

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DU VAL D'OISE

Décembre 2020

SOMMAIRE

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ	6
INTRODUCTION	7
PARTIE 1. MÉTHODOLOGIE DE RÉALISATION DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ EN SANTÉ MENTALE DU VAL D'OISE.....	9
I. ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE	9
II. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC.....	9
1. Mobilisation des acteurs et mise en place des groupes de travail	9
2. Profil des pilotes et composition des groupes de travail.....	10
3. Méthodologie de travail des groupes	12
4. Les questionnaires et la plateforme numérique participative	13
5. Recours à un prestataire pour la structuration et la rédaction du diagnostic.....	13
III. ORGANISATION DE LA PRÉSENTATION DU DIAGNOSTIC	13
PARTIE 2. CONTEXTE : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE DU VAL D'OISE	15
I. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES	15
1. Indicateurs populationnels	15
2. Indicateurs de précarité	16
3. Indicateur de développement humain (IDH-2)	19
II. INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN SANTÉ MENTALE	20
1. Consommations de médicaments.....	20
2. Données sur les tentatives de suicide et les décès	20
3. Soins sans consentement.....	21
PARTIE 3. DONNÉES SUR L'OFFRE EN SANTÉ MENTALE DANS LE VAL D'OISE	23
I. OFFRE DE VILLE POUVANT INTERVENIR EN SANTÉ MENTALE	23
1. Les médecins généralistes	23
2. Les psychologues	24
II. OFFRE SANITAIRE EN PSYCHIATRIE.....	25
1. Démographie médicale des psychiatres	25
2. Offre sanitaire publique en psychiatrie.....	26
3. Offre privée et associative	35
III. OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN LIEN AVEC UN PUBLIC SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES.....	37

1. Offre médico-sociale enfants.....	37
2. Offre médico-sociale adultes	40
3. Offre médico-sociale personnes âgées	44
IV. OFFRE DE SOIN PSYCHIATRIQUE DÉDIÉE AUX PUBLICS SPÉCIFIQUES	45
1. Offre de soin en addictologie.....	45
2. Offre de soin pour les publics en grande précarité.....	46
3. Offre de soin pour les personnes sous-main de justice	46
4. Offre de soin pour les personnes souffrant de psycho traumatismes	47
5. Offre de soin pour les personnes migrantes	47
6. Offre de soin pour les victimes de violences conjugales	47
V. OFFRE EN COORDINATION DES PARCOURS ET DES ACTEURS.....	48
1. Coordination des parcours.....	48
2. Coordination des acteurs	49
VI. REPRÉSENTATION DES USAGERS ET DES FAMILLES	53
1. Associations.....	53
2. Dispositifs de pair aideance	53
PARTIE 4. FORCES ET FAIBLESSES DE L'OFFRE EN SANTÉ MENTALE, PRINCIPAUX POINTS DE RUPTURE IDENTIFIÉS ET AMÉLIORATIONS ENVISAGEABLES	54
I. AXE 1 – LE REPÉRAGE PRÉCOCE, L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC, AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS	54
1. Exposé de la problématique / périmètre de l'axe	54
2. Le repérage précoce et l'orientation	54
3. L'accès au diagnostic	57
4. L'accès aux soins en psychiatrie	59
5. L'accès aux accompagnements médico-sociaux au titre du handicap psychique.....	76
6. Objectifs d'amélioration envisagés pour l'axe 1	80
II. AXE 2 – LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTÉ SANS RUPTURE, EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES ET LEUR INCLUSION SOCIALE	82
1. Exposé de la problématique / périmètre de l'axe	82
2. L'organisation des parcours des personnes concernées.....	82
3. La coordination des acteurs des champs sanitaire, médico-social et social	85
4. Le soutien aux aidants et aux proches	88
5. Objectifs d'amélioration envisagés pour l'axe 2	91
III. AXE 3 – L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES.....	92

1.	Exposé de la problématique / périmètre de l'axe	92
2.	L'accès aux soins somatiques en ville pour les personnes suivies de troubles psychiques	92
3.	L'accès aux soins somatiques au cours de l'hospitalisation psychiatrique et à la sortie	97
4.	Précarité et accès aux soins somatiques	98
5.	Objectifs d'amélioration envisagés pour l'axe 3	99
IV.	AXE 4 – LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE	100
1.	Exposé de la problématique / périmètre de l'axe	100
2.	La réponse aux situations de crise.....	100
3.	La coordination des acteurs de la réponse aux urgences psychiatriques	103
4.	La prévention de la récurrence suicidaire et le suivi post urgence.....	105
5.	Objectifs d'amélioration envisagés pour l'axe 4	106
V.	AXE 6 – L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ MENTALE	107
1.	Exposé de la problématique / périmètre de l'axe	107
2.	La prévention dans le milieu éducatif scolaire et extra-scolaire	107
3.	La prévention de la souffrance psychique au travail	110
4.	La prévention 3.0	112
5.	Objectifs d'amélioration envisagés pour l'axe 6	114
	FEUILLE DE ROUTE 2020 -2025	116
	INTRODUCTION	117
	PRÉCISIONS SUR LA PRÉSENTATION	118
I.	MÉTHODOLOGIE DE RÉALISATION DE LA FEUILLE DE ROUTE.....	119
1.	Cadrage de la démarche	119
2.	Stabilisation des éléments issus des travaux de diagnostic	120
3.	1 ^{ère} session de travail des groupes : priorisation des actions.....	121
4.	2 ^{ème} session de travail des groupes : déclinaison opérationnelle des actions prioritaires.....	122
5.	Finalisation et restitution de la feuille de route	122
II.	PRÉSENTATION DE LA FEUILLE DE ROUTE DU PTSM	123
1.	Axe 1 – Le repérage et l'accès aux soins psychiques	123
2.	Axe 2 – La prévention et gestion des situations de crise et des situations d'urgence	125
3.	Axe 3 – Les parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	126
4.	Axe 4 – La coordination des acteurs de soins ville – hôpital	128

5. Axe 5 – Les actions sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale.....	128
III. FICHES ACTIONS.....	130
1. Le repérage et l'accès aux soins psychiques.....	130
2. La prévention la gestion des situations de crise et des situations d'urgence	147
3. Les parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	157
4. La coordination des acteurs de soins ville - hôpital	173
5. L'action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	176
ANNEXES	188
1. Lettre d'engagement au DG ARS	188
2. Lettre de retour du DG ARS	190
3. Liste des membres du Comité de pilotage du PTSM	192
4. Invitation à la journée de lancement du 7 juin 2018	193
5. Liste des participants aux groupes de travail du DTSM	194
6. Liste des participants aux groupes de travail d'élaboration de la feuille de route	203
7. Plans d'actions du PTSM avant priorisation	207
8. Synthèse des porteurs d'actions	212
9. Programme de la présentation du PTSM du 15 décembre 2020	215
10. Glossaire des principaux sigles utilisés	217

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DU VAL D'OISE

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

INTRODUCTION

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». La délimitation du champ de la santé mentale va donc au-delà de la maladie mentale.

Les pays européens (Commission Européenne de l'Union européenne et la Conférence ministérielle européenne de l'OMS) distinguent deux aspects de la santé mentale :

- La santé mentale « positive » : autonomie, bien-être conduisant à l'épanouissement personnel.
- La santé mentale « négative » qui regroupe deux formes :
 - D'une part, la détresse psychologique réactionnelle, induite par les situations éprouvantes et les difficultés existentielles. Elle correspond à la souffrance psychique réactionnelle.
 - D'autre part, les troubles mentaux et affections psychiatriques de durées variables, plus ou moins sévères et/ou handicapantes qui correspondent à la souffrance psychique pathologique.

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées par des problèmes de santé mentale à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, émane de la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé de janvier 2016 qui vise à remplacer la notion de territoire de santé par celle de territoire de démocratie sanitaire.

Le Projet Territorial de Santé Mentale est un nouveau dispositif de coordination qui a été précisé par un décret d'application publié en juillet 2017 et une circulaire ministérielle publiée en juin 2018.

La démarche du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) comprend trois phases :

- La réalisation du diagnostic territorial partagé avec tous les acteurs de la santé mentale.
- L'élaboration des actions du PTSM visant à répondre à ce diagnostic sur 5 années.
- La rédaction d'un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les acteurs de terrain. Il définit les missions, les engagements, les moyens et les modalités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PTSM.

Le diagnostic territorial partagé du PTSM doit être élaboré par l'ensemble des acteurs et des établissements des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, les politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale, les groupes d'entraide mutuelle car la politique de santé mentale est conçue comme une action globale qui 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, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne.

Le diagnostic territorial partagé doit identifier les problématiques, mais aussi les ressources possibles et les axes des actions à préconiser.

À côté des acteurs de terrain, les ARS sont en charge de l'animation de la démarche d'élaboration des PTSM, et doivent notamment veiller à ce que tous les acteurs concernés y soient associés.

Le PTSM tiendra compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précisera l'accès à des prises en charge aux modalités et techniques les plus actuelles et diversifiées, quels que soient les troubles psychiques concernés.

Le décret du 27 juillet 2017 fixe 6 priorités à traiter dans le cadre des PTSM :

- L'organisation des conditions du **repérage précoce** des troubles psychiques, et **l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico sociaux** ;
- L'organisation d'un **parcours de santé et de vie** de qualité et **sans rupture**, en vue du **rétablissement** et de **l'inclusion sociale** des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;
- L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des **soins somatiques adaptés** à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations **de crise et d'urgence**, en prévoyant notamment le suivi en fin d'hospitalisation, « au besoin par un accompagnement social ou médico-social » ;
- L'organisation des conditions du **respect et de la promotion des droits** des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur **pouvoir de décider** et d'agir et la **lutte contre la stigmatisation** de ces troubles ;
- L'organisation des conditions **d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale**.

La politique régionale d'Ile-de-France en santé mentale s'est fixée, au travers du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022, plusieurs axes prioritaires en matière de santé mentale :

- **Renforcer l'intégration de la santé mentale dans la cité**. Les projets territoriaux de santé mentale sont désignés comme un outil privilégié pour l'articulation des politiques publiques de santé, avec notamment celles de l'Éducation, de la Ville, du Logement, de l'Emploi, et de la Justice.
- **Améliorer les interventions précoces**.
- Penser les **parcours à partir du lieu de vie** des personnes.
- Faire de la **continuité de ces parcours** le premier critère d'évaluation des organisations et des pratiques.
- **Développer les pratiques de rétablissement** (réhabilitation psychosociale, parcours de proximité coordonné pour les personnes en situation de handicap psychique, etc.).

Le PTSM du Val d'Oise entend donc couvrir prioritairement les six axes prioritaires du décret du 27 juillet 2017, tout en prenant en compte les priorités régionales de l'ARS.

Ce diagnostic partagé en santé mentale dans le département du Val d'Oise présente en 1^{ère} partie la méthodologie de son élaboration et de sa rédaction, en 2^{ème} partie le territoire concerné et la typologie de ses habitants, et en 3^{ème} partie les principaux dispositifs et services existants pour répondre à la définition de la santé mentale telle que proposée par l'OMS.

La 4^{ème} partie présente les points de rupture dans le parcours de la personne, identifiés par les acteurs, et les orientations proposées pour effectivement améliorer la prise en charge de la santé mentale dans le Val d'Oise.

Ces travaux sont une première étape vers l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale du Val d'Oise.

PARTIE 1. MÉTHODOLOGIE DE RÉALISATION DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ EN SANTÉ MENTALE DU VAL D'OISE

I. ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE

La démarche d'élaboration du Diagnostic Territorial de Santé Mentale (DTSM) partagé a été initiée par le Conseil Territorial de Santé du Val d'Oise (CTS95) et sa Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM). Elle associe de nombreux participants, dont les profils renvoient à la typologie d'acteurs à associer à la démarche PTSM telle que définie dans l'instruction du 5 juin 2018.

Le 11 juillet 2018, un courrier adressé au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France lui fait part :

- De l'initiative prise par les acteurs du Val d'Oise pour l'élaboration du PTSM95 ;
- De la délimitation du territoire du PTSM au niveau départemental ;
- De la mobilisation des acteurs.

Aux côtés du président du CTS95 et de la délégation départementale de l'ARS, la CSSM s'est élargie en comité de pilotage (COPIL).

Le COPIL a désigné quatre de ses membres comme correspondants de l'Agence régionale de santé, chargés de rendre compte de la démarche du PTSM, conformément à l'article R.3224-2 du code de la santé publique :

- Dr Dominique CARAGE, Présidente de la Commission spécialisée santé mentale du CTS 95, bénévole de l'Union départementale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques-UNAFAM 95 ;
- Dr Christophe LAMISSE, Chef de pôle de psychiatrie et santé mentale-chef de département de psychiatrie générale du centre hospitalier d'Argenteuil, Président de la Commission départementale des soins psychiatriques du Val d'Oise ;
- Dr Anne ROZENCWAJG, Chef de Pôle, et chef de service de la psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier de Gonesse ;
- M Olivier SUFT, Directeur du site de la Clé pour l'autisme, Fondation John Bost.

II. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU DIAGNOSTIC

1. MOBILISATION DES ACTEURS ET MISE EN PLACE DES GROUPES DE TRAVAIL

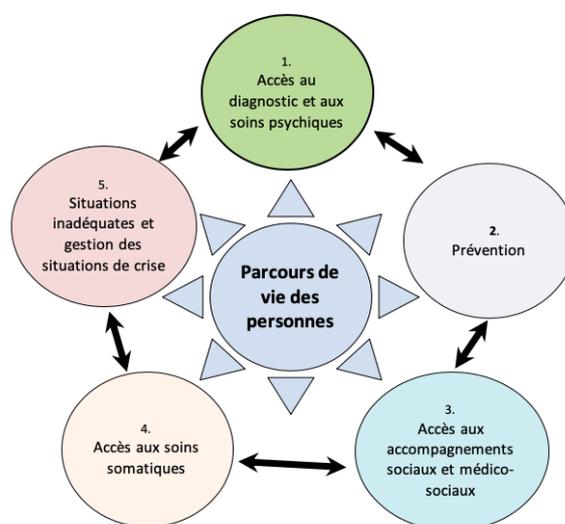
Une démarche de présentation du PTSM auprès des acteurs du territoire a été réalisée par la gouvernance du PTSM afin de faire connaître l'outil à un grand nombre d'acteurs (prises de contact téléphonique, temps de présentation sur sites et rencontres individuelles).

À la suite, **une séance de lancement de la démarche PTSM** s'est tenue le 7 juin 2018, mobilisant 233 acteurs du département.

Afin d'identifier les problématiques, d'analyser leurs causes et de définir les questions de santé mentale prioritaires et les leviers à activer pour les améliorer, la méthodologie retenue pour établir le diagnostic territorial partagé s'est inspirée de **la rosace de l'ANAP**, permettant de centrer la réflexion sur le parcours de vie des habitants du territoire et les échanges sur l'organisation des réponses apportées en matière d'offres et de coopérations.

5 groupes de travail ont été mis en place auxquels 233 personnes ont participé :

- Groupe 1 – Accès au diagnostic et aux soins psychiques
- Groupe 2 – Prévention
- Groupe 3 – Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- Groupe 4 – Accès aux soins somatiques
- Groupe 5 – Gestion des situations de crise et des situations inadéquates



Modèle de la Rosace des parcours de l'ANAP

2. PROFIL DES PILOTES ET COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

Dans chaque groupe, des participants représentant le public de l'enfance, des adultes et des personnes âgées ont été mobilisés dans différents champs :

- Des représentants des personnes (usagers, représentants d'usagers) et des familles
- Des acteurs sanitaires des établissements de santé publics et privés
 - o De la psychiatrie infanto-juvénile
 - o De la psychiatrie adulte
 - o Des services de maternité
 - o Des services de pédiatrie
- Des acteurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux handicap et personnes âgées
- Des acteurs de l'Éducation nationale
- Des acteurs du champ de la lutte contre les addictions
- Des acteurs de lutte contre la précarité et l'exclusion : associations, CCAS...
- Des acteurs du champ de l'emploi : Mission locale...
- Des acteurs des services de tutelles
- Des acteurs de la protection de l'enfance : PJJ, ASE...
- Des acteurs du Conseil départemental : MDPH, PMI, Directions métiers de l'offre handicap et personnes âgées
- Des acteurs représentant les CLS, les CLSM

- Des acteurs de la Délégation départementale de l'ARS
- Des acteurs des services de l'État
- Des acteurs des collectivités territoriales : communes et communautés d'agglomérations

Les professionnels de santé libéraux, en raison de leurs horaires et charge de travail, ont été les plus difficiles à mobiliser dans le travail de groupe. Néanmoins leur point de vue a été recueilli par un questionnaire en ligne largement diffusé dans le département.

a. Groupe 1 – Accès au diagnostic et aux soins psychiques

➤ Un pilote et 5 copilotes

Dr Anne ROZENCWAJG Pilote du groupe 1	Chef de Pôle Chef de Service Psychiatrie infanto-juvénile, CH de Gonesse
Dr Béatrice MISCOPEIN Copilote sous-groupe périnatalité	Praticien Hospitalier Psychiatrie infanto-juvénile, CH de Gonesse
Dr Sophie STEIN Copilote sous-groupe enfants	Praticien Hospitalier Psychiatrie infanto-juvénile, CH de Gonesse
Dr Jérôme PRADERE Copilote sous-groupe adolescents	Chef de service-adjoint Service universitaire, CH Argenteuil
Dr Christophe LAMISSE Copilote sous-groupe adultes	Chef de Pôle Chef de Département de Psychiatrie Générale, CH Argenteuil
Dr Naima BOUKHALFA Copilote sous-groupe expertises	Praticien Hospitalier Psychiatrie infanto-juvénile- CH Argenteuil

- 85 participants
- Lieu de réunion : service de pédopsychiatrie, Centre hospitalier de Gonesse
- Une relecture des travaux par tous les chefs de service.

b. Groupe 2 – Prévention

➤ 2 copilotes + 3 animateurs

Michèle FOINANT	Directrice de la Fondation Chaptal-Sarcelles
Fabienne LANGLOIS	Coordinatrice des programmes ETP à la Fondation Chaptal-Sarcelles

- 3 animateurs : Christophe JAURAND (GT1&3), Franck CLUZEL (GT2), Françoise MANDART (GT2)
- 32 participants
- Lieu de réunion : Fondation Chaptal-Sarcelles

c. Groupe 3 – Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

➤ 2 copilotes

Sophie MELAN	Pilote de la MAIA Val d'Oise Sud Responsable de l'équipe de gestion de cas
Audrey GUGLIELMI	Adjointe au chef de service Évaluation Responsable du pôle social MDPH 95

- 66 participants
- Questionnaire : 125 répondants dont 27 usagers ou proches
- Lieu de réunion : MDPH Cergy-Pontoise

d. Groupe 4 – Accès aux soins somatiques

- 1 pilote

Dr Marie PENICAUD	Médecin généraliste et responsable médical des centres de santé d'Argenteuil.
-------------------	---

- 17 participants
- Lieu de réunion : Centre hospitalier d'Argenteuil

e. Groupe 5 – Gestion des situations de crise et des situations inadéquates

- 2 copilotes

Dr Dominique CARAGE	Médecin addictologue Membre de l'UNAFAM 95 Présidente de la Commission Spécialisée Santé Mentale du CTS
Dr Patricia ESCOBEDO	Médecin-SOS-Médecins Présidente du Conseil départemental de l'Ordre des médecins

- 38 participants
- Questionnaire : 142 répondants dont 114 professionnels et 28 usagers ou proches
- Lieu de réunion : Conseil de l'Ordre des Médecins, Soisy-sous-Montmorency

3. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL DES GROUPES

Chacun des groupes s'est réuni entre deux et quatre fois octobre 2018 à avril 2019, selon le même plan de travail :

- **Séance 1** – Présentation des participants et de leur institution. Recueil des points de vue individuels sur les points forts et les points faibles concernant la thématique.
- **Séance 2** – Réflexion sur les problématiques principales, synthétisées à partir de la séance 1.

- **Séance 3** – Réflexion sur des pistes d'actions répondant aux problématiques traitées, à partir du plan d'action santé mentale du PRS2 IDF et de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie nationale.

Chaque pilote de groupe a restitué le contenu des échanges sous forme de compte rendu, consultable et amendable par l'ensemble des participants des groupes de travail.

4. LES QUESTIONNAIRES ET LA PLATEFORME NUMÉRIQUE PARTICIPATIVE

Afin de favoriser la plus large participation des professionnels et des usagers du département, le Comité de pilotage a proposé et validé la diffusion en ligne d'un questionnaire permettant une collaboration, à distance des groupes de travail.

L'enquête départementale, élaborée sur la base des 5 thématiques de travail, a obtenu 689 connexions dont 556 professionnels et 133 usagers ou proches. Tous les secteurs qui ont vocation à intervenir dans le parcours en santé mentale de la personne ont été sollicités, et malgré la densité des questions près de 200 questionnaires ont été complètement renseignés :

- 40 personnes en tant qu'usagers et représentants d'usagers ou proches.
- 30 professionnels du secteur sanitaire sur les 90 connectés ont terminé le questionnaire.
- Le secteur médico-social a été le plus contributif.

Chaque groupe de travail a pu s'appuyer sur les réponses des acteurs ne pouvant se mobiliser en présentiel.

5. RECOURS À UN PRESTATAIRE POUR LA STRUCTURATION ET LA RÉDACTION DU DIAGNOSTIC

Le cabinet Acsantis, spécialisé en organisation territoriale des soins, a été mandaté en janvier 2020 par le COFIL afin de structurer et rédiger le diagnostic à partir des comptes rendus du travail des groupes, de l'exploitation des questionnaires, et de données quantitatives fournies par la Délégation départementale de l'ARS.

Un cadrage avec le Dr CARAGE, pilote du PTSM, le Dr KERVADEC, médecin conseil à la DD95 de l'ARS, et Mr LAVIGNE, référent santé mentale de la DD95 de l'ARS, a été réalisé en début de mission afin d'assurer la continuité de la démarche.

III. ORGANISATION DE LA PRÉSENTATION DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic est présenté en trois parties :

- La partie 2 donne à voir le **contexte socio-démographique** du département
- La partie 3 offre une **présentation quantitative et cartographiée des principales ressources** du territoire en santé mentale
- La partie 4 s'appuie sur le travail de réflexion autour des points forts et des points faibles de l'offre en santé mentale, réalisé par les acteurs du département. Il ne s'agit donc pas d'un recensement exhaustif de l'offre, mais d'une **restitution problématisée des principaux points de diagnostic identifiés**, qui constituera le socle des actions du PTSM.

La présentation de la partie 4 sera structurée non pas autour des thématiques retenues pour animer la réflexion des groupes de travail, mais autour des thématiques prioritaires fixées par le décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM. Ce choix répond à deux enjeux :

- Un **enjeu de lisibilité** du diagnostic : les réflexions des groupes ont parfois été redondantes, en raison de la porosité des thèmes, de la récurrence des problématiques de parcours, et de la mobilisation d'acteurs différents. La restructuration de la réflexion a permis d'éviter de restituer ces redites en fusionnant les propos des différents groupes sur certains thèmes.
- Un **enjeu de continuité** entre cette phase de diagnostic et la phase 2 de rédaction de la feuille de route du PTSM, qui pourra ainsi être structuré selon les enjeux fixés par le décret.

Néanmoins, les thématiques du décret et celles de la rosace de l'ANAP retenus pour guider les groupes de travail, sont très proches.

Le décret du 27 juillet 2017 fixe les 6 priorités suivantes :

- Axe 1 – L'organisation des conditions du **repérage précoce** des troubles psychiques, et **l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico sociaux** ;
- Axe 2 – L'organisation d'un **parcours de santé et de vie** de qualité et **sans rupture**, en vue du **rétablissement** et de **l'inclusion sociale** des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;
- Axe 3 – L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des **soins somatiques adaptés** à leurs besoins ;
- Axe 4 – L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations **de crise et d'urgence**, en prévoyant notamment le suivi en fin d'hospitalisation, « au besoin par un accompagnement social ou médico-social » ;
- Axe 5 – L'organisation des conditions du **respect et de la promotion des droits** des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur **pouvoir de décider** et d'agir et la **lutte contre la stigmatisation** de ces troubles ;
- Axe 6 – L'organisation des conditions **d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale**.

L'axe 5 portant sur la promotion des droits est le seul qui ne corresponde pas à un des groupes de travail.

Cependant, la thématique de la promotion des droits a été traitée en filigrane de chacun des groupes : elle était très présente dans la réflexion du groupe 1 sur l'accès aux soins par exemple, mais aussi dans celle du groupe 3 sur l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

Dans le groupe 3, le renforcement du pouvoir d'agir et la lutte contre la stigmatisation ont été également abordés à travers la prise de parole des usagers et des professionnels sur les notions d'individualisation des prises en charges, de refus de soin, de difficultés d'acceptation du handicap psychique par certains professionnels et par l'utilisateur lui-même, du manque de simplicité du langage professionnel, des difficultés d'accès à l'information pour les familles et usagers, avec des propositions d'actions.

De fait, afin d'éviter les redondances et pour plus de lisibilité, **nous restituerons les thématiques de l'axe 5 en filigrane des autres axes, et non dans un chapitre dédié.**

PARTIE 2. CONTEXTE : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU TERRITOIRE DU VAL D'OISE

Le Val d'Oise, situé au Nord de la région Ile-de-France, est un département contrasté sur les plans géographique et socio-économique regroupant d'une part à l'ouest et au nord de la francilienne une zone rurale et d'autre part des zones plus ou moins fortement urbanisées. Il existe des poches de pauvreté sur l'ensemble du département concentrant des indicateurs de santé défavorables et des risques environnementaux.

Le Val d'Oise est confronté, en matière de santé, à des inégalités territoriales accrues par une démographie médicale très en baisse et une accessibilité géographique aux services de santé contrastée.

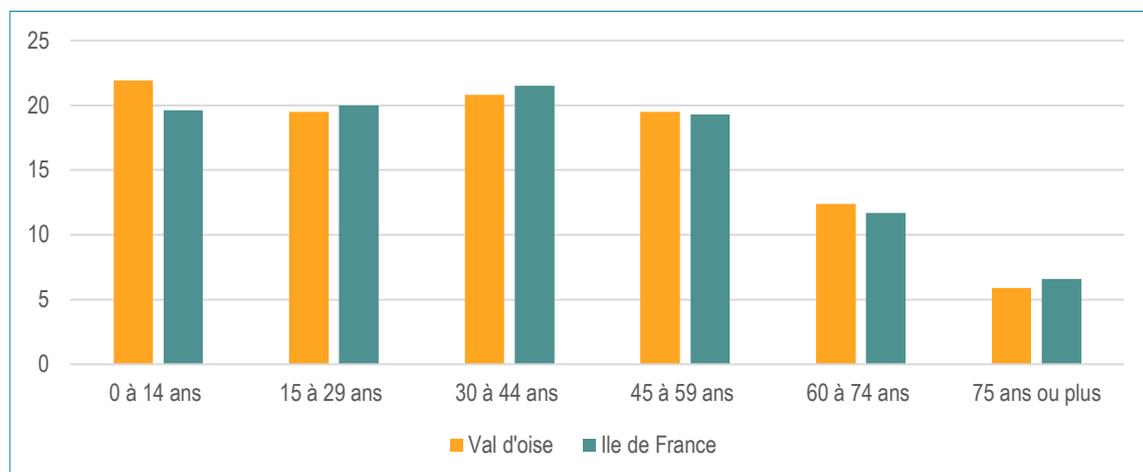
I. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

1. INDICATEURS POPULATIONNELS

Le département du Val d'Oise représente 10,8% de la population francilienne. Selon les données de l'Insee, ce territoire comptait 1 221 923 habitants en 2016, répartis sur 184 communes, soit une variation positive annuelle de la population de 0,7% entre 2011 et 2016 qui s'explique majoritairement par une variation du solde naturel positif (1,1%).

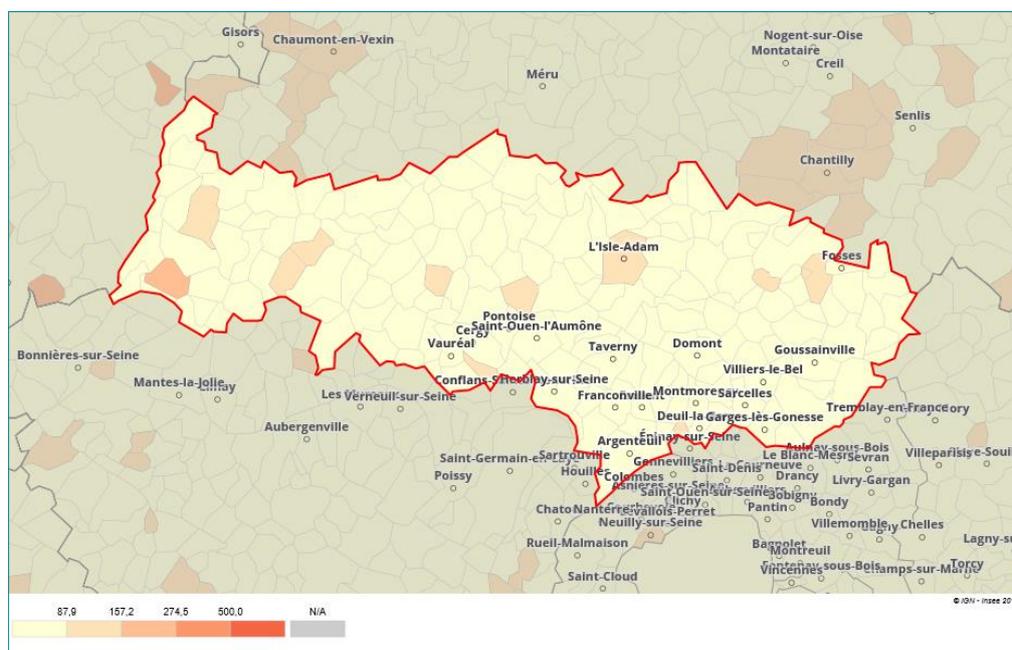
Durant cette période de référence, la part des moins de 15 ans et des plus de 60 ans a légèrement augmenté, passant respectivement de 21,6% en 2011 à 21,9% en 2016 pour les jeunes et de 16,7 à 18,3% pour les plus de 60 ans, soit une augmentation de 1,6 points de pourcentage. Le département du Val d'Oise compte 65 885 personnes âgées de 75 ans ou plus (764 344 à l'échelon régional avec un taux d'évolution prévisionnel de 29% entre 2010 et 2030). Selon les projections démographiques, le taux de personnes âgées de 75 ans et plus évoluerait de 43 % dans le département entre 2010 et 2030.

Cette évolution démographique témoigne d'un double phénomène présent dans le département, à savoir, un vieillissement croissant de la population face à une surreprésentation des jeunes de moins de 15 ans.



Graphique 1. Population du Val d'Oise par tranches d'âges. INSEE 2016

Cette situation se justifie par un indice de vieillissement relativement élevé, s'élevant à 45,8, valeur inférieure à la région (56,2) et au territoire national (78), s'expliquant par la présence accrue des moins de 15 ans. Néanmoins, d'une manière générale, la répartition de la population par classe d'âge du Val d'Oise correspond globalement à celle de la région Ile-de-France.



