Comité de pilotage de la psychiatrie du 12 décembre 2018

Compte-rendu

Membres du comité présents

- Yvan HALIMI, co-président
- Thomas DEROCHE, co-président
- Agnès AYME
- Maurice BENSOUSSAN
- Marc BETREMIEUX
- Jean-Jacques BONAMOUR DU TARTRE
- Jacques BORGY
- Béatrice BORREL
- Michel BOTBOL
- Roland BOUET
- Stéphane BOURCET
- RAPHAEL CAPIAN
- François CAPLIER
- Michel DAVID
- Olivier DREVON
- Sylvie ESCALON
- Claude FINKELSTEIN
- Pascale FRITSCH
- Sylvia GUYOT
- Thierry KURTH
- Martine LEFEBVRE
- Laure MAILLANT
- Jacques MARESCAUX
- Pascal MARIOTTI
- Pascale MOCAER
- Gilles MOULLEC
- Christian MULLER
- Bernard ODIER
- Christine PASSERIEUX
- Amélie PRIGENT
- Annick PERRIN-NIQUET
- Marie-Noëlle PETIT
- Patrick RISSELIN
- Vincent RUOL
- Marie-Hélène RODDE- DUNET
- Christine SCHIBLER
- Christophe SCHMITT
- Jean-Louis SENON
- Norbert SKURNIK
- Sophie TERQUEM
- Pierre THOMAS
- Miche TRIANTAFYLLOU
- Anne VEBER

Invités :

- Amine BENYAMINA
- Georges BROUSSE
- Claire COMPAGNON
- Cyril HAZIF-THOMAS
- Jean ROCHE

*

*

*

La réunion du Comité de pilotage est ouverte par Thomas DEROCHE, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins à la DGOS et le Dr Yvan HALIMI, co-président, qui rappellent son organisation sous forme de séminaire sur la journée. Cette configuration, une fois dans l'année, permet d'approfondir les thématiques suivies dans le cadre des travaux pluriels ainsi que les orientations à venir. Ils déclinent l'ordre du jour, l'objectif du séminaire étant de soumettre au COPIL dans son ensemble les productions finales ou intermédiaires des différents groupes de travail.

Le présent compte-rendu auquel sont joints l'ensemble des diaporamas présentés en comité reprend essentiellement les échanges auxquels ces présentations ont donné lieu.

1. Présentation des travaux du groupe de travail « *Prévention, lisibilité, accessibilité et continuité des soins* » - François CAPLIER, Jacques MARESCAUX, Pascal MARIOTTI et Christian MULLER (cf. présentation jointe)

Après un bref rappel du périmètre de la lettre de mission du groupe, des principaux attendus des travaux et de la méthodologie adoptée, Christian MULLER présente les enjeux et les constats identifiés par le groupe, dont les travaux ont été guidés par deux fils conducteurs : territorialité et pragmatisme des propositions.

Il rappelle que le dispositif de prévention et de soins en psychiatrie a été le pionnier du principe de responsabilité populationnelle avec la mise en place de la politique de secteur et son maillage territorial de proximité. Les principaux constats du groupe mettent en évidence :

- La conscience de l'enjeu majeur de la territorialité spécifique (géographique et fonctionnelle) en santé mentale et d'une mise en relation « obligée » de tous les partenaires par la mise à disposition d'un espace d'échange et de travail en commun et par ailleurs la recherche sur le territoire de santé mentale d'un équilibre entre tous les partenaires.
- Une appréhension de la gradation des soins différente du MCO et sans la même hiérarchisation des techniques soins. La psychiatrie de secteur est à la fois un acteur de premier recours, mais impliqué dans l'intersectorialité et parfois dans la surspécialisation.
- Une focale importante sur le rôle, la place et les missions des CMP sur le territoire.
- Le besoin de clarifier et de simplifier l'organisation territoriale actuelle notamment du fait du lien fort entre problématiques de lisibilité et d'accessibilité.
- Une organisation territoriale à (ré)inventer : articulation nécessaire entre tous les dispositifs territoriaux existants et à venir (réseaux de santé, PTA, ESP, CPTS, MSP...), forte attente de l'ensemble des acteurs sur les PTSM, dont la mise en place sur le territoire national est encore très disparate avec des initiatives très avancées et d'autres encore hésitantes (Enquête de l'ADESM réalisée auprès des établissements spécialisés de son réseau), le levier que les CPT peuvent constituer pour la mise en place des PTSM (une trentaine de CPT en projet avec des configurations variées) avec la question qui se pose de leur généralisation.

Le groupe s'est plutôt positionné en faveur d'une mise en cohérence des différentes territorialisations plutôt qu'une unification territoriale systématique qui serait artificielle.

Chacun des leviers d'actions a ensuite été décliné (cf. diaporama annexé au compte-rendu) :

- Proposition de structuration territoriale avec trois échelons territoriaux.
- Prévention : meilleure identification des actions utiles en matière de prévention primaire, favoriser les prises en charge précoces (délais d'accès aux soins, notamment en pédopsychiatrie, travail en réseau, consultations avancées de psychologues, pratiques avancées infirmières) sur des thématiques spécifiques, développer les compétences des médecins généralistes et l'articulation avec les CMP, renforcer les dispositifs de repérage et dépistage qui ont fait leur preuve.
- Lisibilité - Accessibilité : clarifier et mieux définir les missions du CMP comme structure de premier recours et s'appuyer pour cela sur les travaux relatifs à la réforme des autorisations des activités de soins ; Améliorer la lisibilité de la territorialité de psychiatrie-santé mentale : harmonisation de la territorialité santé/santé mentale sur la base des territoires de démocratie en santé (départements et métropoles), incitation à la création de CPT élargies aux acteurs

sociaux et médico-sociaux pour élaborer les PTSM avec les EPS(M) comme centres de gravité des territoires de santé mentale, convergence territoriale entre les PTSM et les futurs PTS, développement des stages croisés entre les partenaires.

- Continuité des soins : mise en place des « RCP situations complexes » à l'échelle du territoire de santé mentale ; développement de programmes d'éducation thérapeutique et d'actions de psycho-éducation ; développement des outils de communication entre acteurs concourant aux soins en particulier entre les médecins traitants et les psychiatres référents

En conclusion :

- Les notions de territoire et de proximité, principes de base de la politique de secteur, s'inscrivent dans le principe de responsabilité populationnelle.
- Il convient de valoriser ce qui fonctionne et de saisir l'opportunité de la stratégie de transformation de notre système de santé pour inscrire dans les textes les évolutions nécessaires du dispositif de prévention et de soins dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale.

Discussion

Thomas DEROCHE confirme toute l'importance, dans le cadre de la STSS, des notions de proximité et de responsabilité populationnelle, qui constituent deux points d'appuis importants pour transformer l'organisation du système de santé et qui sont particulièrement pertinentes pour mener ce chantier dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Il souligne que cette focale sur la proximité implique qu'on en fasse un échelon d'excellence. Cela suppose notamment, en psychiatrie comme dans d'autres domaines, d'être clair sur qui fait quoi.

Marc BETREMIEUX approuve la nécessité d'élaborer un cahier des charges pour les CMP mais élargit cette nécessité aux autres structures. Il souligne également l'intérêt de la CPTS, l'ayant expérimenté sur son territoire.

