec l'ARS et le Conseil Départemental.

Conditions de réussite :

Pouvoir disposer d'un partenariat avec la cellule statistique de l'ARS pour le traitement des données de territoire.

Disposer d'une plateforme commune de diffusion des productions auprès des structures partenaires.

3.2 Mettre en place un pilotage du recueil des données d'information médicale en santé mentale

L'exploitation des données d'information médicale constitue une condition majeure de la réalisation d'un diagnostic partagé fiable, les conditions de réussite de ce diagnostic reposent sur :

- Le partage des bonnes pratiques de recueil de l'activité de psychiatrie pour garantir l'homogénéité des données.
- Un contrôle de fiabilité des données, avec une construction d'indicateurs communs permettant l'analyse des flux de territoire (et non seulement la part d'activité par établissement).
- L'appui des groupes de travail sur demande des équipes médicales dans le cadre de l'étude approfondie des projets.
- Le lien avec le contrôle de gestion pour la production de ratios médico-économiques.

Les difficultés de recueil de l'information médicale rencontrées révèlent un potentiel d'amélioration de l'organisation à mettre en place pour parvenir à alimenter les travaux des groupes de travail.

L'ensemble des biais et difficultés transmis par les DIM des établissements ont fait l'objet d'une traçabilité (cf. annexe).

Il est à noter que les informations relatives aux structures d'amont et d'aval sont quasi inexistantes dans le RIMPsy, ce qui ne permet pas de d'établir un diagnostic sur l'intégralité des parcours à ce jour.

Il sera primordial de définir une **organisation permettant l'évaluation des projets** au moyen d'indicateurs communs.

Perspectives

L'analyse pourrait être poursuivie à plusieurs niveaux :

- Par l'étude des taux de réhospitalisation à 30 jours, 3 mois et 6 mois.
- Par l'étude de la provenance et l'adressage des structures et l'identification du premier recours sur des pathologies clés (ex : troubles bipolaires, dépression).
- Par le suivi des indicateurs définis pour chaque parcours par les équipes médicales.

Cela supposerait une organisation dédiée et la création d'une base commune ou d'une meilleure utilisation des bases de données nationales (ATIH, Scan Santé, SAE, ...) qui restent toutefois moins pertinentes compte tenu de leur ancienneté (1 à 2 ans).

Condition de réussite :

Une organisation et un cahier des charges communs de recueil et de collecte de l'information médicale est à définir (en lien avec le DIM de territoire ?)

3.2 Poursuivre l'analyse médico-économique

Les projets devront faire l'objet d'un financement adapté à leur nature, pour garantir leur pérennité selon leur déploiement attendu.

La recherche d'une diversification des sources de financements de la psychiatrie est aussi un enjeu de pérennité de la filière.

L'analyse médico économique pourrait être poursuivie en cohérence avec le Projet Régional de Santé.

Condition de réussite :

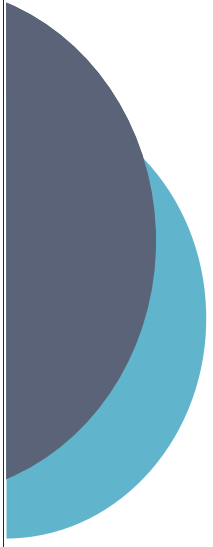
_Réaliser une évaluation financière de la mise en œuvre des projets.

_Mettre en place une cellule d'analyse.

_Disposer d'une plateforme de travail collaborative pour favoriser le recueil et le partage de l'information entre les établissements.

PARTIE 5 : ANNEXES

ANNEXE 1	Diagnostic territorial Côte d'Or Santé mentale – ARS Bourgogne Franche Comté
ANNEXE 2	Etude de l'Observatoire Régional de Santé Bourgogne Franche Comté
ANNEXE 3	Précautions quant à l'utilisation des données DIM dans le cadre de l'élaboration du projet médical partagé
ANNEXE 4	Suivi du recueil de données transmis par les DIM des établissements
ANNEXE 5	Indicateurs de ressources humaines
ANNEXE 6	Retraitements Comptables des établissements de santé
ANNEXE 7	Indicateur qualité et sécurité des soins (SCOPE Santé)
ANNEXE 8	Diagnostic basé sur les recommandations du rapport Laforcade



Annexe 4

Etat des lieux des orientations en santé mentale
en Côte d'Or par tranches d'âges (GHT-Parcours
Psychiatrie Santé Mentale, CD21 , CLS)

PTSM 21- CARTOGRAPHIE DES ORIENTATIONS/ACTIONS PREVUES SUR LE TERRITOIRE/ Périnatalité-Enfants

Actions	SHEMA REGIONAL DE SANTE	GHT 21-52 GHT 21-52 volet Psy et Santé Mentale	Parcours Psychiatrie Santé mentale	Contrats Locaux de Santé	Conseil Départemental
Sources/territoires	ARS - version 1.1 du 02/10/2017 Niveau régional BFC	Projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT Niveau GHT – Côte d’Or + Sud Haute Marne (Chaumont-Langres)	ARS - Orientations stratégiques 2018 Niveau Régional BFC	(fiches actions des CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Châtillonnais, Beaunois, Val-de-Saône-Vingeanne)	(Schéma départemental Enfance Famille 2016-2018 Niveau Départemental)
CLASSIFICATION PAR TERRITOIRES					
	<p>MIEUX PRENDRE EN COMPTE L’IMPORTANCE DU SOUTIEN A LA PARENTALITE DES LA PERINATALITE, EN S’APPUYANT NOTAMMENT SUR L’ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE ET SUR LES LIENS D’ATTACHEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constitution d’équipes spécialisées et mobiles pouvant intervenir dans les différentes maternités ou à domicile - Développement de l’activité des consultations de psychiatrie périnatale au sein des maternités ainsi que les consultations « père-mère-bébé » dans les services de pédopsychiatrie : création d’unités « père-mère-bébé » - Développement du travail en réseau et soutien aux staffs médico psychologiques, aux équipes en maternité et en PMI (Protection maternelle et infantile) <p>MOBILISER L’ENSEMBLE DES ACTEURS POUR ASSURER UNE PREVENTION, UN REPERAGE PRECOCE AVEC LA GARANTIE DE LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification et évaluation, dans chaque territoire, de structures graduées de soins (consultations, centre d’activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, hospitalisation complète), - Identification des différents niveaux d’intervention et les voies de passage de l’un à l’autre (repérage, diagnostic, cas complexes) favorisant des fonctionnements interinstitutionnels entre les acteurs du sanitaire et du médico-social ; - Accompagnement des professionnels de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, PMI, médecine scolaire...) pour un adressage au juste niveau de diagnostic et de soins, - Meilleur accompagnement des familles dans l’information et l’orientation, dès la détection du trouble et jusqu’à sa prise en charge (information synthétique et pratique). <p>FAVORISER LES ARTICULATIONS ENTRE LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE, MEDICO-SOCIALE, SOCIALE, SCOLAIRE, JUDICIAIRE POUR ANTICIPER LES SITUATIONS DE CRISE ET ASSURER LA CONTINUITE DES PARCOURS : REPONSE ADAPTEE POUR TOUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du repérage et de la concertation autour des situations à risque pour prévenir les épisodes aigus chez les mineurs accompagnés par les services et établissements sociaux et médico-sociaux ; - Création des équipes médico-psycho-sociales de liaison permettant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d’éviter le recours aux hospitalisations et d’améliorer les sorties d’hospitalisation ; - Amélioration de l’accès aux consultations spécialisées en lien avec les services de neurologie et de génétique, les centres d’action médico-sociale précoce (CAMSP) - Elargissement des réponses en pré et post hospitalisations, - Création de dispositifs de transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l’adulte. Structuration de la transmission 	<p>Axe 1 - DEVELOPPER LA PSYCHIATRIE PERINATALE</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Développer des consultations de psychiatrie périnatale (au sein des maternités et dans les services de pédopsychiatrie) [2018-Dijon ; après 2019 : tous secteurs] _ Développer l’hospitalisation à temps partiel [2018-2019 - Dijon] _ Constituer des équipe(s) spécialisée(s) et mobile(s) pouvant intervenir dans les différentes maternités ou à domicile [2018-2019 : Dijon et Sud CO] _ Développer les liens avec le réseau périnatal de Bourgogne <ul style="list-style-type: none"> •activités d’enseignement et de recherche •articulation DMIC réseau périnatal [2018-2019 : CO] _ Développer le travail en réseau <ul style="list-style-type: none"> •Avec le CPP de Langres •Staffs médico psychologiques •Avec le service de la PMI sur le territoire 21-52 [2018-2019 : tous secteurs] _ Identifier une unité ressource psychiatrie périnatale au sein du réseau périnatalité BFC en lien avec le Pr SAGOT [Après 2019 - Dijon] _ Créer une unité Père/Mère/Bébé [Après 2019 - Dijon] <p>Axe 2 - PREVENIR ET COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES PHOBIES SCOLAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer les thérapies familiales [2018-2019 : tous secteurs] - Développer les conventions avec l’éducation nationale (type SAPAD) [2018-2019 : tous secteurs] - Améliorer l’accès aux consultations spécialisées en lien avec : <ul style="list-style-type: none"> •les services de neurologie et de génétique (troubles du langage, troubles instrumentaux) •les CAMSP et les CMPP [2018: tous secteurs] - Regroupements Centres de référence (CHU) [2018-2019 : Dijon] - Développer un projet de soins études avec l’éducation nationale (si financement) [Après 2019 : Dijon] 	<p>Objectif 2 du projet de fiche PRS « améliorer sur l’ensemble du territoire, l’orientation et apporter des réponses adaptées au niveau des demandes en psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent sur l’ensemble du territoire régional »</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Structurer le soutien aux professionnels du 1er recours (MG, pédiatres, services de santé scolaire, PMI) pour priorisation, orientation et suivi des demandes et optimiser le recours aux soins (sanitaire, médico-social, social) par la création d’équipes mobiles de liaison et d’orientation en pédopsychiatrie / médico- sociales permettant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d’éviter le recours aux hospitalisations et d’améliorer les sorties d’hospitalisation _ Accompagner et former les professionnels dans le repérage précoce de la souffrance psychique et de troubles du comportement des enfants et des adolescents : groupe régional existant Développer le travail en réseau et soutien aux staffs médico- psychologiques, aux équipes en maternité et en PMI (Protection maternelle et infantile) sur le territoire BFC par une prise en charge précoce des pathologies de la période pré et post-natale immédiate : consultations père-mère-bébé, unité intersectorielle du CH la chartreuse _ Développer le travail en réseau et soutien aux staffs médico- psychologiques, aux équipes en maternité et en PMI Protection maternelle et infantile) sur le territoire BFC par une prise en charge précoce des pathologies de la période pré et post-natale immédiate : consultations père-mère-bébé, unité intersectorielle du CH la chartreuse _ PEC (en lien avec le médico-social) des troubles envahissants du développement de 2 à 17 ans : Unité Arpège financée en 2017-2018-2018, projet à caractère pérenne) <p>Objectif 3 du projet de fiche PRS « réduire la mortalité par suicide en Bourgogne-Franche-Comté »</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Compléter les dispositifs de soins, de 	<p>CLS Pays Auxois Morvan Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [F9] - Faire état des lieux des ressources professionnelles, - Améliorer l’interconnaissance des acteurs</p> <p>CLS Pays Châtillonnais Promouvoir l’éducation pour la santé des jeunes via le déploiement du PASS Santé Jeunes [F10] - Identifier et structurer un réseau de professionnels, - Coordonner les dispositifs existants Promouvoir la prévention des addictions sans substance et améliorer la communication Parents-Jeunes [F11] - Actions de prévention : espaces d’informations dans les établissements scolaires, café des parents</p> <p>CLS Pays Val de Saône Vingeanne - Conventions de partenariat entre le Centre Hospitalier d’Auxonne avec le CH La Chartreuse sur la pédopsychiatrie Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale (F2.8) - Améliorer la coopération intersectorielle entre CHU et CH La Chartreuse, - Favoriser les prises en charge, l’accès aux soins de proximité et de qualité, la destigmatisation, - Promouvoir le développement de la télémédecine</p> <p>CLS Pays Beaunois - Consultations avancées par des CMP ou infirmières dans des cabinets de médecins généralités et MSP [F1] - Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale, favoriser les prises en charge [F11] Former les professionnels des secteurs sanitaire et social, entre autre formation précarité-santé mentale, détecter les problématiques le plus précocement possible [F12]</p>	<p>Axe 1 : FAVORISER LA CONTINUITE DES PARCOURS DE L’ENFANT, DE LA PREVENTION A LA PROTECTION</p> <ul style="list-style-type: none"> _ 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 - Elaboration d’une plaquette d’information sur l’EPP, Entretien Prénatal Précoce - Diffusion aux futurs parents via les carnets de santé maternité - Sensibiliser les professionnels sociaux et médico-sociaux du Conseil Départemental et les partenaires à l’intérêt de l’EPP pour favoriser l’orientation vers les sages-femmes · Augmenter le nombre d’enfants et de parents vus en école maternelle. - Journées d’échanges autour de thèmes fédérateurs pour les acteurs de prévention. _ Mettre à jour la procédure de Recueil et de Traitement de l’Information Préoccupante (RTIP), et mise en place d’un outil d’évaluation (F2/2016) _ Développer et articuler les mesures d’accompagnement à domicile pour les enfants de moins de 3 ans (F3/2016-2018) - Favoriser le décloisonnement entre services - Développer les interventions conjointes ASE - PMI et insertion dans un objectif de transversalité - Associer les services associatifs de la protection de l’enfance et des structures d’accueil à la parentalité : L’Amarine, ADEFO, Bercaill - Permettre aux professionnels de mieux appréhender l’intervention spécifique auprès des enfants de moins de 3 ans - Développer la formation et l’information en continu des professionnels _ Établir un référentiel du Placement à Domicile (PAD) pour harmoniser les pratiques, mieux gérer le dispositif vu le nombre de situations en attente (F4/2016) _ Développer des modalités d’hébergements innovants (répit, relais...) alternative au placement Ouvrir les possibilités d’accueil auprès d’assistantes maternelles et clarifier les contraintes juridiques ou financières (F5/2016-2018) _ Développer le recours au parrainage pour créer un lien affectif durable qui aide l’enfant à se construire, tout en respectant la place des parents : état des lieux national et benchmarking + groupe de travail parrainage [F6/2017 – Mineurs suivis en AEMO/AED 0-18] _ Instaurer une commission pluri-professionnelle dédiée à l’examen des mesures longues, pour étudier prioritairement les projets des mineurs pour lesquels une mesure de protection de l’enfance est envisagée sur le long terme et de mieux repérer le délaissement parental et s’interroger sur les