Carte 1. Indice de vieillissement de la population du Val d'Oise en 2016

2. INDICATEURS DE PRÉCARITÉ

La part de retraités était de 19.6% en 2016, celle de cadres et professions intellectuelles supérieures de 11.3%, pour 11.1% d'ouvriers. Les agriculteurs, malgré la présence de zones rurales à l'Ouest et au Nord du département, ne représentent que 0.1% de la population avec une stabilité depuis 2011.

	2016	%	2011	%
Ensemble	955 499	100,0	926 043	100,0
Agriculteurs exploitants	623	0,1	833	0,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	28 916	3,0	26 413	2,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	107 833	11,3	100 368	10,8
Professions intermédiaires	165 778	17,3	163 673	17,7
Employés	181 913	19,0	181 056	19,6
Ouvriers	105 615	11,1	110 223	11,9
Retraités	186 886	19,6	177 854	19,2
Autres personnes sans activité professionnelle	177 935	18,6	165 623	17,9

Tableau 1. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle Insee, RP2011 et RP2016, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2019

Le département du Val d'Oise dispose d'indicateurs de précarité légèrement plus défavorables que la moyenne régionale et nationale. La population du Val d'Oise est légèrement plus pauvre que celle de la région, une différence des revenus médians de plus de 1 500 € étaient relevée en 2016.

	Val d'Oise	Ile-de-France	France
Part des ménages fiscaux imposés	59,9%	63,9%	NA
Médiane du niveau de vie	21 259 €	22 906 €	NA
Taux de pauvreté	16,8%	15,7%	NA
Taux de chômage	13,4%	12,7%	14,1%

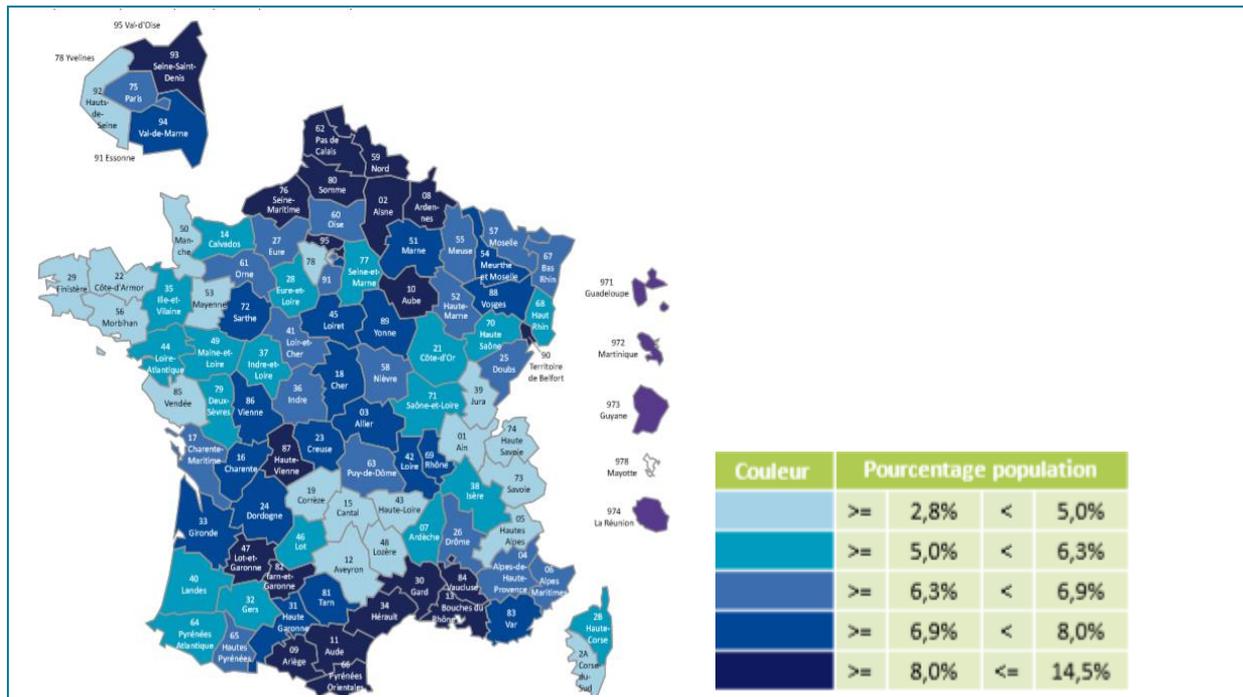
Tableau 2. Indicateurs de précarité de la population du Val d'Oise en 2016

Le taux de chômage des 15-64 ans est supérieur à la moyenne régionale mais plus faible que sur le reste du territoire national. Néanmoins, cet indicateur de précarité a augmenté de 1 point de pourcentage depuis 2011, avec une hausse de la part des femmes parmi la population sans emploi.

Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) est légèrement plus élevé dans le département du Val d'Oise que dans la région et la France entière.

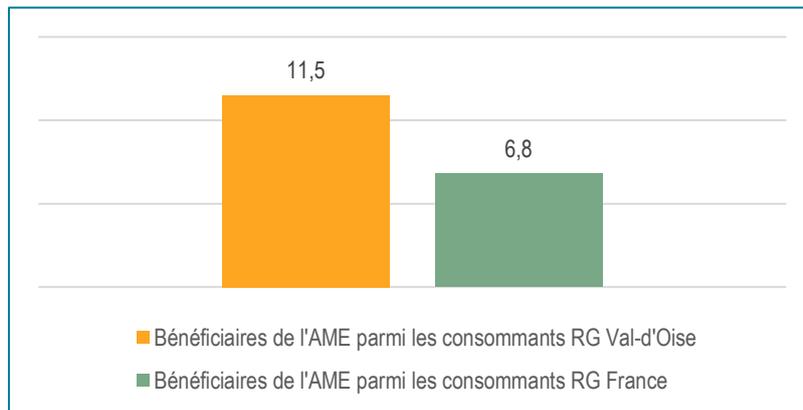
	Val d'Oise	Ile-de-France	France
Total	8,7%	7,4%	7,3%

Tableau 3. Taux de CMU parmi la population du Val d'Oise. CNAMTS, CNRISI, CCMSA déc. 2016



Carte 2. Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population totale. CNAMTS, CNRISI, CCMSA déc. 2016

Les taux d'AME (Aide Médicale d'État, dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins) est en revanche plus élevé que dans la France entière.



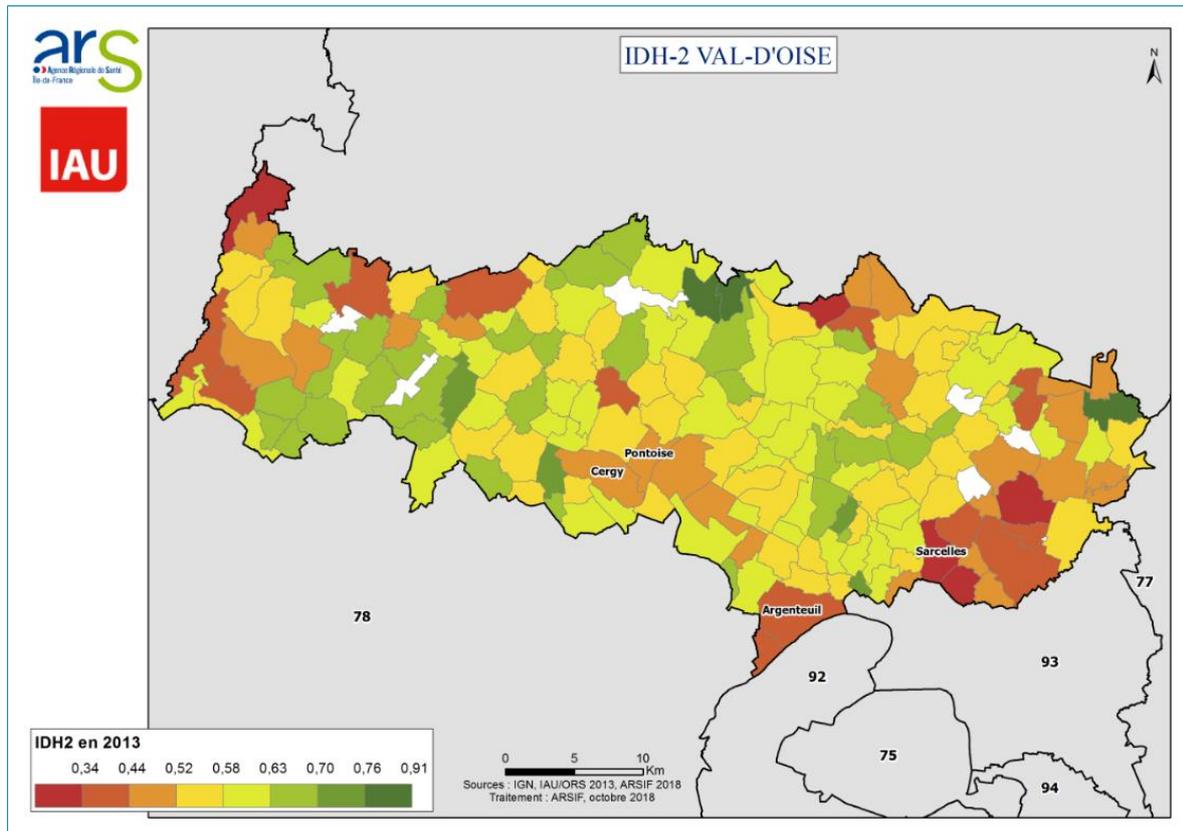
Graphique 2. Bénéficiaires de l'AME dans le Val d'Oise. CNAMTS, ARS 2014

En 2014, la densité des places d'hébergement social dans le Val d'Oise est largement en dessous de la densité régionale, mais celle des places à destination des demandeurs d'asile est légèrement plus importante.

	Val d'Oise	Ile-de-France	France
Densité de places d'hébergement social (pour 100.000 hab.)	86,5	137,6	93,3
Densité de places d'hébergement social en CADA (pour 100.000 hab.)	45,2	35,4	37,8

Tableau 4. Équipement en hébergement social dans le Val d'Oise. Finess, DJRCS, DGCS, Scoresanté 2014

3. INDICATEUR DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN (IDH-2)



Carte 3. IDH-2 pour le Val d'Oise. ARSIF 2018



L'IDH-2 réunit les trois dimensions de l'IDH original (santé, éducation, revenu), mais adaptées à la situation de l'Île-de-France :

- Santé : espérance de vie à la naissance pour les deux sexes ;
- Savoir-éducation : % de la population âgée de + de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme ;
- Niveau de vie : médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation.

Les indicateurs représentatifs de chacune de ces trois dimensions sont chacun ramenés à un indice compris entre 0 et 1. La valeur de l'IDH-2 est la moyenne des trois indices. L'indicateur final a donc une valeur comprise entre 0 (développement humain « nul ») et 1 (développement humain maximal).

L'IDH-2 du Val-d'Oise s'élève à 0,52. Il est légèrement inférieur à la moyenne régionale (0,57) et témoigne d'importantes disparités à l'intérieur de ses limites. Il est ainsi particulièrement dégradé dans certaines villes, au sud-est et au nord du territoire. Il est intéressant d'observer que dans les communes du sud-est du territoire, l'IDH-2 est pénalisé par des indicateurs défavorables en matière de revenus et d'éducation alors que les indicateurs de santé se situent dans la moyenne. À titre d'exemple, la commune de Garges-lès-Gonesse décompose son IDH-2 de la façon suivante :

- Santé : 0,592
- Éducation : 0,183

- Revenu : 0,075

À l'inverse, les communes présentant un IDH-2 défavorable, mais situées aux nord et nord-ouest se caractérisent par un IDH-2 pénalisé en partie par l'indicateur santé même si dans l'ensemble, l'amplitude entre les indicateurs est moins marquée que dans les communes du sud-est du Val d'Oise. À titre d'exemple, la commune de Saint-Clair-sur-Epte, commune aux confins de l'Eure et de l'Oise, décompose son IDH-2 de la façon suivante :

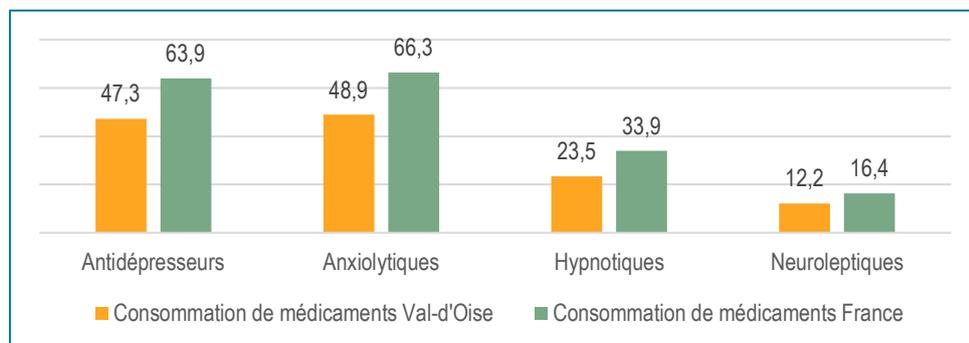
- Santé : 0,193
- Éducation : 0,221
- Revenu : 0,368

En synthèse, l'analyse infra-territoriale du Val-d'Oise, sur la base de l'IDH-2, montre une situation très disparate à l'intérieur du département où les communes le plus précaires seront identifiées dans les marges du département. Cette précarité sera essentiellement économique dans les communes proches de la première couronne parisienne.

II. INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN SANTÉ MENTALE

1. CONSOMMATIONS DE MÉDICAMENTS

La consommation de médicaments psychotropes est inférieure à celle de la France entière.



Graphique 3. Consommation de médicaments dans le Val d'Oise. SNIIRAM 2015

2. DONNÉES SUR LES TENTATIVES DE SUICIDE ET LES DÉCÈS

a. Risques suicidaires et suicide

Le taux de recours aux services hospitaliers pour tentative de suicide (TS) des 12-18 ans est supérieur de 19,2% à la moyenne régionale en 2015.

Le taux de recours aux services hospitaliers pour tentative de suicide (TS) est égal à celui de la région, et inférieur à celui de la moyenne nationale pour les 18-64 ans.

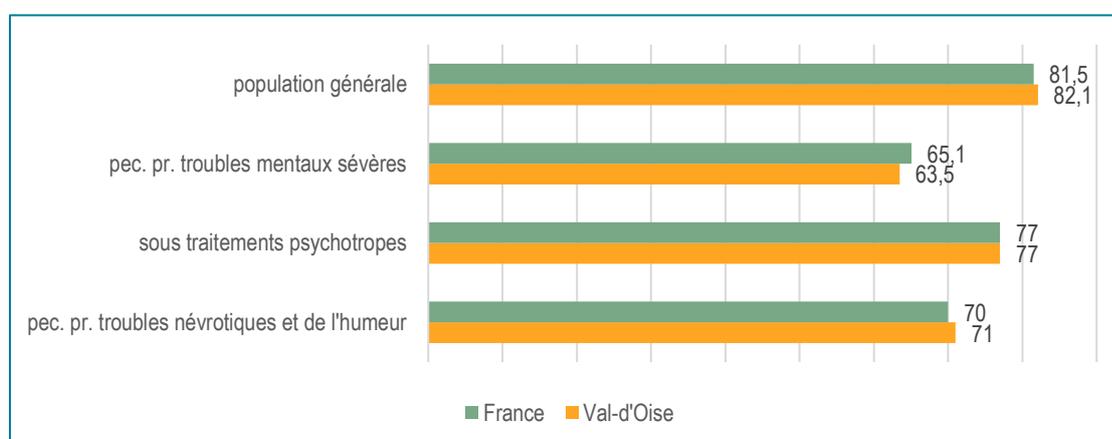
Le taux de recours aux services hospitaliers pour tentative de suicide (TS) des 65 ans et plus est supérieur de 11% à la moyenne régionale.

	Val-d'Oise	Ile-de-France	France
Taux de recours pour TS des 18-64 ans (‰)	0,9	0,9	1,5
Taux de recours pour TS des 12-18 ans (‰)	12.4	10.4	16.1
Taux de recours pour TS des 65 ans et + (‰)	5	4.5	5.4

Tableau 5. Taux de recours aux services hospitaliers pour tentative de suicide. PMSI MCO - 2015

b. Espérance de vie

En 2018, l'espérance de vie dans le Val d'Oise avait augmenté, passant à 80,3 ans pour les hommes, et 85,2 pour les femmes, contre 79,4 pour les hommes et 85,3 pour les femmes en France (données Insee). Cependant, dans le Val d'Oise, comme en France, les personnes présentant des troubles mentaux ont une espérance de vie inférieure à la population générale. L'espérance de vie dans le Val d'Oise est de 82 ans. Celle-ci diminue pour les personnes prises en charge pour des troubles mentaux sévères (63 ans) et troubles de l'humeur (71 ans), ou sous traitements psychotropes (77 ans). Ces données s'inscrivent dans les moyennes nationales, et sont à mettre en lien avec les difficultés de prise en charge somatique, connues chez les personnes présentant des troubles psychiques.



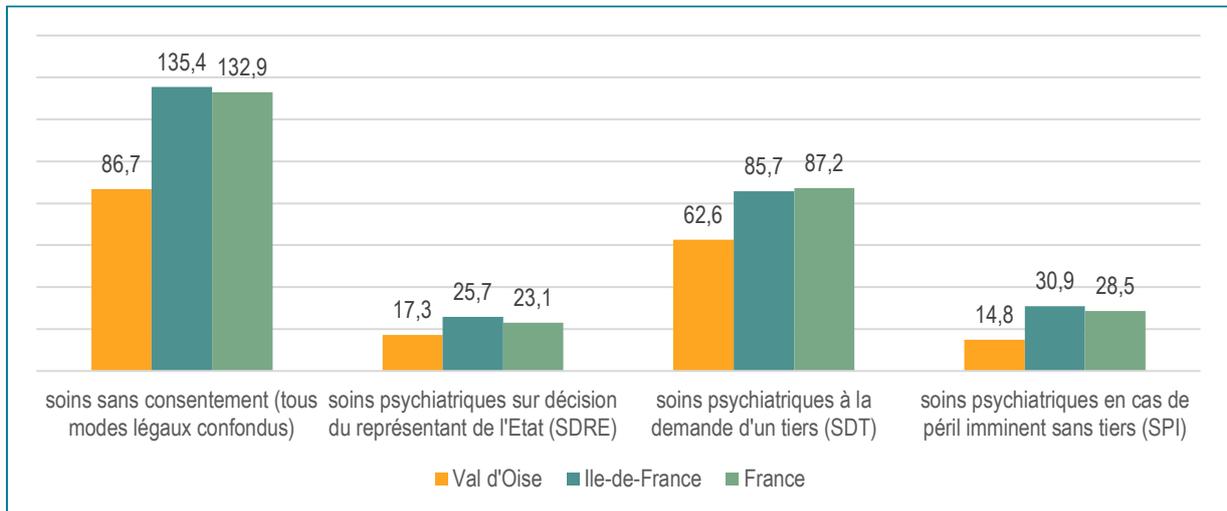
Graphique 4. Age moyen au décès des personnes. Insee, État Civil, Score-Santé 2014

3. SOINS SANS CONSENTEMENT

Le directeur général de l'Agence régionale de santé désigne les établissements du territoire autorisés à assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Les soins sans consentement peuvent s'effectuer soit sur décision d'un directeur d'établissement, soit sur décision du représentant de l'État (Préfet ou Maire).

En 2015, le Val d'Oise avait des taux de recours aux soins sans consentement, toutes modalités (hospitalisation ou programme de soins ambulatoire) et tous modes légaux confondus, très inférieurs à la moyenne régionale et à la moyenne nationale.



Graphique 5. Taux de recours aux soins sans consentement (hors UMD) pour 100.000 habitants. RIM-P 2015

La Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) du Val d’Oise est informée des décisions d’admissions en soins psychiatriques sans consentement et examine la situation des patients admis en péril imminent. Elle peut requérir la levée de la mesure et le directeur d’établissement doit y faire droit. Elle visite les établissements au moins une fois par an.

Elle est composée d’un psychiatre nommé par la Cour d’Appel de Versailles (Dr LAMISSE), d’un médecin généraliste nommé par le Préfet du Val d’Oise (Dr DURANTON), d’un magistrat nommé par le premier président de la Cour d’Appel de Versailles (Mr CLODY), d’une représentante de l’UNAFAM (Mme TOURNESAC). Un représentant des usagers et un psychiatre nommé par le Préfet du Val d’Oise manquent actuellement à cette composition.

PARTIE 3. DONNÉES SUR L'OFFRE EN SANTÉ MENTALE DANS LE VAL D'OISE

I. OFFRE DE VILLE POUVANT INTERVENIR EN SANTÉ MENTALE

1. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Au 1^{er} mars 2019, le département du Val d'Oise recense 1 174 médecins généralistes tous modes d'exercice (libéral ou mixte et salarié). Il concentre 8,2% de l'ensemble des médecins généralistes franciliens, taux régional le plus faible.

Février 2019	Masculin	Féminin	Lib/mixte	Salarié	Total	% départemental
75 - Paris	2 120	2 119	2365	1874	4239	29,5%
77 - Seine et Marne	724	521	881	364	1245	8,7%
78 - Yvelines	711	731	1011	431	1442	10,0%
91 - Essonne	655	610	840	425	1265	8,8%
92 - Hauts de seine	873	1 020	1137	756	1893	13,2%
93 - Seine st Denis	859	715	926	648	1574	11,0%
94 - Val de Marne	766	752	881	637	1518	10,6%
95 - Val d'Oise	647	527	797	377	1174	8,2%
IDF	7 355	6 995	8838	5512	14350	100,0%

Tableau 6. Effectifs et part départementale de médecins généralistes. RPPS 2019

En 2018, alors que la part de médecins généralistes pour 100 000 habitants en France entière est de 89, elle est de 65 dans le Val d'Oise soit -27% (source FNPS INSEE 2018).

En 2019, la densité de médecins généralistes est en dessous des valeurs régionales : 64.1 pour 100 000 habitants en exercice libéral ou mixte contre 72.4 pour la région Ile-de-France soit -11,5%, 30.3 pour 100 000 habitants en exercice salarié contre 45.1 en Ile-de-France soit -33%. **La densité totale de médecins généralistes dans le val d'Oise est inférieure de presque 20% à la moyenne régionale.**

Février 2019	Densité lib/mixte	Densité salarié	Densité totale
75 - Paris	110,5	87,5	198,0
77 - Seine et Marne	62,0	25,6	87,6
78 - Yvelines	70,4	30,0	100,4
91 - Essonne	63,9	32,3	96,2
92 - Hauts de seine	70,8	47,1	117,9
93 - Seine st Denis	56,0	39,2	95,1
94 - Val de Marne	63,1	45,7	108,8
95 - Val d'Oise	64,1	30,3	94,4
IDF	72,4	45,1	117,5

Tableau 7. Densité de médecins généralistes (pour 100.000 habitants). RPPS 2019

La part de médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus est de 37.4%, soit légèrement au-dessous de la moyenne régionale.

Le faible taux des médecins généralistes de moins de 40 ans, 21,5% inférieur à celui de la région, interpelle sur le besoin de soutenir l'attractivité du département pour améliorer la situation critique parfois rencontrée pour l'accès à un médecin généraliste.

Il est à noter que des communes se mobilisent d'une part pour favoriser l'installation de jeunes médecins en finançant les dernières années d'études médicales et d'autre part, pour soutenir la création de maisons de santé pluriprofessionnelles.

Février 2019	%<40 ans	%>=60 ans	Moyenne d'âge
75 - Paris	19,9%	46,3%	54,1
77 - Seine et Marne	14,9%	36,3%	52,9
78 - Yvelines	15,2%	38,6%	53,7
91 - Essonne	13,4%	37,2%	53,4
92 - Hauts de seine	17,7%	37,0%	52,4
93 - Seine st Denis	16,5%	38,2%	53,1
94 - Val de Marne	20,0%	35,6%	52
95 - Val d'Oise	13,5%	37,4%	53,4
IDF	17,2%	39,9%	53,3

Tableau 8. Profil démographique selon l'âge - Médecins généralistes. RPPS 2019

2. LES PSYCHOLOGUES

Au 1^{er} mars 2019, le département du Val d'Oise recense 1 526 psychologues, dont 406 en exercice libéral ou mixte et de fait amenés à exercer des fonctions de premier recours (les psychologues salariés en établissements étant davantage positionnés sur des missions de prise en charge de second niveau).

Toutes modalités d'exercice confondues, les psychologues du Val d'Oise représentent 9.1% de l'ensemble des psychologues franciliens.

Février 2019	Masculin	Féminin	Lib/mixte	Salarié	Total	% départemental
75 - Paris	944	5 319	2891	3372	6263	37,3%
77 - Seine et Marne	183	1 276	416	1043	1459	8,7%
78 - Yvelines	226	1 646	752	1120	1872	11,1%
91 - Essonne	214	1 332	438	1108	1546	9,2%
92 - Hauts de seine	319	2 205	867	1657	2524	15,0%
93 - Seine st Denis	261	1 488	320	1429	1749	10,4%
94 - Val de Marne	272	1 668	555	1385	1940	11,6%
95 - Val d'Oise	216	1 310	406	1120	1526	9,1%
IDF	2 276	14 517	6512	10281	16793	100,0%

Tableau 9. Effectifs et part départementale de psychologues. ARS 2019

II. OFFRE SANITAIRE EN PSYCHIATRIE

1. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DES PSYCHIATRES

Au 1^{er} mars 2019, le département du Val d'Oise recense 243 psychiatres tous modes d'exercice (exercice exclusivement salarié en établissements publics et privés et exercice mixte – libéral et salarié). Le département du Val d'Oise concentre 5,7% de l'ensemble des psychiatres franciliens. Il se situe en deuxième position de sous dotation au niveau de la région, juste après la Seine-et-Marne.

Février 2019	Hommes	Femmes	Lib/mixte	Salarié	Total	% départemental
75 - Paris	987	1 094	1 286	795	2 081	48,4%
77 - Seine et Marne	102	91	71	122	193	4,5%
78 - Yvelines	146	210	114	242	356	8,3%
91 - Essonne	130	114	66	178	244	5,7%
92 - Hauts de seine	166	221	166	221	387	9,0%
93 - Seine st Denis	171	172	70	273	343	8,0%
94 - Val de Marne	200	250	96	354	450	10,5%
95 - Val d'Oise	133	110	78	165	243	5,7%
Ile-De-France	2 035	2 262	1 947	2350	4 297	100,0%

Tableau 10. Effectifs de psychiatres et part départementale. RPPS 2019

La densité de psychiatres la plus faible se situe dans l'exercice libéral ou mixte qui est inférieure de 60% à la densité régionale. Elle est néanmoins presque trois fois inférieure à celle de Paris en exercice salarié.

Février 2019	Densité lib/mixte	Densité salarié	Densité totale
75 - Paris	60,1	37,1	97,2
77 - Seine et Marne	5,0	8,6	13,6
78 - Yvelines	7,9	16,8	24,8
91 - Essonne	5,0	13,5	18,6
92 - Hauts de seine	10,3	13,8	24,1
93 - Seine st Denis	4,2	16,5	20,7
94 - Val de Marne	6,9	25,4	32,3
95 - Val d'Oise	6,3	13,3	19,5
Ile-De-France	15,9	19,2	35,2

Tableau 11. Densité de psychiatre selon le mode d'exercice. ARS 2019

42% des psychiatres du département sont âgés de 60 ans ou plus. Le département va donc devoir affronter dans les prochaines années une vague de départ en retraite qui va fragiliser plus encore la situation.

Comme pour les médecins généralistes, la question de l'attractivité du département se pose.

Les besoins du Val d'Oise en internes en psychiatrie ne sont pas satisfaits. Une mobilisation sur ce sujet paraît indispensable et doit être menée de concert avec tous les acteurs concernés : Ministère, ARS, facultés, internes, hôpitaux, Conseil départemental...

Il est à noter la situation très préoccupante des services de psychiatrie du CHRD de Pontoise qui peinent à faire face à la pénurie médicale.

Si cette situation ne trouve pas très rapidement de solution, cela va impacter durablement et profondément l'ensemble des autres secteurs de psychiatrie du Val d'Oise.

Février 2019	%<40 ans	%>=60 ans	Moyenne d'âge
75 - Paris	17,3%	51,6%	56,2
77 - Seine et Marne	9,3%	38,3%	55,2
78 - Yvelines	14,6%	38,2%	53,3
91 - Essonne	7,4%	46,3%	56,2
92 - Hauts de seine	21,2%	37,7%	51,9
93 - Seine st Denis	20,1%	32,1%	51,2
94 - Val de Marne	28,7%	28,7%	49,3
95 - Val d'Oise	10,7%	42,0%	54,5
IDF	17,6%	43,8%	54,3

Tableau 12. Profil démographique selon l'âge. Psychiatres – ARS 2019

2. OFFRE SANITAIRE PUBLIQUE EN PSYCHIATRIE

a. Organisation générale

GÉNÉRALITÉS

En France, les services publics de psychiatrie sont sectorisés. Les équipes de secteur assurent l'accueil et la prise en charge de la population sur une aire géographique donnée. Chaque équipe dispense des soins et services nécessaires aux besoins de santé mentale : prévention, soins, postcure et réadaptation.

Chaque secteur dispose de plusieurs unités de soins, répartis sur son territoire : centre médico-psychologique (CMP), consultations hospitalières, hôpital de jour, centre d'accueil et de crise (CAC), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centre de postcure, appartement thérapeutique, consultation spécialisée, équipes mobiles, unités d'hospitalisation...

De nombreux types de professionnels peuvent composer ces équipes qui sont toutes pluridisciplinaires : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, cadres de soins, infirmiers, puéricultrices, psychomotriciens, assistants sociaux, éducateurs, enseignants spécialisés, aides-soignants, orthophonistes, secrétaires, agents de service...

ORGANISATION SECTORIELLE DU VAL D'OISE

Les services de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie se trouvent tous dans les 5 centres hospitaliers généraux du département.

Il n'existe pas dans le Val d'Oise d'établissement spécialisé en santé mentale.

Le Val d'Oise est découpé en :

- 14 secteurs de psychiatrie générale
- 5 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Le CH d'Argenteuil dispose de 3 secteurs adultes organisés en un département de psychiatrie générale et de 1 secteur infanto-juvénile.

Le CH de Beaumont-sur-Oise dispose de 2 secteurs adultes et de 1 secteur infanto-juvénile.