Maurice BENSOUSSAN rappelle à nouveau tout l'enjeu portant sur la dimension territoriale, également omniprésente tout au long des travaux du groupe ambulatoire. Cet enjeu suppose effectivement un positionnement clair des différents acteurs et l'engagement d'une réflexion sur les questions d'interprofessionnalité et de territoires et sur la gradation des soins sur des problématiques telles que la permanence des soins, les urgences, etc. Il s'agit, dans une spécialité en forte tension aujourd'hui, d'un levier essentiel : on ne peut être à la fois un lieu d'accueil « tout venant » et un lieu d'expertise.

Il ne partage pas totalement l'avis du groupe de travail s'agissant des CPT, qui selon lui, n'ont pas vocation à fonder les PTSM, dont l'objet principal est le décroisement. En revanche, les PTSM doivent forcément intégrer les CPT.

Gilles MOULLEC suggère d'avoir une approche nuancée s'agissant des CPT. Il rappelle que dans le cadre des travaux d'élaboration des textes relatifs aux PTSM, un équilibre a finalement été trouvé s'agissant du positionnement respectif des ARS et des acteurs. Il y a une place pour une initiative prise par les hospitaliers dans les CPT et généralement les autres acteurs attendent d'eux qu'ils se positionnent pour s'engager à leur tour, mais ils doivent se garder d'être dans une approche hospitalo-centrée.

Pascal MARIOTTI témoigne de l'expérience du département du Rhône et de la métropole lyonnaise. La CPT a permis aux trois plus importants établissements autorisés en psychiatrie sur ce territoire

de régler conjointement des problèmes qui jusque-là restaient pendants. Elle a servi de socle pour la mise en œuvre du PTSM. Désormais, suite à la décision de l'ARS, la Commission spécialisée en santé mentale a repris la démarche mais sans moyens dédiés alloués par l'ARS, les ressources étant apportées par les hôpitaux et la coordination 69 qui réunit les acteurs sociaux et médico-sociaux (mise à disposition de chargés de mission).

Olivier DREVON confirme l'importance des questions relatives au financement dans les réflexions sur les évolutions organisationnelles. Il juge la présentation des rapporteurs très centrée sur le secteur. Les autres acteurs et notamment le secteur privé, tant les URPS que les adhérents FHP, apparaissent finalement très peu. Il souligne à son tour qu'il convient d'être clair sur qui fait quoi. En l'occurrence, un certain nombre de questions relèvent du GHT.

Béatrice BORREL précise que les RCP, évoquées comme outils de la continuité des soins, n'ont pas vocation à être restreintes aux situations complexes. Le recours aux RCP peut ainsi être envisagé s'agissant des psychoses émergentes. Elle juge également indispensable de mener une réflexion sur la gradation des soins.

François CAPLIER comme Christian MULLER indiquent que le groupe de travail est totalement favorable à l'ouverture des CPT et encourage aux évolutions réglementaires que cela suppose.

2. Présentation des travaux du groupe de travail « *Hospitalisation en psychiatrie* » - Jacques BORGY, Claude FINKELSTEIN et Marie-Noëlle PETIT (cf. présentation jointe)

Les trois rapporteurs font un retour au comité sur les travaux d'élaboration de la fiche pratique sur l'hospitalisation en psychiatrie menés dans le cadre du groupe de travail.

L'élaboration de cette fiche était motivée par la volonté de favoriser le respect des libertés fondamentales du patient hospitalisé en service de psychiatrie mais également de dé-stigmatiser l'hospitalisation en service de psychiatrie : ce mode de soin doit être en effet accessible sans crainte quand il est nécessaire dans le parcours de vie. Cela participe ainsi, selon Claude FINKELSTEIN, d'une forme de prévention.

Cette fiche pratique comporte 7 rubriques :

- Définition de l'hospitalisation en service de psychiatrie
- Modalités de l'hospitalisation
- Informations du patient
- Entourage du patient
- Projet de soins et traitements
- Règles de vie du service (que les travaux menés par la FHF pourraient utilement compléter)
- Données importantes à consigner

Les informations réunies dans la fiche peuvent paraître assez simples mais leur respect est loin d'être systématique et évident en particulier dans un contexte de crise et d'urgence. A titre d'exemple, l'enquête réalisée sur les thèmes identifiés dans cette fiche a mis en évidence le faible investissement du dispositif de la personne de confiance en psychiatrie. Cette fiche pratique, qui est une demande forte des patients, est commune aux patients, à leurs proches et aux professionnels. Elle permet de donner à chacun et dans le même temps un socle commun

d'informations permettant d'expliquer l'hospitalisation. Son objectif est de faire en sorte qu'elle se passe bien même sans consentement. L'hospitalisation étant souvent déterminante dans le parcours de la personne, il est important que cette fiche pratique soit intégrée par l'ensemble des acteurs du parcours des personnes dans leurs pratiques.

Le groupe de travail a fait un certain nombre de recommandations pour le développement des formations des professionnels adaptées aux spécificités de l'hospitalisation des patients en psychiatrie. Elles concernent notamment l'augmentation du nombre d'heures théoriques et pratiques en psychiatrie en IFSI ; un accès dans les trois mois à des formations aux spécificités de la psychiatrie pour les infirmiers et aides-soignants nouvellement affectés en psychiatrie ; des formations au travail d'équipe et la mise en place de groupes d'analyse des pratiques soignantes réguliers animés par un psychologue clinicien ; l'inscription en événements indésirables (EI) des passages à l'acte violents et, parmi ces EI, des situations ayant nécessité une contention ainsi qu'une analyse systématique de ces EI ; des formations sur site à la mise en œuvre des recommandations de la HAS concernant la prévention des situations de violence ; des formations aux droits des patients et à la mise en œuvre progressive mais volontaire d'une politique de suppression de la contention mécanique et de l'isolement.

Le groupe de travail a également fait un focus particulier sur la thématique « *hospitalisation, architecture et psychiatrie* », qui constitue un levier pour l'amélioration de la qualité des soins. De ce point de vue les schémas d'investissement sont une fenêtre d'ouverture à ne pas manquer. Le groupe propose par ailleurs de créer une banque de donnée nationale des projets architecturaux alimentée par les établissements permettant le recueil des réalisations et des projets novateurs. Cette démarche pourrait permettre par ailleurs la production de recommandations en matière d'architecture notamment sur les espaces des soins sans consentement et de contention et d'isolement.

Enfin, outre la question de l'hospitalisation des adolescents, dont la spécificité doit être respectée, une attention particulière a été accordée aux situations d'hospitalisations au long cours, dont certaines sont inadéquates et dont le groupe préconise qu'elles soient réinterrogées. L'hôpital est un lieu de soin nécessitant en effet que chaque hospitalisation de longue durée soit évaluée et régulièrement réévaluée. Le groupe préconise par ailleurs la réalisation d'un état des lieux national sur les hospitalisations inadéquates (toutes les régions n'ont pas réalisé cet exercice), l'identification des situations pertinentes d'hospitalisation au long cours en psychiatrie et la définition et mise en œuvre des alternatives à ces hospitalisations inadéquates. Le groupe préconise de réaliser ce type d'enquête sur les hospitalisations inadéquates tous les deux ans.