	<p>d'information en amont des prises en charge, au cours de l'hospitalisation et en sortie, notamment par les groupes opérationnels de synthèse.</p> <p>- 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>		<p>prévention et de PEC de la crise suicidaire pour les enfants, ados, adultes et personnes âgées ; équipe mobile intersectorielle de prévention et de lutte contre la récurrence suicidaire pouvant intervenir dans les différents lieux de prise en charge de ces patients et nécessitant une coordination avec de dispositifs déjà existants</p>	<p>CLS Dijon Métropole CLSM Franco Basaglia sur 6 communes</p> <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la coordination en santé mentale (coordonner les instances territoriales existantes) [F4] - développer la formation auprès des acteurs de terrain [F5] - étudier la faisabilité de création d'une unité mobile d'intervention à domicile en santé mentale [F 6] - structurer un réseau de professionnels autour de l'accompagnement des jeunes dans leur parcours de santé [F 13] 	<p>mesures de suivi à domicile qui perdurent plusieurs années [F7/2016 : mineurs suivis mesure de protection]</p> <p>_Mettre en place des outils favorisant la continuité et la cohérence du parcours du mineur, des espaces formalisés de rencontre des acteurs à chaque changement de situation d'un enfant (temps de synthèse ou autres...) afin d'assurer la continuité dans le parcours de l'enfant [F8/2016-2018 : mineurs admis à l'ASE]</p> <p>_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 (F10/2016-2018)</p> <p>Axe 2 : ADAPTER LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'INTERVENTION A L'EVOLUTION DES PROFILS Situations complexes</p> <p>_Créer un outil d'analyse partagé permettant de réaliser un diagnostic territorial des situations complexes (F11/2017)</p> <p>_Instaurer une responsabilité partagée dans la prise en charge des situations complexes, apporter une réponse globale en coordonnant la prise en charge médicosociales, sanitaires et éducatives (F12/2016-2018)</p> <p>Accueil familial/visites en présence de tiers</p> <ul style="list-style-type: none"> _Informier, communiquer sur le métier, revisiter l'agrément + _Accompagnement et prévention des risques _Création d'une référence commune en matière de visite en présence d'un tiers [F13-F14-F15/ 2016-2017] <p>Handicap & protection de l'enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> _Mettre en place une coordination entre l'ASE et la MDPH pour le parcours des jeunes porteurs d'un handicap (F16/2016) <p>Axe 3 : FAVORISER LA PRISE EN COMPTE ET L'EXERCICE DES DROITS DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE</p> <p>Favoriser l'expression du mineur et de ses parents dans leur parcours ASE</p> <ul style="list-style-type: none"> _Créer des outils pour favoriser l'expression et l'information des usagers de la Protection de l'enfance et créer des formations croisés entre les professionnelles de différentes institutions pour favoriser l'expression et la participation du mineur et de ses parents dans leur parcours à l'ASE (F17-18/ 2017-2018) <p>Promotion de la santé des enfants confiés</p> <ul style="list-style-type: none"> _Renforcer le suivi médical des enfants confiés (F19/2016) _Associer les parents des enfants confiés à l'ASE dans l'accompagnement sanitaire de leur enfant (F20/2016-2017) <p>Axe 4 : RENFORCER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Développer les partenariats institutionnels et inter associatifs de l'enfance afin d'harmoniser les politiques publiques et partager les expériences (F21/ 2016-2017) _Harmoniser le recueil de données à partir d'indicateurs pertinents (pour comparer coûts et services entre établissements et permettre d'évaluer les besoins à venir (F22/2016) _ Suivi et évaluation des CPOM (F23/2018) _ suivi et évaluation des Etablissements et Services hors CPOM (F24)
--	---	--	---	--	--

	SHEMA REGIONAL DE SANTE	GHT 21-52 GHT 21-52 volet Psy et Santé Mentale	Parcours Psychiatrie Santé mentale	Contrats Locaux de Santé	Conseil Départemental
Sources/ Territoires ↓ Points de rupture rosace ANAP	ARS - version 1.1 du 02/10/2017 Niveau régional BFC	Projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT Niveau GHT – Côte d’Or + Sud Haute Marne (Chaumont-Langres)	ARS - Orientations stratégiques 2018 Niveau Régional BFC	Fiches actions des CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Châtillonnais, Beaunois, Val-de-Saône-Vingeanne	Schéma départemental Enfance Famille 2016-2018 Niveau Départemental
CLASSIFICATION SELON ROSACE ANAP					
1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d’outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (MG, TS, institutions, usagers, familles) - Déploiement des moyens de télémédecine pour proposer des consultations psychiatriques à distance - Mobiliser l’ensemble des acteurs pour assurer une prévention, un repérage précoce avec la garantie de la continuité de la prise en charge - Identification et évaluation, dans chaque territoire, de structures graduées de soins (consultations, centre d’activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, hospitalisation complète), - Identification des différents niveaux d’intervention et les voies de passage de l’un à l’autre (repérage, diagnostic, cas complexes) favorisant des fonctionnements inter-institutionnels entre les acteurs du sanitaire et du médico-social ; - Accompagnement des professionnels de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, PMI, médecine scolaire...) pour un adressage au juste niveau de diagnostic et de soins, - Meilleur accompagnement des familles dans l’information et l’orientation, dès la détection du trouble et jusqu’à sa prise en charge (information synthétique et pratique). - Amélioration de l’accès aux consultations spécialisées en lien avec les services de neurologie et de génétique, les centres d’action médico-sociale précoce (CAMPS), 	<p>Axe 1 - DEVELOPPER LA PSYCHIATRIE PERINATALE</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Développer des consultations de psychiatrie périnatale (au sein des maternités et dans les services de pédopsychiatrie) [2018-Dijon ; après 2019 : tous secteurs] _ Développer l’hospitalisation à temps partiel [2018-2019 - Dijon] _ Constituer des équipe(s) spécialisée(s) et mobile(s) pouvant intervenir dans les différentes maternités ou à domicile [2018-2019 : Dijon et Sud CO] _ Créer une unité Père/Mère/Bébé [Après 2019 - Dijon] <p>Axe 2 - PREVENIR ET COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES PHOBIES SCOLAIRES</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Développer les thérapies familiales [2018-2019 : tous secteurs] _ Développer les conventions avec l’éducation nationale (type SAPAD) [2018-2019 : tous secteurs] _ Développer un projet de soins études avec l’éducation nationale (si financement) [Après 2019 : Dijon] 	<ul style="list-style-type: none"> _ Développer le travail en réseau et soutien aux staffs médico-psychologiques, aux équipes en maternité et en PMI Protection maternelle et infantile) sur le territoire BFC par une prise en charge précoce des pathologies de la période pré et post-natale immédiate : consultations père-mère-bébé, unité intersectorielle du CH la chartreuse (financement DAF 2017 reconductible, projet à caractère pérenne), _ PEC (en lien avec le médico-social) des troubles envahissants du développement de 2 à 17 ans : Unité Arpège financée en 2017-2018-2018, projet à caractère pérenne) 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la coopération intersectorielle entre CHU et Ch La Chartreuse, (Saône Vingeanne) - Favoriser les prises en charge, l'accès aux soins de proximité et de qualité (Saône Vingeanne) - Promouvoir le développement de la télémédecine (Saône Vingeanne) - Promouvoir la télémédecine dans l'exercice libéral pour accessibilité soins de proximité et de qualité (Beaunois) - Consultations avancées par des CMP ou infirmières dans des cabinets de médecins généralistes et MSP (Beaunois) - Etudier la faisabilité de création d'une unité mobile d'intervention à domicile en santé mentale (Grand Dijon) - Conventions de partenariat entre le Centre Hospitalier d'Auxonne avec le CH La Chartreuse sur la pédopsychiatrie (Saône Vingeanne) 	_ Renforcer le suivi médical des enfants confiés (F19/2016)
2. Situations inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> - Création des équipes médico-psycho-sociales de liaison permettant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d’éviter le recours aux hospitalisations et d’améliorer les sorties d’hospitalisation - Elargissement des réponses en pré et post hospitalisations, - Création de dispositifs de transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l’adulte. --- Structuration de la transmission d’information en amont des prises en charge, au cours de l’hospitalisation et en sortie, notamment par les groupes opérationnels de synthèse. 	<p>Axe 1 - DEVELOPPER LA PSYCHIATRIE PERINATALE</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Développer les liens avec le réseau périnatal de Bourgogne <ul style="list-style-type: none"> • activités d’enseignement et de recherche • articulation DMIC réseau périnatal [2018-2019 : CO] _ Développer le travail en réseau <ul style="list-style-type: none"> • Avec le CPP de Langres • Staffs médico psychologiques • Avec le service de la PMI sur le territoire 21-52 [2018-2019 : tous secteurs] 		<ul style="list-style-type: none"> - étudier la faisabilité de création d'une unité mobile d'intervention à domicile en santé mentale (Dijon) - structurer un réseau de professionnels autour de l'accompagnement des jeunes dans leur parcours de santé (Dijon) 	<p>Instaurer une commission pluri-professionnelle dédiée à l’examen des mesures longues, pour étudier prioritairement les projets des mineurs pour lesquels une mesure de protection de l'enfance est envisagée sur le long terme et de mieux repérer le délaissement parental et s'interroger sur les mesures de suivi à domicile qui perdurent plusieurs années (F7/2016)</p> <p>Établir un référentiel du Placement à Domicile (PAD) pour harmoniser les pratiques, mieux gérer le dispositif vu le nombre de situations en attente (F4/2016)</p> <p>Instaurer une commission pluri-professionnelle dédiée à l’examen des mesures longues, pour étudier prioritairement les projets des mineurs pour lesquels une mesure de protection de l'enfance est envisagée sur le long terme et de mieux repérer le délaissement parental et s'interroger sur les mesures de suivi à domicile qui perdurent plusieurs années (F7/2016)</p>

3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (MG, TS, institutions, usagers, familles) -Création des équipes médico-psycho-sociales de liaison permettant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations et d'améliorer les sorties d'hospitalisation ; 	Axe 1 - DEVELOPPER LA PSYCHIATRIE PERINATALE <ul style="list-style-type: none"> - Développer le travail en réseau <ul style="list-style-type: none"> •Avec le service de la PMI sur le territoire 21-52 <p>[2018-2019 : tous secteurs]</p>			Mettre en place une coordination entre l'ASE et la MDPH pour le parcours des jeunes porteurs d'un handicap (F16/2016)
4. Accès aux soins somatiques	<ul style="list-style-type: none"> - 	Axe 2 - PREVENIR ET COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES PHOBIES SCOLAIRES <ul style="list-style-type: none"> _Améliorer l'accès aux consultations spécialisées en lien avec : <ul style="list-style-type: none"> •les services de neurologie et de génétique (troubles du langage, troubles instrumentaux) •les CAMSP et les CMPP <p>[2018: tous secteurs]</p> <ul style="list-style-type: none"> _Regroupements Centres de référence (CHU) [2018-2019 : Dijon] 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - 	_Renforcer le suivi médical des enfants confiés (F19/2016)
5. Prévention et gestion des situations de crise	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux prendre en compte l'importance du soutien à la parentalité dès la périnatalité, en s'appuyant notamment sur l'entretien prénatal précoce et sur les liens d'attachement - Constitution d'équipes spécialisées et mobiles pouvant intervenir dans les différentes maternités ou à domicile - Développement de l'activité des consultations de psychiatrie périnatale au sein des maternités ainsi que les consultations « père-mère-bébé » dans les services de pédopsychiatrie : création d'unités « père-mère-bébé » - Développement du travail en réseau et soutien aux staffs médico psychologiques, aux équipes en maternité et en PMI (Protection maternelle et infantile) - Mise en œuvre du repérage et de la concertation autour des situations à risque pour prévenir les épisodes aigus chez les mineurs accompagnés par les services et établissements sociaux et médico-sociaux - Soutien dans la mise en place des professionnels de santé au sein de l'Education Nationale pour le renforcement du repérage en milieu scolaire et universitaire 	<ul style="list-style-type: none"> _Accompagner et former les professionnels dans le repérage précoce de la souffrance psychique et de troubles du comportement des enfants et des adolescents : groupe régional existant et financé dans le cadre du FIR depuis 2017, pérennisation du dispositif, - 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer des équipes de psychiatrie intervenant dans les services d'urgence, notamment postes d'IDE, afin de compléter l'organisation graduée des urgences telles que prévues dans le PRS 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale [CLS Val de Saône Vingeanne, Beaunois, Auxois Morvan) - Améliorer la coordination en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - Développer la formation auprès des acteurs de terrain [CLS Dijon Métropole, Beaunois] - Déstigmatiser (CLS Pays Beaunois, Saône Vingeanne) - Détecter les problématiques le plus précocement possible - [CLS Pays Beaunois] - Faire état des lieux des ressources professionnelles (Auxois Morvan) - Améliorer l'interconnaissance des acteurs (Auxois Morvan) -Promouvoir l'éducation pour la santé des jeunes via le déploiement du PASS Santé Jeunes (Châtillonnais) - Identifier et structurer un réseau de professionnels (Chatillonnais) - Coordonner les dispositifs existants (Chatillonnais) <p>Promouvoir la prévention des addictions sans substance et améliorer la communication Parents-Jeunes(Chatillonnais)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actions de prévention : espaces d'informations dans les établissements scolaires, café des parents 	Majorité des fiches actions du Plan Départemental Enfance Famille