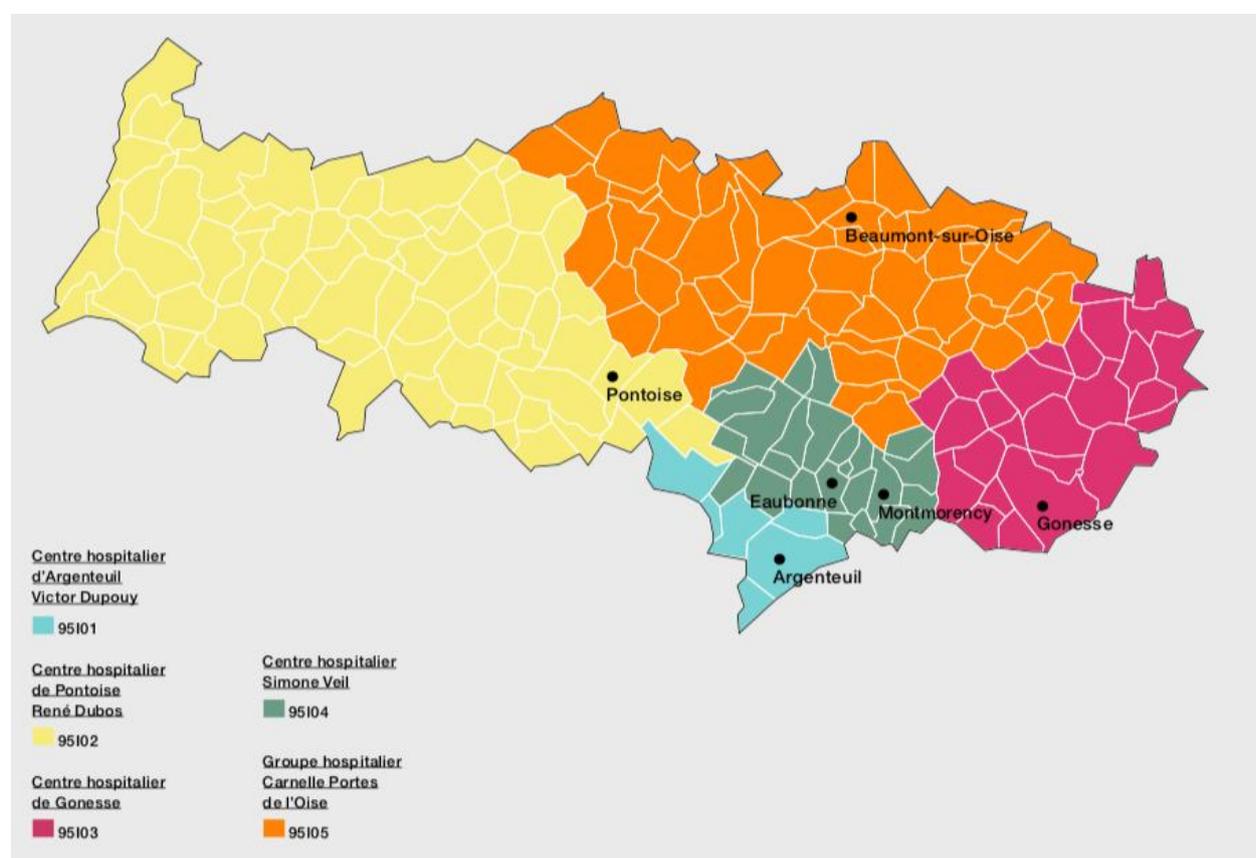
Le CH d'Eaubonne-Montmorency dispose de 3 secteurs adultes et de 1 secteur infanto-juvénile.

Le CH de Gonesse dispose de 3 secteurs adultes et de 1 secteur infanto-juvénile.

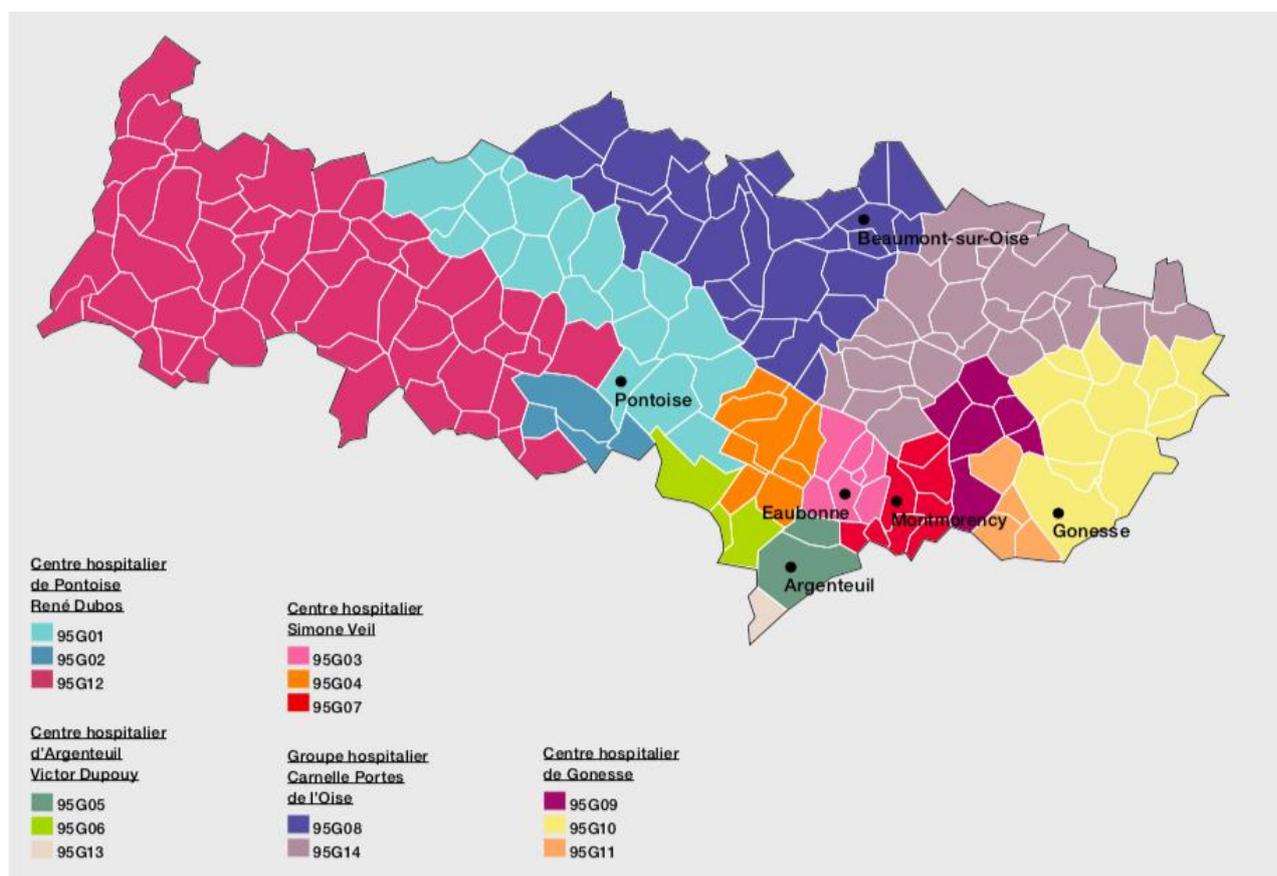
Le CH de Pontoise dispose de 3 secteurs adultes et de 1 secteur infanto-juvénile.

La présence des secteurs au sein des hôpitaux généraux engendre :

- Des difficultés à protéger l'affectation des Dotations Annuelles de Financement.
- Des difficultés à obtenir des locaux adaptés et fonctionnels.
- Des difficultés à répondre à toutes les demandes, avec l'accueil des pathologies les plus lourdes et les situations les plus complexes.
- Des difficultés à instaurer les soins sans consentement, en particulier les admissions en Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI, absence de tiers) puisque le certificat initial ne peut émaner d'un médecin de l'hôpital d'accueil. Or sur le Val d'Oise le service d'urgence et le secteur de psychiatrie appartiennent au même établissement.



Carte 4. Secteurs de pédopsychiatrie du Val d'Oise



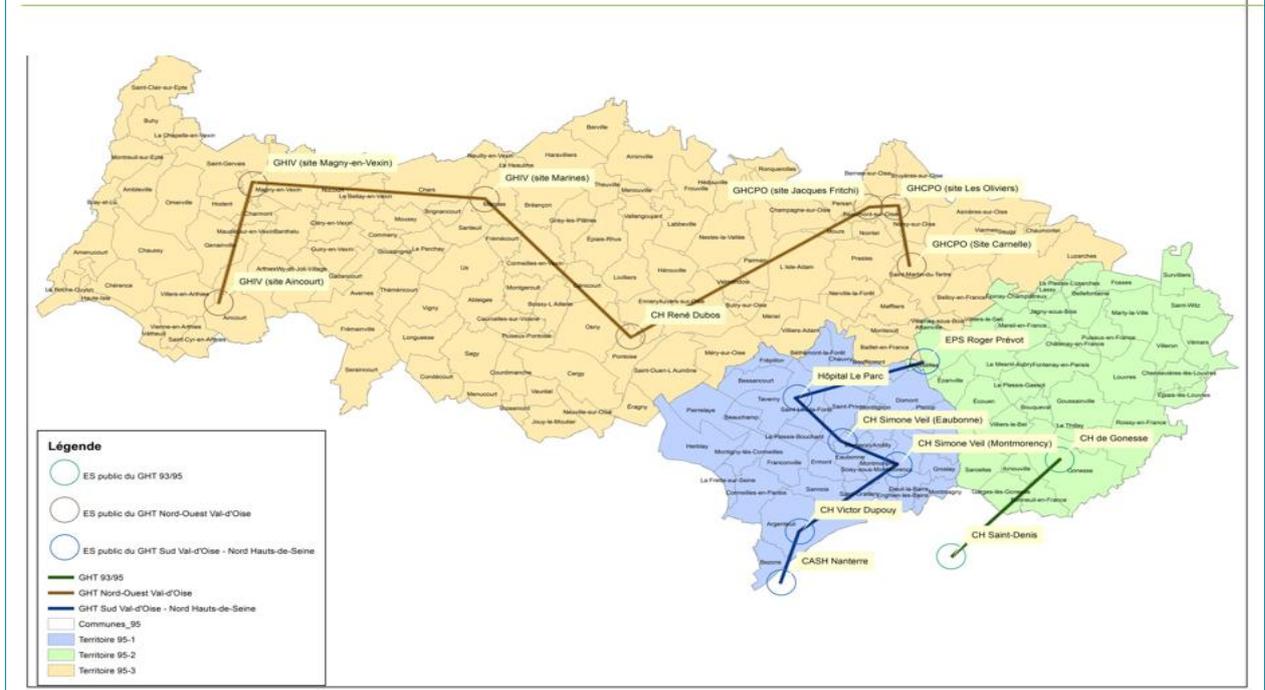
Carte 5. Secteurs de psychiatrie générale du Val d'Oise

ORGANISATION SUPRA-SECTORIELLE DANS LE VAL D'OISE

Dans le Val d'Oise, la logique territoriale est complexifiée par la construction des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) :

- Deux GHT à cheval sur deux départements :
 - Le GHT Sud Val d'Oise/Nord Hauts-de-Seine dont l'établissement support est le CH d'Argenteuil regroupe les hôpitaux d'Argenteuil, d'Eaubonne-Montmorency, de Moisselles, de Nanterre et de Taverny,
 - Le GHT Val d'Oise /Seine-St-Denis dont l'établissement support est le CH de St Denis regroupe les hôpitaux de Gonesse et de St Denis,
- Un seul GHT intra-val-d'oisien : Le GHT NOVO dont l'établissement support est le CH de Pontoise regroupe les hôpitaux de Pontoise, de Beaumont-sur-Oise, et le Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin (GHT Vexin).

Les groupements hospitaliers de territoire



Carte 6. Les groupements hospitaliers de territoires du Val d'Oise – ARS 2020

Une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) couvrant l'ensemble du Val d'Oise semble compromise : deux CPT se construiront probablement de façon superposée aux deux GHT (Argenteuil/Eaubonne-Montmorency/ Moisselles / Nanterre / Taverny et Pontoise/Beaumont-sur-Oise).

ÉQUIPEMENT DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE (ADULTE ET INFANTO-JUVÉNILE)

– Les CMP (Centres Médico-Psychologiques)

Les CMP sont **les unités pivots des secteurs de psychiatrie**. Unités de coordination et d'accueil, les CMP sont situés en dehors de l'hôpital, dans les villes, pour favoriser l'accès aux soins. Les CMP sont les premiers lieux de référence et premiers interlocuteurs de la population (en dehors des urgences), les lieux où sont exprimées les demandes de soins émanant soit de la personne elle-même, soit de son entourage.

Les CMP organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. C'est à partir de ce pivot que s'organisent, si besoin, les orientations vers les autres unités du secteur (CATTP, Hôpitaux de jour...) proposant des interventions plus importantes ou plus spécialisées.

– Les équipes mobiles

Elles interviennent sur le lieu de vie du patient ou sur le lieu de socialisation. Elles n'ont de sens que dans une organisation globale avec des soins gradués.

– Les CATTP (Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)

Les CATTP proposent des prises en charge à temps partiel, le plus souvent en groupes (avec ou sans médiation). Chaque secteur comprend plusieurs CATTP.

– **Les hôpitaux de jour**

Ils proposent des soins intensifs, à temps plein ou à temps partiel. Il existe des hôpitaux de jour pour adultes, pour adolescents, pour enfants, pour parents-bébé.

– **Les équipes de liaison psychiatrique**

Les équipes de liaison, en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie, interviennent dans les services. Elles sont organisées différemment selon les secteurs.

– **Les Services d'Accueil d'Urgence Psychiatrique**

Les services d'accueil d'urgence psychiatrique ont des organisations différentes selon les secteurs.

– **Les familles d'accueil thérapeutique**

L'Accueil familial thérapeutique est une alternative à l'hospitalisation temps plein.

Il permet la réinscription progressive du patient dans la société avec l'aide de la famille d'accueil et du service de soins référent. Les familles sont sélectionnées et employées par le Secteur.

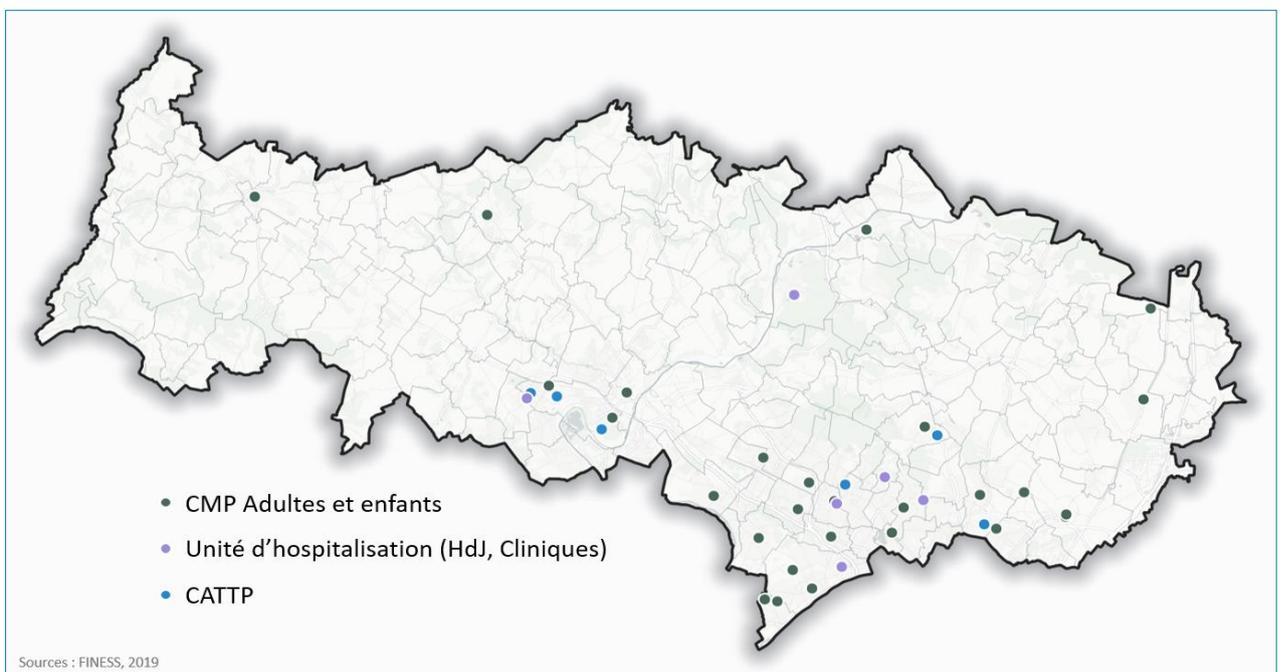
– **Les unités d'hospitalisation à temps plein**

L'hospitalisation temps plein est indiquée pour les patients dont les troubles psychiatriques sont décompensés et qui ne peuvent être traités en ambulatoire.

Dans le Val d'Oise, il y a des hospitalisation temps plein uniquement pour les adultes et les adolescents. Il n'y a aucune unité pour les enfants de moins de 12 ans et pour les mères-bébés.

– **Les consultations hospitalières**

Des consultations hospitalières fonctionnent différemment selon les secteurs. Il peut exister des consultations hospitalières adultes, adolescents, enfants, parents-bébé. Certaines sont spécialisées dans des troubles spécifiques.



Carte 7. Équipements des secteurs infanto-juvéniles et adultes du Val d'Oise. FINESS 2019

b. Données de capacité et d'activité

Les tableaux suivants donnent à voir la capacité des établissements publics de psychiatrie dans le Val d'Oise, concernant les prises en charge à temps complet (tableau 13) et les prises en charge à temps partiel (tableau 14) ; ainsi que l'utilisation de l'offre en termes de file active (tableau 15).

	Prises en charge à temps complet					
	Nombre de lits ou places installés au 31/12/2018					
	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (hors SAU)	Hospitalisation à domicile
Psychiatrie générale	1 062	23	16	33	4	5
Psychiatrie infanto-juvénile	49	-			-	-
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	-					
Total psychiatrie (calculé)	1 111	23	16	33	4	5

Tableau 13. Capacité temps complet des établissements publics du Val d'Oise en psychiatrie. SAE 2018

	Prises en charge à temps partiel		
	Nombre de places		Nombre de structures
	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Ateliers thérapeutiques
Psychiatrie générale	255	32	-
Psychiatrie infanto-juvénile	128	5	-
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	-		-
Total psychiatrie (calculé)	383	37	-

Tableau 14. Capacité temps partiel des établissements publics du Val d'Oise en psychiatrie. SAE 2018

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an
Psychiatrie générale	21 083	14 944	5 594	91
Psychiatrie infanto-juvénile	7 926	7 486	238	-
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	130	130	-	-
Total file active (sans double compte)	28 261	22 306	4 617	54

Tableau 15. File active des établissements publics du Val d'Oise en psychiatrie. SAE 2018

c. Offre en psychiatrie générale

LES CMP ADULTE SECTORISÉS DU VAL D'OISE

- Le bassin de vie de Pontoise (2 CMP : Cergy, Pontoise)
- Le bassin de vie de Beaumont (2 CMP : Domont, Beaumont-sur-Oise)
- Le bassin de vie d'Eaubonne-Montmorency (3 CMP : Ermont, Montmorency et le Plessis-Bouchard)
- Le bassin de vie d'Argenteuil (3 CMP : Argenteuil, Bezons, Corneilles-en-Parisis)
- Le bassin de vie de Gonesse (3 CMP : Gonesse, Arnouville, Sarcelles)

LES ÉQUIPES MOBILES ADULTES DU VAL D'OISE

- L'équipe mobile santé mentale sur le Département de Psychiatrie Générale centrée sur la prise en charge précoce et l'accompagnement des situations complexes (Argenteuil, première du Val d'Oise)
- Les équipes mobiles psychiatrie précarité (Gonesse, Pontoise-Beaumont et CHA/GHEM)

L'ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE

Dans le Val d'Oise, il existe uniquement des unités de familles d'accueil thérapeutiques en psychiatrie adulte, à Gonesse et à Aubonne.

LES HOSPITALISATIONS À TEMPS PLEIN POUR ADULTES

ADULTES	Nbre lits adultes	Précisions	Territorialité	Mode d'entrée	Fermeture	Accueil 16 – 18 ans
CH Argenteuil	2 x 20		Sectorisé	SAU	1 unité 2 semaines en aout	Non
CH Gonesse	3 x 25 + 30		Sectorisé		Non	Non sauf dérogation
CH Aubonne-Montmorency Sujets âgés	20		Non sectorisé		Non	
CH Aubonne-Montmorency	89		Sectorisé			
CH Pontoise	25 x 2		Sectorisé	Accueil psy	Non	Non sauf dérogation
CH Beaumont	60		Sectorisé			
Bouffémont	64		Non sectorisé			
Clinique d'Orgemont Unité de coopération	25	5 lits dédiés prise en charge des suicidants	Sectorisés CHA Partenariat public / privé	PH département de psychiatrie générale du CHA		Non

Tableau 16. L'offre hospitalière à temps plein pour adultes

d. Offre en psychiatrie infanto-juvénile

Les secteurs de pédopsychiatrie ne sont pas tous construits de la même façon :

- Certains sont découpés en deux entités, enfants d'un côté et adolescents de l'autre, comme à Pontoise, à Argenteuil ou à Eaubonne Montmorency, et d'autres forment une entité unique, comme à Gonesse ou à Beaumont-sur-Oise.
- Certains services adolescents s'arrêtent à 18 ans, d'autres à 20 ans.

LES CMP INFANTO-JUVÉNILE SECTORISÉS DU VAL D'OISE

- Le bassin de vie de Pontoise (2 CMP : Cergy-préfecture et Cergy-le-Haut)
- Le bassin de vie de Beaumont (2 CMP : Beaumont et Domont)
- Le bassin de vie d'Eaubonne-Montmorency (4 CMP : Franconville, Enghien, Montmorency, Beauchamp)
- Le bassin de vie d'Argenteuil (3 CMP : Argenteuil-Nord et Argenteuil-Sud, Herblay)
- Le bassin de vie de Gonesse (4 CMP : Sarcelles/Garges, Gonesse, Louvres, Fosses)

LES CONSULTATIONS HOSPITALIÈRES

Il existe des consultations hospitalières, adolescents, enfants, parents-bébé. Elles ont la particularité d'être accessibles rapidement par les autres services hospitaliers (surtout la pédiatrie, la maternité, les urgences...)

LES CENTRES D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE À TEMPS PARTIEL (CATTP)

Il existe des CATTP pour adolescents, pour enfants et pour parents-bébé.

Certains secteurs n'ont pas tous ces CATTP cités et généralement, les CATTP existants n'ont pas suffisamment de places pour accueillir toutes les demandes.

LES ÉQUIPES DE LIAISON

Les Secteurs de Pédopsychiatrie mettent en place des équipes de Liaison qui interviennent dans les services somatiques et tout particulièrement :

- En Maternité
- En Pédiatrie

LES ÉQUIPES MOBILES BÉBÉS / ENFANTS / ADOLESCENTS

- Les équipes mobiles périnatalité (Argenteuil, Eaubonne, Pontoise)
- Les équipes mobiles enfants (une unité mobile de pédopsychiatrie à Pontoise : visites à domicile, liens avec les écoles)
- Les équipes mobiles adolescents (Gonesse, Eaubonne)

LES HOSPITALISATIONS À TEMPS PLEIN POUR ADOLESCENTS

ADOLESCENTS	Nbre lits ados	Précisions	Age	Territorialité	Mode d'entrée	Fermeture	Besoins repérés / an
CH Argenteuil	8	De semaine	12-18	D	Programmé	WE et 4 semaines	20
CH Gonesse	10	Temps plein	12-18	S	Programmé	Pas de fermeture	20
CH Eaubonne-(UPAJA)	9 + 5	Temps plein / HDN	15-21	Non sectorisé	Programmé de préférence	2 semaines en août	-
CH Pontoise	10	Temps plein	12-18	S	Urgences / programmé	Août	
Fondation Santé des Étudiants de France - Jacques Arnaud-Bouffémont	SEIPA : 12 lits + 2 places	Temps plein / HDJ / HDN	14-20	Val d'Oise			
	Clinique médico-psychologique : 44 lits + 1 place HDJ + 1 place HDN Service Transdisciplinaire (SSR + psychiatrie) : 20 lits		15-20	Ile-de-France et départements limitrophes	Programmé	10 jours en décembre + 3 semaines en août	Projet extension capacité d'accueil du SEIPA à 7 places (soit + 5 places) pour PEC en HDJ

Tableau 17. L'offre hospitalière à temps plein pour enfants

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Il n'existe aucun Centre de Crise pour les enfants et adolescents sur le Val d'Oise.

Il n'existe aucune place d'hospitalisation pédopsychiatrique pour les moins de 12 ans.

e. Les dispositifs spécifiques

L'intérêt de ces dispositifs et plateformes spécialisées de proximité est le travail en lien direct avec les équipes de terrain et la constitution de réseaux de soins :

- Un Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent non sectorisé, à Argenteuil
- Deux Plateformes Diagnostic Autisme de Proximité (PDAP)
 - o La PDAP de l'Est du Val D'Oise : elle intervient sur 3 secteurs (Gonesse, Argenteuil et Eaubonne-Montmorency)
 - o La PDAP de l'Ouest du Val D'Oise : elle intervient sur 2 secteurs (Pontoise et Beaumont)
- Un centre diagnostique trouble du langage et des apprentissages (Pontoise) non agréé à visée du GHT (Pontoise, Beaumont)
- Le Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud à Bouffémont
- L'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) et l'Unité d'Accueil aux Victimes (UNAVI) au CH de Pontoise et au CH de Gonesse
- La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) du Val d'Oise
- La Plateforme Territoriale de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive Sud Val d'Oise sur le Centre Hospitalier d'Argenteuil (P2R95)

3. OFFRE PRIVÉE ET ASSOCIATIVE

Un certain nombre de structures privées et associatives interviennent dans la prise en charge des troubles psychiques.

Catégorie	Établissement	Offre
Offre privée	Clinique La Nouvelle Héloïse, Montmorency	89 lits d'hospitalisation temps plein 10 lits d'hospitalisation de nuit Établissement de soins psychiatriques non sectorisé pour adultes. Toutes les pathologies psychiatriques de l'adulte sont prises en charge dans les limites d'une structure d'hospitalisation librement consentie
	Clinique d'Orgemont, Argenteuil	60 lits non sectorisés de psychiatrie privée 25 lits sectorisés de psychiatrie en coopération avec le CH d'Argenteuil dont 5 lits dédiés à la prise en charge des suicidants 10 lits d'hôpital de jour Établissement spécialisé dans le traitement des maladies psychiatriques de l'adulte proposant aux patients et aux familles un programme de psychoéducation (troubles bipolaires, addiction à l'alcool)
	Clinique les Orchidées, Andilly	101 lits non sectorisés de psychiatrie générale en hospitalisation complète accueillant des patients consentants aux soins Un HDJ de 12 places pour des soins spécialisés en ambulatoire La Clinique est spécialisée dans le traitement des maladies psychiatriques de l'adulte. Elle accueille en hospitalisation libre, des personnes présentant des troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires), des troubles anxieux (trouble obsessionnel compulsif, trouble panique, anxiété généralisée, phobie sociale), des addictions (dépendances aux boissons alcoolisées, addictions comportementales), des syndromes de surmenage professionnel et certaines formes de troubles psychotiques.
	Clinique de Psychothérapie d'Osny – CPO	70 lits non sectorisés d'hospitalisation en psychiatrie 10 places d'hôpital de jour en SSR addictologie. L'établissement reçoit des patients souffrant de troubles psychiques sévères stabilisés (schizophrénies, troubles bipolaires, comorbidités psychiatrie/addictions) adressés par les services hospitaliers de psychiatrie, la psychiatrie libérale, les médecins généralistes et le secteur médico-social. Différents programmes sont proposés après une évaluation personnalisée : <ul style="list-style-type: none"> – Psychoéducation : séances sur différents thèmes dans une orientation rétablissement (symptômes, les traitements, hygiène de vie, gestion des voix, troubles cognitifs, prévention de la rechute, les comorbidités, les addictions, insertion sociale et professionnelle, témoignage de pairs aidants), – Remédiation cognitive : l'équipe de professionnels qualifiés (médecins psychiatres, psychologues, infirmiers) est formée à différents programmes de remédiation cognitive (PEPS, MCT,

		<p>ToMRemed, NEAR, RECOS, habiletés sociales, cognition sociale),</p> <p>La clinique travaille avec des structures chargées d'insertion professionnelle ainsi qu'avec d'autres établissements de santé proposant des soins de réhabilitation psychosociale lorsque cela s'avère nécessaire afin de finaliser le parcours du patient.</p>
	Clinique du Parc, St Ouen l'Aumône	<p>La clinique propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Des services non sectorisés d'hospitalisation complète pour troubles psychiatriques et pour conduites addictives, – Un hôpital de jour en psychiatrie, – Des consultations externes <p>Le service de psychiatrie accueille, sur dossier, des patients adressés par leur médecin généraliste ou spécialiste, venant de leur domicile ou en transfert d'un autre établissement de soins.</p> <p>L'unité de psychiatrie reçoit tout patient présentant :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Des troubles psychiatriques anxiodépressifs, – Des troubles bipolaires – Des troubles du sommeil et autres désordres psychologiques – Des troubles addictifs (alcool, drogues illicites)
	Maison Hospitalière de la SPASM, Cergy	<p>60 lits d'hospitalisation non sectorisés pour des séjours de rupture jusqu'à 6 mois.</p> <p>3 Unités Passerelle de 5 places conventionnées avec les secteurs de Pontoise, du GHEM et du CHA (5 places pour chaque centre hospitalier).</p> <p>Clinique offrant des soins en hospitalisation complète, elle est destinée à l'accueil en « séjour de rupture » de patients présentant des troubles psychiques sévères et durables mais ne nécessitant pas d'hospitalisation dans un service pour patients en phase d'acuité.</p>
	La Maison de Léah	<p>Pré-diagnostics de TND. Équipe de neuropsychologues, psychomotriciens, orthophonistes, kinésithérapeutes, éducateurs.</p> <p>Enfants de 0 à 18 ans.</p>
Offre associative	Déclicc, Est du Val d'Oise	<p>Actions psycho-éducatives au domicile et des accompagnements de la scolarité</p>
	123 Tremplin, Montlignon et Louvres	<p>Actions psycho-éducatives en groupe pour des enfants avec TSA de 0 à 10 ans</p>
	EEA (Écoute Parents Enfants Autistes)	<p>Accueil enfants Récré Activités, soutien aux familles, créneaux de remédiation cognitive et actions psycho-éducatives en petits groupes pour les enfants avec TSA, de 3 à 16 ans</p>
Offre libérale	ESPAS-IDDEES, Cergy	<p>Cabinet de psychologie spécialisé dans les TSA</p>
	Professionnels installés en libéral	<p>Psychiatres, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens...</p>

III. OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN LIEN AVEC UN PUBLIC SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

L'offre médico-sociale Val d'Oisienne permet l'accompagnement ou la prise en charge d'enfants et d'adultes souffrant d'un handicap psychique qui ne peut se mettre en place que sous condition d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

1. OFFRE MÉDICO-SOCIALE ENFANTS

a. La prise en charge ambulatoire : CMPP, CAMSP, SESSAD

– 7 Centres Médico Psycho-Pédagogiques (CMPP)

- CMPP de Villiers-le-Bel et son antenne à Goussainville
- CMPP de Garges-lès-Gonesse (CMPP Jules Verne et CMPP A. Rimbaud)
- CMPP APED l'Espoir à Beaumont sur Oise et une antenne à Persan
- CMPP d'Eaubonne
- CMPP de Saint-Ouen-l'Aumône
- CMPP Cergy Saint-Christophe
- CMPP Argenteuil et Bezons

La densité de structures de type CMPP, en 2015, est légèrement supérieure de 0,6% à la densité régionale, et de supérieure de 17% à la moyenne nationale.