Discussion

S'agissant de l'hospitalisation des adolescents, face au constat porté par le groupe d'une nécessaire articulation entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte pour dépasser les limites d'âge de chacune des structures concernées, Michel TRIANTAFYLLOU insiste sur la nécessité de ne pas amalgamer les pratiques en matière d'hospitalisation entre les deux publics et de proscrire l'hospitalisation d'enfants et d'adolescents en service d'hospitalisation adulte si aucune adaptation clinique de la prise en charge n'est mise en œuvre.

Annick PERRIN-NIQUET rappelle le dispositif de consolidation des savoirs créé au milieu des années 2000 qui permettait de financer via les ARH le tutorat. Elle insiste également sur l'importance d'intégrer les paramédicaux et les aides-soignants aux programmes de formation. En outre, elle rappelle que la prévention des moments de violence doit nécessairement associer les médecins, les cadres et les personnels paramédicaux.

Jean-Louis SENON revient sur la notion de consentement, l'importance de l'accompagnement du patient vers l'engagement dans un projet de soins, et plus généralement les droits du patient et les évolutions - notamment sémantiques- opérées depuis la réforme de 2013.

Béatrice BORREL souligne que dans un certain nombre de pays, les services, quels qu'ils soient, sont discutés avec les usagers, qui sont interrogés pour dire ce dont ils ont besoin.

S'agissant des hospitalisations inadéquates, elle souligne qu'une partie d'entre elles sont liées au fait qu'en dépit de la reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005, dans les faits les personnes rencontrent toujours des difficultés à être reconnues en tant que telles et que par ailleurs les structures alternatives peinent encore à se développer. Sylvia GUYOT évoque sur ce point également tout l'intérêt d'un travail concerté au sein des PTSM avec les acteurs sociaux et médico sociaux. Christophe Schmidt indique que SCAN SANTE permet de suivre les hospitalisations longues et qu'il doit être possible d'aménager le module si besoin.

Christian MULLER suggère l'installation d'un groupe de travail permanent « architecture et psychiatrie », associant public et privé. Thomas DEROUCHE suggère la mobilisation de l'expertise de l'ANAP sur ces sujets.

3. Présentation des travaux du groupe de travail « *Prise en charge ambulatoire en psychiatrie* » - Maurice BENSOUSSAN, Béatrice BORREL, Olivier DREVON, Gilles MOULLEC, Annick PERRIN-NIQUET et Bernard ODIER (cf. présentation jointe)

Gilles MOULLEC rappelle en préambule le cadre de ces travaux qui avaient fait l'objet d'une présentation et d'un premier échange en COPIL en septembre 2017.

Il présente ensuite les travaux d'élaboration du projet de cahier des charges pour les CMP en psychiatrie générale menés par le groupe de travail. Ceux-ci ont été guidés par le pragmatisme avec la volonté d'élaborer un cahier des charges qui permette de s'adapter à la multiplicité des réalités territoriales mais qui donne néanmoins un cadre, et la volonté par ailleurs, s'agissant de la problématique générale des activités de secteur, de passer du stade « *avoir des partenaires* » au stade « *être un partenaire* » dans le cadre du PTSM. Il s'agit de conserver la responsabilité populationnelle et la proximité, ainsi que les moyens afférents, tout en surmontant les frontières pour coopérer avec les autres acteurs. Le groupe s'est attaché notamment à faire un focus sur l'articulation CMP / Médecine de ville généraliste comme spécialiste, tant s'agissant de la prise en charge somatique que psychiatrique.

Les débats du groupe ont en partie recouvert ceux du groupe de travail « *Prévention, lisibilité, accessibilité et continuité des soins* » évoqués supra. A titre d'illustration : faut-il mettre en place ou non une gradation des soins (troubles mentaux fréquents pour la médecine de ville, troubles sévères et persistants pour le CMP) ? Le groupe a opté pour une réflexion portée au niveau des territoires au sein des PTSM. Il revient aux acteurs du PTSM de définir le niveau de coordination et d'intégration des acteurs et donc du CMP en fonction des configurations territoriales.

Un certain nombre de points de vigilance ont été par ailleurs identifiés :

- Le respect et la promotion des droits des personnes et le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir ;
- Le CMP dans le parcours du patient notamment comme un des points d'entrée du parcours :
 - L'objectif de réduire les délais d'accès à un 1^{er} rendez-vous et le délai entre celui-ci et la mise en œuvre effective d'une prise en charge dans le cadre d'un projet de soins.
 - La prise en charge des patients en situation de précarité.
 - Le positionnement dans la prise en charge de la crise et de l'urgence.
- Un focus sur les relais de prise en charge : qualité, sécurité et coordination des soins en fonction de leur nature (fin de séquence de soins ou rupture de soins) avec notamment la question des « perdus de vue » et le suivi des suicidants.
- Les ressources- métiers : psychologues, infirmiers en pratique avancée, case manager notamment.
- La nécessité d'outiller les acteurs, cf. développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication et mise en place des outils d'organisation du type de ceux proposés par la MEAH en 2008 qui restent souvent d'actualité (pilotage qualitatif et quantitatif des CMP).

Les perspectives de travail du groupe portent sur trois axes :

- La finalisation du cahier des charges des CMP
- Le cahier des charges des hôpitaux de jour
- L'« équipe mobile de soins intensifs à domicile »
- La relance des travaux sur une description adéquate des activités ambulatoires.

Discussion

Bernard ODIER souligne la nécessité de mobiliser l'ATIH, la DGOS et les représentants des différents types de pratiques et dispositifs pour travailler à une transformation opérationnelle de cette offre. Les données chiffrées aujourd'hui disponibles ne sont pas du tout représentatives de la complexité des interventions mises en place. Il insiste également sur la nécessité de faire une analyse des moyens à la hauteur des enjeux.

Maurice BENSOUSSAN indique la nécessité de poursuivre ces travaux, y compris sur le volet sémantique, le terme « ambulatoire » générant une certaine ambiguïté.

Olivier DREVON insiste sur le nécessaire positionnement du CMP dans une logique de parcours, qui ne doit donc pas être optionnelle.

Christian MULLER se dit favorable aux directives anticipées qui permettent de réduire les « perdus de vue ». Il estime nécessaire par ailleurs d'insister davantage sur les soins non programmés en CMP, qui sont un levier puissant pour éviter le recours aux urgences. Il regrette à cet égard que le récent travail parlementaire sur la question mentionne peu la psychiatrie.

Jean-Louis SENON indique que la question des ruptures de soins est souvent mentionnée dans les missions d'appui en cours en région comme pouvant expliquer l'augmentation des soins sans consentement. Ces ruptures de soins conduisent en effet fréquemment à solliciter SAMU et Police pour réintégrer un patient. Il confirme que ces situations pourraient être anticipées via une action ambulatoire renforcée.

Yvan HALIMI conclut les débats en insistant à nouveau sur l'enjeu de clarification et de lisibilité des interventions comme des organisations, essentiel pour les patients, les familles et les professionnels. Il estime que les prolongements de ce groupe de travail seront majeurs et que les pistes dressées vont permettre de cadrer les travaux à venir.