PTSM21-CARTOGRAPHIE DES ORIENTATIONS/ACTIONS PREVUES SUR LE TERRITOIRE-Adolescents

Actions	SRS	Parcours Psychiatrie Santé mentale	GHT 21-52 volet Psy et Santé Mentale	Conseil Départemental	CLS
Source / Territoires	ARS - version 1.1 du 02/10/2017 Niveau régional BFC	ARS - Orientations stratégiques 2018 Niveau Régional BFC	Projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT Niveau GHT – Côte d'Or + Sud Haute Marne (Chaumont-Langres)	Schéma départemental Enfance Famille 2016-2018 Niveau départemental	Fiches actions des CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Châtillonnais, Beaunois, Val-de-Saône-Vingeanne
Classification par territoire					
	<p>MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS POUR ASSURER UNE PREVENTION, UN REPERAGE PRECOCE AVEC LA GARANTIE DE LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE</p> <p>_Identification et évaluation, dans chaque territoire, de structures graduées de soins (consultations, centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, hospitalisation complète),</p> <p>_Identification des différents niveaux d'intervention et les voies de passage de l'un à l'autre (repérage, diagnostic, cas complexes) favorisant des fonctionnements interinstitutionnels entre les acteurs du sanitaire et du médico-social ;</p> <p>_Accompagnement des professionnels de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, PMI, médecine scolaire...) pour un adressage au juste niveau de diagnostic et de soins,</p> <p>_Meilleur accompagnement des familles dans l'information et l'orientation, dès la détection du trouble et jusqu'à sa prise en charge (information synthétique et pratique).</p> <p>FAVORISER LES ARTICULATIONS ENTRE LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE, MEDICO-SOCIALE, SOCIALE, SCOLAIRE, JUDICIAIRE POUR ANTICIPER LES SITUATIONS DE CRISE ET ASSURER LA CONTINUITE DES PARCOURS : REPONSE ADAPTEE POUR TOUS :</p> <p>_Mise en œuvre du repérage et de la concertation autour des situations à risque pour prévenir les épisodes aigus chez les mineurs accompagnés par les services et établissements sociaux et médico-sociaux ;</p> <p>_Création des équipes médico-psycho-sociales de liaison afin d'éviter le recours aux hospitalisations et d'améliorer les sorties d'hospitalisation ;</p> <p>_Amélioration de l'accès aux consultations spécialisées en lien avec les services de neurologie et de génétique, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPs),</p> <p>_Elargissement des réponses en pré et post hospitalisations,</p> <p>_Création de dispositifs de transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adulte. Structuration de la transmission d'information en amont des prises en charge, au cours de l'hospitalisation et en sortie, notamment par les groupes opérationnels de synthèse.</p> <p>_Soutien dans la mise en place des professionnels de santé au sein de l'Education Nationale pour le renforcement du repérage en milieu scolaire et universitaire,</p> <p>ACCROITRE LE REPERAGE DE LA CRISE SUICIDAIRE ET ORGANISER LA PREVENTION DE LA RECIDIVE</p> <p>_Consultations de post urgence sont systématiquement proposées après une tentative de suicide</p> <p>_Evaluation du dispositif « vigilans » existant dans le département du Jura et extension des dispositifs de rappel à d'autres départements, le cas échéant,</p> <p>_Soutien aux familles de personnes en crise suicidaire.</p> <p>_Poursuite du déploiement des formations pluri-professionnelles de prévention de la crise suicidaire</p> <p><u>Liens avec transition parcours adulte ? (à évaluer)</u></p> <p>PROMOUVOIR LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE</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>_Structurer le soutien aux professionnels du 1^{er} recours (MG, pédiatres, services de santé scolaire, PMI) pour priorisation, orientation et suivi des demandes et optimiser le recours aux soins (sanitaire, médico-social, social) par la <u>création d'équipes mobiles de liaison et d'orientation en pédopsychiatrie / médico- sociales</u> permettant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations et d'améliorer les sorties d'hospitalisation</p> <p>_Renforcer des équipes de psychiatrie intervenant dans les services d'urgence, notamment postes d'IDE, afin de compléter l'organisation graduée des urgences telles que prévues dans le PRS</p> <p>_Accompagner et former les professionnels dans le repérage précoce de la souffrance psychique et de troubles du comportement des enfants et des adolescents : groupe régional existant</p> <p>_Mettre en place un suivi après une tentative de suicide, évaluation des besoins, proposer des soins adaptés</p> <p>_PEC (en lien avec le médico-social) <u>des troubles envahissants du développement de 2 à 17 ans :</u></p> <p>Conforter les dispositifs d'accueil des grands adolescents en difficulté avec une Identification de ceux de <u>transition de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie de l'adulte</u> (ouverture 2017, financement 4 places HdJ les Cigognes ; reconfiguration de l'équipe mobile existante PEP21 pour prévenir ou encadrer «la crise» et relais vers la PEC la plus adaptée)</p> <p>Objectif 3 du projet de fiche SRS : « réduire la mortalité par suicide en Bourgogne-Franche-Comté» :</p> <p>_Compléter les dispositif de soins, de prévention et de PEC de la <u>crise suicidaire pour les enfants, ados, adultes et personnes âgées</u> ; équipe mobile intersectorielle de prévention et de lutte contre la récurrence suicidaire pouvant intervenir dans les différents lieux de prise en charge de ces patients et nécessitant une coordination avec de dispositifs déjà existants</p>	<p>Axe 3 - PREVENIR LA CRISE SUICIDAIRE ET DEVELOPPER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL EN URGENCE</p> <p>_Développer les réponses en pré et post hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> En lien avec les Maisons des Adolescents Par le développement de Centres Ambulatoires pour Adolescents [2017 : Dijon] <p>_Evaluer les demandes d'hospitalisation non honorée (CHU) [2017 : Dijon]</p> <p>_Mettre en place ou développer des consultations post suicide < 1 mois [2018-2019 : tous secteurs]</p> <p>_Développer la capacité d'hospitalisation des 11-18 ans (4 lits) [Après 2019 : Dijon]</p> <p>_Prévoir un dispositif d'urgence somatique et psychiatrique, répondant aux besoins des enfants violents (lits UHCD pédiatrique) [Après 2019 : Dijon]</p> <p>_Améliorer la prise en charge des 16-18 ans [2017 : Dijon]</p> <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 <p>_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> <p>Axe 4 - DEVELOPPER UN RESEAU DE SOINS POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE</p> <p>_Elargir l'accès aux consultations spécialisées [2018-2019 : Semur]</p> <p>_Organiser le réseau sur l'ensemble du territoire 21-52 [2018-2019 : tous secteurs]</p> <p>_Elargir le réseau à la psychiatrie libérale [Après 2019 : tous secteurs]</p>	<p>Axe 1 : FAVORISER LA CONTINUITE DES PARCOURS DE L'ENFANT, DE LA PREVENTION A LA PROTECTION</p> <p>_Animer et faire vivre un réseau d'acteurs de prévention - Renforcer et développer les actions de prévention [F1/2016-2018]</p> <p>_Établir une cartographie de l'offre de service sur le département via l'élaboration d'un portail internet accessible aux professionnels et aux usagers</p> <p>_Journées d'échanges autour de thèmes fédérateurs pour les acteurs de prévention.</p> <p>_Mettre à jour la procédure de Recueil et de Traitement de l'Information Préoccupante (RTIP), et mise en place d'un outil d'évaluation [F2/2016]</p> <p>_Établir un référentiel du Placement à Domicile (PAD) pour harmoniser les pratiques, mieux gérer le dispositif vu le nombre de situations en attente [F4/2016]</p> <p>_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> <p>_Développer le recours au parrainage pour créer un lien affectif durable qui aide l'enfant à se construire, tout en respectant la place des parents : état des lieux national et benchmarking + groupe de travail parrainage [F6/2017 – Mineurs suivis en AEMO/AED 0-18]</p> <p>_Instaurer une commission pluri-professionnelle dédiée à l'examen des mesures longues, pour étudier prioritairement les projets des mineurs pour lesquels une mesure de protection de l'enfance est envisagée sur le long terme et de mieux repérer le délaissement parental et s'interroger sur les mesures de suivi à domicile qui perdurent plusieurs années [F7/2016 : mineurs suivis mesure de protection]</p> <p>_Mettre en place des outils favorisant la continuité et la cohérence du parcours du mineur, des espaces formalisés de rencontre des acteurs à chaque changement de situation d'un enfant (temps de synthèse ou autres...) afin d'assurer la continuité dans le parcours de l'enfant [F8/2016-2018 : mineurs admis à l'ASE]</p> <p>_Développer les outils d'aide à l'autonomie et du devenir des jeunes : formation des assistants familiaux et questionner le travail de l'autonomie avec le jeune dès l'âge de 15 ans : adaptation outil EVA-GOA, enquête IRTESS, Commissions techniques enfance, sensibilisation assistants familiaux, ...[F9/2018 : jeunes à partir de 15 ans]</p> <p>_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</p> <p>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> <p>Axe 2 : ADAPTER LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'INTERVENTION A L'EVOLUTION DES PROFILS Situations complexes :</p> <p>_Créer un outil d'analyse partagé permettant de réaliser un diagnostic territorial des situations complexes [F11/2017]</p> <p>_Instaurer une responsabilité partagée dans la prise en charge</p>	<p><u>CLS Pays Auxois Morvan</u></p> <p>Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [F9]</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire état des lieux des ressources professionnelles, Améliorer l'interconnaissance des acteurs <p><u>CLS Pays Châtillonnais</u></p> <p>Promouvoir l'éducation pour la santé des jeunes via le déploiement du PASS Santé Jeunes [F10]</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier et structurer un réseau de professionnels, Coordonner les dispositifs existants <p>Promouvoir la prévention des addictions sans substance et améliorer la communication Parents-Jeunes [F11]</p> <ul style="list-style-type: none"> Actions de prévention : espaces d'informations dans les établissements scolaires, café des parents <p><u>CLS Pays Val de Saône Vingeanne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Conventions de partenariat entre le Centre Hospitalier d'Auxonne avec le CH La Chartreuse sur la pédopsychiatrie Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale (F2.8) Améliorer la coopération intersectorielle entre CHU et CH La Chartreuse, Favoriser les prises en charge, l'accès aux soins de proximité et de qualité, la destigmatisation, Promouvoir le développement de la télémedecine <p><u>CLS Pays Beaunois</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultations avancées par des CMP ou infirmières dans des cabinets de médecins généralistes et MSP [F1] Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale, favoriser les prises en charge [F11] Former les professionnels des secteurs sanitaire et social, entre autre formation précarité-santé mentale, détecter les problématiques le plus précocement possible [F12] Améliorer les soins psychiques des jeunes de 16 ans à 18 ans [F10] coordonner le parcours de soins des adolescents entre structures hospitalières, médicosocial et médecins libéraux, améliorer le passage vers les structures pour adultes, réduire les temps de RV pour consultations post urgences Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale <p><u>CLS Dijon Métropole</u></p> <p><u>CLSM Franco Basaglia sur 6 communes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> améliorer la coordination en santé mentale (coordonner les instances territoriales existantes) [F4] développer la formation auprès des acteurs de

	<p>ET FAVORISER LA VIE SOCIALE ET CITOYENNE EN MILIEU ORDINAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un centre référent BFC de niveau 2 de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive - A minima, un groupe d'entraide mutuelle (GEM) par département, - Valorisation du soutien par les pairs usagers qui ont eu un parcours de patient, aux personnes en situation de maladie ou de handicap psychique ; - Adaptation des structures de loisirs à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique. <p>METTRE EN PLACE LES COOPERATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE DU CHAMP DE LA PSYCHIATRIE ET ACCROITRE LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS DES CHAMPS SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition de l'articulation des différents professionnels intervenant dans le cadre d'une prise en charge coordonnée- Guide de bonnes pratiques,, - Organisation des stages croisés permettant d'améliorer l'interconnaissance, - Formations continues pluri professionnelles <p>ORGANISER ET AMELIORER L'ENTREE EN HEBERGEMENT ADAPTE ET RENFORCER L'ACCES ET LE MAINTIEN DANS LE LOGEMENT EN MILIEU ORDINAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extension des logements d'évaluation ou de transition, en mode collectif ou individuel, en vue de l'apprentissage de la vie en logement autonome, - Identification d'un référent individuel du projet personnalisé de la personne dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), - Renforcement de la complémentarité entre les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), - Structuration du partenariat avec les bailleurs. <p>FACILITER L'ACCES A UN EMPLOI EN MILIEU PROTEGE, ACCOMPAGNER L'INTEGRATION DANS UN EMPLOI EN MILIEU ORDINAIRE ET EN FAVORISER LE MAINTIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'adaptation de l'offre des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) au handicap psychique, - Renforcement de l'offre en services d'accompagnement à l'insertion professionnelle, ex. de type « job coach », dispositif d'emploi accompagné, - Déploiement des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle des personnes présentant un handicap cognitif et ou/comportemental. 			<p>des situations complexes, apporter une réponse globale en coordonnant la prise en charge médicosociales, sanitaires et éducatives [F12/2016-2018]</p> <p><u>Accueil familial/visites en présence de tiers</u> _Informer, communiquer sur le métier, revisiter l'agrément + _Accompagnement et prévention des risques _Création d'une référence commune en matière de visite en présence d'un tiers [F13-F14-F15/ 2016-2017]</p> <p><u>Handicap & protection de l'enfance</u> _Mettre en place une coordination entre l'ASE et la MDPH pour le parcours des jeunes porteurs d'un handicap [F16/2016]</p> <p>Axe 3 : FAVORISER LA PRISE EN COMPTE ET L'EXERCICE DES DROITS DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE</p> <p><u>Favoriser l'expression du mineur et de ses parents dans leur parcours ASE</u> _Créer des outils pour favoriser l'expression et l'information des usagers de la Protection de l'enfance et créer des formations croisées entre les professionnelles de différentes institutions pour favoriser l'expression et la participation du mineur et de ses parents dans leur parcours à l'ASE [F17-18/ 2017-2018]</p> <p><u>Promotion de la santé des enfants confiés</u> _Renforcer le suivi médical des enfants confiés [F19/2016] _Associer les parents des enfants confiés à l'ASE dans l'accompagnement sanitaire de leur enfant [F20/2016-2017]</p> <p>Axe 4 : RENFORCER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE _Developper les partenariats institutionnels et inter associatifs de l'enfance afin d'harmoniser les politiques publiques et partager les expériences [F21/ 2016-2017] _Harmoniser le recueil de données à partir d'indicateurs pertinents (pour comparer coûts et services entre établissements et permettre d'évaluer les besoins à venir [F22/2016] _Suivi et évaluation des CPOM [F23/2018] _suivi et évaluation des Etablissements et Services hors CPOM [F24]</p>	<p>terrain [F5] - étudier la faisabilité de création d'une unité mobile d'intervention à domicile en santé mentale [F 6] - structurer un réseau de professionnels autour de l'accompagnement des jeunes dans leur parcours de santé [F 13]</p>
Région BFC		4 groupes de travail régionaux, animés par l'ARS			
GHT 21-52			1 comité de pilotage Psychiatrie et santé mentale, dont référents psychiatres par établissements et parcours prioritaires		
Côte d'Or	Club Départemental sur la prise en charge des adolescents en situation complexe, animé par l'ARS				
Secteurs de psychiatrie					
CLS					