– 3 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) accueillent des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux

- Le CAMSP d'Argenteuil : agréé pour 250 suivis annuels, tous handicaps
- Le CAMSP de Gonesse : agréé pour 220 suivis annuels, dont 20 pour les troubles du spectre autistique (TSA)
- Le CAMSP de Pontoise : agréé pour 200 suivis annuels, tous handicaps

En 2015, la densité de structures telles que les CAMSP est inférieure à la moyenne régionale de 0,4% et très inférieure à la moyenne nationale de 59%

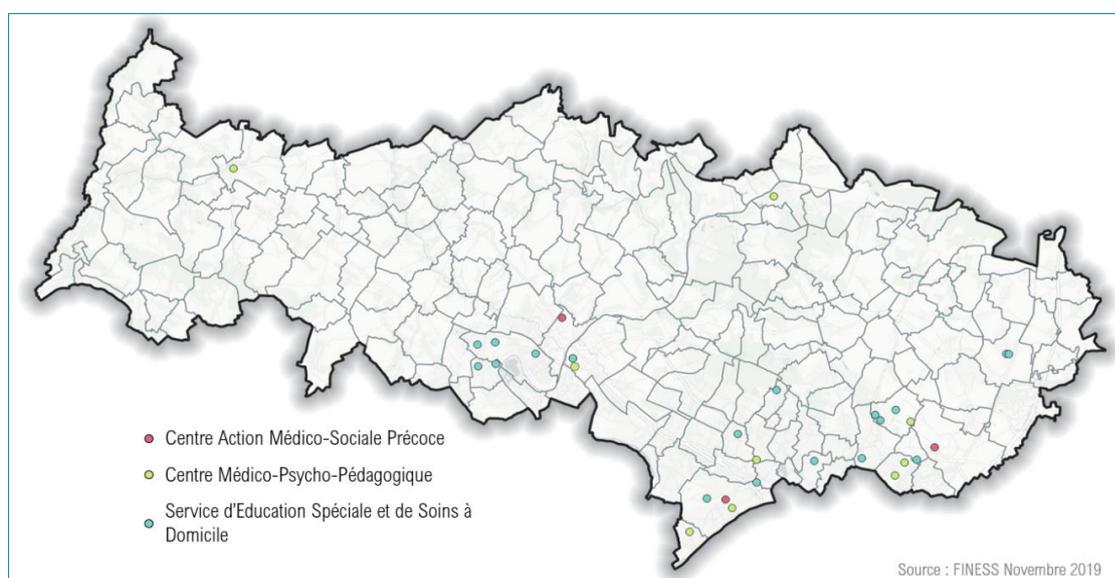
– 10 Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) intervenant en santé mentale

Établissement	Commune	Agrément de clientèle	Age public	Gestionnaire
SESSAD APAJH	Argenteuil	TSA / DI	0-20 ans	Association APAJH du Val d'Oise
STEPAD Pierre Male	Arnouville	TCC	8-20 ans	Association Entraide Universitaire
SESSAD APAJH	Cergy	TSA / DI	0-20 ans	Association APAJH du Val d'Oise
SESSAD APAJH	Garges-Lès-Gonesse	TSA / DI	0-20 ans	Association APAJH du Val d'Oise
SESSAD La Mayotte	Louvres	Difficultés psy / TSA / DI / TCC	4-20 ans	Mutuelle La Mayotte
SESSAD La Mayotte	Montlignon	Difficultés psy / TCC	6-20 ans	Mutuelle La Mayotte
SESSAD La Clé	Vauréal	TSA / TCC	3-6 ans	Fondation John Bost
SESSAD Le Clos Levallois	Vauréal	Troubles psy aggravés / TCC	6-18 ans	Association Le Clos
SESSAD Daniel Séguret	Villiers-Le-Bel	TSA / DI	3-20 ans	Association Entraide Universitaire
SESSAD La Boussole Bleue	Villiers-Le-Bel	TSA	18 mois-20 ans	Fondation Les Amis de l'Atelier

Tableau 18. Liste des SESSAD agrément DI –TSA – TCC et troubles psychiques du Val d'Oise. ARS 2020

Le tableau précédent, comme les suivants, indique les établissements et services médico-sociaux pour enfants du département ayant un agrément de clientèle TSA (troubles du spectre autistique), DI (déficience intellectuelle), TED (troubles envahissants du développement), TCC (troubles du comportement et de la conduite) et troubles psychiques. Les établissements et services ayant uniquement un agrément polyhandicap ne sont pas inclus.

La densité des places en SESSAD est inférieure d'environ 11% à la moyenne régionale.



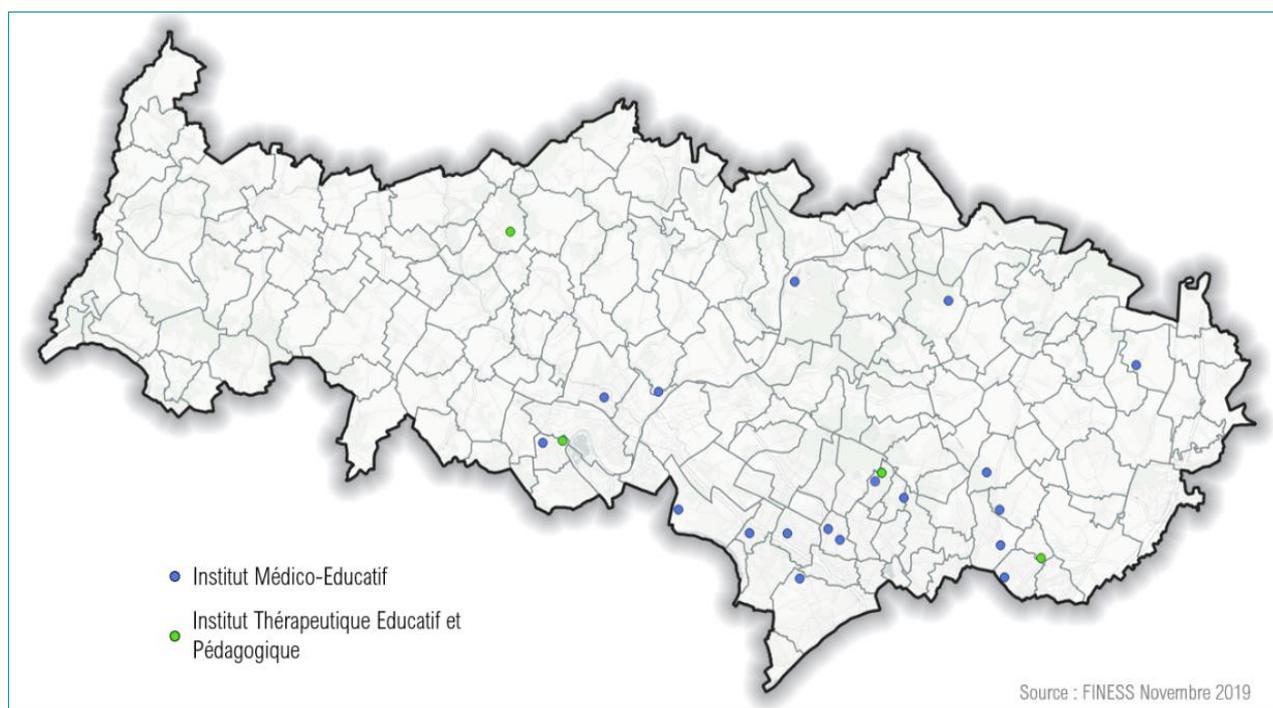
Carte 8. Localisation des CAMSP, CMPP et SESSAD du Val d'Oise. FINESS, novembre 2019

b. Les dispositifs d'éducation spécialisée avec hébergement : IME et ITEP

- 18 Instituts Médico-Éducatifs (IME) accueillent des jeunes souffrant d'une déficience intellectuelle. La densité de places en IME, en 2016, est inférieure à la moyenne régionale de 5,2%.
- 5 Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) pour les enfants et les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement. La densité de places en ITEP, en 2016, est supérieure à la moyenne régionale de 146%.

Établissement	Commune	Agrément de clientèle	Age Public	Gestionnaire
IME Jacques Maraux	Andilly	Difficultés psy / TCC		Association LADAPT
IME Les Coteaux	Argenteuil	DI / TSA		Association APAJH du Val d'Oise
IME Val Fleury	Boissy l'Aillierie	DI / Polyhandicap	3-20 ans	Association Le Val Fleury
IME Daniel Séguret	Ecouen	TED / DI	3-20 ans	Association Entraide Universitaire
IME Le Bois d'en Haut	Ennery	Troubles des fonctions cognitives / TSA	6- 20 ans	Association APED L'Espoir
IME Le Clos Fleuri	Ermont	DI / Polyhandicap	6-20 ans	Association APAJH du Val d'Oise
IMPro Les Sources	Ermont	DI	14-20 ans	Association HAARP
EMP Les Sources	Franconville	DI	6-14 ans	Association HAARP
IME L'Espoir	Garges-lès-Gonesse	DI moyens et profonds TCC	9-20 ans	AFDAEIM
IME La Chamade	Herblay	TSA / DI	5-20 ans	Association HAARP
IME L'Espoir	L'Isle Adam	Troubles des fonctions cognitives	6-20 ans	Association APED L'Espoir
IME Le Clos du Parisis	Montigny-Lès-Cormeilles	DI	5-20 ans	Association HAARP
IME René Zazzo	Montlignon	TSA / DI	6-20 ans	Mutuelle La Mayotte
IME Madeleine Bres	Marly-la-Ville	TSA / DI	6-20 ans	Mutuelle La Mayotte
IME La Ravinière	Osny	DI / Polyhandicap	5-20 ans	Association ANAIS
IME Le Val Fleury	Osny	DI / Polyhandicap	12-20 ans	Association Le Val Fleury
IME Roland Bonnard	Saint Martin-du-Tertre	TSA / DI	3-20 ans	Fondation John Bost
IME Henri Wallon	Sarcelles	DI légers et moyens avec troubles de la personnalité	6-20 ans	Association Entraide Universitaire
IME La Clé	Vauréal	DI / TCC	3-20 ans	Fondation John Bost
ITEP Pierre Male	Arnouville	Difficultés psy / TCC		Association Entraide Universitaire
ITEP Paolo Freire	Marines	Difficultés psy / TCC	3-18 ans	Mutuelle La Mayotte
ITEP René Laborie	Montlignon	Difficultés psy / TCC	6-20 ans	Mutuelle La Mayotte
ITEP Robert Commin	Montlignon	Difficultés psy / TCC	6-20 ans	Mutuelle La Mayotte
ITEP Le Clos Levallois	Vauréal	Difficultés psy / TCC	6-18 ans	Association Le Clos

Tableau 19. Liste des IME et ITEP agrément DI – TSA – TCC et troubles psychiques du Val d'Oise. ARS 2020



Carte 9. Localisation des IME et ITEP tous handicap du Val d'Oise. FINESS, novembre 2019

c. Synthèse établissements et services médico-sociaux pour enfants

		Nombre d'établissements	Nombre total de places	Dont places dédiées aux TSA	Dont places dédiées aux TCC
Enfants	IME	19	1 205	257	
	ITEP	4	302		302
	SESSAD	16	804	110	
Total		39	2 311	367	302

Tableau 20. Synthèse de l'offre médico-sociale handicap psychique enfant. ARS 2020

2. OFFRE MÉDICO-SOCIALE ADULTES

a. Offre d'hébergement au titre du handicap psychique

Les tableaux suivants indiqueront les établissements et services médico-sociaux pour adultes du département ayant un agrément de clientèle tous types de déficiences, TSA (troubles du spectre autistique), troubles du développement et troubles psychiques. Les établissements et services ayant un agrément uniquement polyhandicap et uniquement DI (déficience intellectuelle) ne seront pas inclus.

- 3 Maisons d'accueil spécialisé (MAS)
- 5 Foyers d'accueil spécialisé (FAM)

Établissement	Commune	Agrément de clientèle	Gestionnaire
MAS L'orée de Carnelle	Beaumont-sur-Oise	Tous types de déficiences	Centre Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise
MAS Simone Veil	Jouy-le-Moutier	TSA / Troubles du développement	Fondation John Bost
MAS L'envolée	Moisselles	Handicap psychique	CHS Roger Prévot
FAM La Montagne	Cormeilles-en-Parisis	TSA / Psychoses déficitaires	Association HAARP
FAM Simone Veil	Jouy-le-Moutier	TSA / DI	Fondation John Bost
FAM Pavillon Béthanie	Menucourt	Handicap psychique / Soins psychiatriques	Fondation John Bost
FAM La Garenne du Val	Mériel	TSA	Association HEVEA
FAM Le Parc	Soisy S/ Montmorency	DI / Troubles psychiques	Association LADAPT

Tableau 21. Liste des FAM et MAS avec agrément tous types de déficiences – TSA – Troubles du développement et troubles psychiques du Val d'Oise. ARS 2020



Carte 10. Localisation des établissements et services tous handicaps avec hébergement du Val d'Oise. FINESS, nov. 2019

b. Offre d'emploi en milieu protégé

Établissement	Commune	Agrement de clientèle	Gestionnaire
ESAT les Ateliers du Val d'Argent	Argenteuil	Handicap Mental	APAJH du Val d'Oise
ESAT les Ateliers des Hauts de Cergy	Cergy	Handicap mental	APAJH du Val d'Oise
ESAT les Bellevues Eragny/Herblay	Cergy	Handicap physique et troubles associés	Association des Paralysés de France
ESAT la Montagne	Cormeilles-en-Parisis	TSA	Association HAARP
ESAT Simone et André Romanet	Domont	Handicap mental	APAJH du Val d'Oise
ESAT d'Ezanville	Ezanville	Handicap mental	Association HAARP
ESAT Pierre Mondoloni	Gonesse	Handicap psychique	APAJH du Val d'Oise
ESAT Dr JC Gauthé	Goussainville	Handicap psychique	APAJH du Val d'Oise
ESAT la Hêtraie	Jouy-le-Moutier	Handicap mental	Association HEVEA
ESAT l'Avenir	Persan	Handicap mental	Association APED l'ESPOIR
ESAT ANAIS	Pierrelaye	Handicap mental	Association ANAIS
ESAT ARMME	Saint-Leu-La-Forêt	Handicap psychique	Association ARMME
ESAT	Saint-Ouen-l'Aumône	Handicap mental	Association ANAIS
ESAT Les Ateliers du Moulin	Sannois	Handicap mental	Association OMRS
ESAT Le Petit Rosne	Sarcelles	Infirmités Motrices Cérébrales	Association CAP DEVANT
ESAT Hors les Murs	Sarcelles	Tous handicaps	Association LADAPT
ESAT les Ateliers G. Lapierre	Taverny	Handicap mental	Fédération des APAJH
ESAT ADEP	Villiers-le-Bel	Handicap physique et troubles associés	Association ADEP
ESAT les Ateliers du Val d'Oise	Villiers-le-Bel	Handicap mental	Association LADAPT

Tableau 22. Liste des ESAT du Val d'Oise. ARS 2020

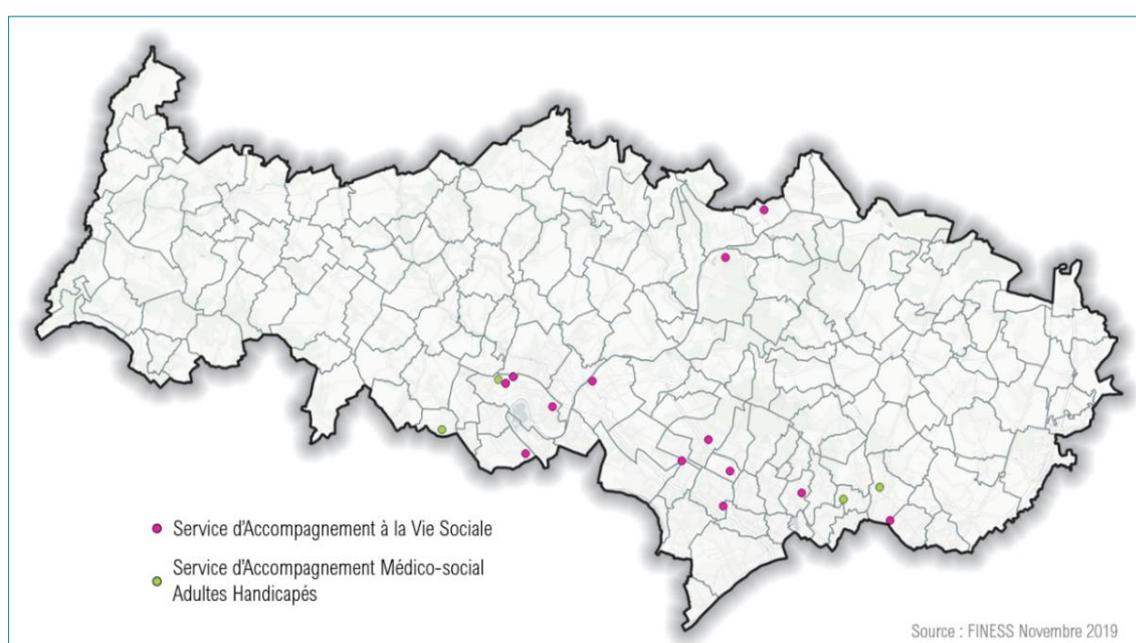


Carte 11. Localisation des ESAT et CRP (centres de rééducation professionnelle) tous handicaps du Val d'Oise. FINESS

c. Offre d'accompagnement en milieu ordinaire au titre du handicap psychique

Établissement	Commune	Agrément de clientèle	Gestionnaire
SAMSAH APF	Cergy Saint-Christophe	Troubles psychiques	Association APF
SAMSAH Belle Alliance	Groslay	Troubles psychiques	Centre Belle alliance
SAMSAH LADAPT	Sarcelles	Troubles psychiques	Association LADAPT
SAMSAH John Bost	Ménucourt	Troubles psychiques	Fondation John Bost
SAVS LIELOS	Montigny-lès-Cormeilles	Troubles psychiques	Association ARMME
SAVS APAJH95	Le Plessis-Bouchard	Troubles psychiques	Association APAJH 95

Tableau 23. Liste des SAMSAH et SAVS avec agrément troubles psychiques du Val d'Oise. ARS 2020



Carte 12. Localisation des SAVS et SAMSAH du Val d'Oise tous handicaps. FINESS, novembre 2019

d. Synthèse établissements et services médico-sociaux pour adultes

Adultes	MAS	11	467	79	39
	FAM	11	387	52	81
	ESAT	19	1783	245	93
	SAMSAH	4	175	100	
Total		45	2812	476	213

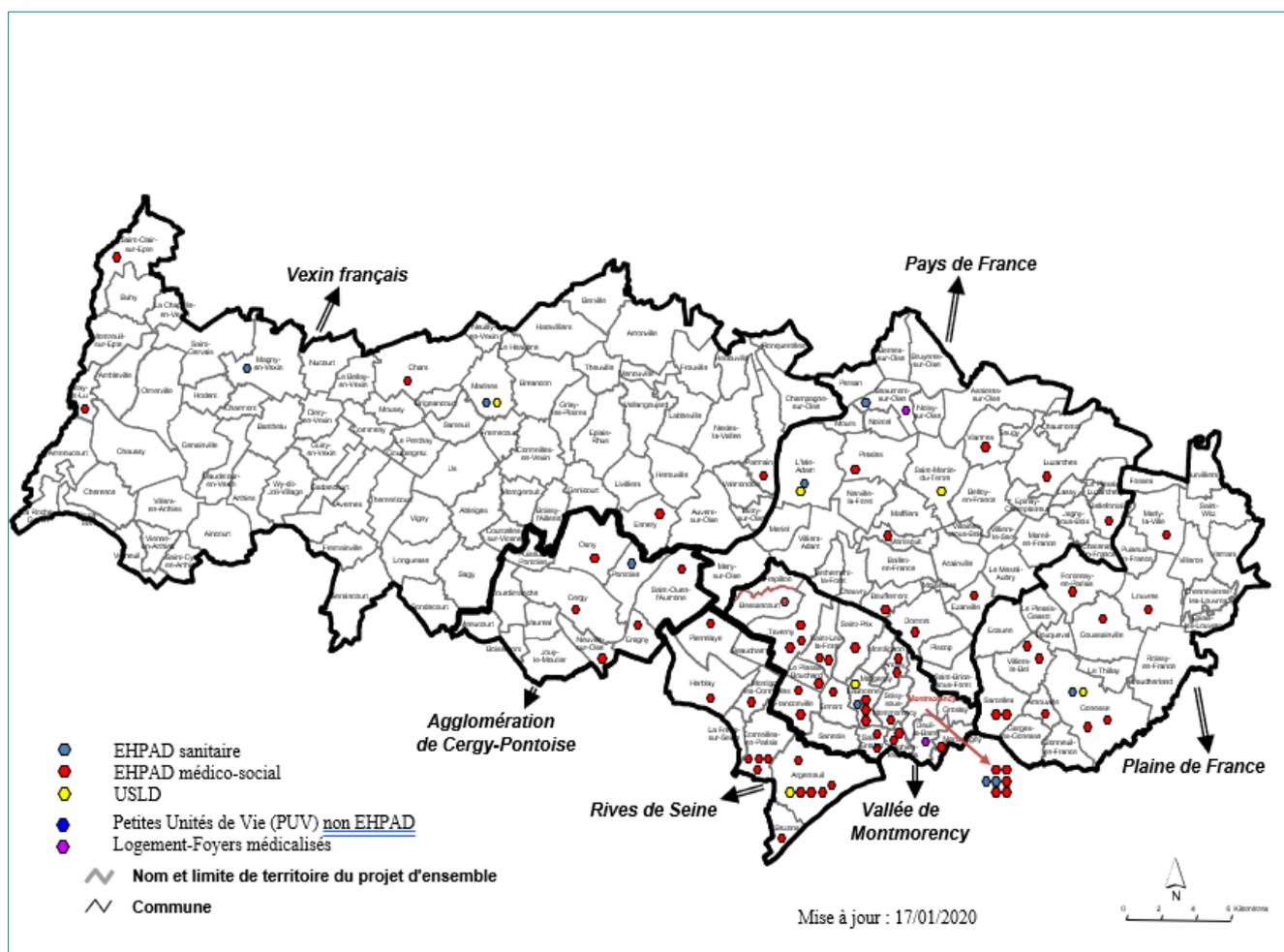
Tableau 24. Synthèse offre médico-sociale adulte tout handicap. ARS 2020

3. OFFRE MÉDICO-SOCIALE PERSONNES ÂGÉES

Dans le département, 75 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ou EHPAD (11 EHPAD publics dont 8 EHPAD publics hospitaliers et 3 EHPAD communaux autonomes, 64 EHPAD privés dont 19 EHPAD associatifs et 45 EHPAD/PUV privés à but lucratif) sont actuellement recensés.

Ces établissements offrent aux personnes âgées dépendantes, un total de 6 551 places en hébergement permanent et 61 places en hébergement temporaire, ainsi que 18 accueils de jour (190 places au total).

2 EHPAD ont créé des sections « personnes malades / handicapées psychiques vieillissantes » : ZEMGOR à Corneilles (15 places) et à Osny (30 places). Il est prévu à Sannois un EHPAD avec une section identique.



Carte 13. Cartographie des établissements médicalisés pour personnes âgées du Val d'Oise. ARS 2020

IV. OFFRE DE SOIN PSYCHIATRIQUE DÉDIÉE AUX PUBLICS SPÉCIFIQUES

1. OFFRE DE SOIN EN ADDICTOLOGIE

L'offre en addictologie est représentée dans le Val d'Oise par :

- Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Certains sont spécialisés en alcoologie, d'autres sont spécialisés en produits illicites, d'autres encore sont généralistes. La gestion de ces structures est soit hospitalière, soit associative.
- Des Consultations d'addictologie et des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)
- Des ELSA (Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie) à la disposition des services hospitaliers permettant de prendre en charge les problématiques d'addiction des personnes hospitalisées
- Des lits de sevrage simple et complexe selon les établissements
- Des HDJA (Hôpital De Jour en Addictologie)
- Des SSRA (Services de soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie)

Les dispositifs de prise en charge en addictologie sont différents selon les bassins de vie :

Bassin de vie de Pontoise

- Le CSAPA associatif DUNE, à Cergy Préfecture, spécialisé « substances illicites », sa CJC JADE et une antenne dans le Vexin
- Le CSAPA associatif ANPAA 95, à Cergy le Haut, spécialisé en alcoologie
- Au CH René Dubos à Pontoise : une ELSA, une consultation externe. Il est à noter que les projets d'extension de l'unité d'addictologie à 10 lits de sevrage complexe et de création de 5 lits d'hôpital de jour sont actuellement abandonnés.

Bassin de vie d'Eaubonne Montmorency

- Le CH Simone Veil d'Eaubonne-Montmorency dispose :
 - Du CSAPA hospitalier IMAGINE, à Ermont, spécialisé « substances illicites » et référent « jeu excessif » et son antenne CJC à Montmorency
 - Au sein de l'hôpital d'Eaubonne, d'un hôpital de jour en addictologie/alcoologie, d'une ELSA, d'une consultation et des lits d'hospitalisation en alcoologie
- Une antenne de l'association ANPAA 95 à Montmorency

Bassin de vie d'Argenteuil

- Le CSAPA associatif ANPAA 95, spécialisé en alcoologie et une CJC, à Argenteuil, et une antenne CJC à Sannois
- Une Antenne CJC du CSAPA hospitalier IMAGINE
- Au CH d'Argenteuil, une ELSA et la possibilité d'hospitalisation en alcoologie

Bassin de vie de Beaumont

- Le CH de Beaumont dispose :
 - Du CSAPA hospitalier généraliste La voie 11, implanté dans la ville de Persan avec une CJC

- Au sein de l'hôpital : une consultation externe, une ELSA, un SSRA qui reçoit des usagers provenant des services de psychiatrie du département lorsque la pathologie psychiatrique est stabilisée.

Bassin de vie de Gonesse

- Le CSAPA associatif ANPAA 95, situé à Villiers-le-Bel
- Le CSAPA associatif généraliste RIVAGE, à Sarcelles, dispose de 4 places en appartements thérapeutiques
- Le CSAPA, géré par le réseau PASS, à Garges-lès-Gonesse spécialisé alcool
- Au Centre Hospitalier de Gonesse, une ELSA et une consultation de tabacologie en pneumologie.

2. OFFRE DE SOIN POUR LES PUBLICS EN GRANDE PRÉCARITÉ

Il existe 3 **équipes mobiles psychiatrie Précarité** (EMPP) dans le département du Val d'Oise :

- L'équipe mobile précarité EMIL, sur le territoire de Pontoise-Beaumont
- L'EMPP de Gonesse, qui propose un lien avec les équipes intervenant directement avec les personnes en situation de précarité, à travers des séances d'analyse de pratiques
- L'EMPP sur le territoire du CH d'Argenteuil et du GHEM est en cours de constitution pour être opérationnelle en 2020

Les différentes **Permanences d'Accès aux Soins de Santé** (PASS) présentes dans les centres hospitaliers généraux du Val d'Oise, participent également au repérage des troubles psychiques chez les personnes en grande précarité. Les PASS assurent un suivi somatique, mais doivent réorienter en cas de besoin de suivi psychiatrique. Il est noté que les PASS du département n'ont pas un fonctionnement homogène.

3. OFFRE DE SOIN POUR LES PERSONNES SOUS-MAIN DE JUSTICE

a. Personnes sous obligation de soin (auteurs de violence sexuelle, de violence liée à l'alcool, d'actes de délinquance liés à la toxicomanie...)

Concernant les délinquants sexuels, rien de spécifique n'existe dans le Val d'Oise. Le département est rattaché au CRIAVS (Centre Ressources pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles) de la Seine-St-Denis à Ville-Evrard, qui peut les accueillir, mais la distance entrave l'accès aux soins.

Les CSAPA du Val d'Oise assurent toutes les obligations pré ou post sentencielles, en matière de toxicomanie et d'alcoolologie. Ils assurent également les obligations de rencontres prescrites par les Maisons de la Justice et du Droit.

b. Détenus ou sortants de prison

Depuis la loi de janvier 1994, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire relèvent du Ministère chargé de la Santé.

Pour assurer cette mission, les centres hospitaliers ont créé des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) dans chaque établissement pénitentiaire.

Le département compte un seul établissement pénitentiaire, la Maison d'Arrêt du Val d'Oise (MAVO), située à Osny. Au sein de la MAVO, l'USMP a des difficultés à faire face aux besoins importants en soins psychiatriques.

4. OFFRE DE SOIN POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE PSYCHO TRAUMATISMES

- La Cellule d’Urgence Médico-Psychologique (CUMP) du Val d’Oise intervient, sur sollicitation du SAMU, dans l’urgence en cas de catastrophe, en immédiat et/ou en post-immédiat, et assure une demi-journée par semaine de consultations. Elle oriente les patients vers des consultations spécialisées ou des professionnels (psychiatres ou psychologues) formés à la prise en charge du psycho traumatisme. La CUMP propose une à deux formations par an en lien avec le SAMU, ouvertes à tous (et pas seulement aux futurs volontaires) sur l’ensemble du département. La CUMP 95 est intégrée dans la CUMP Ile-de-France (régionale et zonale).
- L’UNAVI et l’UMJ à Gonesse et Pontoise
- Le Comité Local d’Aide aux Victimes (CLAV)
- France Victimes, représentée par le CIDFF 95
- La mise en place d’un projet de formation spécifique sur le Centre Hospitalier d’Argenteuil, et l’existence d’une consultation psychologique post-urgence
- Des professionnels de la clinique La Nouvelle Héloïse, en partenariat avec le réseau psycho traumatisme Paris Nord, sont formés MATH (Mouvements alternatifs thérapie hypnose) et en cours de formation EMDR.

5. OFFRE DE SOIN POUR LES PERSONNES MIGRANTES

Il n’existe pas d’accueil psychiatrique spécifique aux personnes migrantes, qui sont approchées par les dispositifs spécifiques à la précarité (EMPP, PASS). Une réflexion est en cours sur la construction de consultations ouvertes au Mineurs non accompagnés (MNA).

6. OFFRE DE SOIN POUR LES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

- L’Association Du Côté Des Femmes à Cergy propose dans son accueil de jour pour les femmes et les jeunes filles victimes qui le souhaitent, seules ou avec enfants, un accompagnement individualisé, en fonction des demandes et besoins de chacune.
- L’association Du côté Des Femmes à Sarcelles accueille des femmes victimes de violences conjugales ou familiales.
- L’association CIDFF 95, à Cergy informe, oriente et accompagne le public et en priorité les femmes et les familles, gratuitement et confidentiellement, dans les domaines de l’accès aux droits et de l’aide aux victimes.
- L’association des Femmes Africaines de Sarcelles (AFASE) a un rôle d’écoute, d’information, d’accompagnement, d’insertion, d’intégration des femmes et des familles en difficulté.
- L’association Dialogue des Femmes à Villiers-le-Bel a une mission d’écoute, d’information et d’orientation.
- L’association des Femmes Africaines du Val d’Oise (FAFAVO) à Cergy Saint-Christophe.
- L’association ESPERER 95, dûment habilitée par la Cour d’Appel de Versailles, met en place des actions de prise en charge en direction des auteurs de violences conjugales, faisant l’objet d’un contrôle judiciaire socio-éducatif, d’une condamnation à venir, d’une mesure alternative aux poursuites, d’un sursis avec mise à l’épreuve, sur l’ensemble du territoire du département du Val d’Oise. L’action se décline à travers trois volets :
 - Une solution d’hébergement provisoire qui permet d’organiser concrètement l’éloignement du conjoint violent du domicile conjugal.