4. Point d'information sur la modulation inter-régionale des DAF et la campagne budgétaire 2019 par Thierry KURTH

Il s'agit d'engager un rééquilibrage pluriannuel des ressources DAF entre régions au niveau national, de façon simple et lisible, pour aboutir progressivement à une allocation plus équitable des ressources. La réflexion à ce stade porte sur une modulation interrégionale des dotations sur la base d'un indicateur populationnel (correspondant à la responsabilité populationnelle du secteur), pondéré pour la population mineure (coût supérieur de prise en charge mis en évidence par les études de l'ATIH) et une prise en compte de la précarité (cf. gradient social régulièrement mis en exergue en psychiatrie).

Une première étape de modulation sera mise en place dans le cadre de la campagne budgétaire 2019.

Thomas DEROCHE précise que la modulation interrégionale introduite dans la campagne budgétaire 2019 et la mise en place du nouveau modèle de financement de la psychiatrie sont deux exercices distincts. S'agissant du nouveau modèle, les participants souhaitent qu'un point spécifique soit fait en COPIL Psychiatrie.

5. Point d'information sur la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination « Autisme-TND » et du forfait précoce par Claire Compagnon, déléguée interministérielle à la stratégie autisme au sein des troubles du neuro-développement

Claire Compagnon et Delphine Corlay étaient venues présenter au COPIL Psychiatrie la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND (2018-2022) lors de la précédente réunion du COPIL le 6 juin 2018, après son annonce par le Premier Ministre le 6 avril.

L'intervention de Claire Compagnon était consacrée à la présentation du cadre d'une mesure phare de la stratégie nationale aujourd'hui en cours de mise en œuvre après une phase intense de concertation à laquelle des représentants du COPIL Psychiatrie ont été associés : la création d'un parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants de moins de 7 ans, créé par l'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (article 40 du PLFSS). Ce parcours repose sur deux principes : la création d'un forfait précoce qui va permettre de rémunérer des professionnels libéraux non conventionnés par l'assurance maladie (psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues) et donc indirectement de solvabiliser les familles ; le déploiement de plateformes d'orientation et de coordination « Autisme - TND » de 2^{ème} ligne mais aussi la responsabilisation des 1^{ères} lignes.

Un décret en cours d'examen au Conseil d'Etat et auprès de diverses instances nationales (CNOSS, CNCPPH, etc.) vient préciser les modalités d'application de l'article 62.

Claire Compagnon précise par ailleurs qu'une instruction contenant le cahier des charges des plateformes a été adressée aux directeurs généraux d'ARS fin novembre, afin de leur permettre d'anticiper la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination « Autisme- TND » : il s'agit de l'instruction du 22 novembre 2018 visant à anticiper le lancement par les ARS des appels à manifestation d'intérêt auprès des structures médico-sociales (CAMSP en particulier mais également CMPP) et sanitaires (CMP en particulier) susceptibles de les porter ou de participer à leur fonctionnement. Des crédits nouveaux médico-sociaux et sanitaires ont été prévus à cet effet. L'objectif est notamment d'accélérer l'accès à un diagnostic, de favoriser des interventions précoces et de répondre ainsi aux problèmes d'errance diagnostique et de sur-handicap, le décret prévoyant des délais d'intervention des acteurs contraints. Une montée en charge progressive des plateformes est prévue sur la durée de la stratégie avec constitution ou préfiguration en région d'au moins 1 plateforme par département à l'issue de l'année 2019. Claire Compagnon indique que les ARS sont en train de faire remonter vers la délégation les configurations des premières structures porteuses qui se sont portées candidates ou qui envisagent de le faire. Celles-ci sont à ce jour en grande majorité des structures médico-sociales (CAMSP essentiellement). Un focus sur les structurations non engagées et les raisons de cette absence d'engagement a été demandé aux ARS dans le cadre de l'instruction publiée.

Un arrêté viendra préciser le cadre des contrats types des libéraux. Par ailleurs, les négociations tarifaires avec ces derniers se poursuivent.

Les échanges avec le COPIL Psychiatrie ont porté sur différents points et notamment :

- La couverture territoriale des plateformes : le maillage départemental semble de prime abord privilégié pour la plupart des premières plateformes, ce qui semble cohérent au regard du maillage territorial départemental retenu pour la plupart des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). L'instruction de novembre souligne la nécessaire articulation avec les PTSM.
- La question des DYS : Claire COMPAGNON indique que le périmètre de ce nouveau dispositif a fait l'objet de nombreux débats s'agissant notamment de l'âge limite supérieur. A ce stade, le choix a été fait de restreindre ce nouveau dispositif aux enfants de moins de 7 ans. Les associations mobilisées sur le champ des DYS, la FFDYS en particulier, militaient pour un âge limite de 7 ans révolus pour inclure les élèves de cours préparatoires.
- La mobilisation des pédopsychiatres libéraux dans ce dispositif : Claire Compagnon indique que ceux-ci ne sont pas explicitement visés dans le projet de décret en Conseil d'Etat dans la mesure où, comme d'autres professionnels libéraux tels que les orthophonistes, ceux-ci peuvent à la différence des 3 catégories visées par le projet de décret, être conventionnés avec l'Assurance maladie. Elle indique également que si l'articulation avec les professionnels libéraux est évidente s'agissant de la 1^{ère} ligne, elle devra être réalisée également avec les professionnels libéraux de la 2^{ème} ligne.
- Le lien avec le dispositif expérimental START (Service Territorial d'Accès aux Ressources Transdisciplinaires) porté par la filière nationale de santé maladies rares DéfiScience et ses partenaires (Alliance maladies rares, Anecamsp, Collectif DI, Fehap, Nexem et Unapei) : il est expérimenté en régions Auvergne-Rhône Alpes et Ile-de-France et prévoit notamment un cadre facilitant les évaluations multidisciplinaires de situations complexes et la co-construction de programmes de formations croisées sur les TND. L'instruction du 22 novembre indique que les formations proposées dans le cadre de la démarche START pourront être considérées comme une référence de même que certains DU et DIU.

- Il est convenu, par ailleurs, d'organiser des temps d'échanges réguliers au sein du COPIL Psychiatrie avec la délégation interministérielle. Le COPIL Psychiatrie sera en effet mobilisé sur différentes mesures prévues dans le cadre de la stratégie nationale autisme en articulation avec la feuille de route santé mentale et psychiatrie (plan de repérage et de diagnostic des adultes en établissements, travail sur les référentiels des hôpitaux de jour, CMP, développement des soins de réhabilitation psychosociale, etc.).

6. Présentation des travaux du groupe de travail « Recherche en psychiatrie et santé mentale » - Raphael GAILLARD, Christian MULLER, Pierre THOMAS et Christine PASSERIEUX (cf. présentation jointe).

Thomas DEROCHE rappelle en ouverture l'élargissement des travaux en janvier 2019 dans le cadre d'une démarche conjointe associant le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Pierre THOMAS présente ensuite les constats et pistes de travail du groupe de travail réuni en septembre et novembre 2018 dans le cadre du COPIL Psychiatrie.

Il souligne en préalable le décalage persistant en France entre d'une part, l'ampleur et l'impact – notamment médico-économique - des troubles psychiques et d'autre part les moyens alloués à la recherche dans ce domaine, constat établi dans de nombreux rapports officiels et plans de santé publique.