Actions	SRS	Parcours Psychiatrie Santé mentale	GHT 21-52 volet Psy et Santé Mentale	Conseil Départemental	CLS
Source / Territoires	ARS - version 1.1 du 02/10/2017 Niveau régional BFC	ARS - Orientations stratégiques 2018 Niveau Régional BFC	Projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT Niveau GHT – Côte d'Or + Sud Haute Marne (Chaumont-Langres)	Schéma départemental Enfance Famille 2016-2018 Niveau départemental	Fiches actions des CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Chatillonnais, Beaunois, Val-de-Saône-Vingeanne
Classification selon rosace ANAP					
1. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (MG, TS, institutions, usagers, familles) - Déploiement des moyens de télémédecine pour proposer des consultations psychiatriques à distance - Mobiliser l'ensemble des acteurs pour assurer une prévention, un repérage précoce avec la garantie de la continuité de la prise en charge - Identification et évaluation, dans chaque territoire, de structures graduées de soins (consultations, centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, hospitalisation complète), - Identification des différents niveaux d'intervention et les voies de passage de l'un à l'autre (repérage, diagnostic, cas complexes) favorisant des fonctionnements interinstitutionnels entre les acteurs du sanitaire et du médico-social ; - Accompagnement des professionnels de premier recours (médecins généralistes, pédiatres, PMI, médecine scolaire...) pour un adressage au juste niveau de diagnostic et de soins, - Meilleur accompagnement des familles dans l'information et l'orientation, dès la détection du trouble et jusqu'à sa prise en charge (information synthétique et pratique). - Amélioration de l'accès aux consultations spécialisées en lien avec les services de neurologie et de génétique, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS), 	<p><u>Structurer le soutien aux professionnels du 1^{er} recours (MG, pédiatres, services de santé scolaire, PMI) pour priorisation, orientation et suivi des demandes et optimiser le recours aux soins (sanitaire, médico-social, social) par la création d'équipes mobiles de liaison et d'orientation en pédopsychiatrie / médico- sociales</u> permettant une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations et d'améliorer les sorties d'hospitalisation</p> <p><u>Renforcer des équipes de psychiatrie intervenant dans les services d'urgence, notamment postes d'IDE, afin de compléter l'organisation graduée des urgences telles que prévues dans le PRS</u></p> <p><u>Accompagner et former les professionnels dans le repérage précoce de la souffrance psychique et de troubles du comportement des enfants et des adolescents : groupe régional existant</u></p> <p><u>PEC (en lien avec le médico-social) des troubles envahissants du développement de 2 à 17 ans</u></p>	<p>Axe 3 - PREVENIR LA CRISE SUICIDAIRE ET DEVELOPPER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL EN URGENCE</p> <p><u>Développer les réponses en pré et post hospitalisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En lien avec les Maisons des Adolescents • <u>Par le développement de Centres Ambulatoires pour Adolescents</u> [2017 : Dijon] <p><u>Evaluer les demandes d'hospitalisation non honorée (CHU) [2017 : Dijon]</u></p> <p><u>Mettre en place ou développer des consultations post suicide < 1 mois [2018-2019 : tous secteurs]</u></p> <p>Axe 4 - DEVELOPPER UN RESEAU DE SOINS POUR LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE</p> <p><u>Elargir l'accès aux consultations spécialisées [2018-2019 : Semur]</u></p> <p><u>Organiser le réseau sur l'ensemble du territoire 21-52 [2018-2019 : tous secteurs]</u></p> <p><u>Elargir le réseau à la psychiatrie libérale [Après 2019 : tous secteurs]</u></p>	<p><u>Promotion de la santé des enfants confiés</u></p> <p><u>Renforcer le suivi médical des enfants confiés [F19/2016]</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la coopération intersectorielle entre CHU et CH La Chartrreuse (Saône Vingeanne) - Favoriser les prises en charge, l'accès aux soins de proximité et de qualité (Saône Vingeanne) - Promouvoir le développement de la télémédecine (Saône Vingeanne) - Promouvoir la télémédecine dans l'exercice libéral pour accessibilité soins de proximité et de qualité (Beaunois) - Consultations avancées par des CMP ou infirmières dans des cabinets de médecins généralistes et MSP (Beaunois) - Etudier la faisabilité de création d'une unité mobile d'intervention à domicile en santé mentale (Grand Dijon)
2. Situations inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> - Création des équipes médico-psycho-sociales de liaison afin d'éviter le recours aux hospitalisations et d'améliorer les sorties d'hospitalisation - Elargissement des réponses en pré et post hospitalisations, - Création de dispositifs de transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adulte. - Structuration de la transmission d'information en amont des prises en charge, au cours de l'hospitalisation et en sortie, notamment par les groupes opérationnels de synthèse 	<p><u>Conforter les dispositifs d'accueil des grands adolescents en difficulté avec une Identification de ceux de transition de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie de l'adulte</u> (ouverture 2017, financement 4 places HdJ les Cigognes ; reconfiguration de l'équipe mobile existante PEP21 pour prévenir ou encadrer «la crise» et relais vers la PEC la plus adaptée)</p>	<p>Cf. Situations de crise et violence chez l'enfant</p>	<p><u>Instaurer une commission pluri-professionnelle dédiée à l'examen des mesures longues, pour étudier prioritairement les projets des mineurs pour lesquels une mesure de protection de l'enfance est envisagée sur le long terme et de mieux repérer le délaissement parental et s'interroger sur les mesures de suivi à domicile qui perdurent plusieurs années [F7/2016 : mineurs suivis mesure de protection]</u></p> <p><u>Mettre en place des outils favorisant la continuité et la cohérence du parcours du mineur, des espaces formalisés de rencontre des acteurs à chaque changement de situation d'un enfant (temps de synthèse ou autres...) afin d'assurer la continuité dans le parcours de l'enfant [F8/2016-2018 : mineurs admis à l'ASE]</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - étudier la faisabilité de création d'une unité mobile d'intervention à domicile en santé mentale (Dijon) - structurer un réseau de professionnels autour de l'accompagnement des jeunes dans leur parcours de santé (Dijon) <u>Améliorer les soins psychiques des jeunes de 16 ans à 18 ans: (Beaunois)</u> - coordonner le parcours de soins des adolescents entre structures hospitalières, Médicosocial et médecins libéraux, - améliorer le passage vers les structures pour adultes, réduire les temps de RV pour consultations post urgences Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale
3. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (MG, TS, institutions, usagers, familles) - Création des équipes médico-psycho-sociales de liaison afin d'éviter le recours aux hospitalisations et d'améliorer les sorties d'hospitalisation ; 		<p>Axe 3 - PREVENIR LA CRISE SUICIDAIRE ET DEVELOPPER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL EN URGENCE</p> <p><u>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]</u></p>	<p><u>Établir un référentiel du Placement à Domicile (PAD) pour harmoniser les pratiques, mieux gérer le dispositif vu le nombre de situations en attente [F4/2016]</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer le passage vers les structures pour adultes, réduire les temps de RV pour consultations post urgences (Beaunois)

4. Accès aux soins somatiques					
5. Prévention et gestion des situations de crise	<ul style="list-style-type: none"> - Développement du travail en réseau et soutien aux staffs médico psychologiques, aux équipes en maternité et en PMI (Protection maternelle et infantile) - Mise en œuvre du repérage et de la concertation autour des situations à risque pour prévenir les épisodes aigus chez les mineurs accompagnés par les services et établissements sociaux et médico-sociaux - 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><u>_Renforcer des équipes de psychiatrie intervenant dans les services d'urgence, notamment postes d'IDE, afin de compléter l'organisation graduée des urgences telles que prévues dans le PRS</u></p> <p><u>_Compléter les dispositif de soins, de prévention et de PEC de la crise suicidaire pour les enfants, ados, adultes et personnes âgées ; équipe mobile intersectorielle de prévention et de lutte contre la récurrence suicidaire pouvant intervenir dans les différents lieux de prise en charge de ces patients et nécessitant une coordination avec de dispositifs déjà existants</u></p> <p><u>_Mettre en place un suivi après une tentative de suicide, évaluation des besoins, proposer des soins adaptés</u></p>		Majorité des fiches actions du Plan Départemental Enfance Famille	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale [CLS Val de Saône Vingeanne], Beaunois, Auxois Morvan) - Améliorer la coordination en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - Développer la formation auprès des acteurs de terrain [CLS Dijon Métropole, Beaunois] - Déstigmatiser (CLS Pays Beaunois, Saône Vingeanne) - Détecter les problématiques le plus précocement possible [CLS Pays Beaunois] - Faire état des lieux des ressources professionnelles (Auxois Morvan) - Améliorer l'interconnaissance des acteurs (Auxois Morvan) - Promouvoir l'éducation pour la santé des jeunes via le déploiement du PASS Santé Jeunes (Châtillonnais) - Identifier et structurer un réseau de professionnels (Chatillonnais) - Coordonner les dispositifs existants (Chatillonnais) - Promouvoir la prévention des addictions sans substance et améliorer la communication Parents-Jeunes(Chatillonnais) - Actions de prévention : espaces d'informations dans les établissements scolaires, café des parents