- Des consultations psychologiques auprès du psychologue de l'association dans le but d'appréhender une démarche de responsabilisation.
- Des groupes de paroles
- Groupe de réflexion sur les violences faites aux femmes (Dr K. COGNÉ / Mme GUELMY Beaumont-sur-Oise).

V. OFFRE EN COORDINATION DES PARCOURS ET DES ACTEURS

1. COORDINATION DES PARCOURS

a. Les consultations de la psychiatrie

Ce sont les consultations psychiatriques (CMP, Consultations hospitalières, CMPP, CAMSP) qui, dans la grande majorité, coordonnent les parcours des patients. Les équipes des consultations sont pluridisciplinaires et peuvent aussi proposer un suivi au long cours.

La spécificité des consultations des secteurs de psychiatrie est qu'elles peuvent proposer des soins gradués en fonction des troubles puisqu'elles ont à leur disposition des unités proposant des prises en charge plus intensives (Équipe mobile, CATTP, HDJ, hospitalisation complète, soins intensifs à domicile...).

b. Les MDA et PAEJ

Les Maisons des Adolescents (MDA) accueillent les jeunes de 11 à 21 ans, en souffrance psychique. Les MDA proposent des accueils souples et anonymes, sans prise de rendez-vous, en dehors de l'hôpital.

Deux MDA sont présentes dans le Val d'Oise :

- MDA de l'Est du Val d'Oise à Gonesse, avec ses consultations avancées par une infirmière et une éducatrice dans les collèges et les lycées.
- MDA de l'Ouest du Val d'Oise à Pontoise, dispositif Pass'Age, avec ses évaluations psychiatriques et pédagogiques.

Le Point d'Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) est un lieu d'accueil, de rencontre et de soutien, pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans. Son objectif est la prévention des conduites à risques des jeunes. Il existe 3 PAEJ dans le département : un à Garges-Lès-Gonesse, un à Gonesse et un à Sarcelles.

c. Une PCO TND (Plateforme de Coordination et d'Orientation des Troubles du Neurodéveloppement) pour l'Est du Val d'Oise, ouverte en janvier 2020

Dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement (TND) 2018-2022, il est mis en place un parcours coordonné de bilans et d'interventions précoces pour un an pour les enfants de 0 à 6 ans inclus présentant un trouble du neurodéveloppement. Il s'agit ainsi d'accélérer l'accès à un diagnostic, de favoriser les interventions précoces.

La loi de financement de la sécurité sociale 2019 permet la rémunération des professionnels libéraux (forfait intervention précoce) concourant au bilan et interventions précoces (ergothérapeute, psychologue et psychomotricien) permettant aux parents d'obtenir la gratuité des soins précoces pour leur enfant en libéral. Une PCO TND Ouest du Val d'Ouest ouvrira dans un deuxième temps.

d. La démarche RAPT (MDPH)

La mission « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » vise à mettre en œuvre les préconisations portées par le rapport « Zéro sans solution » remis par Denis PIVETEAU en Juin 2014. L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé apporte un fondement législatif à la démarche et organise la possibilité pour les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les personnes ou leur famille de coconstruire avec les établissements et services ainsi que les financeurs, un plan d'accompagnement global.

Ce plan d'accompagnement global consiste en une combinaison de réponses permettant d'accompagner une personne qui se trouverait sans solution adaptée ou en risque de rupture de parcours en tenant compte des besoins des personnes et en levant certains freins à leur prise en charge globale.

La démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » est en place sur le département depuis 2017, en co-construction avec l'ARS, la CPAM, l'Éducation Nationale et les organismes gestionnaires des établissements médico-sociaux.

Les 4 axes de la démarche portent sur un déploiement du dispositif d'orientation permanent, une réponse territorialisée, une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs et un accompagnement au changement des pratiques.

Dans certaines situations, la MDPH invite l'ensemble des partenaires intervenant dans la situation, les partenaires institutionnels et les financeurs afin que des solutions de prise en charge soient trouvées collectivement en tenant compte des besoins des personnes et en levant certains freins à leurs prises en charge.

Elle a donc mis en place les instances suivantes :

- Les groupes opérationnels de synthèse de 1er niveau pour les cas complexes
- Les groupes opérationnels de synthèse de 2ème niveau pour les situations critiques

La « Réponse Accompagnée Pour Tous » impacte également la transformation de l'offre médico-sociale et le changement des pratiques des intervenants partenaires des MDPH ainsi que le positionnement des financeurs.

Toutes les actions d'accompagnement des personnes permettant un parcours sans rupture de prise en charge et de soins, doivent se faire dans une logique inclusive, de manière co-constructive et multi partenariale.

2. COORDINATION DES ACTEURS

a. Les CLSM

Les **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)** sont des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les professionnels, les usagers et les aidants » (définition du CCOMS¹).

Ils visent à améliorer les parcours de soins et de vie en psychiatrie et en santé mentale dans le territoire.

Ils permettent, par la coordination des différents acteurs de la santé mentale de proximité, à l'échelle communale ou intercommunale, d'anticiper des situations problématiques, de les travailler collectivement et de ce fait d'agir sur le champ de la prévention et sur celui du repérage et du suivi coordonné des cas complexes.

¹ Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale.

Le département compte 5 CLSM.

Le CLSM de L'Est du Val d'Oise a établi 5 thèmes prioritaires ayant amené à la constitution de groupes de travail :

- La santé mentale des adolescents ;
- L'accès au logement des personnes présentant des troubles psychiques ;
- Les questions liées à l'accès à l'emploi, aux loisirs et à la citoyenneté des personnes présentant des troubles psychiques ;
- Les situations dites « complexes » en psychiatrie adulte.

	Communes concernées
CLSM du Val d'Oise EST	Villiers-le-Bel, Sarcelles, Goussainville, Garges-lès-Gonesse
CLSM de la Communauté d'agglomération de Cergy	Eragny-sur-Oise, Osny, Boisemont, Cergy, Courdimanche, Jouy-le-Moutier, Menucourt, Neuville-sur-Oise, Pontoise, Puiseux-Pontoise, Saint-Ouen-l'Aumône, Vauréal
CLSM de la Communauté de communes du Haut Val d'Oise	Beaumont-sur-Oise, Bernes-sur-Oise, Bruyères-sur-Oise, Mours, Nointel, Persan, Ronquerolles, Champagne-sur-Oise
CLSM de la Communauté d'agglomération Val –Paris	Beauchamp, Bessancourt, Cormeilles-en-Parisis, Franconville, Herblay, La Frette-sur-Seine, Montigny-lès-Cormeilles, Pierrelaye, Sannois, Taverny, Ermont, Eaubonne, Le Plessis-Bouchard, Saint-Leu-La-Forêt, Frépillon
CLSM d'Argenteuil-Bezons	Argenteuil, Bezons

Tableau 25. CLSM du Val D'Oise. ARS. Janvier 2020

b. Les réseaux de santé

4 réseaux de santé sont présents dans le département :

- Le réseau périnatalité
- Le réseau adolescent : RésoAdo 95
- Le réseau addictologie : réseau Synergie ville-hôpital
- Le réseau santé mentale du Centre hospitalier d'Argenteuil

c. Les staffs « plateforme TSA » et « pédiatrique TSA » des PDAP du Val d'Oise

Le staff plateforme TSA permet la rencontre entre tous les acteurs spécialisés de l'autisme. Il permet l'interconnaissance et une amélioration des parcours.

Le staff pédiatrique TSA permet la rencontre entre pédiatres et pédopsychiatres autour des bilans pédiatriques effectués dans le cadre de l'évaluation diagnostique des TSA.

Ces réunions ont lieu tous les 2-3 mois.

d. Les projets de CPTS et de DAC

Les **DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination)**, réunissent, quand ils existent, les réseaux de santé, les équipes d'animation MAIA, les PAERPA, Les Plateformes Territoriales d'Appui, et les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination) sur délibération du Conseil départemental.

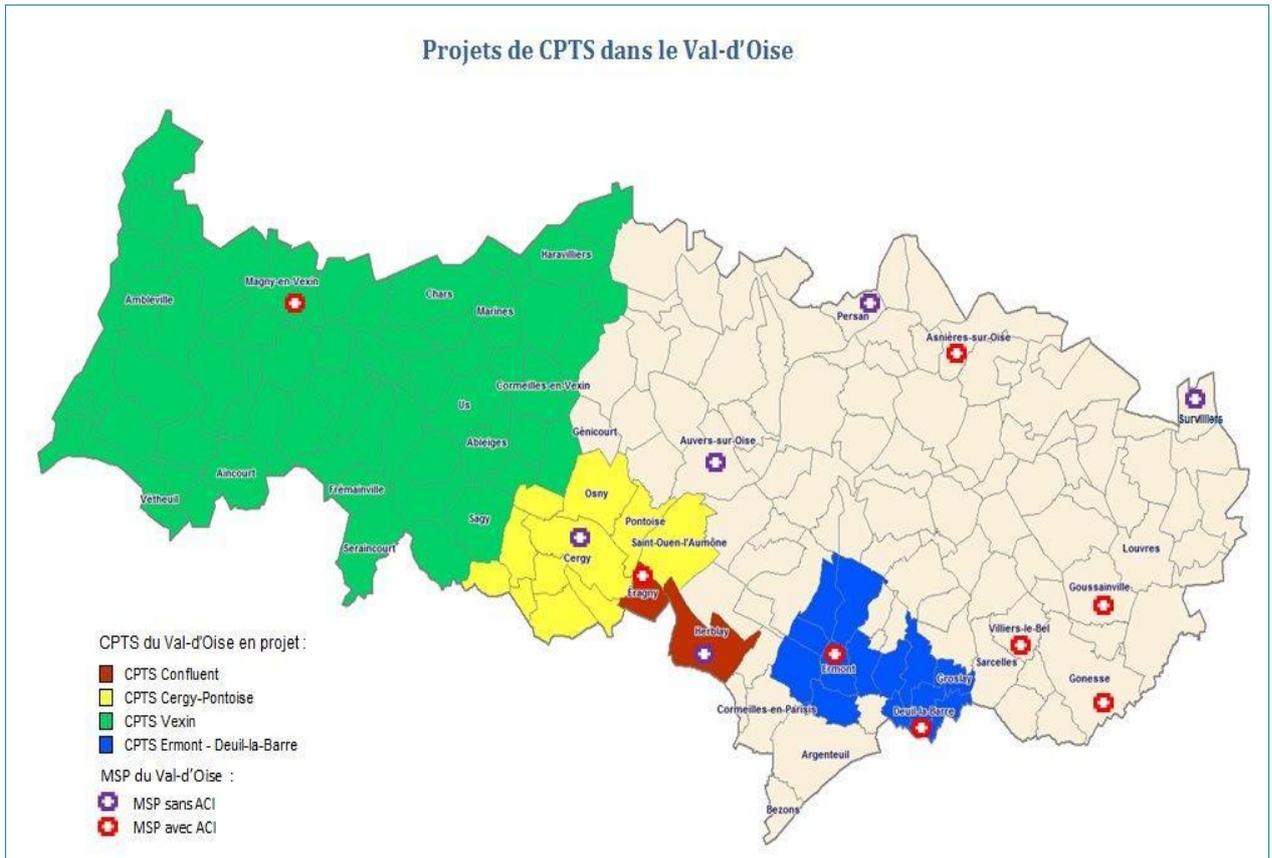
L'Ile-de-France déploie 23 DAC dont 3 dans le Val d'Oise sur les territoires des MAIA. Il s'agira d'organiser un appui effectif et réactif aux professionnels du premier recours dans l'orientation ou la prise en charge de leurs patients jugés en situation complexe, quelles que soient la pathologie et l'âge, en subsidiarité des acteurs. Un cadre régional de référence définit leurs missions et leur organisation. Les deux grandes missions d'un DAC sont : l'appui aux parcours de santé individuels et l'appui à la structuration territoriale des parcours en s'appuyant sur les ressources du territoire.

Dans une continuité méthodologique initiée par les MAIA, les DAC deviennent un guichet unique facilitant la coordination des parcours jugés complexes par les professionnels, au sein d'un territoire où beaucoup d'autres acteurs sont autant de guichets de premier accès pour le public.

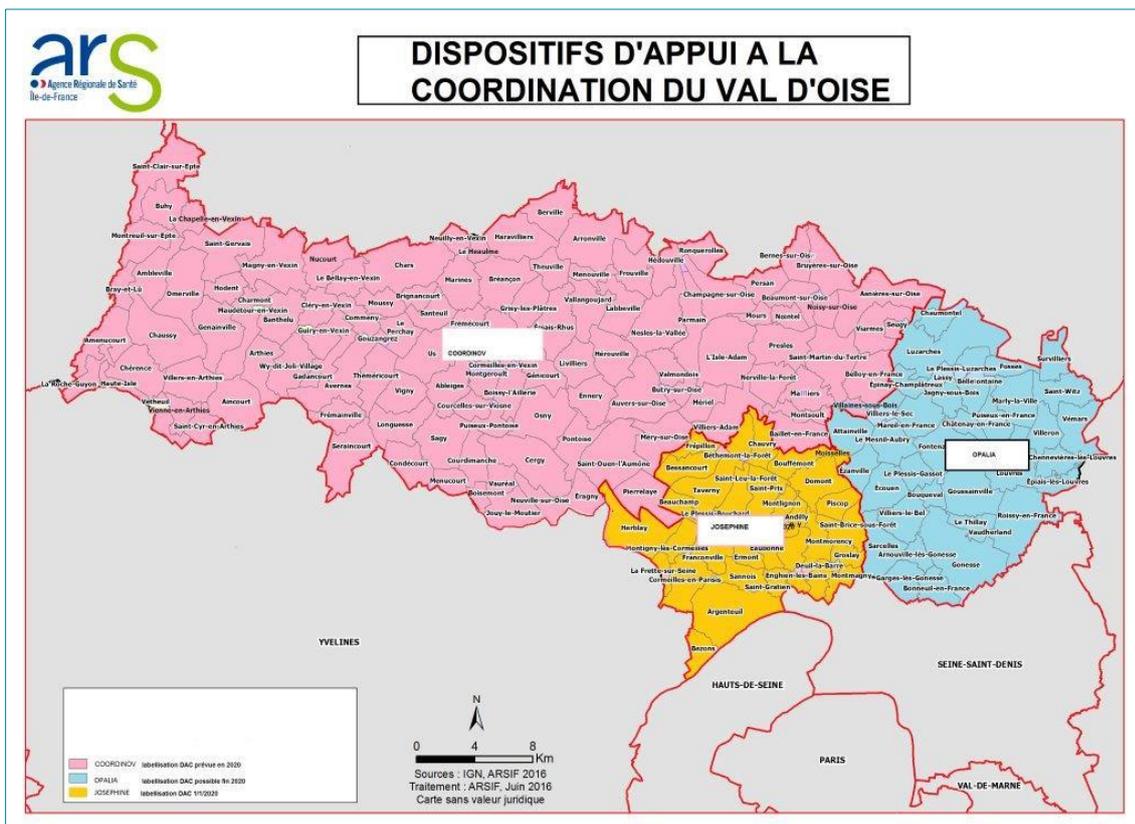
Les **CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)** également en cours de déploiement sur les territoires, seront des organisations des professionnels du secteur ambulatoire avec les acteurs des établissements sanitaires et médico-sociaux, à l'échelle des bassins de vie. Ces CPTS organiseront les prises en charge sur leur territoire et pourront s'appuyer sur les services d'un DAC.

Ces instances seront donc des supports privilégiés dans le cadre du PTSM pour :

- Appuyer les professionnels et les familles en matière d'orientation et de coordination de parcours en santé mentale, pour les DAC ;
- Soutenir des dynamiques / projets mutualisés autour de la coordination de proximité des parcours entre les acteurs / institutions, pour les CPTS.



Carte 14. Les projets de CPTS dans le Val d'Oise. ARS 2020



Carte 15. Les projets de DAC dans le Val d'Oise. ARS 2020

VI. REPRÉSENTATION DES USAGERS ET DES FAMILLES

1. ASSOCIATIONS

- UNAFAM 95
- Autisme Action 95
- Écoute Parents Enfants Autistes (EPEA)
- Autisme ensemble 95 à Pontoise
- UDAF

2. DISPOSITIFS DE PAIR AIDANCE

Les GEM sont des associations loi 1901 pour des usagers de la psychiatrie.

Hors d'une structure sanitaire, sociale ou professionnelle, ils offrent un lieu, où des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se retrouver, partager des activités et échanger sur leurs expériences particulières de vie dans un esprit de compréhension et d'entraide mutuelle.

5 GEM sont présents sur le territoire :

- Le GEM « Y croire » à Argenteuil
- Le GEM « le Mille et une vies », à Arnouville-Lès-Gonesse
- Le GEM « l'Oasis » à Eaubonne
- Le GEM « Le Futur » à Persan
- Le GEM « Point d'attache » à Pontoise.

Les Médiateurs Santé-Pairs : 2 postes ont été créés dans le département de psychiatrie générale du CH d'Argenteuil.

Pour rappel, le médiateur de santé-pair, après une formation universitaire, intègre le service et complète l'équipe soignante. Il utilise ses connaissances et son expérience personnelle de rétablissement et de recouvrement de la santé notamment pour :

- Favoriser l'accès aux soins
- Participer à l'accompagnement des usagers dans les démarches d'accès aux droits sociaux, dans le développement d'habilités sociales dans la communauté ou encore dans les activités favorisant l'insertion sociale
- Apporter un soutien relationnel et renforcer la confiance en soi
- Participer avec les équipes soignantes à l'éducation thérapeutique²

² Source : profil de poste Médiateur de santé-pair – CCOMS

PARTIE 4. FORCES ET FAIBLESSES DE L'OFFRE EN SANTÉ MENTALE, PRINCIPAUX POINTS DE RUPTURE IDENTIFIÉS ET AMÉLIORATIONS ENVISAGEABLES

I. AXE 1 – LE REPÉRAGE PRÉCOCE, L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC, AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

1. EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE / PÉRIMÈTRE DE L'AXE

Le Projet Territorial de Santé Mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

À ce titre, les thématiques traitées ont été les suivantes :

- L'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques par la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte.
- La réponse aux situations signalées par les proches et familles, et l'accompagnement des parents et de l'entourage.
- L'accès à un avis psychiatrique, à but diagnostique et thérapeutique, dans les consultations spécialisées : les consultations hospitalières, en CMP, en CMPP et en CAMSP.
- Les équipes de soins de psychiatrie qui vont au-devant des personnes : les équipes mobiles avec les interventions à domicile, les équipes de liaison, les consultations avancées (collèges, lycées, centres médicaux...).
- L'accès aux expertises des dispositifs spécifiques existant au niveau départemental, régional ou interrégional.
- L'accès aux soins psychiques et aux accompagnements, suite à l'avis psychiatrique.
- La question de la continuité des soins lors des passages d'une équipe à une autre.
- Les articulations entre les professionnels de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie et de l'addictologie.
- L'organisation du partenariat entre la psychiatrie, le premier recours (généralistes, pédiatres...), le social et le médico-social.
- L'intérêt et la faisabilité des dispositifs de télémédecine.

2. LE REPÉRAGE PRÉCOCE ET L'ORIENTATION

« L'intervention précoce doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie, afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées. Elle se distingue de la prévention, qui vise à lutter contre les facteurs identifiés comme pouvant contribuer au développement de troubles psychiques (risques psychosociaux, négligences parentales, exposition au stress, consommation de substances psychoactives et conduites addictives ...)»³. »

³ Extrait du site du Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale>

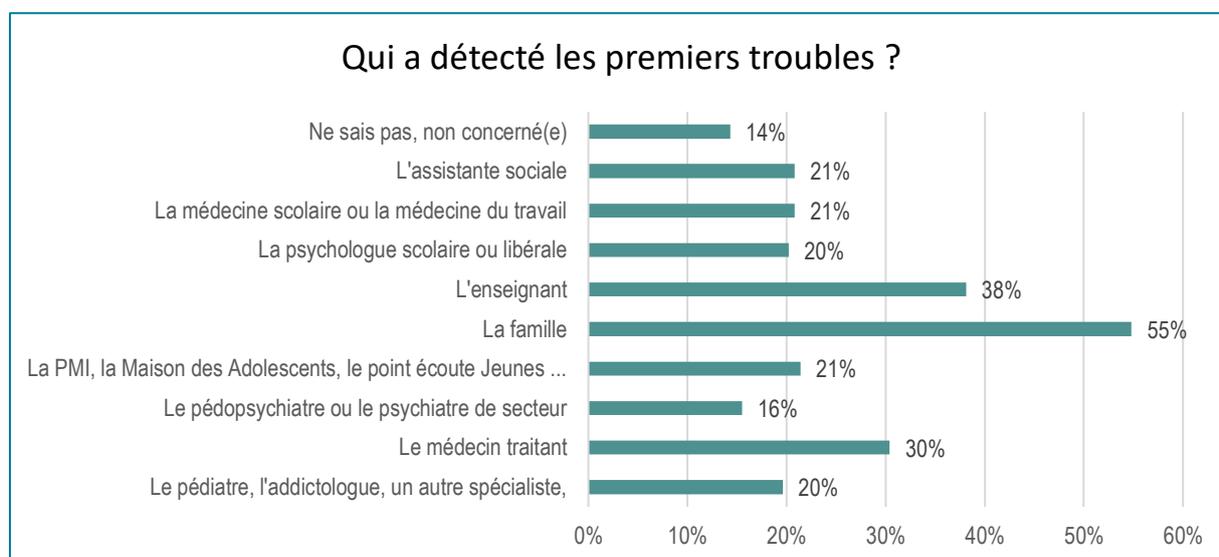
Le département souffre d'un **manque de travail de prévention** et d'un manque de dispositifs de repérage précoce des troubles psychiques, des urgences et des situations à risque.

Ce manque est essentiellement lié à un **déficit de professionnels de santé** au sein des structures qui se situent en première ligne en termes de repérage (acteurs médicaux de l'Éducation nationale, de la Protection Maternelle Infantile – PMI – et professionnels de santé libéraux du premier recours) ; mais aussi à un **manque de formation aux troubles psychiques des acteurs non spécialistes**, souvent à l'origine du repérage.

a. Des acteurs non spécialistes, premier maillon du repérage, à soutenir

Les réponses à la question « **Qui a détecté les premiers troubles ?** », posée aux acteurs du territoire via le questionnaire participatif (168 répondants) montrent que dans la plupart des cas, ce sont des acteurs non spécialistes de santé mais proches de la personne, la **famille** (55% des répondants) ou le **personnel enseignant** (38%) qui sont les premiers à repérer les troubles psychiques. Le **médecin traitant** (30%) arrive néanmoins en troisième position.

Si l'intervention précoce doit s'appuyer sur les compétences en repérage et en orientation des professionnels de santé de première ligne, le processus se déclenche souvent suite au signalement des acteurs les plus en proximité avec les personnes concernées, non spécialistes des troubles psychiques.



Concernant les enfants, il est noté spécifiquement une difficulté à repérer les troubles avant l'entrée à l'école maternelle, période où les difficultés de l'enfant vont être portées à la vue de l'équipe enseignante. La place des équipes enseignantes dans le déclenchement des parcours de soin est de fait reconnue, et gagnerait à être outillée et appuyée.

Enfin, un certain nombre de situations individuelles rapportées par les **travailleurs sociaux**, montrent tout autant l'importance de leur place en termes de repérage des troubles psychiques chez les personnes en situation de précarité. Cependant, ils manquent d'outils et de connaissance en santé mentale pour étayer le repérage des troubles psychiques.

b. La PMI et la médecine scolaire de moins en moins outillées

Il y a de moins en moins de **médecins scolaires** dans le département (1 médecin pour 15 000 élèves environ) mais du personnel infirmier est présent dans chaque établissement scolaire au moins à mi- temps. 17 postes de psychologues sont vacants.

Les équipes de la PMI restent des acteurs privilégiés du repérage précoce mais, en raison du manque de médecins et de personnel au sein de ces services, certains centres de PMI du département ne suivent plus les enfants que jusqu'à l'âge de 1 an.

c. Un besoin d'appui aux acteurs du premier recours pour le repérage

L'offre de premier recours est **quantitativement insatisfaisante** au regard des besoins dans le département tant au niveau des médecins généralistes, que des orthophonistes, des psychomotriciens et des psychologues.

Mais, au-delà, il est constaté que les médecins traitants **manquent de formation sur les troubles psychiques**, ce qui nuit à un repérage efficace des situations à risque ou des situations amenant à un besoin d'expertise. Un déficit de formations spécifiques dans les formations initiales et dans la formation continue des acteurs du premier recours est noté. Par conséquent, le manque de connaissance des soignants du premier recours sur les troubles à repérer peut soit les faire passer à côté de certaines situations qui pourraient s'aggraver, soit au contraire entraîner une « sur psychiatisation » des situations.

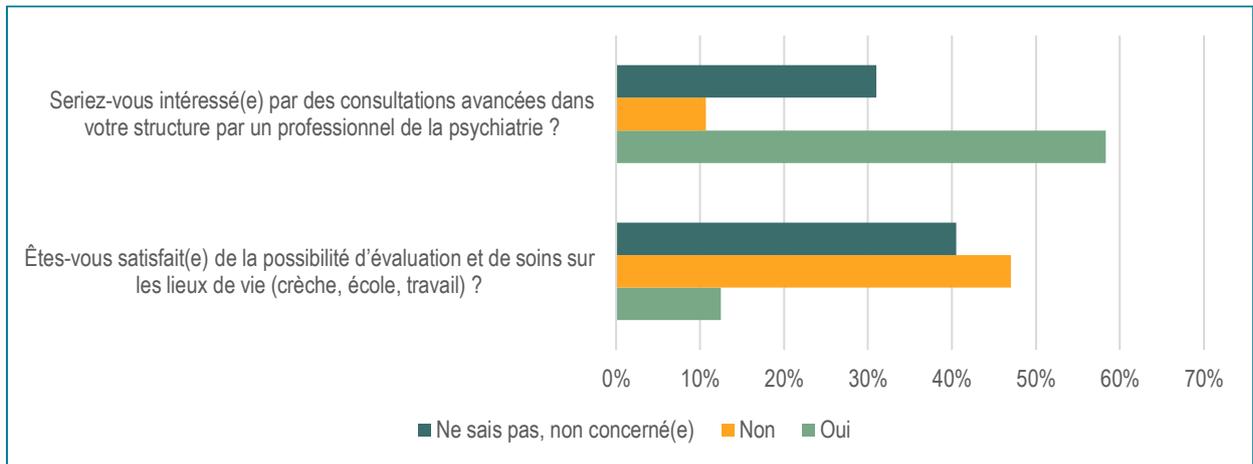
Un besoin spécifique est constaté concernant la formation au repérage précoce des Troubles du spectre autistique (TSA) et autres Troubles Neurodéveloppementaux (TND).

Il est noté un **manque de partenariats de la psychiatrie avec les médecins généralistes**, qui pourraient permettre de mieux appuyer ces derniers dans le repérage des troubles psychiques. Ces partenariats pourraient prendre des modalités diverses (soutien à des projets de santé collectifs, consultations avancées, formations croisées, Dispositif de Soins Partagés – DSP...).

Le DSP vise notamment à faciliter la prise en charge des patients par leur médecin traitant, pour des pathologies ne nécessitant pas de suivi psychiatrique continu.

Le DSP a pour objectif de favoriser le lien et la coopération entre les praticiens de ville et les structures hospitalières et permet de maintenir les médecins généralistes au centre des prises en charge. Ceci favorise l'adhésion aux soins, leur cohérence à long terme et l'articulation des soins somatiques et psychiatriques.

Les réponses au questionnaire diffusé aux acteurs du département montrent que 58% des acteurs interrogés, professionnels comme usagers, seraient réceptifs à la mise en place de consultations avancées au sein de leur structure par un professionnel de la psychiatrie, et que 47% sont insatisfaits des possibilités d'évaluation conduites au sein des lieux de vie.



d. Un manque de ressources pour l'orientation

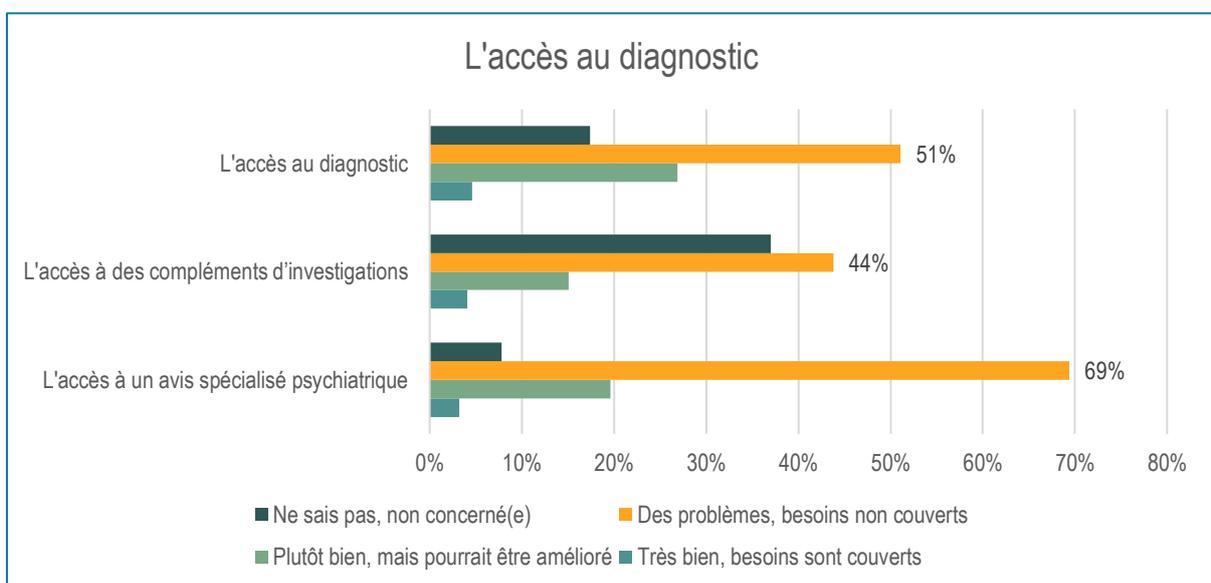
En outre, après le repérage, **une difficulté majeure concerne l'orientation à proposer aux patients.**

Le parcours post repérage se heurte à un manque de ressources humaines et de dispositifs vers qui adresser les patients : même si le repérage est précoce, lorsqu'il n'y a pas d'interlocuteur pour l'orientation, le programme de soins tarde à se mettre en place.

3. L'ACCÈS AU DIAGNOSTIC

La réflexion des acteurs sur l'accès au diagnostic a interrogé, tout autant, l'accès à un premier avis psychiatrique généraliste que l'accès à une expertise/ un avis spécialisé.e.

Les réponses au questionnaire sur la question du diagnostic (219 réponses) expriment largement des **besoins non couverts**, quel que soit le type d'avis recherché. Néanmoins, les manques les plus importants (69% des répondants déclarent des besoins non couverts) se situent au niveau de l'accès à un avis spécialisé.