Pierre THOMAS présente ensuite les résultats d'une recherche sollicitée auprès de la cellule bibliométrique du CNCR sur les productions scientifiques de la psychiatrie française. Celle-ci met en évidence une forte dynamique ces 10 dernières années (doublement des productions scientifiques), liée probablement à une prise de conscience au niveau de la discipline de la compétition à l'œuvre au niveau international pour obtenir des fonds mais aussi à une structuration des réseaux (cf. Fondamental par exemple), ainsi que des partenariats entre CHU, Universités et EPST et au développement de la participation à des consortiums internationaux. La qualité des publications a également évolué positivement. Deux indicateurs en sont le signe et contredisent les idées reçues : l'augmentation continue et importante des publications dans des revues de catégories A, B ou C mais aussi l'augmentation forte observée par ailleurs dans des revues généralistes, type Lancet. Ce travail doit être poursuivi dans le domaine des sciences humaines et sociales (sociologie et psychologie notamment) qui s'attachera tant à la publication d'articles qu'à la production d'ouvrages. Les résultats de cette seconde phase devraient être disponibles courant janvier.

En revanche, si l'on compare la part de la recherche en psychiatrie dans la recherche médicale en général en France et dans les autres pays européens (indice de spécialisation), la France se situe au même niveau que l'Italie, soit à un niveau plus faible (-20% environ) que l'Allemagne, les Pays-Bas ou le Royaume Uni, où les investissements consacrés à la recherche dans cette discipline sont nettement plus élevés.

37.5% des recherches sont co-signées par l'INSERM, 16.5% par le CNRS. Les principaux contributeurs sont ensuite l'AP-HP, l'AP-HM, le Centre hospitalier Sainte Anne, des CHU¹ puis quelques CHS (Le Vinatier/ Charles Perrrens/ H.laborit), le CH Versailles et l'hôpital Foch à Suresnes.

¹ CHU de Montpellier, Lille, Toulouse, Lyon, Clermont-Ferrand, Bordeaux, Tours, Strasbourg, Nantes, Grenoble Alpes, Nice.

La recherche en psychiatrie se heurte à une difficulté liée au fait que si les CHU sont bien placés en terme de volume de production, seuls 10% des patients sont suivis dans les CHU. Un des enjeux consiste, pour la recherche en psychiatrie, à se rapprocher des lieux de prise en charge. Un cloisonnement persistant entre équipes de recherche et équipes de soins est observé. L'échelon régional est par ailleurs à quelques exceptions près (F2RSM en région Hauts de France et AFERPSY en Occitanie notamment) peu exploité et ce type d'initiatives mériterait d'être encouragé en lien avec les sociétés savantes et les associations de patients et de familles.

La coordination animée par le CNUP et la Conférence des présidents de CME de CHS est à ce titre facilitante.

D'autres ressources peuvent également être mobilisées :

- Les chercheurs (biologie santé, santé publique, Sciences humaines et sociales, etc.).
- Les praticiens hospitalo-universitaires (mais seulement 120 PUPH).
- Les praticiens hospitaliers (CHU CHG CHS), soit 6 500 PH.
- Les internes de psychiatrie (2 000)
- Les psychiatres des ESPIC et établissements privés (850)
- Les psychologues,
- Les infirmiers et cadres de santé,
- Les professionnels partenaires des structures médico-sociales et sociales
- Les directions d'établissement,
- Les EPST,
- Les sociétés savantes,
- Les associations de patients et de familles de patients.

Au total, le bilan apparaît contrasté, ce qui a conduit le groupe de travail à faire les propositions suivantes en termes d'activités pour 2019 :

- Compléter l'état des lieux sur différents volets (ressources humaines, formations existantes, ressources organisationnelles et financières) et identifier notamment les domaines de recherche « oubliés ».
- Réaliser un bilan des difficultés rencontrées pour faire émerger des projets de recherche puis les mettre en œuvre et enfin les diffuser, puis identifier les moyens permettant de les lever. Le dynamisme des acteurs doit en effet être préservé. A cet égard, Christine PASSERIEUX, également rapporteure du groupe de travail, souligne la capacité de mobilisation dont ont fait preuve les acteurs de la psychiatrie infanto-juvénile à l'occasion de l'appel à projets de recherche lancé dans le cadre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie (cf. attribution de 10 postes de chefs de clinique). Yvan HALIMI fait part du courrier de Marie-Rose MORO, qui n'a pu être présente à cette réunion, suite à l'attribution des 10 postes en 2018 et d'une certaine déception de la pédopsychiatrie suite à l'attribution des postes quasi-exclusivement ciblée sur les troubles du spectre de l'autisme.

Christian Muller insiste sur la nécessité de concrétiser désormais des actions en s'appuyant sur cette dynamique, faute de quoi les acteurs risquent de s'essouffler. Cet enjeu est d'autant plus fort que la recherche est un levier d'attractivité majeur pour les praticiens. Il convient de trouver

les moyens d'un minimum de structuration et à ce titre ne pas perdre de vue l'intérêt de se mettre dans le sillage du CNCR.

Discussions

Christian Muller souligne à nouveau l'importance de la dimension territoriale : psychiatrie comme recherche ne peuvent être « *hors sol* ». Martine LEFEBVRE témoigne de l'expérience de la F2RSM, née il y a 13 ans en région Nord-Pas de Calais d'une volonté commune des acteurs locaux et dont les universitaires régionaux ont compris tout l'intérêt. La fédération associe des acteurs d'horizons divers (public comme privé, CHG comme EPSM, pluri-professionnelle, etc.). Elle fonctionne grâce à leurs cotisations). Cette structuration facilite le lien avec la recherche fondamentale et donne accès à des bases de données plus larges (travail sur certaines données du Conseil régional de l'Ordre par exemple).

Pascal MARIOTTI insiste sur le caractère essentiel de la démarche pour l'évolution de la discipline et toute l'importance de la mobilisation des universitaires pour lancer le mouvement et le déployer. Il souligne également la nécessité de penser l'articulation entre les CHU et les CHS sur cette question. Il note en effet que les régions où la dynamique a du mal à s'installer sont celles où hospitalo-universitaires et non hospitalo-universitaires ne se sont pas coordonnés. Il considère que, dans le cadre de la mise en œuvre des GHT, l'articulation entre les deux types d'établissements devrait constituer un point obligatoire des PMP. Il indique enfin que les modalités de financement de la recherche et sa part dans le futur modèle de financement tel qu'il a été présenté à ce stade interroge.

Maurice BENSOUSSAN note une démarche très hospitalo-centrée. Les projets de recherche en ambulatoire sont également à penser et à structurer. De ce point de vue, il suggère de s'inspirer des démarches menées concernant la médecine générale.

7. Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Pascal MARIOTTI-Christian MULLER-Vincent RUOL) (cf. présentation jointe).

Thierry KURTH rappelle en préambule le cadre de cette action inscrite dans la STSS.

Pascal MARIOTTI présente ensuite les grandes lignes d'une note validée par le Conseil d'administration de l'ADESM qui pourra être diffusée au comité de pilotage.