PTSM 21- CARTOGRAPHIE DES ORIENTATIONS/ACTIONS PREVUES SUR LE TERRITOIRE/ Adultes

SHEMA REGIONAL DE SANTE	Parcours Psychiatrie Santé mentale	GHT 21-52 volet Psy et Santé Mentale	Conseil Départemental	Contrats Locaux de Santé
ARS - version 1.1 du 02/10/2017 Niveau régional BFC	ARS - Orientations stratégiques 2018 Niveau Régional BFC	(Projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT Niveau GHT – Côte d’Or)	Schéma personnes adultes handicapées – 19-11-2010 Pacte territorial d’Insertion 2015-2018 Niveau départemental	CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Chatillonnais, Beaunois, Val- de-Saône-Vingeanne
<p>OBJ 1 OPTIMISER LE SUIVI POST URGENCE Développement de la coordination des soins entre établissements et médecins de ville Déploiement des moyens de télémédecine pour proposer des consultations psychiatriques à distance 1. Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques : - identification et déploiement des unités d’interventions précoces pour la prise en charge de jeunes adultes en lien avec les centres de référence de REHAB sociale et de remédiation cognitive soutien aux dispositifs de repérage et d’orientation vers les soins des personnes en vulnérabilité sociale tels que les EMPP et PASS psy Elargir l’amplitude horaire de certains CMP au regard de la population du territoire accès à un avis psychiatrique dans tout service d’accueil des urgences 2. Réduire le recours aux urgences et les durées d’hospitalisation complète Diffusion d’outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (médecins généralistes, travailleurs sociaux, institutions, élus, usagers et familles...), Mise en place d’une astreinte téléphonique pour conseils aux médecins généralistes après la fermeture des CMP, Identification de la fonction d’infirmier (IDE) d’accueil au sein des CMP pour répondre aux demandes non-programmées (accueil physique et téléphonique), Elargissement de l’amplitude horaire de certains CMP au regard de la population du territoire 3. Organiser la réponse des services d’accueil des urgences aux urgences psychiatriques Accès à un avis psychiatrique dans tout service d’accueil des urgences, Organisation d’une réponse graduée en fonction des caractéristiques du territoire 4. Optimiser le suivi post-urgences Mise en place des organisations permettant aux personnes reçues aux urgences de bénéficier d’une évaluation dans les 72 heures après leur venue, Développement de la coordination des soins entre les établissements et les médecins de ville</p>	<p>OBJECTIF 1 SRS « AMELIORER, SUR L’ENSEMBLE DU TERRITOIRE REGIONAL, L’ORIENTATION ET L’ACCES A DES SOINS PSYCHIATRIQUES ADAPTES POUR LES ADULTES ET LES PERSONNES AGEES » : Renforcer des équipes de psychiatrie intervenant dans les services d’urgence, notamment postes d’IDE, afin de compléter l’organisation graduée des urgences telles que prévues dans le PRS, <i>Créer un <u>centre ressource régional en psychiatrie de la personne âgée, projet identifié 2018 (porté par le CHRU de Besançon) ;</u></i> L’OBJECTIF 3 DU PROJET DE FICHE SRS : « REDUIRE LA MORTALITE PAR SUICIDE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE » : Evaluer le <u>dispositif « vigilans »</u> existant dans le département du Jura et extension des dispositifs de rappel à d’autres départements, le cas échéant, Compléter les dispositif de soins, de prévention et de PEC de la <u>crise suicidaire pour les enfants, ados, adultes et personnes âgées</u> ; équipe mobile intersectorielle de prévention et de lutte contre la récurrence suicidaire pouvant intervenir dans les différents lieux de prise en charge de ces patients et nécessitant une coordination avec de dispositifs déjà existants (<u>projet porté par le Prof VANDEL et dr NETILLARD – GHT Centre et GHT Psy, projet identifié en 2018</u>) ; OBJECTIF 4 SRS : « FAVORISER L’INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE MALADIE OU DE HANDICAP PSYCHIQUE » : Renforcer les <u>groupements d’entraide mutuelle</u> pour les personnes présentant un handicap psychique avec, a minima, un groupe d’entraide mutuelle (GEM) par département, Renforcer l’offre en service d’accompagnement à l’insertion professionnelle : dispositif <u>d’emploi accompagné, [2018]</u> Améliorer l’articulation avec les professionnels concernés et dispositifs de droit commun : dispositif expérimental <u>réfèrent parcours 89, [2018]</u> ; <u>réseau SM du</u></p>	<p>5 - METTRE EN ŒUVRE UNE PRISE EN CHARGE PRECOCE DES PSYCHOSES Développer le Centre d’Intervention Précoce pour Psychoses (CIPP-Dijon), en créant des antennes CIPP partenaires sur le territoire <u>[DIJON 2017]</u> Labelliser un Centre de référence Régional de réhabilitation psychosociale (CIPP) [2018] Différencier la prise en charge par des lits et places dédiés sur Dijon (12 lits + 3 HDJ) <u>Dijon [2018]</u> Promouvoir le case management (suivi personnalité, référents parcours, ...) Développer des programmes d’éducation thérapeutique spécifiques <u>[2018-2019] Semur en Auxois</u> Développer les dispositifs spécialisés (bilans de neuropsychologues, réhabilitation psychosociale, remédiation cognitive, TCC, ...) <u>[2018-2019] tous secteurs</u> Développer les dispositifs de psychoéducation des familles <u>[2018-2019]</u> Déployer et renforcer les temps de neuropsychologues <u>sur tous les secteurs [2018-2019]</u> 6 - AMELIORER L’ACCUEIL EN URGENCE (DONT CRISE SUICIDAIRE) ET PREVENIR LES HOSPITALISATIONS Organiser des formations inter établissements <u>tous secteurs hors Dijon [2018-2019]</u> Créer des postes d’assistants partagés [2018-2019] Créer une unité de soins de crise (orienté TS) au CHU [2018-2019] Renforcer la prise en charge de courte durée (UMAHCO-Chartreuse)[2018-2019] Conforter la prise en charge en urgence sur les autres secteurs (<u>hors Dijon</u>)[2018-2019] Développer les modalités d’accueil non programmé dans les CMP-CATTP-HDJ <u>DIJON [2018-2019]</u> Renforcer les moyens en terme de personnel (séniorisation au SRAU, IDE coordinatrice) <u>DIJON [2018-2019]</u> Déployer une permanence téléphonique H24 (professionnels, usagers, familles et toute personne faisant appel aux professionnels du territoire) <u>Tous secteurs >2019]</u> 7 - AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L’HUMEUR ET DES TROUBLES ANXIEUX Etudier les portes d’entrée dans le parcours (adressage, 1er recours), les modes de prise en charge et les délais d’accès sur les secteurs <u>[2017]</u> Créer des équipes mobiles pouvant intervenir au plus près du patient Engager une réflexion pour la coordination avec les</p>	<p>ORIENTATION 1A - FA 1 PROMOUVOIR DES OFFRES DE LOGEMENT INNOVANTES, EN LIEN AVEC LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES, POUR MIEUX REPONDRE A TOUS LES PROJETS DE VIE Inclure la présentation de solutions diversifiées et d’un fonctionnement souple dans tous les projets. - Rechercher avec les bailleurs sociaux la mise à disposition de logements individuels proches les uns des autres dans les ensembles collectifs : (. créer des espaces communs lorsque ces logements sont rattachés à un établissement (espace de vie, de restauration...), . inciter les établissements à offrir des services (restauration, animation...) accessibles aux personnes vivant en milieu ordinaire, . assurer une continuité de présence en particulier par les Services d’Aide et d’Accompagnement à Domicile (SAAD) - Développer les résidences-accueil à destination des personnes handicapées psychiques ne pouvant vivre de façon totalement autonome. <u>2010- ? Conseil Départemental, Agence Régionale de Santé (ARS), Direction Départementale de la Cohésion Sociale.</u> FA 2 - RAPPROCHER L’OFFRE DE LOGEMENTS EN MILIEU ORDINAIRE DE LA DEMANDE DES PERSONNES EN PERTE D’AUTONOMIE Inclusion de la question du logement adapté dans la politique globale du logement du Conseil départemental : . mise en place d’un recensement permanent de l’ensemble des logements adaptables ou adaptés, . accès sous conditions de travailleurs sociaux à la base de données des logements disponibles. - Accès des personnes handicapées aux services d’accompagnement au logement locatif individuel (sous-location, bail glissant ou mandat de gestion) dans le cadre du dispositif d’Aide aux Dépenses de Gestion des Associations et Organismes. - Recherche de modalités de collaboration avec les bailleurs sociaux et les promoteurs (sensibilisation à la diversité des besoins en matière d’accessibilité et d’adaptabilité, que le handicap soit moteur, sensoriel, psychique ou autre). Intégration des données, comprenant les nouveaux formulaires de demande de logement adapté, à l’observatoire du logement en cours d’élaboration. - Recensement complet et actualisable des logements adaptés à partir des travaux déjà menés et des données disponibles. - Information et sensibilisation des bailleurs sociaux via l’Union Sociale pour l’Habitat de Bourgogne (USHB) et des bailleurs privés par l’intermédiaire des agences, des notaires... Diffusion de documents présentant concrètement la réglementation en termes d’accessibilité et de logement adaptable ou adapté, à l’intention des acteurs de l’habitat et du grand public. <u>2010- ? Conseil Général (Pôle Interdirectionnel Solidarité et Famille en coordination avec le Pôle Interdirectionnel Infrastructures et Transports)</u> ORIENTATION 1B –FA 3 PROMOUVOIR L’ACCES A L’ENVIRONNEMENT DE DROIT COMMUN DANS LE DOMAINE DES LOISIRS, DES SPORTS ET DE LA CULTURE Identifier des lieux d’accès aux loisirs, aux sports et à la culture et diffuser ces informations, notamment sur les sites cotedor-tourisme.com et mdph21.fr. - Promouvoir des conventionnements intégrant la participation des personnes handicapées en fonction des besoins spécifiques de chaque territoire. - Développer les moyens humains dans le domaine de l’animation et favoriser la synergie entre professionnels de l’action sociale (milieu ordinaire), médico-sociale (secteur du handicap) et bénévoles. <u>2010- ? Conseil Départemental</u></p>	<p><u>CLS PAYS AUXOIS MORVAN [2017-2019]</u> Assurer la coordination des acteurs et développer des démarches et projets cordonnés de prévention des comportements à risque des jeunes [F5] - Mettre en place un groupe d’échanges entre professionnels (recensement des dispositifs en matière de prévention des comportements à risque, réaliser un outil de recueil de ces dispositifs, et accompagner sa diffusion auprès des professionnels <u>Développement de l’éducation à la santé des jeunes 14-25 ans [F6]</u> Pass santé jeunes, actions, réseau partenarial de proximité, articulation des partenaires sur ces thèmes <u>Contribuer au mieux-être et à l’amélioration de la qualité de vie des jeunes 12-25 ans [F8]</u> Intervention et déploiement MDA auprès des jeunes et parents (permanences, échanges <u>Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [F9]</u> - Faire état des lieux des ressources professionnelles, identifier les situations relevant d’une prise en charge par le secteur de psychiatrie - Améliorer l’interconnaissance des acteurs <u>CLS PAYS CHATILLONNAIS [2016-2018]</u> <u>Promouvoir l’éducation pour la santé des jeunes via le déploiement du PASS Santé Jeunes [F10]</u> - Identifier et structurer un réseau de professionnels, - Coordonner les dispositifs existants <u>Promouvoir la prévention des addictions sans substance et améliorer la communication Parents-Jeunes [F11]</u> - Actions de prévention : espaces d’informations dans les établissements scolaires, café des parents <u>CLS PAYS VAL DE SAONE VINGEANNE [2016-2019]</u> <u>Structurer le positionnement de la MDA 12-25 ans [F2.5]</u> Notamment permanences , actions</p>