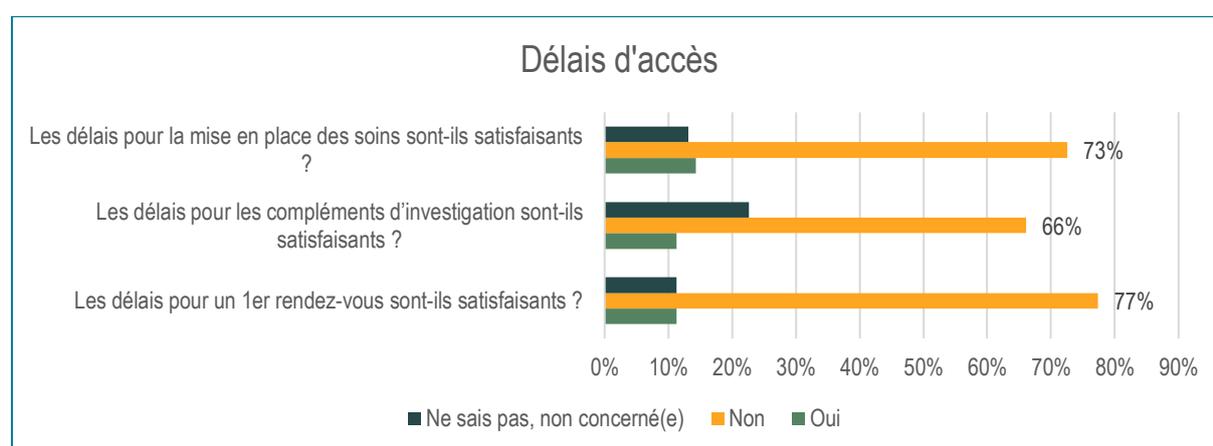


a. Des délais d'attente importants dans les structures de proximité entravent l'accès à un avis psychiatrique

L'organisation de l'accès à un avis psychiatrique, via les consultations des secteurs, les équipes mobiles, les équipes de liaison, les consultations avancées et autres dispositifs du département et de ses différents bassins de vie, a été interrogée, ainsi que la lisibilité de cette organisation.

Concernant les équipes de proximité (psychiatrie de secteur), l'engorgement des structures, l'allongement des listes d'attente, conduisent à des **délais pour un premier avis psychiatrique**, qui peuvent entraîner des conséquences dramatiques. Le manque de moyens oblige les professionnels à prioriser les réponses en urgence, faute d'un traitement suffisant de la souffrance psychique en amont.

Ces délais d'attente pour une entrée dans un parcours de soin en psychiatrie sont largement considérés comme insatisfaisants pour les répondants, tant pour la mise en place des soins (73% d'insatisfaction) que pour les expertises et avis psychiatriques (66%) et que pour un premier rendez-vous (77%).



Outre la question des délais préoccupants, le constat partagé principal en matière d'accès à la psychiatrie de proximité pour un premier avis psychiatrique, concerne le **manque de mobilité des équipes vers la population et les partenaires**, pourtant nécessaire dans un certain nombre de situations. Cette organisation de l'« aller vers » se heurte aujourd'hui à la limite de ressources humaines déjà mobilisées pour le fonctionnement des structures psychiatriques. Le rôle et le besoin de renforcement des équipes mobiles et des équipes de liaison est rappelé.

b. Des structures spécifiques pas assez connues et mal réparties

LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES DU DÉPARTEMENT

Le département dispose d'un certain nombre de structures et dispositifs capables de proposer une évaluation approfondie dans des domaines spécifiques :

- Le Service Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent à Argenteuil
- Un centre diagnostique trouble du langage et des apprentissages (unité des troubles des apprentissages et du langage – UTAL) à Pontoise, non agréé à visée du GHT (Pontoise et Beaumont)
- Le Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud à Bouffémont

- L'UMJ (Unité médico-Judiciaire) et l'UNAVI (Unité d'Accueil aux Victimes)
- La CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) du Val d'Oise
- La Plateforme Territoriale de Réhabilitation psycho-sociale et de Remédiation Cognitive Sud Val d'Oise sur le Centre Hospitalier d'Argenteuil (P2R95).

LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX EXPERTISES

Il reste difficile d'avoir accès aux expertises en raison de **listes d'attente** très importantes, mais aussi de **l'éloignement géographique**, hors département, d'une grande partie des structures d'expertise (principalement situées à Paris).

Dans le Val d'Oise certains dispositifs sectoriels, par manque de moyens ou par manque de lisibilité, n'ont pu être mandatés comme prévu à visée départementale. Il existe notamment une **certaine inégalité entre l'Est et l'Ouest du département** avec des disparités au niveau des domaines d'expertises.

Par ailleurs, il est constaté un **manque de connaissance** pour le public mais aussi pour les professionnels, de ces dispositifs d'expertise, qu'ils se situent dans ou en dehors du département. Une meilleure lisibilité permettrait un meilleur accès aux expertises. Il conviendrait de préciser la place de ces structures dans les parcours de soins : comment y accède-t-on ? Quand ? Et pour quels soins ?

Ce travail de clarification et de communication permettrait également de mettre en lumière les domaines et zones peu pourvus.

Il est noté **l'absence de plateforme départementale des troubles sévères du langage et des apprentissages** (Troubles Dys), ce qui retarde les diagnostics. Il existe une seule plateforme diagnostique sur Pontoise (UTAL) destinée aux enfants des secteurs de Pontoise et Beaumont.

4. L'ACCÈS AUX SOINS EN PSYCHIATRIE

a. Des difficultés transversales de ressources humaines et de moyens

UNE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE PRÉOCCUPANTE

Le nombre de **postes vacants de psychiatres et de pédopsychiatres** dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-social sur l'ensemble du département, ainsi que le faible nombre de psychiatres et pédopsychiatres libéraux, constituent un problème majeur pour l'accès aux soins en psychiatrie. Les centres hospitaliers du Val d'Oise rencontrent en effet des difficultés pour recruter des psychiatres et des pédopsychiatres. Cette pénurie, qui entraîne actuellement une situation catastrophique au CH de Pontoise (12 postes de psychiatres non pourvus), risque d'impacter tout le Nord du Val d'Oise.

Les taux d'équipements et de postes hospitaliers pourvus du Val d'Oise sont en deçà de ceux de Paris, sans que le déficit de l'offre en psychiatrie publique ne puisse être compensé par l'offre libérale, du fait d'un nombre insuffisant de médecins généralistes et de psychiatres libéraux installés par rapport aux besoins.

Le département connaît l'un des plus hauts **taux d'inadéquation des postes d'internes** (le taux d'inadéquation correspond au nombre de postes non pourvus sur le nombre total de postes ouverts) en psychiatrie d'Île-de-France, ce qui concourt à creuser le déficit d'occupation des postes de praticiens hospitaliers, les internes étant une ressource majeure pour le recrutement, un certain nombre choisissant de s'installer sur leur lieu d'internat.

De l'avis de l'ensemble des acteurs, il est essentiel que des **perspectives** soient définies dans le cadre du Projet Territorial de Santé Mentale, afin de répondre à ce problème, notamment :

- Transformation des postes ;
- Revalorisation du statut et de la rémunération des psychologues recrutés par les hôpitaux généraux du département ;
- Augmentation significative du nombre d'internes en psychiatrie ;
- Création de poste d'infirmiers de pratique avancée ;
- Meilleure attractivité du département pour les étudiants.

DES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE

Cette carence médicale se répercute sur l'organisation même de chaque service. Dans ce contexte difficile, un risque d'épuisement est constaté aujourd'hui parmi les soignants, qui sont en souffrance. **Le turn over des équipes** est de fait important, avec pour conséquences des difficultés d'organisations stables, et une perte de repères et de lisibilité concernant la cartographie des acteurs.

La qualité des prises en charge souffre également du manque de ressources humaines : un manque de prévention, de réactivité des réponses, de temps pour coordination et une recrudescence des pratiques de contention et d'isolement sont notamment observés.

DES FINANCEMENTS INSUFFISAMMENT PROTÉGÉS AU SEIN DES CH GÉNÉRAUX

Les acteurs ayant participé au diagnostic estiment que la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile du département du Val d'Oise est **significativement sous dotée financièrement** par rapport à la moyenne nationale. Afin d'objectiver leur estimation, les acteurs demandent d'avoir connaissance de données précises, comme le montant des Dotations Annuelles de Financement (DAF) par habitant et par département, qui serait un critère permettant d'évaluer les moyens alloués à la santé mentale.

Les acteurs estiment également que les financements dédiés à la psychiatrie ne sont pas suffisamment protégés au sein des établissements de santé généraux, et qu'il est nécessaire de penser des moyens réglementaires pour **sanctuariser la DAF en psychiatrie**.

b. L'accès aux soins en psychiatrie en périnatalité (0 - 2 ans)

Les indicateurs périnataux sont défavorables sur le département (mortalité infantile, taux de prématurité). Le diagnostic a essentiellement traité des relations entre précarité et troubles psychiques en périnatalité, les difficultés de la relation mère-bébé étant majorées par la **situation de précarité des mères**.

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS SUR LESQUELS PEUT S'APPUYER LA PRISE EN CHARGE EN PÉRINATALITÉ

Différentes structures et dispositifs participent au maillage du territoire en soins psychiatrique en périnatalité :

- Le **réseau périnatalité du Val d'Oise**, permet l'interconnaissance des professionnels, l'organisation de formations communes et l'accompagnement des équipes pour les situations complexes.
- Les 56 centres de PMI (Protection Maternelle Infantile) du département.
- Les équipes parents-bébé des secteurs de pédopsychiatrie.
- Les équipes de liaison pédopsychiatrique présentes dans les services de maternité.
- Les staffs psychosociaux présents dans la plupart des maternités, ouverts sur la ville et sur la PMI, en anténatal. Il est toutefois noté une participation parfois insuffisante des équipes hospitalières par manque de temps et priorisation des urgences somatiques.

- Les staffs entre les services de pédiatrie et la PMI en post-natal.
- Les staffs entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie.
- Mélia, centre de thérapie familiale, mène une action (soutenue par l'ARS, intitulée « un fil rouge pour accompagner la maternité fragilisée ») depuis début 2019, afin d'accompagner les femmes enceintes et les jeunes mères en situation de grande vulnérabilité psychosociale, vers les structures et dispositifs existants. Deux lieux de consultation existent à Cergy et Sarcelles, mais la compétence de Mélia est départementale.
- La formation des professionnels de la petite enfance des secteurs de Gonesse et de Pontoise au repérage précoce des enfants à risque de développer des TSA a été assurée par le RADAP (Réseau d'accompagnement et de diagnostic autisme précoce) en 2017-2018, dans le cadre d'un projet de recherche clinique.
- Prado maternité.

LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE EN PÉRINATALITÉ

Chez les femmes cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité (isolement, parcours migratoire complexe, violences, situation matérielle précaire, mal logement voire habitat indigne, etc.), le suivi de grossesse nécessite de coordonner des compétences médicales, psychiatriques et sociales, mais aussi parfois de traduction.

■ Un manque de moyens en dépistage des troubles au moment de la naissance

Les centres hospitaliers ont peu de temps et de ressources pour mettre en place des soins psychiques en maternité et néonatalogie visant à soutenir les interactions précoces :

- En néonatalogie, un **manque de psychomotriciens** permettant d'assurer le dépistage et le suivi est constaté.
- Les maternités **manquent de lits dédiés à l'observation et l'accompagnement des premières interactions en cas de signes d'alerte**. Les unités d'hospitalisation mère-enfant existantes ne disposent en général que de 5 places pour des dyades mère-bébé. Ces unités n'acceptent pas les femmes sans papier ou sans logement. Les unités parisiennes ou franciliennes pour les hospitalisations mère-enfant sont difficiles d'accès pour les personnes du Val d'Oise.

■ Un manque de coordination des acteurs après la sortie de la maternité

De nombreuses femmes sortent aujourd'hui de la maternité avec deux jours d'hébergement via le 115 ou sans solution. Il est noté un **manque de foyers sociaux mère-bébé**, qui permettraient une stabilisation des femmes en grande précarité.

Un risque majeur de rupture de soins est repéré entre la sortie de la maternité et le relai avec une prise en charge (par la PMI, le CAMSP, le CMP, le médecin traitant...). La sortie du service de maternité est un moment de grande vulnérabilité où la mère se retrouve seule avec son bébé au domicile, avec parfois comme seule proposition possible un suivi en néonatalogie. Il est constaté le **besoin d'améliorer l'articulation entre les sages-femmes, les PMI, la psychiatrie et la pédopsychiatrie** pour accompagner les femmes en difficulté pendant et après leur grossesse.

Ce travail coordonné est indispensable en périnatalité, mais se heurte au manque de ressources disponibles :

- **En libéral**, peu de professionnels sont formés à l'exercice spécifique du soin des bébés.

- **Au sein des PMI**, le manque de professionnels (psychologues, pédiatres, psychomotriciens, puéricultrices) entrave sensiblement la prise en charge précoce périnatale avec une absence de visite à domicile pluridisciplinaire à la sortie de la maternité.
- **En psychiatrie**, il est constaté un manque de structures dédiées à la périnatalité (CATTP, hôpitaux de jours), et un manque de compétences spécifiques des équipes mobiles précarité, susceptibles d'intervenir en périnatalité.
- **Au sein des centres sociaux d'hébergement** (hébergement d'urgence, Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile), il est noté un manque de mobilité des soins pour un suivi renforcé des femmes enceintes et mères de jeunes enfants présentant des situations à risque. Pour « aller vers », les équipes parents-bébé de la pédopsychiatrie manquent de personnel et de véhicules.
- Le travail du **réseau périnatalité sur les parcours complexes** gagnerait à être renforcé.

Enfin, la **place du père** est souvent insuffisamment reconnue et pensée au sein des dispositifs de la périnatalité.

- **Des difficultés financières d'accès aux soins en périnatalité**

Différentes difficultés d'ordre économique entravent l'accès aux soins en périnatalité :

- **L'absence de compensation financière pour une prise en charge en libéral** par un psychologue ou un psychomotricien, hormis dans le cas d'une inclusion au Suivi des Enfants Vulnérables du RPVO (notamment pour les prématurés de moins de 33 semaine d'aménorrhée, ou ayant poids de naissance inférieur à 1500 g) qui permet de bénéficier de la prise en charge de 20 séances de psychomotricité), constitue une entrave au soin.
- Le suivi en CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques), qui accueillent selon le code de la santé publique les enfants dès leur naissance, se heurte régulièrement à des difficultés de prise en charge financière pour les personnes en situation de précarité. **Les parcours de soins peuvent être entravés par les dates de fin de couverture sociale** (AME, CMU).

Pour certaines situations, il peut s'écouler, un mois ou plus, avant que la famille réenclenche cette aide. Pendant ce laps de temps, les prises en charge réalisées ne sont alors pas remboursées. Dans le cas des AME, les créances sont alors irrécouvrables (Il n'existe plus de rétroactivité des remboursements pour les personnes bénéficiant de l'AME). Les acteurs des CMPP mobilisent des moyens humains supplémentaires afin d'identifier les situations critiques et d'alerter les familles en amont concernant les démarches de renouvellement. Dans le cas contraire, les soins peuvent être suspendus dans l'attente de la régularisation administrative. Cette gestion un peu complexe pour un CMPP peut amener certaines structures à être frileuses pour accueillir des familles qui relèvent de l'AME, préférant les guider vers la pédopsychiatrie de secteur.

c. L'accès aux soins en psychiatrie pour les enfants (2 - 12 ans)

L'explosion de la prévalence des Troubles de Spectre Autistique (TSA) et autres troubles graves du développement de l'enfant, associée aux conditions environnementales défavorables et à la grande précarité croissante, font que les demandes de prise en charge vers la psychiatrie infanto-juvénile sont exponentielles sur le département, du point de vue des acteurs ayant participé au diagnostic.

Ces demandes se heurtent à un manque de moyens dans les structures de soin des secteurs infanto-juvéniles pour recevoir enfants et parents dans un délai raisonnable, et pour proposer les soins et accompagnements nécessaires.

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS SUR LESQUELS PEUT S'APPUYER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

Différentes structures et dispositifs participent au maillage du territoire en soins psychiatriques pour les enfants :

- Les structures médico-sociales du soin : CAMSP et CMPP.
- Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : CMP, consultations hospitalières, CATTP et hôpitaux de jour.
- Les services de pédiatrie pour les hospitalisations, avec intervention des équipes pédopsychiatriques de liaison.
- Le dispositif Programme réussite Éducative (PRE) avec l'Éducation nationale
- Les REAAP (Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement à la parentalité)
- Les dispositifs privés psycho-éducatifs : Déclicc, 123 Tremplin, Écoute Parents Enfants Autistes, La Maison de Léah, Jouer Pour S'Ouvrir.

LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

- Des délais d'accès trop importants vers les structures du secteur

Les CMP infanto-juvéniles sont sous-dotés tant en équipements qu'en moyens humains par rapport aux besoins, avec des locaux parfois non adaptés :

- Les premiers rendez-vous en CMP se font maintenant globalement dans des délais raisonnables (moins de 4 mois) mais **l'attente est trop longue pour débiter une prise en charge spécifique** (6 mois à 2 ans) par manque de professionnels (psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, IDE, éducateurs). Les prises en charge précoces sont encore très insuffisantes.
- Les professionnels finissent par recevoir les enfants et leurs familles dans des conditions insatisfaisantes (entretiens trop éloignés, manque de solution thérapeutique...). Ces délais d'attente en CMP peuvent également entraîner un recours aux urgences pédiatriques, qui aurait pu être évité.

De manière générale il est noté un **manque de places en hôpital de jour et en CATTP** pour des soins ambulatoires en groupe, et plus spécifiquement un manque de CATTP et hôpitaux de jour **spécialisés dans les TSA**.

Les acteurs évoquent également leur difficulté pour organiser la mobilité des soins, du fait du **manque d'équipes mobiles enfants** dans certaines parties du département.

La prise en charge des enfants dans les secteurs de pédopsychiatrie souffre également des nombreux postes d'orthophonie hospitaliers vacants, car peu rémunérateurs.

- Une saturation des CMPP

Les CMPP (centres médico-psycho pédagogiques), missionnés pour accueillir un public de 0 à 20 ans, ont aujourd'hui sur le département des délais d'admission très insatisfaisants. Une première consultation est proposée 7 à 15 jours après le premier appel ou contact, mais le délai d'attente pour la mise en place d'une prise en charge est de 1 à 3 ans.

Des « essais » de définition de critères « prioritaires » (comme la déscolarisation, le suicide...) pour les prises en charge ont été réalisés dans certains CMPP. Au fur et à mesure, la liste se rallonge et n'est plus opérationnelle.

L'articulation des CMPP avec la médecine scolaire est à améliorer : 80% des adressages se font par l'école.

De nombreux adolescents accueillis en CMPP sont en attente d'un établissement d'accueil : **il y a une embolisation des places en CMPP, par manque de solution en aval.**

- **Un manque d'alternatives dans le libéral**

Le nombre de pédopsychiatres en libéral dans le département est insatisfaisant.

Le recours aux psychologues pose le problème du remboursement des soins, mais aussi du **manque de psychologues développant des approches spécifiques**, telles que les prises en charge psycho-éducatives des enfants souffrant de TSA, notamment sur les secteurs de Beaumont et Pontoise.

- **Une absence problématique d'unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie pour les moins de 12 ans**

Il n'existe **aucune place d'hospitalisation pédopsychiatrique pour les moins de 12 ans**. Un projet existait sur Pontoise mais il n'a pas abouti. Il est difficile de trouver de la place dans les unités d'hospitalisation parisiennes ou dans un autre département. Les enfants de moins de 12 ans sont donc hospitalisés en pédiatrie, ce qui oblige ces services à gérer des situations à risque avec des jeunes agités, à côté d'enfants et d'adolescents ayant des troubles somatiques graves. Les services de pédiatrie sont des unités ouvertes, avec un nombre insuffisant de soignants pour gérer ces situations, jour et nuit.

Les besoins repérés concernent :

- Des **lits de crise** pour des hospitalisations courtes. Il n'existe aucun centre de crise pour les enfants et adolescents sur le Val d'Oise
- Des **lits pour des hospitalisations longues** pour les enfants de moins de 12 ans

Focus sur les enfants sous mesure de protection de l'enfance

Le département observe un nombre croissant d'enfants concernés par une mesure de protection de l'enfance, avec près de 50%, selon l'Observatoire National de Protection de l'Enfance, de mesures de placement.

Le **partenariat** entre les secteurs de pédopsychiatrie, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est parfois difficile. Il est notamment insatisfaisant concernant les cas « complexes » qui embolisent les unités d'hospitalisation en pédiatrie, faute de solutions d'aval pour les enfants de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) avec un handicap ou des troubles du comportement qui ont mis à mal leur accueil précédent.

Il est noté un manque de solutions pour les placements familiaux spécialisés thérapeutiques. Les **familles d'accueil** des services de l'ASE du département ne sont pas formées pour accueillir des jeunes souffrant de troubles psychiques et **devraient être davantage accompagnées**.

De façon générale, les acteurs de la protection de l'enfance ne sont pas formés à la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

Les pouponnières de l'ASE sont parfois saturées, avec la présence prolongée de nourrissons susceptible de générer des troubles.

Il est noté l'existence d'une consultation indirecte en lien avec la Protection de l'Enfance, en prévention des situations de crise, au service universitaire de psychiatrie de l'adolescent SUP'ADO (CH d'Argenteuil). La chef de service reçoit l'ASE, sans la famille et sans le jeune, pour une évaluation du profil psychologique et/ou de la pathologie. Le but de cette consultation n'est pas de déboucher sur un suivi mais une orientation peut être proposée. Cette consultation vient en **soutien aux équipes de l'ASE** et existe depuis plusieurs années.

d. L'accès aux soins en psychiatrie pour les adolescents (12 - 18 ans)

Le département du Val d'Oise concentre une population de jeunes relativement importante : il s'agit du 2^{ème} département de métropole en population de moins de 24 ans (34.9% vs. 35.6% en Seine-St-Denis). La prise en charge des adolescents, particulièrement des plus de 15 ans, est régulièrement problématique en psychiatrie, de façon générale, en raison de la transition entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale, et des besoins spécifiques de ce public.

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS SUR LESQUELS PEUT S'APPUYER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

Différentes structures et dispositifs participent au maillage du territoire en soins psychiatriques pour les adolescents, tant au niveau du repérage que de la prise en charge :

Pour le **repérage**, sont notés :

- L'implantation des CIO sur le territoire (Gonesse, Sarcelles, Ermont, Argenteuil, Cergy)
- Les 2 Maisons des Adolescents (MDA) du département (Cergy et Gonesse).
- Les Points d'Accueil Écoutes Jeunes (PAEJ : Garges-Lès-Gonesse, Gonesse, Sarcelles, Cergy, Enghien) et les référents « santé » des Missions Locales.

Pour la **prise en charge**, sont notés :

- Une expérimentation « Écoute Émoi », portée par la Maison des Adolescents de l'Est du Val d'Oise à Gonesse, est en cours pour des jeunes de 11 à 21 ans en souffrance psychique, sans trouble psychiatrique patent. L'expérimentation Écoute Émoi, mesure phare du plan « Bien être et santé des jeunes », permet un accès facilité et rapide à 12 consultations de psychologues libéraux avec un remboursement intégral par l'Assurance maladie.
- Les services de psychiatrie de l'adolescent, en lien avec leurs équipes de liaison en psychiatrie de l'adolescent intervenant dans les SAU, les services de pédiatrie et tous les services de MCO des centres hospitaliers généraux du territoire.
- L'hôpital de Jour les Vignolles à Ermont (13-21 ans, 17/18 places).
- La Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud (FSEF, Bouffémont) : unité SEIPA (13-20 ans, 12+2 places), Clinique Médico-Pédagogique (44 places), Service Transdisciplinaire (20 places).
- L'Unité Mobile Interdépartementale (UMI) Ouest pour les TSA.

Pour la **coordination** des acteurs, est noté :

- Le Résoados95 qui réunit les chefs de service de psychiatrie de l'adolescent du territoire (sanitaires, associatifs, FSEF) et organise une journée scientifique tous les 2 ans, destinée aux équipes et ouvertes aux partenaires.

Pour le **soutien aux familles**, sont notés :

- Les groupes de parole de parents organisé par la MDA Passage et l'UNAFAM (2 groupes pour les patients de moins de 25 ans) au CMP adulte d'Argenteuil.

LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

- Une hétérogénéité des âges de prise en charge qui nuit à la fluidité des parcours

Une hétérogénéité des âges de prise en charge en fonction des services (12-18 ans, 13-21 ans, 15-20 ans...) est constatée, avec des services d'hospitalisation dépendant soit du secteur de psychiatrie infanto-juvénile soit du pôle de psychiatrie générale ou encore de services dédiés aux adolescents.

Des **difficultés sont notables pour les jeunes de 16 à 18 ans**, que tous les services de pédopsychiatrie n'incluent pas, et que la psychiatrie générale ne peut pas prendre en charge avec une qualité et une sécurité des soins acceptables. Les relations sont en effet parfois tendues entre la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie face à des situations de jeunes de 16 à 18 ans, pour savoir qui doit s'en occuper.

Certains adolescents de moins de 18 ans présentent des troubles ne pouvant être pris en charge qu'en psychiatrie adulte, du fait de leur clinique et des besoins de contenance institutionnelle. A l'inverse, la prise en charge dans des lieux de soins (ambulatoires ou institutionnels) non dédiés aux jeunes adultes peut être vécue de façons stigmatisante par les jeunes.

- Un manque de structures ambulatoires pour le repérage et la prise en charge globale

Les deux **Maisons des Adolescents** (MDA) du département, premier maillon du repérage et de la prise en charge globale des problématiques de l'adolescence, ne couvrent pas l'ensemble du territoire : des besoins sont notamment pointés sur les bassins de Beaumont, Eaubonne, Argenteuil.

Comme pour les enfants, il est noté un manque de places et de structures de type **hôpital de jour et CATTP**, qui pourraient permettre un travail sur l'insertion sociale et scolaire en complément du travail thérapeutique.

- Un manque de places en hospitalisation

L'organisation de l'hospitalisation des adolescents est régulièrement problématique en psychiatrie, en raison d'une porosité des prises en charge en pédopsychiatrie, en psychiatrie générale, ou plus rarement dans des services dédiés aux adolescents.

Sur le département du Val d'Oise, il est constaté :

- Un **manque de places d'hospitalisation en pédopsychiatrie** à temps plein pour les adolescents dans le département ;
- L'**absence d'unité d'hospitalisation de crise** pour la prise en charge d'adolescents avec des troubles aigus majeurs du comportement.

Les professionnels ont donc recours :

- Aux hospitalisations dans les services de pédiatrie, avec différentes difficultés : l'allongement de la durée moyenne de séjour – DMS (qui est globalement de moins de 3 jours en pédiatrie si on exclue les adolescents, et passe à plus de 7 jours en les incluant), l'absence d'activités spécifiques pour la population adolescente dans ces services, accueillant principalement des petits et des enfants d'âge scolaire, et la contenance dans un environnement non adapté à certains recours à l'agir des adolescents.
- Aux hospitalisations dans les services de psychiatrie adulte pour les 16 à 18 ans, ce qui n'est pas acceptable sur le plan de la qualité des soins et du respect des droits des patients

Focus sur la transition adolescent – jeune adulte

Les ruptures de parcours sont fréquentes lors du passage d'un service de psychiatrie de l'adolescent à un secteur de psychiatrie générale.

L'accès à la majorité légale ne signe pas la fin du processus adolescent. La problématique des jeunes adultes peut être proche de celle des adolescents, en particulier chez certains étudiants. Le traitement des affections de ces jeunes est une question non pas d'âge, mais de maturité, laquelle varie fortement entre les individus.

La transition adolescents – adultes est structurée et institutionnalisée par des synthèses trimestrielles entre le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent et le Département de Psychiatrie Générale du Pôle Psychiatrie et Santé Mentale du Centre Hospitalier d'Argenteuil. Reconnu comme un vrai temps de travail, ce type de rencontres pourraient être modélisées et financées sur tout le territoire.

Il n'y a **pas de structures dédiées à la prise en charge psychiatrique des jeunes adultes**, ni même de Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) pour les 27.000 étudiants du Val d'Oise.

e. L'accès aux soins en psychiatrie pour les adultes

Les moyens de la psychiatrie générale, bien que s'appuyant sur une variété de structures, de catégories d'acteurs et de dispositifs de coordination, restent insuffisants pour faire face à la demande croissante, en lien avec la structure socio-démographique du Val d'Oise.

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS SUR LESQUELS PEUT S'APPUYER LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES

Différentes structures et dispositifs participent au maillage du territoire en termes de prise en charge pour les adultes souffrant de troubles psychiques.

Concernant les **structures de secteur de la psychiatrie publique**, il est noté :

- L'existence d'une offre de soins en psychiatrie de premier recours sur l'ensemble du Val d'Oise
- Des consultations d'urgences psychiatriques au sein de chaque centre hospitalier.
- Une équipe mobile santé mentale et un Service d'Hospitalisation Intensive à Domicile (SHID) au CH d'Argenteuil.
- Une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (Pontoise/Beaumont, Gonesse) ainsi qu'une création sur le territoire du CH d'Argenteuil et du GHEM en 2019.
- Des appartements associatifs à Argenteuil, Eaubonne, Pontoise et Gonesse.
- La présence d'un Accueil Familial Thérapeutique à Gonesse et Eaubonne.

Concernant les **soins spécialisés en rétablissement**, il est noté :

- L'existence d'une offre de deuxième recours en thérapie familiale et en éducation thérapeutique (ETP schizophrénie agréée sur le CH d'Argenteuil) dans le département.
- Le projet d'une plateforme territoriale de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive Sud Val d'Oise sur le CH d'Argenteuil (P2R95), avec une ouverture prévue début 2020.

Concernant l'**offre privée**, il est noté :

- Une offre d'hospitalisation privée, non sectorisée avec un taux d'occupation conséquent par des personnes hors Val d'Oise, qui représente près de 44% de l'offre de lits adultes et environ 20% de la population de psychiatres hospitaliers.
- Un partenariat public – privé entre la Clinique d'Orgemont et le département de psychiatrie générale du CH d'Argenteuil (CHA).

- Une alternative à l'hospitalisation dans le cadre de la réhabilitation à la Maison Hospitalière de Cergy, avec un projet d'hôpital de jour de 25 places
- Un projet de Partenariat entre la P2R95 du CHA et l'hôpital de jour de la Maison Hospitalière
- 5 Places dans le cadre de l'Unité Passerelle de la Maison Hospitalière pour le secteur de Pontoise, 5 places pour le secteur du GHEM et 5 places pour le CH d'Argenteuil.
- La Clinique Psychothérapeutique d'Osny, après une évaluation personnalisée, propose différents programmes de psychoéducation avec des séances sur différents thèmes dans une orientation de rétablissement (symptômes, traitements, hygiène de vie, gestion des voix, troubles cognitifs, prévention de la rechute, comorbidités, addictions, insertion sociale et professionnelle, témoignage de pairs aidants), et de remédiation cognitive par une équipe de professionnels qualifiés (médecins psychiatres, psychologues, infirmiers) qui s'est formée à différents programmes (PEPS, MCT, ToMRemed, NEAR, RECOS, habiletés sociales, cognition sociale).