Ces propositions s'inscrivent dans une double logique de promotion de la santé publique et de modernisation de l'offre de soin des établissements autorisés en psychiatrie et croisent plusieurs approches : par population à risque, par nature et objectif des soins et de prises en charge, par pathologies ou nature des troubles, par logique clinique de prise en charge dont l'accès devrait être développé, et enfin par objectifs d'implémentation de la prévention et du parcours.

Celles-ci ont conduit à identifier 5 axes d'innovations organisationnelles pour 2019 :

- Axe 1 : articulation de la psychiatrie communautaire sectorisée aux CPTS et modèle/processus d'organisation, d'interface et de coopération entre la psychiatrie et les médecins généralistes et autres acteurs de soin dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux avec une extension prévue aux enfants et aux adolescents.

- Axe 2 : modèle(s) de dépistage et de soins précoces des psychoses émergentes des adolescents et des jeunes adultes.
- Axe 3 : actualisation du modèle de prise en charge en périnatalité (dont ante natal) et extension à la parentalité.
- Axe 4 : modèle, organisation et processus de diffusion et de généralisation de la RPS et de la remédiation cognitive dans les dispositifs extra hospitaliers et ambulatoires, incluant la psycho - éducation et l'appui sur la ressource patient et la pair- aide dans la logique du rétablissement.
- Axe 5 : soins intensifs en situation de crise ou de post - crise ou de post - urgence, sur plateau ambulatoire et au domicile

La démarche proposée s'appuie sur la constitution d'un réseau national d'établissements autorisés en psychiatrie volontaires, sous forme de communauté de pratiques, afin d'investiguer en commun puis d'expérimenter certains axes de transformation. Ces établissements pourraient bénéficier d'un accompagnement par l'ANAP et la HAS en phase de définition /expérimentation /évaluation.

Selon la nature du projet ou programme, un financement mixant crédits pérennes et crédits d'amorçage pourrait être attribué.

Christian Muller alerte sur le caractère contre-productif de l'émiettement des crédits du fonds d'innovation et suggère de centrer l'effort sur quelques sujets prioritaires. Il évoque notamment les sujets de la territorialité, de la pédopsychiatrie, de la périnatalité et de la protection de l'enfance, des droits des patients, ou encore de la gestion de l'urgence.

Vincent Ruol (ARS ARA) souligne l'effet d'entraînement que sont susceptibles d'avoir les PTSM. Il mentionne par ailleurs la pédopsychiatrie ou encore la prévention du suicide comme axes possibles d'innovation organisationnelle.

Discussions

- Olivier DREVON estime que la logique du fonds doit rester une logique d'innovation, qui se rapproche de la logique de l'article 51 de la LFSS 2018 (certaines des expériences citées lors des échanges, type VIGILANS, ont dépassé ce stade). Le soutien devrait être apporté à des projets mobilisant plusieurs acteurs, promouvant une approche non exclusivement hospitalo-centrée. Il suggère une approche qui émane des territoires et non du national.
- Thomas DEROCHE souligne l'intérêt de ces premiers échanges et indique que les travaux seront poursuivis sur ce sujet, en lien avec les acteurs, dans l'objectif d'une mise en œuvre en 2019. Les projets soutenus devront être en adéquation avec les orientations de la STSS (une psychiatrie ouverte vers la ville et le médico-social notamment). Les projets bénéficieront d'un accompagnement financier mais également méthodologique (ANAP et HAS). Il confirme une volonté partagée d'éviter l'émiettement des crédits du fonds mais aussi d'avoir un cadrage fort des projets retenus en termes de priorisation, de calendrier de mise en œuvre et d'évaluation. La gouvernance de la démarche est à ce stade encore en discussion (gouvernance nationale ou non).

8. Présentation des travaux du groupe de travail « Addictologie et psychiatrie » par Amine BENYAMINA et Georges BROUSSE (cf. présentation jointe)

Amine Benyamina rappelle les données relatives à la prévalence ainsi que les caractéristiques et les impacts de ces pathologies duelles, notion à laquelle s'est référé le groupe de travail (en référence aux collègues espagnols travaillant sur ces mêmes problématiques). Il souligne la combinaison d'une pathologie psychiatrique et d'une addiction dans laquelle, les comorbidités ne doivent pas être négligées (cf. Hépatite C notamment). Ces caractéristiques en font des pathologies complexes et multifformes. Une étude de Casas de 2014 met ainsi en évidence l'apparition de nombreux processus synergiques morbides, avec modification des symptômes, diminution de l'efficacité des traitements, et aggravation et chronicisation de leur évolution. On note également une évolution en matière de consommation depuis les années 70 avec notamment chez les jeunes des poly-consommations courantes.

Le groupe de travail s'est appuyé sur une approche transversale au long cours, multidisciplinaire centrée sur le patient associant acteurs du sanitaire, tant hospitaliers qu'ambulatoires ainsi que du médico-social, fondée sur la réduction des risques et des dommages et prônant un accès aux soins en multi-entrée (sortir du fantasme de la guérison et du mythe de l'abstinence pour aller vers la notion de rétablissement). Il évoque les travaux en cours notamment par le Pr Olivier Cottencin dans le cadre du Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale. Deux expériences, celles de Lille et de Clermont-Ferrand (dispositifs intégrés psychiatrie/addictologie de niveau III, s'appuyant notamment sur des équipes de liaison intra-muros et territoriales - lien précarité en particulier-, en lien avec les CSAPA et CAARUD, RCP cas complexes pathologies duelles...) ont guidé les échanges du groupe de travail pour dresser ses constats et élaborer des recommandations afin de répondre aux enjeux suivants : amélioration de la prévention, du dépistage, coordination des parcours, formation et universitarisation (recherche, enseignement, coordination).

Face à ces enjeux, on note s'agissant des pathologies duelles, un défaut/retard de diagnostic :

- Les services d'addictologie de ville sont le plus souvent issus de la médecine générale (CHG, Ville), peu formée à la psychiatrie.
- Les psychiatres comme les équipes de psychiatrie restent peu formés en addictologie et à certaines prises en charge (TCC, remédiation, etc.) et peu sensibilisés à la notion de pathologie duelle. Les problématiques addictives (y compris le tabac) ne sont pas prioritaires.
- Un manque d'intervenants est observé de part et d'autre : pas de psychiatres en CSAPA, pas ou peu d'équipes d'addictologie en hôpital psychiatrique.
- Les systèmes de soins sont insuffisamment articulés (articulation CMP/CSAPA ou CSAPA /Hôpital souvent inexistante, une médecine de ville « isolée », des urgences trop fréquemment en recours, quasi absence de dispositifs intégrés, ...).

Georges Brousse indique que ces constats ont amené le groupe de travail à faire 3 grandes catégories de propositions sur les modalités desquelles il propose de travailler en 2019 :

- L'amélioration de la formation des acteurs : intégration d'un stage obligatoire en addictologie dans la Formation Spécialisée Transversale (FST) de psychiatrie, accueil des internes DES FST en CSAPA, évolution de la formation d'addictologie s'agissant des traitements médicamenteux et

de la psychothérapie et plus globalement de la psychiatrie et des pathologies duelles, formation des IPA aux pathologies duelles, développement des DU et DIU « pathologies duelles ».