<p>OBJECTIF GENERAL N°3 : REDUIRE LA MORTALITE PAR SUICIDE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE</p> <p>1. Accroître le repérage de la crise suicidaire : Poursuite du déploiement des formations pluri-professionnelles de prévention de la crise suicidaire.</p> <p>2. Organiser la prévention de la récidive : Mise en place d'un suivi après le passage en urgences ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée en lien avec les médecins généralistes, Evaluation du dispositif « vigilans » existant dans le département du Jura et extension des dispositifs de rappel à d'autres départements, le cas échéant, Soutien aux familles de personnes en crise suicidaire.</p> <p>OBJ4 : FAVORISER L'INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DES PERSONNES EN SITUATION DE MALADIE OU DE HANDICAP PSYCHIQUE</p> <p>1. Promouvoir la réhabilitation psychosociale et favoriser la vie sociale et citoyenne en milieu ordinaire</p> <p>Identification, en BFC, de dispositifs de différents niveaux de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive [2017]</p> <p>Renforcement des GEM pour les personnes présentant un handicap psychique, Valorisation du soutien par les pairs usagers qui ont eu un parcours de patient, aux personnes en situation de maladie ou de handicap psychique ;</p> <p>Adaptation des structures de loisirs à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique.</p> <p>2. Organiser et améliorer l'entrée en hébergement adapté et renforcer l'accès et le maintien dans le logement en milieu ordinaire</p> <p>Extension des logements d'évaluation ou de transition, en mode collectif ou individuel, en vue de l'apprentissage de la vie en logement autonome,</p> <p>Identification d'un référent individuel du projet personnalisé de la personne dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS),</p> <p>Renforcement de la complémentarité entre les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH),</p> <p>Structuration du partenariat avec les bailleurs.</p> <p>3. Faciliter l'accès à un emploi en milieu protégé, accompagner l'intégration dans un emploi en milieu ordinaire et en favoriser le maintien</p> <p>Poursuite de l'adaptation de l'offre des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) au handicap psychique, Projet d'établissement de l'ESAT principalement axé sur la transition et l'accompagnement des</p>	<p>CHS Sevrey</p> <p>Former et accompagner l'équipe des professionnels qui encadreront la future résidence accueil de St Apollinaire sur les principes de la psychiatrie citoyenne : formation des intervenants (dossier Esperance Côte d'Or, [2017])</p> <p>OBJECTIF 5 FICHE SRS : « CONCOURIR A LA DESTIGMATISATION DE LA MALADIE PSYCHIATRIQUE »</p> <p>Décrire les représentations liées à la « folie », la « maladie mentale », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins et évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes, en population générale, sur le territoire de la côte d'Or ; <u>enquête populationnelle</u> réalisée avec l'ensemble des IFSI 2017/2018 COTE D'OR CLSM CHLC [2017-2018]</p> <p>- promouvoir <u>la réhabilitation psycho-sociale</u> et <u>favoriser la vie citoyenne en milieu ordinaire</u> : Identification et déploiement d'un centre référent BFC de niveau 2 de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive pour la prise en charge précoce des psychoses (à partir du CIP la Chartreuse existant),</p> <p>- pérenniser les dispositifs de <u>formation et de soutien aux aidants familiaux</u> par de programmes de formation de type psychoéducation : ProFamilles par l'UNAFAM,</p> <p>- agir sur les représentations sociétales en favorisant le travail en réseaux par différentes approches : promotion régionale des actions et événements nationaux dans le cadre des <u>semaines de santé mentale</u></p> <p>OBJECTIF 6 SRS : « ADAPTER ET OPTIMISER LES RESSOURCES HUMAINES » :</p> <p>Elaborer, dans le cadre d'une organisation régionale, de projets de recherche communs entre les établissements de santé, services et professionnels salariés ou libéraux,</p> <p>Intégrer de manière durable et pérenne la composante e-santé dans les pratiques professionnelles et dans l'offre de soins : au sein des plateformes de coordination de SM FC en 2018,</p> <p>Organiser une journée d'échanges de pratiques et de formation pour les équipes soignantes des CMP, en accompagnement de la diffusion du guide des pratiques IDE en CMP</p>	<p>médecins généralistes (consultations avancées, antenne MSP, télé-médecine, courriers de sorties, formations,...) Tous secteurs [2018-2019]</p> <p>Renforcer la 1ère ligne d'IDE, psychologues, troubles psychiques et souffrances pathologiques : créer des dispositifs différenciés de proximité. Tous secteurs [>2019]</p> <p>Créer un Centre associé sur le département 21 (cf. Centre expert Nancy - Besançon) Dijon [>2019]</p> <p>Créer des commissions de pratiques professionnelles ou réseaux d'échanges Tous secteurs [>2019]</p> <p>Développer des programmes d'éducation thérapeutique, groupes de parole et réunions d'information des usagers Tous secteurs [>2019]</p> <p>8 - ACCOMPAGNER LA REINSERTION DES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRENIE</p> <p>Créer une unité de réinsertion et réhabilitation sur Dijon [2017]</p> <p>Engager des projets de logements accompagnés (Longvic, Chaumont,...) [2017]</p> <p>Engager un projet de Fédération neurosciences</p> <p>Développer une activité d'épileptologie</p> <p>Développer les dispositifs spécialisés (remédiation cognitive, TCC réhabilitation psychosociale éducation thérapeutique) Tous secteurs [2018-2019]</p> <p>Développer l'accueil en dispositif alternatif à l'hospitalisation spécifique au handicap psychique en lien avec le Conseil Départemental (FAM, SAMSAH, SAVS, placement familial,...) Tous secteurs [>2019]</p> <p>Cons. Départemental</p> <p>Créer une Maison d'Accueil Spécialisée ARS Dijon [>2019]</p> <p>9 - ANIMER ET COORDONNER LA FILIERE ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE</p> <p>Poursuivre la structuration de l'offre sur Semur (CMP, consultations spécialisées, HDJ, Unité niveau 2 Semur) [2017]</p> <p>Développer les postes d'assistants partagés Dijon [2017]</p> <p>Elargir la Fédération Médicale Inter Hospitalière d'Addictologie à d'autres structures du territoire 21-52 Dijon [2017] Dijon Sud CO [2018-2019]</p> <p>Développer l'addictologie de liaison (pédopsychiatrie, maternités) Tous secteurs [2018-2019]</p> <p>Favoriser l'articulation avec les structures médico-sociales (CSAPA,...) Tous secteurs [2018-2019]</p> <p>10 - SOUTENIR LES SECTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS SANS CONSENTEMENT</p> <p>Développer les analyses croisées de pratiques tous secteurs [2018-2019]</p> <p>Organiser une Commission Médico Administrative de territoire (départementale) pour les cas complexes tous secteurs [2018-2019]</p> <p>Promouvoir la création d'une Unité pour Malades Difficiles (UMD) ou Unité de Soins Intensifs Psychiatrique de territoire (USIP) ARS tous secteurs [>2019]</p> <p>Envisager la création d'une équipe mobile post pénale intersectorielle Dijon [2018-2019]</p> <p>Organiser la sortie en lien avec la justice et</p>	<p>FA 5 - Permettre aux Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) d'aménager les temps de travail ou les activités en fonction des évolutions individuelles</p> <p>Mise en place d'actions éducatives et médico-sociales par les établissements, afin de renforcer, le cas échéant, l'accompagnement et la coordination des projets personnalisés, en collaboration avec le personnel éducatif.</p> <p>Ces actions pourront être transversales ou mutualisées entre plusieurs établissements ou organismes gestionnaires.</p> <p>2010- ? Conseil Départemental</p> <p>FA 6 - Faire évoluer le nombre de places en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), y compris pour les personnes handicapées psychiques</p> <p>Création de 150 places d'ESAT sur 5 ans : dont 55 pour personnes handicapées psychiques :</p> <p>- création d'une section spécifique de 15 places au sein de l'ESAT ACODEGE pour desservir l'agglomération dijonnaise, - création d'environ 40 places à partir de l'ESAT Le Mirande, par la Mutualité Française Côte-d'Or - Yonne, en petites unités à répartir sur l'ensemble du territoire. Création progressive des places sur la durée du schéma.</p> <p>Pour le handicap psychique :</p> <p>- Programmation de 15 places à l'ACODEGE en 2013.</p> <p>- Création de 40 places par la Mutualité Française Côte-d'Or - Yonne (MFCOY) en 3 étapes (20 places, 10 places, 10 places).</p> <p>2010- ? ARS</p> <p>FA 7 - Adapter les dispositifs d'accompagnement à l'évolution des attentes des personnes handicapées</p> <p>Adapter la capacité des SAVS et des foyers d'hébergement à l'arrivée de nouveaux travailleurs d'ESAT. (- Privilégier, pour les foyers d'hébergement, la création de petites structures, éventuellement intégrées dans un ensemble collectif de droit commun (la location donnant plus de souplesse pour faire évoluer la capacité d'accueil).</p> <p>- Adapter les foyers de vie à l'accueil des adultes vieillissants ou des jeunes sortant du dispositif enfance.</p> <p>- Favoriser l'intervention des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes handicapées au domicile et dans les foyers d'hébergement.</p> <p>- Faire évoluer le référentiel départemental des SAVS et du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH), en particulier sur deux points : . la signature d'un contrat : il pourrait être remplacé par un document individuel de prise en charge, plus orienté sur l'insertion professionnelle et adapté aux réticences des jeunes à être considérés comme « handicapés » ; la possibilité, pour les plus âgés, d'assurer un relais entre le domicile ou le foyer d'hébergement et l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).</p> <p>ORIENTATION 2 A</p> <p>FA 8 Accueillir en Foyer d'Accueil Médicalisé des personnes lourdement handicapées</p> <p>Création de places en Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes handicapées très peu autonomes. (Extension du Foyer d'Accueil Médicalisé de BEIRE-LE-CHATEL, géré par l'ACODEGE. - Étude de la création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé géré par l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (ADAPEI).</p> <p>2010 ? ARS CD</p> <p>ORIENTATION 2 B</p> <p>FA 9 Rédiger un support commun simplifié d'évaluation du vieillissement</p> <p>Construire un outil d'utilisation simple pour une évaluation globale des personnes handicapées vieillissantes, notamment sous l'aspect de la vie sociale et des soutiens dont elles ont besoin. - Ce travail s'appuie sur les pratiques et les outils déjà existants. - Expérimenter un outil québécois, le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). 2010 ? Foyer le Mail Chenôve, Foyer de l'Arche Dijon - CD</p> <p>FA 10 - Disposer d'un protocole d'accompagnement de la transition entre l'établissement Personnes Handicapées et l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)</p> <p><i>Établir un protocole de partenariat entre établissements pour personnes handicapées et établissements pour personnes âgées. Ce protocole précisera les modalités de préparation du projet, d'installation et d'intégration de la personne dans l'EHPAD. CD Papillons Blancs Acadège 2010 ?</i></p> <p>FA 11 - Prévoir des places de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH) pour personnes handicapées psychiques sur tout le territoire</p> <p>Création de places en SAMSAH pour personnes handicapées psychiques. Création d'un SAMSAH à vocation départementale pour personnes handicapées psychiques par le Centre Hospitalier « La Chartreuse », de soixante places à répartir sur le territoire en fonction des besoins et des difficultés recensées sur les secteurs géographiques.</p>	<p>collectives</p> <p>Renforcer la prévention des conduites à risques [F2.7]</p> <p>Coordination des professionnels autour des conduites addictives</p> <p>Renforcement des actions à destination des jeunes : Milo, et structures jeunesse</p> <p>Développer les actions en faveur des parents</p> <p>Formation des élus du territoire</p> <p>Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale (F2.8)</p> <p>- Améliorer la coopération intersectorielle entre CHU et CH La Chartreuse,</p> <p>Réalisation d'une étude de besoins des professionnels et de la population pour gérer au mieux les problématiques de santé mentale</p> <p>- réactivation d'une antenne de consultation du 7 ème secteur sur Pontailler-Sur Saône</p> <p>- Favoriser les prises en charge, l'accès aux soins de proximité et de qualité, la destigmatisation,</p> <p>- Promouvoir le développement de la télé-médecine</p> <p>Favoriser l'insertion professionnelle des personnes présentant des difficultés à accepter leur situation de handicap [F 2.9]</p> <p>Partenariat pour un accompagnement adapté, voir RQTH avec les acteurs de l'insertion MILO , PE, Cap Emploi, MDPH..</p> <p>CLS PAYS BEAUNOIS 2015-2018</p> <p>- S'inscrire dans les programmes régionaux de la télé-médecine, comme mettre en place une expérimentation adapté à la psychiatrie, val de Saône [F2]</p> <p>Encourager le déploiement des consultations avancées par des CMP ou infirmières IDE dans des cabinets de médecins généralistes et MSP [F9]</p> <p>- Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale, favoriser les prises en charge, réalisation d'une étude de besoins, et diagnostic de ressources professionnelles [F11]</p> <p>Formation précarité santé mentale pour les professionnels du secteur social et sanitaire [F12]</p> <p>Former les professionnels des secteurs sanitaire et social, entre autre formation précarité-santé mentale, détecter les problématiques le plus précocement possible , partenariats et pratiques professionnelles</p> <p>Mettre en place une instance de coordination médico-psycho sociale à destination de l'ensemble des acteurs [F17]</p> <p>Améliorer la prévention et la prise en charge des adolescents 12-20 ans [F20]</p> <p>Développement de l'éducation à la santé</p>
---	---	---	--	--

<p>personnes en situation de handicap psychique vers le milieu ordinaire de travail, Référentiel partagé permettant d'évaluer les aptitudes, les compétences et l'employabilité des travailleurs handicapés d'ESAT Renforcement de l'offre en services d'accompagnement à l'insertion professionnelle, ex. de type « job coach », dispositif d'emploi accompagné, Déploiement des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle des personnes présentant un handicap cognitif et ou/comportemental.</p> <p>OBJ 5 DESTIGMATISATION DE LA MALADIE PSYCHIATRIQUE 1. Agir sur les représentations sociétales en favorisant le travail en réseau par différentes approches Construction d'un programme régional relations médias/professionnels de la psychiatrie et santé mentale Optimisation des outils et dispositifs permettant de fédérer les acteurs de proximité (CLSM, CLS, plateformes) Promotion régionale des actions et événements dans le cadre des SISM 2. Former et soutenir les aidants familiaux Evaluation et extension des programmes de formation pour les aidants familiaux Mise en place d'un accompagnement des aidants dès l'annonce du diagnostic Prise en compte de l'expérience des aidants familiaux et identification de la pair aide, comme acteur clé</p> <p>OBJ 6 : ADAPTER ET OPTIMISER LES RH maintien du nombre d'internes formes en bfc diversification des lieux de stage notamment maître de stage en libéral soutien aux postes partagés (hospitalier-médicosocial-libéral) pour les jeunes médecins Coopération entre professionnels , et accroître les compétences des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social Organisation de stages croisés coopération entre professionnelles de santé dans des prises en charge définies par protocole agréés HAS Définition de l'articulation des différents professionnels intervenant dans le cadre d'une prise en charge coordonnée OBJ 6 favoriser la recherche clinique et en soins – élaboration de projets de recherche communs entre établissements de santé, services et professionnels salariés ou libéraux</p>		<p>l'administration pénitentiaire] Dijon [2018-2019] Admi pénitentiaire</p> <p>12 - AMELIORER L'ACCES A LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE ET L'ACCES AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES Etudier le parcours de prise en charge psychiatrique en médecine somatique Dijon [2017] Conforter la prise en charge intra hospitalière (lieu privilégié pour prendre en charge le patient) Tous secteurs [2017-2019] Développer des dispositifs de télémédecine Tous secteurs [2018-2019] Développer des antennes de consultations psychiatriques dans les MSP et engager des échanges avec les représentants des MSP et l'ARS pour vérifier la cohérence des projets Semur [2018-2019] Dijon et Sud CO [>2019] Envisager la création d'une MSP et d'un Centre douleur à orientation psychiatrique (Dijon) Dijon [>2019]</p> <p>13 - AMELIORER L'ACCES A LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE Structurer l'offre sur le secteur de Semur (CH Semur, CHHCO) Semur [2017] Créer une Fédération Inter Hospitalière d'Odontologie dans le cadre de la prévention des troubles bucco dentaires Tous secteurs [2017 réalisé] Rapprochement Côte d'Or et réseau Handident Tous secteurs [2017]</p> <p>14 - DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE Créer une Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et conforter les dispositifs de proximité en secteur rural [tous secteurs – après 2019]</p>	<p>Évaluation des besoins non couverts après l'ouverture du SAMSAH et, si nécessaire, étude de la création de places supplémentaires. (2017 Métropole + pays Beaunois) CD ARS BFC CHLC SDAT,</p> <p>ORIENTATION 3 FA 12 Disposer de places en Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes handicapées psychiques Création de places en Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes handicapées psychiques, par le Centre Hospitalier Spécialisé « La Chartreuse ». Évaluation des besoins non couverts après l'ouverture du Foyer d'Accueil Médicalisé et, si nécessaire, étude de la création de places supplémentaires. 2010 ? CD ARS BFC CHLC</p> <p>FA 13 - Promouvoir des actions de soutien aux aidants des personnes handicapées psychiques Lutte contre l'isolement : communication grand public sur les possibilités d'information et les manifestations diverses (conférences, semaine de la santé mentale, événements artistiques...) - Solutions de répit : places d'accueil séquentiel (surtout en accueil temporaire) dans les établissements qui reçoivent des personnes handicapées psychiques, à prévoir notamment à chaque ouverture ou extension d'un établissement, . étude de la possibilité d'accueils séquentiels, avec le soutien d'un infirmier psychiatrique, en familles d'accueil ne souhaitant plus recevoir de personnes handicapées à temps complet, . diffusion d'informations sur les séjours de vacances pour personnes handicapées psychiques sur le site mdph21.fr. - Soutien aux personnes aidantes : . développement des groupes de parole (information des travailleurs sociaux des Accueils Solidarité et Famille pour le repérage de personnes concernées), . création d'une équipe pluridisciplinaire pour accompagner les moments particulièrement difficiles (entrée dans la maladie, périodes de crise, disparition de la personne aidée, notamment en cas de suicide...). 2010 - CD ARS BFC</p> <p>FA 14 - Prévenir les ruptures et organiser la continuité de la prise en charge des jeunes de 16 à 25 ans qui présentent des troubles psychiques Création ou renforcement d'un réseau entre les différentes structures, comportant des rencontres régulières des partenaires et des commissions de réflexion autour des situations complexes. - Mise en place d'un référent du parcours de vie de chaque jeune, chargé de relayer les informations quel que soit le dispositif dans lequel il passe. Cette personne-ressource sera mise en place par la structure qui repère l'entrée dans les troubles psychiques, même s'ils ne sont pas encore confirmés sur le long terme ou reconnus par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Elle pourra être choisie par l'Institution ou par le jeune lui-même parmi ses personnes référentes ou servant de repère dans son histoire. Son rôle, les conditions de sa mise à disposition et d'un éventuel passage de relais, devront être spécifiés par écrit ; elle bénéficiera du soutien de l'ensemble du réseau. - Création de supports de communication à l'intention des jeunes et des partenaires : dépliants facilement accessibles, informations sur des actions thématiques organisées par des membres du réseau... 2010 - CD CNSA ARS, MDPH, SDAT, MILO Challenge Emploi PJJ CHRS, UNAFAM, CHLC, CHU, Adopshère (fonds CNSA ?)</p> <p>FA 15 Développer l'interactivité du site internet de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) Base de données - Gérer la liste d'attente de la CDAPH et connaître le devenir des personnes (dans le respect de leurs droits). - Donner un code d'accès personnel avec l'accusé de réception du dossier par la MDPH. MDPH, CD, gestionnaires d'établissements et services, représentants d'associations.</p> <p>ORIENTATION 4 FA 16 - Mutualiser des moyens au niveau des territoires Proposer et mettre en place des conventions de mutualisation de moyens humains ou techniques. - Favoriser la présentation de projets mutualisés [Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), appels à projets...] répondant aux besoins de la population sur chaque territoire, quels que soient l'âge et la situation de handicap</p> <p>FA 17 - Adapter les formations initiales et continues aux évolutions des besoins des personnes handicapées Adaptation des cursus de formation à l'évolution des savoirs, à celle des problématiques des personnes handicapées et à leur prise en compte dans tous les domaines de la vie en société.</p>	<p>des jeunes 15-24 ans [F21] Conforter les interventions de la MDA 12-25 ans [F 22]</p> <p>CLS DIJON METROPOLE CLSM Franco Basaglia sur 6 communes - améliorer la coordination en santé mentale (coordonner les instances territoriales existantes) [F4] Définir des procédures communes de gestion de crise, Développer les cellules ressources sur le modèle de la ville de Quetigny, Partager et mutualiser les expériences de chaque territoire, Formaliser un outil de communication sur les ressources existantes - développer la formation auprès des acteurs de terrain [F5] - étudier la faisabilité de création d'une unité mobile d'intervention à domicile en santé mentale [F 6] - structurer un réseau de professionnels autour de l'accompagnement des jeunes dans leur parcours de santé [F 13] -Créer une instance partenariale pour la prise en charge des situations problématiques d'hygiène dans le logement [F16]</p>
--	--	--	--	---