Concernant la **prise en compte des usagers et des partenaires**, il est noté :

- La présence de plusieurs GEM (Groupements d'Entraide Mutuelle).
- L'existence de 5 CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale), mais dont seulement 2 sont aujourd'hui réellement actifs.
- L'implication de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades et/ou handicapées psychiques) dans de nombreux projets et actions.

LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES

Différentes difficultés dans l'accès aux soins des adultes sont partagées par les acteurs, et devront faire l'objet d'un travail de priorisation dans le PTSM.

▪ Des CMP submergés par la demande

La réponse à la demande en CMP est de l'avis de tous insatisfaisante. Les **délais d'accès** à une première consultation médico-psychologique d'orientation (CMPO) ont augmenté en psychiatrie générale. Les infirmiers de CMP pallient en proposant des entretiens physiques ou téléphoniques en attendant la CMPO.

Les demandes d'accueil en soirée augmentent notamment au sein des CMP et ne sont pas couvertes par les organisations actuelles : un **travail sur les plages horaires** devra être mené et interroge l'organisation de la ressource humaine déjà réduite.

▪ Peu de structures intermédiaires pour les 18 - 25 ans

Le département possède peu de structures intermédiaires pour les 18 - 25 ans. Pourtant ce public nécessite une approche particulière avec une focalisation des moyens vers le rétablissement et l'inclusion. De plus ce type de services pourrait permettre de répondre aux difficultés posées par la mauvaise coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale.

Pour rappel, la prise en charge des moins de 26 ans est une des priorités dans les missions de l'équipe mobile du CHA avec un projet d'extension aux 15-18ans en 2020.

▪ Une difficulté à « aller vers »

Là encore, le trop faible développement de la **mobilité du soin psychiatrique**, face aux nombreuses demandes, est constaté.

Le manque d'équipes mobiles ou des équipes mobiles trop réduites, nuit à la mobilité des soins, pour aller davantage vers les patients, dans un contexte de troubles marqués par le déni et la fréquente absence de demande ou de mobilisation de la part des personnes.

L'**hospitalisation à domicile** est également une façon de répondre aux enjeux de mobilité du soin. Elle est aujourd'hui embryonnaire dans le département (5 places sont gérées par le Service d'Hospitalisation Intensive à Domicile du CH d'Argenteuil), mais pourrait être développée à l'avenir.

- **Un manque de pratiques visant le rétablissement**

En l'attente de la mise en place d'une plateforme territoriale de réhabilitation psychosociale Sud Val d'Oise et de remédiation cognitive sur le CH d'Argenteuil, il est noté un manque de pratiques sur le département puisant dans les outils de **la réhabilitation psychosociale (RPS)** en vue d'améliorer le rétablissement et l'inclusion des patients.

Focus sur la réhabilitation psychosociale (RPS)

La réhabilitation psychosociale est un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes. La RPS se base toujours sur les capacités préservées de la personne et les utilise au mieux pour pallier les déficits.

La RPS, le rétablissement et l'inclusion des personnes sont aujourd'hui considérés comme des priorités de santé.

Pourquoi faire de la RPS ?

La plupart des symptômes induits par les troubles psychiques peuvent être stabilisés par un traitement médicamenteux. Cependant, certaines difficultés persistent au niveau de :

- La neurocognition : mémoire, attention, fonctions exécutives, vitesse de traitement
- La cognition sociale : attribuer les états mentaux et émotionnels d'autrui
- Des habiletés sociales : affirmation de soi et gestion des émotions
- L'insight : compréhension de la maladie, reconnaissance symptômes et effets du traitement
- L'autonomie

Parcours de réhabilitation sur la plateforme pour les usagers

Évaluation (Médicale, Neuropsychologique, Fonctionnelle, Psychologique) --> **Restitution et Co- construction** d'un projet d'accompagnement --> Utilisation des **outils de la réhabilitation** : éducation thérapeutique, remédiation Cognitive, activité physique adaptée, habiletés sociales --> **Aller vers le rétablissement.**

- **Une démarche de pair-aidance à développer**

La pair-aidance repose sur des mécanismes d'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie psychique. Fort de son expérience et de ses compétences acquises tout au long de son parcours de rétablissement, le pair-aidant peut soutenir et responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement et participer à réduire la stigmatisation. Néanmoins, l'intégration des pair-aidants aux équipes et dispositifs de prise en charge du département est encore à favoriser : 2 Médiateurs Santé Pairs sont en poste sur le Département de Psychiatrie Générale du CH d'Argenteuil.

5 groupes d'entraide mutuelle (GEM) existent dans le département. Ils sont gérés par des associations et sont, selon leur lieu d'implantation, en lien avec un **CLS** ou un **CLSM**.

Les acteurs conviennent de la nécessité de **mener une réflexion sur les modalités de développement de ces initiatives** dans le département.

f. L'accès aux soins en psychiatrie pour les personnes âgées

L'**intrication entre maladies somatiques et troubles psychiatriques** est très fréquente chez les personnes âgées :

- Des pathologies somatiques (médicales et chirurgicales) sont parfois révélées par des troubles psychiatriques.
- Les maladies neurodégénératives, qui peuvent apparaître progressivement avec le vieillissement, se révèlent souvent par des symptômes psychiatriques comme des symptômes dépressifs ou bien des troubles du comportement.
- La dépression du sujet âgé revêt également certaines expressions cliniques très spécifiques avec notamment des symptômes douloureux comme point d'appel.

D'autre part, les pathologies psychiatriques anciennes d'un sujet vieillissant prennent des formes souvent différentes de celles que l'on connaissait au même patient lorsqu'il était plus jeune.

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS SUR LESQUELS PEUT S'APPUYER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

Différentes structures et dispositifs participent au maillage du territoire en soins psychiatriques pour les personnes âgées :

- Les Équipes Mobiles de Psychiatrie du Sujet Agé (Gonesse, GHEM)
- Le Pôle inter hospitalier de gériatrie au CH d'Argenteuil et au GHEM
- L'unité de gérontopsychiatrie du GHEM (intersectorielle)
- Les consultations en gérontopsychiatrie au GHEM (sectorisées)
- Les EHPAD pour patients psychiatriques âgés au GHEM (20 places), à ZEMGOR à Cormeilles-en-Parisis (15 places) et à Osny (30 places). Un EHPAD avec une section identique est prévu à Sannois.

LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

La psychiatrie de la personne âgée est une discipline à part entière, reconnue comme une surspécialisation dans la maquette du DES de psychiatrie depuis 2017. Dès 2018, à la suite de la reconnaissance d'un corpus de savoir, de pratiques et d'organisations institutionnelles propres, des moyens (principalement des équipes mobiles) se sont développés pour mieux accompagner ce public. Pour autant, cette spécialité étant récente, le partage des connaissances cliniques tout autant que l'équipement restent relativement faibles.

- **Un manque de formation des acteurs à la clinique du sujet âgé**

La prise en charge du sujet âgé nécessite non seulement des savoirs spécifiques, mais aussi une écoute toute particulière avec une relation d'aide et une approche psychothérapique adaptées à la personne âgée ; et associant autant que possible les aidants aux différentes étapes de la prise en charge.

Les **médecins libéraux sont peu sensibilisés** et peu formés aux troubles psychiatriques chez les personnes âgées : il est par exemple relativement fréquent que des troubles psychiatriques soient assimilés à une démence.

Au sein même de la psychiatrie, peu de médecins sont formés à la clinique du sujet âgé.

- **Un manque de coordination des parcours**

Les particularités des pathologies psychiatriques du sujet âgé requièrent l'expertise croisée des psychiatres et des gériatres, tant pour l'évaluation diagnostique que pour la prise en charge. La prise en charge doit donc favoriser une coordination d'approches thérapeutiques puisant dans différentes filières médicales.

Or, il est constaté un **manque d'articulation entre la gériatrie et la psychiatrie**. Cette articulation devrait, au-delà des acteurs médicaux, impliquer le médecin traitant, les communes, les services d'aide et d'accompagnement à domicile ainsi que les EHPAD et les aidants.

Étant donnée la complexité des parcours puisant dans différents secteurs et champs disciplinaires, il existe une **difficulté pour le public et les acteurs, à qualifier les troubles et à recourir aux orientations adaptées**, selon que l'on est face à un trouble psychiatrique déclenché à l'âge avancé, un trouble psychiatrique chronique chez une personne vieillissante, ou encore un trouble neuro-dégénératif.

- **Un manque de structures / dispositifs spécialisés**

Les EHPAD ont des difficultés à prendre en charge des résidents ayant une pathologie psychiatrique, faute de connaissances spécifiques, et ont besoin d'un appui des acteurs de la psychiatrie. Des pistes de recours à la **télé médecine** sont en cours d'exploration.

Les personnes âgées font **rarement l'objet de dispositifs spécifiques** : que ce soit au sein des services d'urgences ou des services de psychiatrie, il est noté l'absence de consultations psycho-gériatriques ou d'accueil spécifique pour ce public, nécessitant pourtant des compétences et modalités de prise en charge adaptées.

En unités d'hospitalisation psychiatrique, en dehors du GHEM où il existe une unité de psychogériatrie, les patients sont « ventilés » sur les services de l'hôpital en fonction des lits disponibles.

Une consultations « mémoire » existe dans chaque centre hospitalier du département. Ce public peut nécessiter une évaluation, quand bien même les troubles seraient de nature psychiatrique et non neuro-dégénérative.

Enfin, les **équipes mobiles psychiatrie personnes âgées**, principales émanations de la reconnaissance de la surspécialité « psychiatrie du sujet âgé », sont trop peu nombreuses sur le département.

g. L'accès aux soins en psychiatrie pour les publics spécifiques

ADDICTOLOGIE

- **Une bonne couverture en CSAPA mais des structures peu identifiées**

Une bonne couverture géographique existe concernant les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), structures du secteur médico-social, depuis la création des sites de Beaumont-sur-Oise et Magny-en-Vexin, bien que ces structures restent **peu repérées par les acteurs non spécialistes**.

Les CSAPA développent des **modalités de prise en charge spécifiques et diversifiées** :

- La totalité des CSAPA du Val d'Oise proposent des **Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)**, parfois implantées dans les établissements scolaires.

Ces consultations sont régulièrement amenées à accueillir des jeunes suivis par les structures de la protection de l'enfance, dans le cadre d'une obligation de rencontre pour les jeunes arrêtés pour la première fois avec du cannabis. Cette mesure fonctionne bien dans le Val d'Oise.

- Le CSAPA Imagine, à Ermont, est depuis 2004 centre de référence pour les **problématiques de jeu excessif** (argent, vidéo). En effet, la demande concernant le jeu et autres addictions sans substances, se développe et nécessite une approche spécifique qui devra être soutenue.
- Le Centre, Rivage, à Sarcelles gère 5 places d'accueil en **appartements thérapeutiques**.

Les CSAPA ont par ailleurs de grandes **difficultés de recrutement médical**.

- **Un manque de compétences en alcoologie**

Néanmoins, les CSAPA du département sont encore pour beaucoup spécialisés dans la prise en charge des addictions aux substances illicites : les CSAPA Dune et Imagine sont spécialisés « substances illicites ou toxicomanie », les CSAPA Rivage et La voie 11 sont généralistes, c'est à dire capables de répondre aux demandes d'accompagnement concernant les addictions aux substances illicites mais aussi à l'alcool.

L'offre de soins concernant spécifiquement les troubles liés à l'alcool est considérée insuffisante : elle est surtout cantonnée à l'ANPAA et aux hôpitaux qui **peinent à répondre à la demande**. Les délais de rendez-vous sont longs dans ce domaine, et la demande se reporte sur les CSAPA « substances illicites » qui font face comme ils peuvent, les obligeant à se généraliser dans la pratique sans disposer des compétences et outils nécessaires.

- **Un relais important par les cliniques privées**

Les cliniques privées du département apportent un **appui important** en matière de lits, dont les hôpitaux ne disposent plus suffisamment. Le Centre de Psychothérapie d'Osny est particulièrement actif, et a développé un hôpital de jour spécialisé en addictologie. La psychoéducation (agrée par l'ARS) Alcool patients / famille avec un pair aidant et la participation des Alcooliques Anonymes à une réunion, est également un point fort. Les cliniques du groupe « Clinéa », (Orgemont, la Nouvelle Héloïse, les Orchidées), et la clinique du Parc à Saint-Ouen-l'Aumône offrent également des lits et une prise en charge en addictologie.

- **Un lien nécessaire entre l'addictologie et la psychiatrie**

La prise en charge des comorbidités psychiatriques est fréquente en addictologie et nécessite **des liens réels avec la psychiatrie** pour le suivi des patients.

PRÉCARITÉ

L'ensemble des troubles psychiques sont surreprésentés au sein de la population en situation de précarité. Les adolescents et jeunes adultes en situation de précarité et/ou d'exclusion sont de plus en plus nombreux sur le territoire.

- **L'implication des services sociaux départementaux dans l'adressage**

Le **service social départemental** s'adresse, via des antennes de proximité, aux bénéficiaires du RSA ou aux personnes qui n'ont pas de droits ouverts. Si au cours d'un rendez-vous social la personne exprime un besoin médical, les travailleurs sociaux orientent la personne vers le soin. Pour cela, les patients sont généralement orientés vers le centre de dépistage et de soins (CDS) pour un diagnostic infirmier. À l'issue du diagnostic infirmier, le patient est orienté vers une prise en charge psychiatrique au CMP.

Lorsqu'une prise en charge psychiatrique est recommandée, les délais pour le CMP sont très longs et les travailleurs sociaux sont parfois démunis pour adresser les personnes. Ils peuvent parfois orienter vers l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité.

- **La nécessité de développer plus encore l'« aller vers » dans un contexte de déni**

Les pathologies psychiatriques sont des facteurs de précarisation et, à l'inverse, la situation d'exclusion en elle-même peut être facteur de troubles : baisse de l'estime de soi, incapacité à demander de l'aide, déni de la souffrance avec syndrome d'auto-exclusion...

Le déni des troubles psychiatriques, **l'impossibilité de la formulation d'une demande d'aide**, mettent en échec la plupart du temps, toute proposition de soin et/ou d'accompagnement faite par les services sociaux. Les personnes sans domicile fixe notamment ont tendance à ne pas suivre leurs traitements médicamenteux et risquent de décompenser rapidement.

À l'isolement et aux troubles psychiques, peuvent être associées des difficultés d'accès au logement. Les bailleurs sociaux doivent faire face au déni des troubles psychiatriques de leurs locataires. Ce déni est également constaté dans les foyers pour femmes isolées.

Cette particularité entraîne une nécessité d'organiser et de renforcer la mobilité des soins vers ce public. Il y a une **nécessité d'aller vers** ces patients pour les ramener vers le soin. Malgré la présence de **4 EMPP** sur le territoire, les acteurs s'accordent sur le fait que **l'aller vers est insuffisamment développé** pour ce public, et que les travailleurs sociaux sont insuffisamment appuyés pour prendre en charge des troubles psychiques, pour lesquels ils ne sont pas formés.

- **Une coordination des acteurs à renforcer et élargir aux élus**

Dans un contexte de parcours parsemés de ruptures et de prises en charge puisant dans différents secteurs d'accompagnement, il est nécessaire de mieux appuyer et former les équipes du secteur social au repérage, mais plus largement de penser **la coordination des différents intervenants** (social, bailleurs, EMPP, PASS, psychiatrie). Cette coordination doit **impliquer les élus**, notamment pour les questions de logement, ce qui pourrait être travaillé via les CLSM du territoire.

Focus sur le PASS Vers

Le PASS Vers est un dispositif global vers le rétablissement, visant à améliorer le parcours de soins et de vie des personnes vivant avec un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique, en leur offrant un accompagnement décloisonné favorisant leur bien-être et l'acquisition de la plus grande autonomie possible.

« Il est essentiel d'associer aux soins médicaux un accompagnement social, et ce dans un même temps, et de ne pas attendre (comme c'était le cas avant) que les patients soient stables pour commencer à les accompagner dans la recherche d'un emploi, dans l'accomplissement de projets personnels ou autre⁴. »

PASS Vers offre une synergie entre les soins et l'aide sociale prouvant que leur association et leur mise en place conjointe dès le début de la maladie, est plus efficace. Il s'agit d'un parcours complet, socio-sanitaire.

⁴ Source Versailles Magazine, avril 2018, 39.

PERSONNES SOUS-MAIN DE JUSTICE

- Un manque de prise en charge au sein de la maison d'arrêt du Val D'Oise par l'USMP

Actuellement, deux demi-journées de consultation de psychiatrie sont assurées au sein de l'USMP alors que pour fonctionner de manière satisfaisante, il faudrait pourvoir les postes de vacances à hauteur de 1,3 ETP. Cette difficulté de recrutement de psychiatres est à mettre en lien avec une démographie médicale défavorable et un contexte local spécifique marqué par un manque d'attractivité.

Une part importante de la prise en charge psychiatrique est assurée en première intention par le seul médecin généraliste que compte l'USMP.

Concernant les soins en addictologie, il est noté l'intervention au sein de la maison d'arrêt de quatre CSAPA : Imagine, Dune, Rivage et l'ANPAA. Ce dernier a été nommé récemment CSAPA référent et joue un rôle de coordination.

- Les patients sous obligation de soins

Les personnes sous obligation de soins (toxicomanes, délinquants sexuels ou auteurs de violences conjugales) sont souvent sans demande de soins. Des techniques particulières et une solide expérience du praticien doivent permettre de les amener à sortir du déni et à réfléchir.

Le Val d'Oise ne dispose pas de lieu d'accueil dédié au suivi judiciaire des délinquants sexuels : les magistrats ont donc recours aux services des Hauts-de-Seine et de la Seine-St-Denis.

En revanche, les CSAPA du Val d'Oise sont habitués à assumer toutes les obligations pré ou post sentencielles, en matière de toxicomanie et d'alcoolologie. Ils assurent également les obligations de rencontres prescrites par les Maisons de la Justice et du Droit.

Certaines obligations de soins sont toutefois traitées par les CMP : pour celles-ci, il pourrait être intéressant que **le réseau des acteurs volontaires et compétents en matière d'obligation de soins soit davantage formalisé**, afin d'éviter que ces obligations n'incombent à des psychiatres et psychologues non volontaires au sein des CMP.

PERSONNES MIGRANTES

- Un public approché essentiellement par les dispositifs « précarité »

Les PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) des hôpitaux accueillent un nombre important de personnes migrantes pour des soins somatiques, et les orientent vers les CMP pour les soins psychiatriques. **L'intégration de psychiatres au sein des PASS** pourrait améliorer la rapidité de la prise en charge.

Les CSAPA accueillent également beaucoup de personnes migrantes et réfugiées qui n'ont pas de prise en charge sanitaire.

Les EMPP du département sont un point fort pour l'accès au soin des personnes migrantes, même si elles gagneraient à être mieux coordonnées. L'ouverture d'une EMPP territoriale CHA/GHEM est en cours.

Il est noté **l'importance de la coordination des intervenants**, et de **l'organisation d'une formation au repérage** pour les acteurs du secteur social prenant en charge ce public.

- Trois spécificités à mieux prendre en compte : la langue, la culture et le traumatisme

La prise en charge des personnes migrantes se heurte à trois difficultés majeures :

- D'une part, la barrière linguistique pose la nécessité d'avoir des interprètes formés à la psychiatrie. Il y a possibilité d'avoir recours à des interprètes professionnels financés par les CHG (ISM), néanmoins un **manque de traducteurs** et/ou de professionnels du soin multi langues est constaté.
- D'autre part, la barrière culturelle interroge **l'absence de consultations en ethnopsychiatrie** dans le département, alors qu'il compte les plus importantes proportions d'immigrés par communes en pourcentage de la population.
- Enfin, le vécu traumatique pouvant être sur-représenté pour cette population, la prise en charge interroge **l'absence de consultations psychiatriques spécialisées en psycho traumatismes**, et notamment de psychologues formés sur la thématique. Il conviendrait de s'appuyer sur les centres de référence régionaux pour développer l'offre en la matière (réseau psycho traumatisme Paris Nord, CUMP Ile-de-France, centres de consultations spécialisés ...).

Réponses au questionnaire

A la question « **Pensez-vous qu'il y a des difficultés à obtenir des interprètes ?** » (168 réponses)

- 44% des répondants répondent « oui »
- 11% répondent « non »
- 45% répondent « ne sait pas/ n'est pas concerné »

▪ Un manque de repérage des besoins des Mineurs Non Accompagnés (MNA)

2800 jeunes se sont présentés au Département en tant que MNA en 2018. Ces derniers sont mis à l'abri dans l'attente de l'évaluation de leur âge par un travailleur social du Département.

Pendant ce délai d'attente, ils peuvent passer plusieurs mois à l'hôtel, où la présence adulte n'est pas optimale pour identifier d'éventuels besoins en santé. Ces jeunes sont ensuite confiés à l'ASE, si l'évaluation conclue à leur minorité, ou réorientés si l'évaluation conclue à la majorité. Ils ont, pour la grande majorité d'entre eux, connu un déracinement et un parcours migratoire violent.

h. Des difficultés d'accès aux transports

Différentes solutions s'offrent aux personnes concernant le transport vers les soins :

- Les taxis et VSL (véhicules sanitaires légers) sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale pour les soins de personnes en ALD.
- Le Pass Navigo pour les transports en commun, est proposé à un tarif privilégié pour les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) ayant une reconnaissance de taux de handicap supérieur ou égal à 80%.

Néanmoins, des **difficultés sont constatées et partagées** concernant l'accès aux transports :

- Un réseau de transports en commun insuffisant, des lieux de soins souvent mal desservis.
- Des familles se voient refuser la prise en charge des transports en taxi pour les soins en libéral, quand bien même ils ont un protocole de prise en charge à 100%.
- Les règles du remboursement des taxis interdisent deux soins dans la même journée. De fait, il est par exemple, impossible de cumuler une séance chez l'orthophoniste et une venue au CATTP le même jour. Cela pose d'autant plus problème pour les personnes ayant un suivi à la fois par le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

- Enfin, les frontières départementales sont difficiles à franchir par les taxis.

Réponse au questionnaire

A la question « **Êtes-vous satisfait(e) des moyens de transports vers les structures de soins ?** » (168 réponses)

- 32% des répondants se déclarent satisfaits
- 36% se déclarent insatisfaits
- 33% répondent « ne sait pas/ n'est pas concerné »

5. L'ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX AU TITRE DU HANDICAP PSYCHIQUE

Les thématiques spécifiques de l'accès aux accompagnements en matière de scolarité, d'emploi, et de logement seront traitées dans l'axe 2 – Parcours.

a. Des difficultés liées à la rigidité des démarches administratives : un manque d'individualisation des prises en charge

Il est constaté, du point de vue des acteurs, une certaine complexité **des prises en charge mixtes**, c'est-à-dire mêlant dispositifs sanitaires et médico-sociaux, tant sur le plan de la référence de l'accompagnement, de la continuité des soins, que de la prise en charge financière.

L'accès aux dispositifs médico-sociaux tout au long du parcours, se heurte à un **manque de souplesse et de réactivité**, lié à :

- L'organisation règlementaire. Un besoin de davantage de dérogations simplifiées est constaté.
- La lenteur des délais administratifs (sécurité sociale, CAF, etc.)
- Un manque de littératie en santé des acteurs, qui peut conduire à un refus d'accompagnement.
- Un délai légal de traitement des dossiers de demandes de compensation à la MDPH de 4 mois ou plus
- Une augmentation inquiétante du flux annuel de premières demandes à la MDPH pour une reconnaissance de handicap psychique

UN BESOIN DE MIEUX ACCOMPAGNER DANS L'ENTRÉE DANS LES DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX

Toute demande de compensation à la MDPH s'accompagne d'un CERFA médical, il n'est pas précisé qu'il soit ou non fait par un médecin généraliste ou par un psychiatre.

À ce propos il est essentiel de **repréciser les limites du handicap psychique, dû aux troubles psychiques graves**. À côté, il existe des personnes dont les troubles psychiques ne sont pas majeurs mais dont les difficultés sociales sont telles qu'elles les mettent en danger d'aggravation psychique et sociale, des personnalités « floues » qui justifient également une aide. Il est important de travailler les différentes évaluations, d'ouvrir les liens en amont avec les équipes psychiatriques pour obtenir des précisions sur les troubles, leurs traitements et leurs conséquences sociales.

Si la définition du handicap paraît simple, le travail de la MDPH s'avère complexe. Elle a pour but d'apprécier l'ensemble des besoins de la personne, présentée par le certificat de son médecin comme étant en situation de handicap psychique.

La MDPH va chercher à apporter des réponses, et pour cela elle s'est dotée d'un certain nombre d'outils. Elle va explorer ce qui est possible, s'appuyant d'abord sur la personne qui sera reçue à la MDPH par un psychiatre ou une psychologue. Elle va ensuite travailler tous les éléments de cette démarche dans une « réponse globale » qui a été nommée « plan personnalisé de compensation » en équipe pluridisciplinaire avec des partenaires spécialisés dans le handicap.

L'équipe va explorer un certain nombre de réponses sur les questions comme « qualité de travailleur handicapé », « cartes mobilités inclusions priorité ou invalidité », « allocation adulte handicapé », « orientation professionnelle en milieu ordinaire ou protégé », « dispositif emploi accompagné », « prestation de compensation du handicap »

Ce travail d'évaluation peut paraître long pour l'utilisateur.

Des précisions sont apportées par la loi 2005-102, concernant la définition du handicap psychique. **L'article 2 de la loi précise que cette notion de handicap** concerne :

- « Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie sociale »
- « Subie dans son environnement »
- « En raison d'une atteinte substantielle »
- « Durable ou définitive »
- « D'une ou plusieurs fonctions (...) psychiques »

Il est nécessaire de différencier les troubles aigus qui ne sont pas reconnus comme entraînant un handicap.

C'est donc clairement à l'intention des personnes présentant des troubles psychiques graves et durables que la notion de handicap psychique a été créée. En même temps il est important de souligner que la reconnaissance du handicap psychique n'est pas systématiquement, ni directement, liée au diagnostic d'un trouble, mais qu'elle est attribuée à des personnes en raison de l'ensemble des faits qui grèvent leur vie sociale du fait de ce trouble.

L'entrée dans un dispositif d'accompagnement médico-social est conditionnée à l'obtention d'un **certificat médical dans le cadre du dossier MDPH**, qui peut être difficile à obtenir, faute de formation ou d'information des médecins traitants. Ce certificat médical, en effet, outre nommer le trouble mental dont souffre la personne, doit décrire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité qu'engendre ce trouble, exercice qui n'est pas toujours intégré dans la culture médicale, et est coûteux en temps. L'utilisateur est parfois seul face au médecin pour expliquer l'importance de ce certificat médical.

Certaines orientations MDPH peuvent ne pas aboutir, soit parce que les besoins de la personne ont été mal évalués au moment de la constitution du dossier, soit parce que les délais de traitement font que la demande n'est plus adaptée au moment de la notification ; ou encore en raison de difficultés de mobilité de la personne (transports non financés, services mal desservis).

L'amélioration du processus de traitement de la MDPH en vue de réduire les délais, est un des objectifs du Schéma départemental des personnes handicapées 2018-2022 du Conseil départemental du Val d'Oise.

L'outil Via Trajectoires, portail d'orientation mis en place par l'ARS et le Conseil départemental, constitue une aide aux personnes pour leur orientation en ESSMS, selon des critères personnalisés. Néanmoins, les ESAT (établissements et services d'aide par le travail) ne sont pas inclus dans cet outil, et il est noté un **besoin d'accompagnement davantage personnalisé dans l'orientation des usagers** pour :

- Dépasser les freins liés à la fracture numérique. Tous les usagers ne sont pas à l'aise avec les outils numériques.
- Travailler sur l'émergence et l'élaboration des demandes des personnes. Les professionnels du secteur médico-social s'estiment insuffisamment formés sur ce plan, la demande étant parfois difficile à élaborer. Des **outils d'aide à l'évaluation** de la demande des personnes (par exemple, la carte OMAGE) pour les professionnels, pourraient être développés au sein du secteur médico-social.

LA NÉCESSITÉ DE PASSER D'UNE LOGIQUE DE STRUCTURES À UNE LOGIQUE DE DISPOSITIFS

De l'avis de tous les acteurs participant au diagnostic, il convient de **travailler à des prises en charge davantage individualisées**.

Les usagers sont aujourd'hui trop souvent confrontés à une logique de « cases » dans lesquelles il faut rentrer, qui s'oppose à une approche « sur-mesure » pourtant indispensable du fait de situations complexes (handicaps de natures multiples, situations administratives complexes, situations d'itinérance des personnes sans domicile, etc.), mais au-delà du fait de la particularité clinique des troubles mentaux.

En effet, les personnes en situation de handicap psychique alternent souvent entre des phases de décompensation et des phases de stabilisation, et la prise en charge doit s'adapter à cette **fluctuation de l'état de santé**.

L'accès aux accompagnements médico-sociaux ne doit pas seulement être centré sur l'obtention d'une place en établissement médico-social mais sur une **logique de parcours** qui doit être pensée et structurée, autrement qu'en termes d'amont et d'aval de l'hospitalisation, mais avec des allers-retours possibles entre différentes modalités de prise en charge plus ou moins renforcées (voir axe 2 – Parcours / coordination).

Il convient donc de travailler à une plus grande souplesse des accompagnements, selon une déclinaison de modalités d'intensité variable.

b. Des difficultés liées aux manques de moyens financiers et humains : dispositifs, établissements

Différentes difficultés sont partagées, de façon transversale aux publics enfants et adultes, en matière d'offre médico-sociale :

- Un manque de structures spécialisées dans la prise en charge du handicap psychique.
- Un manque de moyens financiers pour les structures existantes.
- Des délais d'attente pour l'accueil après l'orientation par la MDPH, liés à un manque de place dans les structures (listes d'attente).
- Un problème de répartition géographique pour certaines structures.
- Une insuffisance de travailleurs sociaux sur le territoire.
- Un manque de formation au premier accueil au sein des structures médico-sociales.

L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES ENFANTS

Au niveau des besoins, il est constaté une recrudescence des pathologies qui nécessitent une double prise en charge médicale et sociale : les TSA et les troubles du comportement associés, ou les troubles combinant plusieurs types de handicaps. Ces troubles sont particulièrement difficiles à prendre en charge.

Au niveau des réponses apportées, un certain nombre de difficultés sont partagées :

- Un **manque important de places en SESSAD** (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile) **et en IME** (Institut Médicoéducatif) dans le département. Certains enfants, en particulier ceux de l'ASE, sont obligés de partir dans des établissements en Belgique faute de place.
- Un **manque de ressources médicales** au sein de ces structures, qui entraîne une difficulté pour les IME et les SESSAD à poursuivre ou à instaurer des soins pour les enfants ou les adolescents présentant des troubles psychiatriques. Les CMP sont, par conséquent, encore sollicités pour ces enfants ou ces adolescents après leur entrée dans la prise en charge médico-sociale, mais manquent également de moyens pour les accueillir et leur dispenser les soins nécessaires. De façon générale, les CMP sont les lieux où sont reçus et suivis la quasi-totalité des enfants pour lesquels une demande de reconnaissance de handicap psychique ou mental va être initiée.