- Le développement de dispositifs améliorant le parcours de soins dans une logique de rétablissement (équipes mobiles du type des équipes mobiles psychiatrie précarité mais avec un lien plus fort avec les ELSA, case managers pathologies duelles, etc.), notamment en post-hospitalisation.
- L'émergence de centres experts référents en clinique, enseignement et recherche en pathologie duelle.

Discussions

- Un cloisonnement jugé contre-productif.
- Un témoignage de co-construction par ailleurs fortement articulée avec les CSAPA et le médico-social autour du parcours des patients associant CHU / CH du Vinatier/ Centre ambulatoire privé dans un fonctionnement très intriqué (mise à disposition d'un interne par le Centre hospitalier du Vinatier, temps partagés de médecins, formation). Cette initiative sur l'agglomération lyonnaise existe depuis un an et demi et a une file active de 250 personnes.
- Le développement des patients experts en addictologie.
- Une action à mener auprès de l'industrie pharmaceutique (essais cliniques notamment) en s'inspirant de la démarche menée par les psychiatres addictologues américains.
- Le point central de l'intrication des pathologies et de la variabilité des tableaux cliniques à appréhender aussi sous le prisme des addictions et des lieux de l'addiction avec en particulier un regard spécifique à porter sur les établissements pénitentiaires et la question de la substitution.
- La question du mode de financement multiple selon les modes de prise en charge (T2A, DAF PSY, ONDAM médico-social) jugée par certains membres du COPIL comme une source de complexité, voire un frein aux innovations. T. DEROCHE indique que la psychiatrie doit s'inscrire dans le même mouvement que les autres disciplines et que le mode de financement retenu pour la psychiatrie doit laisser une place aux dynamiques et initiatives innovantes.

9. Présentation d'un projet d'expérimentation d'une plateforme territoriale de pairs ressources par Pascal MARIOTTI et Claude FINKELSTEIN (cf. présentation jointe)

Après avoir en préambule de leur intervention, rappelé le contexte et les effets bénéfiques des dispositifs de pair-aidance existants mais aussi leurs limites actuelles, Pascal MARIOTTI et Claude FINKELSTEIN présentent l'expérimentation initiée en région Auvergne-Rhône Alpes, projet qui tire les enseignements d'expériences voisines en France (médiateurs santé pairs et GEM notamment) et à l'étranger (Québec et Hollande) et qui vient encore élargir la palette des possibles.

L'expérimentation (inspirée d'une plateforme situations complexes) consiste à créer une plateforme de pairs ressources en interface avec tous les acteurs du territoire.

La plateforme est ainsi composée de pairs ressources, salariés et formés (15 places et 50 candidats). Ceux-ci sont engagés dans un processus continu de formation (organisation sur Lyon d'une nouvelle formation de 1^{er} niveau de 80h avec 15 places, qui a fait l'objet de 50 candidatures spontanées), de professionnalisation et d'accompagnement, de type supervision. Ils ont un lien fonctionnel et non hiérarchique avec les services qui les sollicitent. Leur profil est varié. Il s'agit néanmoins avant tout de personnes rétablies, porteuses d'expériences, y compris

professionnelles, utiles à l'accompagnement des bénéficiaires. Ce vivier de pairs constitue une ressource pour l'ensemble des acteurs du parcours et un pool d'interlocuteurs pour les professionnels, associations, établissements sanitaires comme médico-sociaux, aidants et personnes concernées du territoire. Le modèle économique de la plateforme a été travaillé en lien avec la référente FIPH du Vinatier (cf. obligation de tout employeur public occupant au moins 20 agents à temps plein ou leur équivalent d'employer, à temps plein ou à temps partiel, des personnes en situation de handicap dans la proportion de 6 % de l'effectif total des agents rémunérés - article L.323-2 du code du travail). La plateforme s'appuie sur une logique territoriale axée sur le parcours des personnes. Son positionnement est transverse avec un abord résolument santé mentale, un positionnement hors des établissements, au plus près des lieux de vie dans la cité. La volonté des porteurs est d'inscrire cette expérimentation dans la logique des PTSM.

Un sondage a été réalisé auprès d'une dizaine de territoires et établissements de 3 à 4 régions différentes, ciblés sur la maturité de leur PTSM et leur approche du rétablissement et de la pair-aidance. Ceux-ci ont confirmé leur intérêt pour la démarche.

Un contrat de définition sur 6 mois (recherche financement en cours) est nécessaire avant le lancement de l'expérimentation. L'objectif est d'obtenir la possibilité de démarrer à l'été 2019. Le modèle validé ferait ensuite l'objet d'une expérimentation sur 3 ans avec un processus d'évaluation annuelle.

Discussion

L'ensemble des membres du COPIL jugent cette expérience très intéressante. Beatrice BORREL souligne tout l'intérêt de ce dispositif qui permet d'élargir la palette de réponses. Elle insiste néanmoins sur le fait que tous les patients ne peuvent pas y entrer et qu'il convient d'être clair sur ce qui est attendu du dispositif pour ne pas mettre en difficulté les pairs ressources. Il convient notamment de bien distinguer GEM et dispositif de Pair Ressources. Christine PASSERIEUX se dit impressionnée par la maturation du dispositif après un an et demi. Elle souligne, comme Jacques BORGY et Gilles MOULLEC, sa capacité notamment à dépasser certaines limites du dispositif actuel de médiateurs santé pairs (cf. notamment la différenciation plateforme /établissements utilisateurs). Les participants souhaitent que ce dispositif fasse partie des priorités 2019 du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie.

10. Présentation des travaux du groupe de travail « Psychiatrie de la personne âgée » - Cyril HAZIF-THOMAS et Jean ROCHE (cf. présentation jointe)

Les propositions du groupe de travail pluriel réuni dans le cadre du COPIL Psychiatrie se sont appuyées sur les constats suivantes :

- La problématique de l'accessibilité aux soins des personnes âgées souffrant de troubles mentaux est une problématique centrale : seules 10% bénéficient de soins spécialisés. Par ailleurs, une personne sur quatre décédée suite à une tentative de suicide a plus de 65 ans.
- La nécessité d'apporter une réponse à deux types de publics : les personnes avec des troubles psychiatriques préexistants qui avancent en âge (augmentation de l'espérance de vie des patients atteints de troubles psychiques, co-morbidités fréquentes, besoins spécifiques...) ; des personnes avec des troubles psychiatriques de novo (cf. déstabilisation liées aux effets

psychiques du vieillissement ou de maladies -baisse d'autonomie...-, intrication avec les troubles neurocognitifs).

- Une structuration actuelle des dispositifs peu adaptée pour traiter les problèmes somatiques et psychiatriques de façon concomitante, d'où un certain nombre d'allers et retours de ces patients qui génèrent des ruptures.

Le groupe a souhaité ne pas reproduire l'expérience du plan Alzheimer 2008-2012, qui avait très peu abordé la psychiatrie du sujet âgé, et a construit ses propositions en les mettant en perspective et au regard de divers travaux récents ou en cours, notamment :

- Les travaux de la Mission Grand âge et Autonomie ;
- La loi d'adaptation de la société au vieillissement ;
- La STSS ;
- La mise en place des PTSM ;
- La loi ELAN (cf. problématique de l'habitat) ;
- Les travaux de la DGS s'agissant de la prévention du suicide (module spécifique).