			<p>- Mise en place de modules de formation continue permettant aux personnels en fonction de suivre ces évolutions. - Accompagnement professionnel de tous les intervenants auprès de personnes handicapées par l'analyse des pratiques CRBFC – CD21</p> <p>FA 18 - Soutenir la constitution de réseaux pluridisciplinaires Création de réseaux de partenariat, notamment autour du vieillissement et du handicap psychique, à l'échelle départementale et avec des déclinaisons selon les spécificités territoriales. - Mise en place de conventions établissant les modalités de coordination entre partenaires. CD 21</p> <p>FA 19 - Conduire des actions de sensibilisation aux situations de handicap Conduire une campagne d'information et de sensibilisation sur tout le territoire départemental au moyen d'actions conjointes entre le Conseil Général, l'État et les différentes Associations. - Créer ou disposer de moyens d'information simples afin de faire connaître les différents handicaps et leurs conséquences dans la vie quotidienne. - Mettre en place des formations ou des sensibilisations dans tous les lieux recevant du public (par exemple, en organisant la visite d'établissements) CD ARS DDCS</p> <p>Renforcer les partenariats lorsque la santé constitue un frein à l'insertion professionnelle Renforcer les réponses en matière de santé pour les publics les plus en difficultés, convention cadre 2014-2016 ARS – CD renforcer la cohérence et la complémentarité des actions préventives, point d'appui pour développer l'accès aux soins et soutenir les professionnels dans leur accompagnement PTI 2016-2018 – CD ARS CARSAT MSA Acteurs locaux centre sociaux</p>	
--	--	--	--	--

PTSM 21- CARTOGRAPHIE DES ORIENTATIONS/ACTIONS PREVUES SUR LE TERRITOIRE/ Personnes âgées

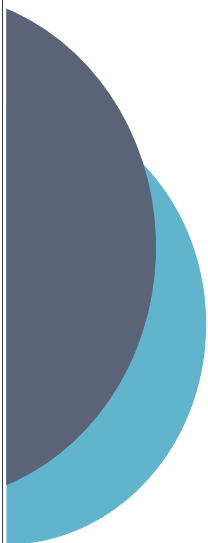
>> Classification par territoires

Actions → ↓ Territoires	SRS (version 1.1 du 02/10/2017)	GHT 21-52 volet santé mentale (tableau suivi du projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT)	Parcours Psychiatrie Santé mentale (orientations stratégiques 2018)	CLS (fiches actions des CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Chatillonnais, Beaunois, Val-de-Saône-Vingeanne)	Conseil Départemental (Schémas départementaux Enfance Famille 2016-2018 / Handicap / Personnes âgées 2013-2017 – manque le Plan départemental d'Insertion)
GHT 21-52	-	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la fonction d'infirmier coordonnateur - Engager des projets de télépsychiatrie en réseau avec les EHPAD - Renforcer les liens avec le Centre Mémoire Ressources et Recherche (diagnostic, expertise) - Renforcer les liens entre les services de gérontopsychiatrie dans les secteurs urbains (FMIH gériatrique ?) et conforter les dispositifs de proximité en secteur rural 	-	-	-
Région BFC	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et accompagnement des médecins généralistes au diagnostic précoce de la dépression de la PA pour en améliorer la PEC - Renforcement de l'organisation d'un centre ressource régional en psychiatrie de la PA - Diffusion d'outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (MG, TS, institutions, usagers, familles) - Renforcement de la complémentarité entre les SAVS et les SAMSAH - Evaluation et extension des programmes de formation pour les aidants familiaux - Mise en place d'un accompagnement des aidants dès l'annonce du diagnostic - Déploiement des moyens de télémédecine pour proposer des consultations psychiatriques à distance 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer des équipes de psychiatrie intervenant dans les services d'urgence, notamment postes d'IDE, afin de compléter l'organisation graduée des urgences telles que prévues dans le PRS - Faciliter la PEC des personnes âgées présentant une maladie psychiatrique vieillie (schizophrénie, troubles bipolaires) avant l'admission en EHPAD : création d'une unité SAS de 18 lits pour résidents psychotiques vieillissants avec mise à disposition de 2 infirmières psy et 2 vacations de psychiatres, en lien avec la DA - Créer un centre ressource régional en psychiatrie de la personne âgée, projet identifié à financer en 2018, porté par le CHRU de Besançon 	-	-
Côte d'Or	-	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les liens avec les MAIA départementales 	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un support commun simplifié d'évaluation du vieillissement [PH] - Disposer d'un protocole d'accompagnement de la transition entre l'établissement pour personnes handicapées et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [PH]

Secteurs de psychiatrie	- Accès à un avis psychiatrique dans tout service d'accueil des urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le capacitaire d'hospitalisation en gérontopsychiatrie [Dijon] - Améliorer le dispositif d'intervention en urgence, à domicile et auprès des EHPAD (équipes mobiles) [Dijon] - Réouverture du DIU de psychiatrie de la PA [Dijon] 	-	-	-
Contrats Locaux de Santé	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale [CLS Val de Saône Vingeanne] - Améliorer la coordination en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - Développer la formation auprès des acteurs de terrain [CLS Dijon Métropole] - Etudier la faisabilité de création d'une « unité mobile d'intervention à domicile » en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - Encourager le déploiement de consultations avancées d'infirmières diplômées d'Etat dans les cabinets médicaux et les MSP [CLS Pays Beaunois] - Améliorer les soins psychiques des jeunes de 16 à 18 ans [CLS Pays Beaunois] - Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [CLS Pays Beaunois] - Mise en place d'une formation précarité – Santé mentale pour les professionnels du secteur social et sanitaire [CLS Pays Beaunois] - Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [CLS Auxois Morvan] 	-

Actions → ↓ Points de rupture rosace ANAP	SRS (version 1.1 du 02/10/2017)	GHT 21-52 volet santé mentale (tableau suivi du projet médical partagé volet psychiatrie et santé mentale GHT)	Parcours Psychiatrie Santé mentale (orientations stratégiques 2018)	CLS (fiches actions des CLS signés Dijon Métropole, Auxois Morvan, Chatillonnais, Beaunois, Val-de-Saône-Vingeanne)	Conseil Départemental (Schémas départementaux Enfance Famille 2016-2018 / Handicap / Personnes âgées 2013-2017 – manque le Plan départemental d'Insertion)
6. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et accompagnement des médecins généralistes au diagnostic précoce de la dépression de la PA pour en améliorer la PEC - Diffusion d'outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (MG, TS, institutions, usagers, familles) - Déploiement des moyens de télémédecine pour proposer des consultations psychiatriques à distance 	<ul style="list-style-type: none"> - Engager des projets de télépsychiatrie en réseau avec les EHPAD [Dijon - 2017] - Augmenter le capacitaire d'hospitalisation en gérontopsychiatrie [Dijon-2017] - Réouverture du DIU de psychiatrie de la PA [Dijon – 2018-2019] - Renforcer les liens avec le Centre Mémoire Ressources et Recherche (diagnostic, expertise) [tous secteurs – 2018-2019] - Développer la fonction d'infirmier coordonnateur [tous secteurs – 2018-2019] - Renforcer les liens entre les services de gérontopsychiatrie dans les secteurs urbains (FMIH gériatrique ?) et conforter les dispositifs de proximité en secteur rural [tous secteurs – après 2019] - Engager des projets de télépsychiatrie en réseau avec les EHPAD [tous secteurs - après 2019] 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un centre ressource régional en psychiatrie de la personne âgée, projet identifié à financer en 2018, porté par le CHRU de Besançon 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale [CLS Val de Saône Vingeanne] - Améliorer la coordination en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - Développer la formation auprès des acteurs de terrain [CLS Dijon Métropole] - Etudier la faisabilité de création d'une « unité mobile d'intervention à domicile » en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - Encourager le déploiement de consultations avancées d'infirmières diplômées d'Etat dans les cabinets médicaux et les MSP [CLS Pays Beaunois] - Améliorer les soins psychiques des jeunes de 16 à 18 ans [CLS Pays Beaunois] - Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [CLS Pays Beaunois] - Mise en place d'une formation précarité – Santé mentale pour les professionnels du secteur social et sanitaire [CLS Pays Beaunois] - Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [CLS Auxois Morvan] 	<ul style="list-style-type: none"> -
7. Situations inadéquates	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la complémentarité entre les SAVS et les SAMSAH - 		<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la PEC des personnes âgées présentant une maladie psychiatrique vieillie (schizophrénie, troubles bipolaires) avant l'admission en EHPAD : création d'une unité SAS de 18 lits pour résidents psychotiques vieillissants avec mise à disposition de 2 infirmières psy et 2 vacations de psychiatres, en lien avec la DA 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier la faisabilité de création d'une « unité mobile d'intervention à domicile » en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un support commun simplifié d'évaluation du vieillissement [PH] - Disposer d'un protocole d'accompagnement de la transition entre l'établissement pour personnes handicapées et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [PH]
8. Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'outils de communication concernant la filière de prise en charge auprès des acteurs du territoire (MG, TS, institutions, usagers, familles) 		<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un support commun simplifié d'évaluation du vieillissement [PH] - Disposer d'un protocole d'accompagnement de la transition entre l'établissement pour personnes handicapées et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [PH]

9. Prévention et gestion des situations de crise	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de l'organisation d'un centre ressource régional en psychiatrie de la PA - Evaluation et extension des programmes de formation pour les aidants familiaux - Mise en place d'un accompagnement des aidants dès l'annonce du diagnostic - 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les liens avec les MAIA départementales [tous secteurs – 2018-2019] - Améliorer le dispositif d'intervention en urgence, à domicile et auprès des EHPAD (équipes mobiles) [Dijon – 2018-2019] 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer des équipes de psychiatrie intervenant dans les services d'urgence, notamment postes d'IDE, afin de compléter l'organisation graduée des urgences telles que prévues dans le PRS - 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination des acteurs dans le champ de la santé mentale [CLS Val de Saône Vingeanne] - Améliorer la coordination en santé mentale [CLS Dijon Métropole] - Développer la formation auprès des acteurs de terrain [CLS Dijon Métropole] - Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [CLS Pays Beaunois] - Renforcer les modalités de coordination et de coopération entre les acteurs de la santé mentale [CLS Auxois Morvan] 	<ul style="list-style-type: none"> -
---	---	---	---	---	---



Annexe 5

Données statistiques déclaratives
Enfants et adolescents

DONNEES STATISTIQUES DECLARATIVES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Acodège-DSDEN-MDPH-CHLC/Pédopsychiatrie

- **Nombre d'orientations par la MDPH vers le médicosocial valides au 31/12/2017**
 - enfants 0 à 11 ans : 752
 - **enfant 12 à 18 ans : 1029**

Ces décisions concernent autant les prolongations de prise en charge (usagers déjà pris en charge) que les nouvelles demandes d'orientations diverses.

En 2017, 96 premières demandes d'orientations médicosociales ont été déposées pour les 0-11 ans **et 43 pour les 12-18 ans.**

- **Nombres des demandes d'AVS et des orientations SESSAD sur les 2 dernières années :**

	2016	2017	Taux augmentation
Orientations SESSAD	328	355	8%
Demandes AVS	650	800	23%

- **Nombre de bilans en école maternelle par la PMI (4-5 ans) : 85 %**
- **Nombre de bilans à 6 ans par l'Education Nationale : 66%**
- **Relevés d'incidents DSDEN en primaire: 258 pour des violences verbales dont 215 pour des troubles du comportement**
- **Répartition des élèves en situation de handicap scolarisés (public et privé):**

	1 ^{er} degré		2 nd degré		Total	
	2014-2015	2017-2018	2014-2015	2017-2018	2014-2017	2017-2018
Répartition (effectifs)	974	1136	700	846	1674	1982
Scolarisation en classe ordinaire	566	683	475	616	1041	1289
Classes ULIS	408	453	225	230	633	683

Délais de prise en charge en CAMSP, IME, SESSAD :

- **Délais d'attente en CAMSP : 1^{er} RV de 2 à 4 mois, 1an et demi pour les psychomotriciens, 8 mois pour les orthophonistes, pas d'orthophonistes aux CMPP de Beaune et Châtillon (difficultés de recrutement car rémunération pas revalorisée depuis réforme du diplôme niveau Bac+3)**

- **IME : 3 à 4 ans (les adultes dits "Creton" embolissent les IME)**
- **SESSAD : Au 01/01/2018**
 - **une attente d'environ 2 à 3 ans pour une admission en SESSAD, dont l'agrément global en places est de 72 enfants (47 DI, 5 TSA, 7 UEM et 13 Unité Expérimentale)**
 - **Pour le SESSAD DI (Déficience Intellectuelle) : 28 enfants en attente de SESSAD et/ou d'IME (20 en SESSAD, 7 doubles orientations « SESSAD en attente de place IME » et 1 enfant intégré en « dispositif SESSAD-IME » dans le cadre d'un PAG (plan d'accompagnement globalisé)**
 - **Pour le SESSAD TSA, 42 enfants en attente de place SESSAD TSA, dont 38 SESSAD Acodège ou UGECAM-RESAM et 4 en attente de place en IME**
 - **Pour l'Unité d'Enseignement en Maternelle (UEM), 1 enfant en attente de place.**
 - **Pour l'Unité Expérimentale TSA-ABA, 2 enfants en liste d'attente**
- **Délais de RV dans les services de pédopsychiatrie du CH La Chartreuse**

	2015	2016
Délais moyens	39 jours	45 jours
Délais moyen le plus court	3 jours (UPSILON)	12 jours
Délais moyen le plus long	120 jours (Genlis)	76 jours

Cette étude prend en compte uniquement les 10 premières demandes de RDV avec un pédopsychiatre de chaque unité sur le mois de novembre 2016

Facteurs explicatifs de l'augmentation du délai de 1er RDV :

- Un nombre de demande toujours croissant (+28 patients en 2016) face à un effectif médical constant et des nouvelles demandes non honorées.
- Les médecins assurent de nombreuses consultations de suivi des enfants déjà pris en charge, liées à la complexité des pathologies suivies, des demandes des familles et des partenaires. Ce qui laisse moins de créneaux disponibles aux 1ères demandes

- **Délais de prise en charge en HDJ secteur du CHU : 2 ans et demi**

PTSM21

Projet Territorial de Santé Mentale Côte d'Or

ANNEXE 6

**Tableau de bord projets PRS / GHT Filière
Psy / PTSM / CLS / CLSM**

Identification des besoins et déclinaison territoriale du projet

ACTIONS PRIORITAIRES	SRS 2017	Parcours Santé Mentale	CD 21	Secteurs psy					Objectifs santé mentale dans les CLS					Besoins identifiés CLS	Besoins identifiés PTA - CPTS	Besoins identifiés CD 21	Partenaires à intégrer						
				GHT 21-S2	Dijon	Dijon Nord	Sud CO	Semur	Grand Dijon	Beauvois	Auxois Morvan	Châtillonnais	Val de S. Ving.										
ADOLESCENCE																							
METTRE EN OEUVRE DES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN	X		X	X														Promoteurs du net exemple intéressant Prévoir la formation et l'organisation DSDEN pour pouvoir agir : animateurs périscolaire, un protocole d'intervention, instits, directions (qui peut donner la conduite à tenir ?) Identifier des collèges pour débiter une expérimentation				Maison des ados	
Priorité : le harcèlement à l'école (lien avec les réseaux sociaux, cyber intimidation, le décrochage scolaire, les troubles du comportement, etc... Construire un outil à diffuser au collège indiquant l'ensemble des acteurs et structures qui peuvent les aider. - 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 4ème.																							
DEFINIR DES ACTIONS DE COORDINATION AUTOUR DES CAS COMPLEXES		X	X	X																			
_ACTION 1 : 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) - 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 - Rédiger une charte de fonctionnement et d'engagement des acteurs : Cf. charte de fonctionnement CD 21 et la composition (mise en œuvre 1er janvier 2018)																		Cf. travaux du club départemental à solliciter, ne pas traiter en redondance	Aucune connaissance du dispositif ; besoin de communiquer sur les dispositifs existants				UNAFAM : sollicitation dans le cadre de son ouverture au public adolescent. Lien avec les libéraux à engager
ADULTES																							
ORGANISER LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE LA CRISE		X		X																			
_ACTION 1 : 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 : - 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 »]																							
_ACTION 2 : Créer un Centre 15 avec différenciation de la réponse psychiatrique (plateforme téléphonique intersectorielle type 15), réalisée au stade de la régulation, dans le cadre d'un parcours adapté et coordonné - via convention multipartite - 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. - Dans le cadre du SAMU : un avis psychiatrique dès la régulation pour un échange qui permet une orientation rapide.																							Structures d'urgence - GHT Centre 15 - SMUR



Projet Médical Partagé 21-52

Volet Psychiatrie et Santé Mentale

LES ACTIONS PHARES À DÉPLOIEMENT TERRITORIAL

Pilote : B. MADELPUECH

Coordination : A. CLAVEL, Chargée de mission - amandine.clavel@chlcdijon.fr

14 parcours analysés

2



Parcours psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

P1 - Psychiatrie périnatale

P2 - Phobies scolaires

P3 - Situations de crises, dont crise suicidaire et violence chez l'enfant

P4 - Troubles du comportement alimentaire

Parcours psychiatrie de l'adulte

P5 - Premiers troubles psychotiques chez l'adulte jeune

P6 - Urgence psychiatrique (dont crise suicidaire et prise en charge des pathologies somatiques à expression psychiatrique)

P7 - Troubles de l'humeur (états anxio-dépressifs et troubles bipolaires)

P8 - Schizophrénie et réhabilitation des troubles psychotiques

P9 - Prise en charge des addictions

P10 - Hospitalisations en soins sans consentement (dont personnes détenues)

P11 - Troubles psychiques chez la personne âgée polypathologique

P12 - Prise en charge somatique et accès aux consultations spécialisées

P13 - Prise en charge bucco-dentaire

Parcours transversaux

P14 - Axe recherche en santé mentale

Etude réalisée pour chaque parcours (médecins rédacteurs – contributeurs) :

- ❑ Dispositif existant
- ❑ Points de rupture
- ❑ Dispositif cible
- ❑ Etat des lieux territorial
- ❑ Plan d'actions
- ❑ Synthèse

Les actions phares à déploiement territorial

Enfance

DEVELOPPER LA **PSYCHIATRIE PERINATALE**

- Développer des consultations (maternités - services de pédopsychiatrie)
- Développer le travail en réseau (CPP de Langres, service de la PMI, Staffs...)

PREVENIR ET COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES **PHOBIES SCOLAIRES**

- Développer les thérapies familiales
- Développer les conventions avec l'éducation nationale (type SAPAD)

Adolescence

PREVENIR LA **CRISE SUICIDAIRE** ET DEVELOPPER LE **DISPOSITIF D'ACCUEIL EN URGENCE**

- Mettre en place ou développer des consultations post suicide < 1 mois
(Parallèlement au développement de la capacité d'hospitalisation des 11-18 ans et de l'accueil en urgence sur Dijon)

DEVELOPPER UN RESEAU DE SOINS POUR LA PRISE EN CHARGE DES **TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

- Organiser le réseau sur l'ensemble du territoire 21-52

Transition vers la psychiatrie de l'adulte

Les actions phares à déploiement territorial

Adultes

METTRE EN ŒUVRE UNE PRISE EN CHARGE PRECOCE DES PSYCHOSES

- Développer le Centre d'Intervention Précoce pour Psychoses (CIPP-Dijon), en créant des antennes CIPP partenaires sur le territoire

AMELIORER L'ACCUEIL EN URGENCE (DONT CRISE SUICIDAIRE) ET PREVENIR LES HOSPITALISATIONS

- Créer une unité de soins de crise (orienté TS) au CHU
- Renforcer la prise en charge de courte durée (UMAHCO-Chartreuse)

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET TROUBLES ANXIEUX

- Etudier les portes d'entrée dans le parcours (adressage, 1^{er} recours,...)
- Engager une réflexion pour la coordination avec les médecins généralistes

ACCOMPAGNER LA REINTEGRATION DES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRENIE

- Engager des projets de logements accompagnés (Longvic, Chaumont,...)
- Développer l'accueil en dispositif alternatif à l'hospitalisation spécifique au handicap psychique

ANIMER ET COORDONNER LA FILIERE ADDICTOLOGIE SUR LE TERRITOIRE

- Poursuivre la structuration de l'offre sur Semur et Langres
- Elargir la Fédération Médicale Inter Hospitalière d'Addictologie à d'autres structures du territoire 21-52

SOUTENIR LES SECTEURS DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS SANS CONSENTEMENT

- Promouvoir la création d'une Unité pour Malades Difficiles (UMD) ou Unité de Soins Intensifs Psychiatrique de territoire (USIP)

MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES

- Engager des projets de télé-psychiatrie en réseau avec les EHPAD
- Développer les liens avec les MAIA départementales

AMELIORER L'ACCES A LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE ET L'ACCES AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES

- Développer des dispositifs de télé-médecine

AMELIORER L'ACCES A LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE

- Créer une Fédération Inter Hospitalière d'odontologie

DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE

- Créer une fédération de recherche en santé mentale

7 projets prioritaires pour 2018-2019

5

Enfants & Ados

- **P1-Développer la psychiatrie périnatale** (Drs BESSE – LECLERC – DUBUS – PERNIN – PINOIT)
- **P2-Prévenir la crise suicidaire et développer le dispositif d'accueil en urgence** (Drs BESSE – PINGAUD – DUBUS – PERNIN – PINOIT)

Adultes

- **P3-Mettre en œuvre une prise en charge précoce des psychoses** (Drs MARTIN – GRANON)
- **P4-Améliorer l'accueil en urgence (dont crise suicidaire) et prévenir les hospitalisations** (Drs BENETTI – ROY – BEAUVALOT – BELLOUZ)
- **P5-Améliorer la prise en charge des troubles de l'humeur : états anxio-dépressifs & troubles bipolaires** (Drs MILLERET – WALLENHORST – Pr BONIN – Dr MAACH référent DIM)

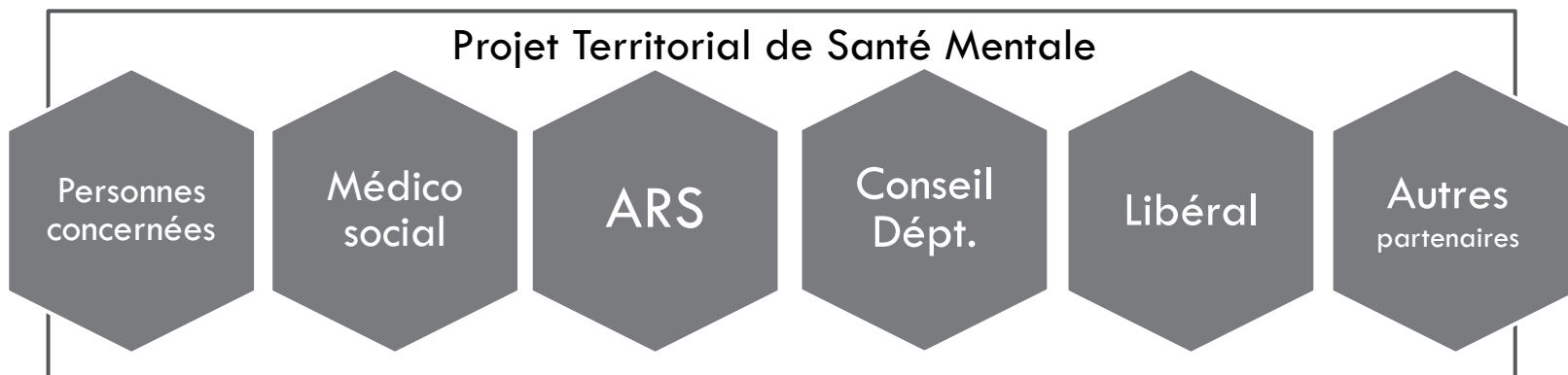
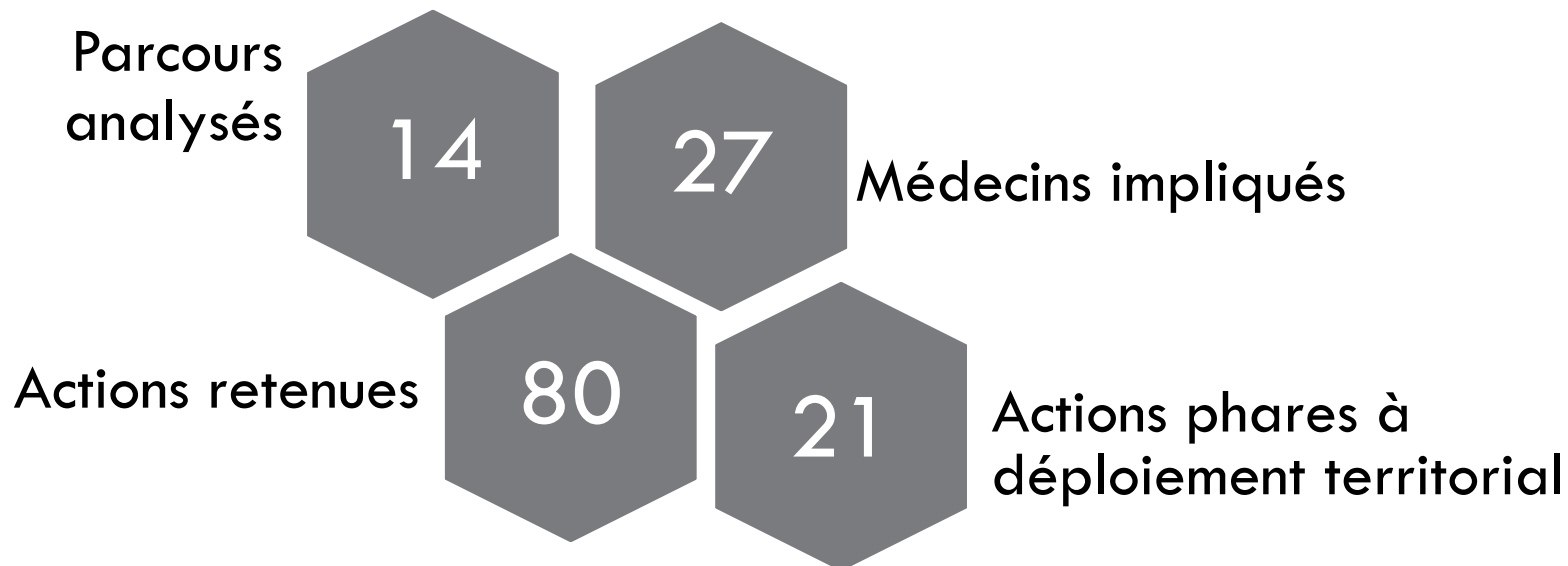
Personnes âgées

- **P6-Mieux accompagner les personnes âgées atteintes de troubles psychiques** (Dr MURAT - PONA VOY)

Addictologie

- **P7-Animer et coordonner la filière addictologie sur le territoire 21-52** (Pr TROJAK - Drs BLAISE – GUILLET – PHILIPPOT – WALLENHORST – SALMONT)

Perspectives



Intégration du projet dans les dispositifs territoriaux de Côte d'Or

7



Groupes de travail : périnatalité/enfance, adolescents, adultes, personnes âgées
définition des enjeux et des actions du PTSM Côte d'Or

Validation du diagnostic territorial partagé
santé mentale en Côte d'Or

Perspective de traduction dans un Contrat territorial de Santé mentale
et d'une Plateforme Territoriale Santé Mentale en 2019