Ses propositions portent sur :

- La structuration de l'offre de soins en trois échelons identifiables pour les usagers et le médecin généraliste qui sont développés dans le diaporama annexé au présent compte-rendu : un échelon 1 de proximité (temps dédié IDE PPA, en lien avec un praticien psychiatre référent médical PPA identifiable dans chaque CMP et développant notamment un axe prévention) ; un échelon 2 lieu de soins, de concertation et d'orientation (missions possibles d'une équipe mobile intersectorielle/interprofessionnelle de psychiatrie de la personne âgée) ; un échelon 3 avec un centre ressources régional.
- La promotion de la formation en PPA et de l'inter professionnalité et notamment : assurer une attractivité du métier des psychiatres de la PA (cf. nouveau DES et notamment nécessité notamment de trouver des terrains de stage pertinents), développer l'existant et notamment ne pas restreindre les ASG aux unités Alzheimer, besoin de formation des gestionnaires de cas MAIA aux troubles PPA, développer également la formation des professionnels de l'amont, favoriser l'émergence de nouveaux profils professionnels, promouvoir la formation en lien avec les associations de familles.
- Les lieux de vie : transformation de petites unités de vie protégées en EHPAD, pour des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ; réflexions à plus long terme à mener sur un habitat adapté dans la cité permettant la mixité intergénérationnelle pour limiter la stigmatisation de la vieillesse et l'entrée trop rapide en institution ; réflexion sur la dimension architecturale à intégrer (architecture des bâtiments à réfléchir dans l'environnement de services de proximité nécessaires à la personne âgée) ; intérêt des nouvelles formes d'habitat participatif à expertiser davantage à ce stade.

Discussion

Thomas DEROCHE souligne les marges de progression importantes en termes de qualité des soins apportées à ce public. Il confirme que les chantiers menés sur le champ du vieillissement et des maladies chroniques sont très structurants et viennent impacter la psychiatrie. On retrouve comme au début de la journée sur ce sujet de la psychiatrie de la personne âgée des enjeux forts en termes de proximité.

Pascal MARIOTTI souligne la richesse de cette présentation susceptible de guider de nombreux travaux à venir. Il signale un modèle similaire développé en ARA sur la base de trois échelons.

Il observe que les PTSM de 1^{ère} génération sont très axés sur les jeunes adultes et qu'il n'a pas toujours été simple de faire une place aux jeunes enfants et aux personnes âgées.

Jean-Louis SENON suggère de saisir la HAS pour développer des RBPP spécifiques sur les pratiques de contention en établissements pour personnes âgées. Il regrette que les EHPAD ne rentrent pas dans le champ de compétence du CGLPL.

11. Point d'information sur la mise en œuvre du plan d'actions pour la réduction du recours aux soins sans consentement et les mesures de contention et d'isolement par Jean-Louis SENON et Michel TRIANTAFYLLOU (cf. présentation jointe)

Après avoir rappelé le cadre des travaux, Jean-Louis SENON et Michel TRIANTAFYLLOU font un retour aux membres du COPIL sur les démarches de sensibilisation initiées en région en lien avec le plan d'action présenté le 6 juin 2018 au COPIL Psychiatrie, comportant notamment les deux axes suivants :

- Les séminaires régionaux des présidents de CME (CHS, CHG et CHU) en lien avec les ARS et les CDSP, qui sont l'occasion de comparer les pratiques établissement par établissement, d'échanger sur les modalités d'organisation des soins permettant une réduction déterminée de l'isolement et de la contention prenant en compte les spécificités des populations desservies et de rappeler les outils développés par la HAS pour répondre aux situations de violence dans les services de psychiatrie.
- L'accompagnement de quelques établissements prêts à s'engager immédiatement dans une politique de réduction déterminée de l'isolement / Contention, dans la suite des séminaires régionaux.

Ces deux types d'actions sont conjuguées selon des modalités spécifiques pour chaque région. Présidents de CME, ARS, CDSP ainsi que thésards et internes en sont les partenaires privilégiés.

Une première vague de séminaires régionaux et d'actions d'accompagnement des actions de réduction en établissements a été réalisée en 2018 en régions Nouvelle Aquitaine avec un volontarisme fort de l'ARS (cf. nombre d'établissements engagés dans la démarche et nombre de thèses (5) soutenues sur le sujet), Normandie, Grand-Est, Hauts-de-France, Occitanie et PACA. Une seconde vague d'accompagnement et de lancement des actions de réduction dans de nouveaux établissements est prévue en 2019 en régions ARA, Bretagne et Pays-de-Loire. La démarche continue à se déployer en régions PACA et Hauts-de-France.

Jean-Louis SENON et Michel TRIANTAFYLLOU soulignent que ces démarches permettent aux participants d'être attentifs à certaines pratiques et d'engager une démarche d'évolution de celles-ci (cf. pratiques d'isolement et de contention en hospitalisation libre notamment).

Après avoir rappelé les données chiffrées disponibles, dont la fiabilité pose question, ils présentent les principaux enseignements issus de thèses et/ou de projets de recherche (projet de recherche piloté par la FERREPSy notamment), dont les données leur semblent plus riches. Celles-ci montrent, de façon concordante, un recours croissant dans le temps aux Isoc, dont témoignent également certains membres du COPIL, une augmentation de la durée de séjour en isolement et un lien inversement proportionnel entre présence médicale ou organisation de réunions de synthèse des équipes et recours à la contention. Ils soulignent que ces questions suscitent des débats parfois très vifs en région.

Outre la poursuite de la démarche de sensibilisation et d'appui des équipes, il conviendra lors de la prochaine étape de structurer l'observatoire national des SSC et IsoC, afin d'une part de disposer d'un chiffrage précis et fiable (les modalités de recueil des données devront être retravaillées avec l'ATIH), d'autre part d'évaluer sur la base de ces indicateurs la mise en place des actions concrètes permettant d'aboutir à une réduction déterminée des pratiques d'IsoC et des SSC (SPI et SPU en particulier).

Christine PASSERIEUX replace la question des SSC et CI dans le cadre plus large du parcours du patient. Elle constate pour sa part également un lien fort entre leur augmentation et la difficulté à assurer dans certains secteurs la continuité des soins en ambulatoire, du fait d'un grand nombre de départs de psychiatres hospitaliers (elle cite l'exemple des rechutes qui étaient auparavant gérées en ambulatoire avec tout un travail également d'anticipation des hospitalisations pour éviter les hospitalisations non programmées, ce qui n'est désormais plus possible suite à ces départs).

Michel DAVID pointe la nécessité de mettre en place un groupe de travail conjoint Santé - Justice sur l'expertise psychiatrique et d'élargir la question à la problématique de l'expertise médico-légale en établissement de santé.

Patrick RISSELIN (SG-MAS) annonce à la fin du COFIL la tenue d'une réunion du Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie le 24 janvier 2019 de 11h à 13h.

Le docteur HALIMI clôt la réunion en précisant que l'ensemble de ces chantiers, majeurs pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de notre dispositif de soins et de prévention, seront menés en intégrant les observations des membres du Comité de Pilotage qu'il remercie d'avoir enrichi par leurs contributions les travaux des groupes de travail présentés aujourd'hui.