Le PTSM devra faire le lien avec le **Schéma départemental des personnes handicapées 2018-2022** du Conseil départemental du Val d'Oise, qui a établi comme priorités concernant les enfants :

- Assurer un meilleur accompagnement du parcours de l'enfant et des familles en milieu ordinaire.
- Faciliter les transitions et les passerelles entre milieu ordinaire et ESSMS.
- Permettre des temps partiels SESSAD / IME.
- Améliorer la prévention et l'évaluation des situations complexes.
- Trouver des leviers de sensibilisation des acteurs de la petite enfance et du soin au handicap.
- Développer le soutien aux familles.
- Préparer davantage les familles au passage à l'âge adulte.

L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES ADULTES

La thématique de l'**accès au logement** est primordiale et du point de vue de tous, prioritaire dans les parcours, afin de pouvoir mettre en place un suivi sanitaire et des accompagnements médico-sociaux. Elle sera traitée dans l'axe 2 – Parcours.

Différents manques sont pointés par les acteurs au niveau des structures :

- Seulement trois FAM (**Foyers d'Accueil Médicalisé**) sont présents sur le département.
- Un manque de solutions est noté pour les **personnes handicapées vieillissantes**.
- Il est constaté que les **SAVS et SAMSAH**, qui interviennent au domicile des personnes, sont un outil efficace pour permettre l'insertion dans la vie ordinaire. Mais, ces services sont insuffisants : aucun SAVS n'est présent dans l'Est du Val d'Oise.

Un **manque de ressources médicales** est constaté, tout comme dans la prise en charge des enfants. Le médico-social a du mal à avoir accès aux interventions du sanitaire, les services sanitaires étant de leur côté totalement engorgés par l'asymétrie existant entre leurs moyens de fonctionnement et les besoins du territoire. Les structures médico-sociales accueillent des patients sans psychiatre ou avec un temps de psychiatre seulement pour quelques heures par semaine. Les professionnels du secteur médico-social sont donc régulièrement seuls face à des situations très complexes sans aucun relais psychiatrique pour les accompagner.

6. OBJECTIFS D'AMÉLIORATION ENVISAGÉS POUR L'AXE 1

OBJECTIFS TRANSVERSAUX

- Réclamer la sanctuarisation des Dotations Annuelles de Financement pour la psychiatrie publique
- Rendre plus lisible l'offre en santé mentale (outils de recensement et de diffusion)

REPÉRAGE PRÉCOCE

- Proposer aux professionnels non spécialistes des temps de sensibilisation et de formation aux signes précoces des troubles psychiques
- Organiser l'interconnaissance professionnelle des acteurs du repérage pour une mise en réseau
- Développer le partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes en proposant des temps de rencontre à dates régulières visant à expliquer le maillage de la psychiatrie, faire part des avancées récentes de la spécialité et recueillir les difficultés des médecins généralistes

ACCÈS AU DIAGNOSTIC

- Renforcer les équipes de proximité pour l'accès à un premier avis psychiatrique
- Développer la mobilité des équipes, l'« aller vers » pour un premier avis psychiatrique
- Mieux communiquer sur les centres experts existants et renforcer l'existence et la répartition de dispositifs spécifiques dans le département

ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES – GÉNÉRALITÉS

- Développer les lieux de soins en ambulatoire
- Développer des unités de thérapie familiale, le soutien aux familles (ex : Profamille) et les groupes de parole
- Développer l'aller vers des équipes psychiatriques (consultations avancées, équipes mobiles...)
- Demander le remboursement des psychothérapies en libéral prescrites par un psychiatre (accord préalable)
- Éviter les ruptures dans les soins psychiques
- Développer les structures en amont et en aval du sanitaire
- Envisager le recours à la télémédecine
- Réclamer le soutien pour l'amélioration de l'offre en soins en ambulatoire, le taux de recours actuel étant dans le Val d'Oise de 0,45 pour une moyenne régionale de 1

ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES PAR TRANCHES D'ÂGES

Périnatalité (0-2 ans)

- Dédier des lits en maternité, hors T2A, pour prolongation de séjours de dyades mère bébé d'indication pédopsychiatrique ou psychiatrique
- Renforcer les unités de soins (consultation, CATTP, équipe mobile) Parents-bébé pour la prise en charge des difficultés dans les interactions précoces parents-enfant
- Ouvrir une unité d'hospitalisation temps plein mère/bébé départementale

Enfants (2-12 ans)

- Renforcer les équipes des consultations psychiatriques (CMP, consultations hospitalières, CMPP, CAMSP) en moyens humains et matériels des structures de soins de « première ligne »

- Donner aux CMP les moyens « d'aller vers » en créant des équipes mobiles reliées aux CMP, avec véhicules pour permettre les visites à domicile et les rencontres avec les partenaires...
- Renforcer tous les CATTP pour augmenter les capacités de proposer des groupes thérapeutiques
- Développer les consultations d'ethnopsychiatrie étant donné l'importance des troubles chez les familles migrantes

Adolescents (12-18 ans)

- Permettre à la Pédiatrie d'être en dehors de la T2A pour les hospitalisations pédopsychiatriques
- Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet : CATTP, Hôpitaux de jour, Accueil de jour proposant des activités en groupe
- Développer les Équipes Mobiles en Psychiatrie de l'adolescent, pour l'accès aux soins des cliniques du repli et pour favoriser une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social, l'Éducation nationale et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations
- Ouvrir une unité de crise, départementale

Transition ado-jeune adulte (16-25 ans)

- Ouvrir des unités pour les 16-25 ans

Adultes

- Soutenir la création de dispositifs ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique)
- Soutenir les projets de logement inclusif sur le 95

Personnes âgées

- Développer la télémédecine pour les avis spécialisés en EPHAD et l'organisation de la coordination entre les gériatres et psychiatres
- Développer et renforcer les équipes mobiles

ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES – PUBLICS SPÉCIFIQUES

- Proposer 2 plateformes TSLA (Troubles spécifiques du langage et des apprentissages) :
 - Est et Sud du Val d'Oise portée par Eaubonne-Montmorency qui couvrira les bassins de vie d'Eaubonne-Montmorency, Argenteuil et Gonesse
 - Ouest du Val d'Oise portée déjà par Pontoise qui couvre le bassin de vie de Pontoise et Beaumont-sur-Oise
- Organiser l'articulation entre addictologie et psychiatrie, entre neurologie et psychiatrie, entre gériatrie et psychiatrie

ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

- Mieux informer/former les médecins en matière de certificats médicaux MDPH
- Outiller les travailleurs sociaux pour l'évaluation de la demande des usagers
- Mieux répondre aux besoins d'intervention médicale au sein des établissements médico-sociaux
- Favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESSMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation
- Améliorer la couverture en dispositifs pour les enfants (IME et SESSAD)

II. AXE 2 – LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTÉ SANS RUPTURE, EN VUE DU RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES ET LEUR INCLUSION SOCIALE

1. EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE / PÉRIMÈTRE DE L'AXE

Le Projet Territorial de Santé Mentale a dans ses priorités l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. À ce titre, les thématiques à traiter sont les suivantes :

- Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
- Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.

Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le Projet Territorial de Santé Mentale s'appuie sur la mise en place du suivi d'un projet de vie coordonné réalisé entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité, le milieu ouvert, les usagers et leur famille.

2. L'ORGANISATION DES PARCOURS DES PERSONNES CONCERNÉES

La notion de parcours n'est pas unique :

- Le **parcours de vie** concerne non seulement la santé, le soin mais aussi les ressources, le logement, l'accompagnement, l'accès et le maintien dans le travail, les études, les activités culturelles, sportives, les activités bénévoles, les relations familiales, la vie sociale, la protection juridique, la vie citoyenne, l'éducation...
- Le **parcours de santé** est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par une personne dans un système sanitaire et social organisé, dans un espace et un temps donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social, et le social.
- Le **parcours de soins** est centré sur le système hospitalier et les dispositifs ambulatoires : c'est la situation où « la personne reçoit le bon soin par le bon professionnel au bon moment et au meilleur coût » !

La démarche parcours doit pouvoir intégrer tous les éléments de la vie de l'utilisateur concerné et ne pas se circonscrire qu'au système sanitaire. Il en va du bien être global de ce dernier.

a. Les zones de rupture identifiées entre les différentes prises en charge et les différents âges de la vie

Le risque important de rupture dans le parcours pour les **enfants** est identifié principalement sur trois moments charnières :

- Entre le repérage et l'accès à une première consultation spécialisée en pédopsychiatrie de secteur, ou en CMPP ou CAMSP, étant donnée les délais d'attente observés

- Lors du passage d'une prise en charge sanitaire à une prise en charge médico-sociale. De nombreux enfants en attente de place en IME restent à domicile par défaut.
- Lors du passage d'une prise en charge en pédopsychiatrie à une prise en charge en psychiatrie générale (voir Axe 1 – Accès aux soins des adolescents)

Au niveau des **adultes**, les zones de rupture identifiées concernent :

- Comme pour les enfants, le délai entre les premiers signes et la prise en charge
- L'aval des hospitalisations, par manque de places en établissements médico-sociaux (chronicisation à l'hôpital ou sortie sans solution)
- Une prise en charge ambulatoire insuffisante
- Les temps insuffisants d'écoute des familles
- Le manque de communication et de coordination entre les différents types d'acteurs (en sortie d'hôpital comme en ville)
- L'âge avancé, en cas de personnes vivant en milieu ordinaire. Après le décès des aidants familiaux, très peu de solutions d'hébergement existent pour les personnes handicapées vieillissantes.
- L'organisation du maintien à domicile, quand il est confronté à l'absence de suivi psychiatrique (anticipation des crises, adaptation des prises en charge)

b. Les difficultés d'accès et de maintien dans le logement

De l'avis de tous les acteurs, **le logement constitue une priorité**, qui conditionne la réussite du projet de soin et doit précéder toute tentative d'intégration professionnelle. La précarité des logements et l'augmentation des personnes sans domicile fixe sont en effet des facteurs bloquants majeurs pour la mise en place des soins.

Il est noté une insuffisance de relais en aval des hospitalisations, articulant soins ambulatoires et logement. Ainsi, un grand nombre de patients se chronicisent à l'hôpital du fait, non de leur pathologie mais de **l'absence de solutions d'hébergement adaptées** (1 personne hospitalisée sur 4 est sans solution d'hébergement). Cette institutionnalisation des personnes en souffrance psychique est non seulement humainement insupportable du point de vue des acteurs, mais également extrêmement onéreuse pour le système de santé.

Il apparaît nécessaire de **fluidifier les transitions entre les structures de soins et celles du secteur de l'hébergement et du logement**. Tout l'enjeu réside d'une part dans l'acculturation réciproque entre les structures de soins et celles relevant de l'hébergement et du logement et d'autre part, dans **la promotion de logements adaptés et le développement de l'accueil familial social** :

- Une meilleure information sur les ressources disponibles, une connaissance fine des dispositifs constituent les préalables nécessaires pour permettre une véritable fluidité entre les structures de soins et le secteur de l'hébergement et du logement.
- Un travail sur la création de places d'hébergement, rassemblant les opportunités de financement sanitaire (appartements de coordination thérapeutique et associatifs, accueil familial thérapeutique, etc.) et médico-social (logement inclusif, résidences accueil, etc.) pour l'élaboration d'une offre variée, est nécessaire.

L'accès au logement fait partie des priorités de travail dans les CLSM du territoire. Le CLSM de Gonesse, par exemple, a lancé un projet de sensibilisation à la santé mentale auprès des gardiens d'immeubles.

c. Les difficultés d'accès et de maintien à l'école

UN VIRAGE INCLUSIF AMORCÉ MAIS TROP PEU OUTILLÉ ET PARFOIS INADAPTÉ

Bien que des attentes soient encore identifiées en termes de décroisement entre les IME et le milieu scolaire ordinaire, en conformité avec les orientations stratégiques nationales pour le **virage inclusif**, de plus en plus d'enfants en situation de handicap psychique sont scolarisés en milieu ordinaire dans le département.

Néanmoins, cette inclusion pose un certain nombre de difficultés :

- Les enseignants sont parfois désarmés pour accompagner dans leur classe des enfants atteints de troubles psychiques, surtout quand ils présentent une agitation ou des troubles du comportement. Les enseignants finissent par demander des diminutions des temps de présence de ces enfants à l'école en contradiction avec la démarche d'inclusion préconisée.
- Le manque d'Accompagnants d'Élèves en Situation de Handicap (AESH) sur le département, mais aussi la question de leur formation et de leur remplacement en cas d'absence.

Les limites de l'**inclusion scolaire « à tout prix »**, sans prendre en compte les difficultés de l'enfant, sont pointées, et un nombre insuffisant de structures scolaires adaptées / spécialisées est constaté, pour répondre aux besoins des enfants pour lesquels l'école ordinaire n'est pas adaptée ou possible.

Quand une orientation vers une structure assurant une scolarité adaptée (ITEP, IME) est décidée, l'attente est souvent trop longue pour sa mise en œuvre, ce qui met l'élève, la famille et l'école en souffrance.

UN PARTENARIAT À DÉVELOPPER ENTRE LA PSYCHIATRIE ET L'ÉDUCATION NATIONALE

Le **travail d'insertion sociale et scolaire** des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie, qui devrait se faire en parallèle du soin, est considéré comme insuffisant :

- Les rares postes fléchés d'enseignants spécialisés au sein des institutions de soin, sont vacants car non-nommés ou « gelés ». La disparition des enseignants spécialisés dans les hôpitaux de jour du Secteur de Gonesse est notamment pointée.
- Il n'existe sur le département qu'un seul service soins études en psychiatrie (le Service Études Insertions pour Adolescents – SEIPA, géré par Fondation Santé des Étudiants de France)

d. Les difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi

Les personnes reconnues en situation de handicap psychique ont des trajectoires très hétérogènes sur le plan professionnel, et les troubles ont des répercussions très variables sur la capacité à occuper un emploi. L'un des enjeux du PTSM devra être de permettre une réponse adaptée aux besoins des personnes, depuis l'ESAT « classique » à l'accès et/ou au maintien à un emploi en milieu ordinaire, avec des passerelles entre les différentes structures,

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) du département accueillent selon diverses modalités des personnes handicapées psychiques.

L'accès à l'emploi fait partie des **priorités de travail dans les 5 CLSM** du territoire. Des actions de formation et sensibilisation y sont menées ou envisagées à l'échelle locale.

Les GEM et le **futur projet Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi (CARE)** type Club House, à Sarcelles, porté par le CLSM Est Val d'Oise soutiennent « l'aller vers l'emploi » sans reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Le **Dispositif Emploi Accompagné (DEA)**, qui vise à favoriser l'inclusion professionnelle des adultes en situation de handicap en milieu ordinaire, est en cours de mise en place dans le département depuis fin 2019, le portage en a été confié à l'ADAPT. Il conviendra de développer ce dispositif de façon partenariale entre les différentes structures médico-sociales, et de bien **inclure les besoins spécifiques au handicap psychique dans sa mise en œuvre**.

3. LA COORDINATION DES ACTEURS DES CHAMPS SANITAIRE, MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL

Si, dans le département des dispositifs de coopérations et de partenariats innovants se sont mis en place (réseaux, conventions, CLSM, plateformes, etc.), et permettent **l'émergence d'une acculturation réciproque** entre les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, celle-ci reste encore à **renforcer**.

Un cloisonnement historique reste favorisé par des rigidités liées au manque de souplesse administrative et aux circuits de financement, à la méconnaissance des acteurs entre eux, et au manque de reconnaissance et de formalisation de la coordination.

a. Une insuffisante connaissance entre partenaires

La **méconnaissance réciproque des acteurs**, de leurs rôles, de leurs missions et des limites afférentes sont des entraves dans la coordination. Cela entraîne des ruptures dans le parcours et pour les patients des situations d'autant plus compliquées qu'il peut y avoir des effets de « renvoi de balle » dans leur prise en charge. Une bonne connaissance réciproque est nécessaire à la fluidité des orientations.

Il est notamment noté un manque de connaissance réciproque entre :

- L'Éducation nationale et les services de soins,
- Les structures associatives sociales et médico-sociales et le secteur sanitaire,
- La pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte,
- La gériatrie et la psychiatrie,
- L'addictologie et la psychiatrie.

Des **formations croisées** sont plébiscitées par les acteurs, comme moyen de favoriser l'échange réciproque entre les cultures professionnelles, permettant tout autant l'apport de connaissances et compétences en santé mentale et une sensibilisation à la culture médico-sociale et sa lecture en termes de parcours de vie global.

b. Une insuffisante lisibilité de l'offre pour le public et les professionnels

Au moment de la tenue des groupes de travail de ce diagnostic, il était déploré l'absence d'annuaire des ressources du Val d'Oise et de l'Ile-de-France pour rendre plus lisible l'offre de soins en santé mentale aux niveaux départemental et régional (excepté sur la question de l'autisme, pour laquelle l'annuaire TAMIS était déjà développé par le CRAIF).

Depuis, à la fin de l'année 2019, le Psycom a publié un **annuaire des ressources en santé mentale** relativement complet pour le département du Val d'Oise. Les acteurs insistent sur l'importance de **participer à son élaboration et à sa mise à jour régulière**, en lien étroit avec le Psycom, afin de garantir sa qualité et son appropriation.

De plus, l'enregistrement des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le **ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources)**, décrivant leurs missions et aptitudes, a été initié.

Par ailleurs, l'UNAFAM a publié, en 2017, un *Guide des services de soins et d'aides à la vie sociale dans le Val-d'Oise*.

Une attention particulière devra être portée sur la communication des dispositifs en **addictologie**, des dispositifs de soutien aux familles et à la parentalité, très mal connus du public.

Les outils de diffusion de l'offre doivent non seulement recenser, mais aussi expliquer. Ils doivent pouvoir être utilisés par les professionnels, mais aussi par le public.

- Concernant le public, l'accent est mis sur la nécessité de penser des outils de diffusion de l'information sur l'offre, **adaptés au niveau de littéracie** (comme des fiches explicatives), qui ne soient **pas exclusivement numériques** (tous les usagers n'ont pas accès à ce média).
- Concernant les professionnels, différents outils visant à améliorer la lisibilité de l'offre au moment de l'orientation, sont en cours de mise en place au niveau du département :
 - L'outil Via Trajectoires (voir axe 1 – Accès aux accompagnements médico-sociaux)
 - La Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) ou le Dispositif d'Appui à la Coordination, en cours de mise en place dans les ARS

Focus sur les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)

Les DAC sont des dispositifs prévus par la législation, Loi N° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, pour organiser un soutien aux professionnels pour l'orientation des patients ou l'appui à la coordination de situations complexes.

Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

1° - Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

2° - Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

3° - Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du code de Santé Publique.

c. Un manque de communication et de continuité entre les structures

UN MANQUE DE COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS SANITAIRES

Le recours aux **courriers de liaison** entre les acteurs de la psychiatrie et les acteurs du premier recours, pourtant obligatoire après une hospitalisation, est encore insuffisant dans les pratiques.

Au-delà des hospitalisations, peu d'information est transmise aux médecins généralistes, aux pédiatres, et aux médecins de PMI, lorsqu'un enfant est reçu dans une structure de soin et du secteur médico-social.

Les **outils de transmission d'information numérique** comme la messagerie sécurisée ou **Terr-eSanté** ne sont pas développés au sein des CMP, alors qu'ils pourraient favoriser la transmission de façon dématérialisée. Ils seront à développer avec l'ensemble des acteurs du parcours de santé des personnes.

Un projet d'utilisation de Terr-eSanté est en cours de mise en place au sein de la Plateforme de Coordination et d'Orientation des Troubles du Neurodéveloppement (PCO-TND) de l'Est du Val d'Oise, pour créer un réseau sécurisé entre la PCO et les professionnels libéraux dans le but d'organiser un parcours coordonné de bilans et d'interventions précoces pour un an, pour les enfants de 0 à 6 ans présentant un trouble du neurodéveloppement.

Des outils expérimentés dans d'autres départements, comme « Le projet Pépites » en Guyane, sont à prendre en considération, avec trois facettes principales :

- Un outil informatique permettant aux établissements sanitaires et médico-sociaux guyanais de partager un même dossier mais aussi d'alimenter le dossier médical partagé ;
- Un espace numérique dédié au partage d'informations, qui facilite la continuité des prises en charge et la coordination du parcours de soins ;
- Un espace numérique pour favoriser la recherche épidémiologique et la conduite d'études.

UNE COORDINATION INSUFFISANTE ENTRE LES STRUCTURES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

Au niveau de la coordination des différents secteurs de prises en charge, des difficultés sont constatées sur différents plans :

- Une grande partie du travail de partenariat reste personnes-dépendantes, et gagnerait à **être formalisée via des conventions**.
- Un certain **cloisonnement** entre les structures, les publics et les pathologies.
- Un manque de prise en compte par certains médecins de **l'expertise des professionnels médico-sociaux**.
- Un manque de **réactivité** et de synergie pour orienter ou réorienter en fonction de l'évolution des besoins, du projet de la personne.
- Un manque de **formation** à la santé mentale de certains professionnels du secteur médico-social.
- Un manque de **sensibilisation aux logiques de parcours** portées par le secteur médico-social pour certains acteurs, que ce soit dans les secteurs sanitaires ou sociaux/médico-sociaux. Les compétences de coordination sont plus ou moins présentes au sein des établissements et services.

- De façon générale, la nécessité d'organiser davantage de **concertations pluridisciplinaires** autour d'un patient est constatée : il est noté un manque de synthèses cliniques avec tous les professionnels concernés, pour améliorer la mise en commun d'informations sur la situation de la personne dans son parcours de vie, afin de mieux ajuster son projet de soins, de vie.
- Une meilleure connaissance de la notion de secret partagé doit être recherchée pour favoriser ces rencontres.
- Les associations tutélaires (mandataires judiciaires), doivent être incluses dans le renforcement de la coordination.
- **Le temps dédié à la coordination et au partenariat est encore insuffisamment pris en compte, et financé.** Il reste peu reconnu comme indice de qualité des établissements et service. Ce travail est perçu par les professionnels comme invisible, non rémunéré, particulièrement pour les acteurs sanitaires et les professionnels de santé libéraux.

Du manque de coordination des institutions, découle un manque de fluidité des parcours. Les usagers ont des difficultés à se repérer dans une **offre encore trop segmentée**, et les professionnels ont des difficultés à saisir la personne dans sa globalité, dans son parcours de vie.

La mise en place d'une fonction de « **coordinateur de parcours** » est évoquée comme une piste à explorer afin de décloisonner les approches. Aujourd'hui, plusieurs dispositifs de coordination existent au niveau local pour coordonner les parcours, sur des thématiques ciblées, mais il semble manquer un échelon, à savoir **une personne/fonction référente (case manager)** pour le suivi dans sa globalité du parcours de la personne souffrant de troubles psychiques. Cette personne devra être identifiée par le patient comme la personne de confiance.

Ce référent de parcours, sur le modèle des gestionnaires de cas des MAIA, devrait se situer en dehors des institutions de première ligne dans l'accompagnement, afin de garantir la continuité du suivi et d'éviter des ruptures si l'usager change d'orientation ou « d'étiquette » (RSA, Cap emploi, ESSMS, ...).

4. LE SOUTIEN AUX AIDANTS ET AUX PROCHES

a. Le soutien aux familles

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS SUR LESQUELS PEUT S'APPUYER LE SOUTIEN DES FAMILLES

Différents dispositifs et structures participent au maillage de la prise en charge thérapeutique des familles :

- Le Centre de thérapie familiale et sociale Mélia accueille des familles en grande précarité psycho-sociale du département. Il s'agit d'une prise en charge globale dont les professionnels, issus des champs sanitaire et social, posent l'indication et accompagnent les familles vers le soin. Deux lieux de consultation existent, à Cergy et à Sarcelles (la compétence de Mélia sur le plan territorial est départementale).
- L'APCE (Association pour le couple et l'enfant) à Pontoise propose des médiations familiales.
- Les REAAP (Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents).
- L'association France Alzheimer à Saint-Ouen l'Aumône.
- Le Parents-Relais à Garges-lès-Gonesse : des parents bénévoles accompagnent d'autres parents, en partenariat avec le Programme de Réussite Éducative de Garges-lès-Gonesse.

- Le SESSAD de Villiers-le-Bel propose un café des aidants avec la volonté de l'ouvrir aux fratries, afin de mieux faire connaître les TSA et de favoriser l'accompagnement des personnes autistes par leur famille.
- Deux unités de thérapie familiale vont ouvrir en 2020 sur deux secteurs (à Eaubonne Montmorency et à Gonesse). Elles proposeront aussi des groupes de paroles pour les parents.
- Mise en route dans le cadre de la P2R95 sur le CHA et le GHEM du programme BREF, de psychoéducation à destination des familles avec la participation de l'UNAFAM.

Focus sur le programme BREF

Le programme BREF propose aux proches de patients souffrant de troubles psychiatriques un accompagnement psychoéducatif prenant la forme d'un programme unifamilial court en 3 séances d'une heure chacune. Chaque famille est reçue individuellement par un binôme de professionnels de santé. Lors de la troisième séance, un bénévole de l'UNAFAM rejoint le binôme soignant, ce qui renforce la richesse des échanges et favorise la poursuite du parcours d'aide aux aidants. L'ensemble du programme et ses outils, coconstruits par les professionnels du service et les bénévoles de l'UNAFAM, sont mis gracieusement à la disposition de toutes les personnes formées.

L'originalité et la force du programme BREF reposent sur :

- **L'individualisation de l'accueil des aidants.** Le programme s'attache à répondre aux questions prioritaires qui animent les aidants au moment du programme. Il permet, en seulement 3 séances, de leur proposer des perspectives d'aide et du contenu personnalisés
- **L'orientation des aidants** dans le parcours d'accompagnement qui leur est dédié. Le programme favorise proactivement l'engagement des aidants dans ce parcours en motivant et connectant ceux-ci aux services médico-sociaux et aux associations proposant de l'aide aux aidants.

Un bénéfice indirect est attendu sur les usagers dont les aidants auront bénéficié du programme psycho-éducatif BREF. Rappelons qu'en termes de prévention des rechutes et des ré hospitalisations, la psychoéducation familiale constitue l'intervention la plus efficace après les traitements médicamenteux.

Par ailleurs, différentes associations existent dans le département, pour soutenir et porter la voix des familles de personnes atteintes de troubles psychiques :

- UNAFAM 95
- Autisme Action 95
- Écoute Parents Enfants Autistes (EPEA)
- Autisme ensemble 95 à Pontoise

LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DANS LE SOUTIEN AUX FAMILLES

Un **manque de consultations au sein de la psychiatrie**, tournées spécifiquement vers les familles de malades psychiques, est constaté.

En psychiatrie, il existe un **décalage fréquent entre le signalement des difficultés aux équipes de soin par la famille, et la réponse en termes de prise en charge** de la personne concernée, du fait d'un déni fréquent de ses difficultés. Il pourrait être pertinent de proposer une consultation « famille sans patient » dans le dispositif de soins, accessible dès les services d'urgences, (cf. dispositif du CPOA : Centre Psychiatrique d'Orient et d'Accueil) et au sein des consultations hospitalières, afin de mieux soutenir les familles dès le signalement.

Différents manques sont partagés :

- L’insuffisance de moyens alloués à la **thérapie familiale** dans les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie.
- L’insuffisante coordination des CMP infanto-juvéniles avec les dispositifs de **soutien à la parentalité** (Réseau d’Écoute d’Appui et d’Accompagnement à la Parentalité, Points Accueil Écoute Jeunes, etc.).
- Le manque de dispositifs de **formation des familles**.
- Un manque de développement du soutien aux familles des **adolescents**, malgré les groupes de parole mis en place par les deux MDA du département.
- Un manque de **lieux de prises en charges spécifiques pour les familles** : ce type de lieux devrait permettre une prise en charge précoce et globale (éducation thérapeutique, thérapie familiale, soutien à la parentalité, groupes de parole...).

La nécessité d’un « **réfèrent familial** » capable de guider et d’accompagner les familles face aux institutions est évoquée. Les parents doivent connaître les possibles et être accompagnés pour réfléchir au meilleur parcours de vie par rapport aux besoins de leur enfant.

b. Le soutien aux enfants de parents présentant des troubles psychiques

L’accompagnement des enfants est primordial pour les aider à comprendre les troubles de leurs parents, pourtant la prise en compte des enfants de parents présentant des troubles par les équipes de psychiatrie générale est encore très insuffisante.

Là encore, l’**articulation entre les services de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile**, est pointée comme insuffisante.

- Il est peu fréquent que des parents en souffrance psychique s’adressent spontanément aux services de pédopsychiatrie à des fins préventives ou curatives.
- A l’inverse, lorsque la souffrance psychique d’un parent est repérée à l’occasion des consultations/soins à l’enfant, il est rare que la simple « adresse » à un service de psychiatrie adulte soit suivie d’effet, et les réponses fournies par les équipes de psychiatrie infanto-juvénile aux troubles psychiatriques des parents sont insuffisantes.

Les professionnels de la psychiatrie connaissent peu les dispositifs d’accompagnement à la parentalité hors psychiatrie (comme le Réseaux d’Écoute, d’Appui et d’Accompagnement à la parentalité), et y ont peu recours.

Il est noté une trop grande étanchéité des dispositifs de protection des mineurs et de protection des majeurs atteints de troubles psychiatriques, ainsi que l’**absence d’évaluation des situations à risque pour les enfants**.

Ces insuffisances peuvent s’expliquer par le cloisonnement des organisations et des cultures professionnelles, l’absence de communication et de coordination, l’absence d’outils d’évaluation des parentalités ou des interactions parents-enfants « à risque ».

5. OBJECTIFS D'AMÉLIORATION ENVISAGÉS POUR L'AXE 2

OBJECTIF TRANSVERSAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la coordination des acteurs du parcours ▪ Systématiser les courriers entre les services d'hospitalisation, ambulatoires, et les médecins généralistes et spécialistes ▪ Favoriser l'interconnaissance des acteurs notamment à travers les CLSM
ACCÈS À / MAINTIEN DANS L'EMPLOI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'accès à l'emploi accompagné en développant des partenariats et développer des dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi ▪ Soutenir les GEM dans « l'aller vers l'emploi » sans reconnaissance RQTH et appuyer le CLSM Est val d'Oise pour la mise en place du futur Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi (CARE)
ACCÈS À / MAINTIEN DANS LE LOGEMENT
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'accès au logement inclusif accompagné dans le département, logement social, baux glissants, résidence d'accueil, propositions innovantes... ▪ Favoriser la création de lieux d'hébergement sociaux type résidence Accueil ▪ Soutenir les actions faites par les CLSM auprès des bailleurs et de leurs gardiens pour favoriser le maintien dans les logements
ACCÈS A / MAINTIEN DANS LA SCOLARITÉ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer des coopérations entre l'Éducation nationale et la santé mentale
COORDINATION DES PARCOURS ET DES ACTEURS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux accompagner les transitions et la continuité des parcours (réfèrent de parcours) ▪ Mieux informer le public et les professionnels sur les dispositifs en santé mentale (numéro unique d'information, plateforme territoriale en santé mentale, PCO TND, outil FALC) ▪ Mieux évaluer les besoins et demandes des personnes (outils d'évaluation partagés) ▪ Améliorer l'interconnaissance et l'acculturation entre les acteurs de la santé mentale du département (formations croisées, immersions...) ▪ Renforcer les équipes des CMP et des urgences par la création de postes d'IPA dans chaque secteur pour faire face à la pénurie médicale. ▪ Mener une réflexion précise sur les indicateurs : délais de consultation au CMP, nombre de passages aux urgences, durées et nombre d'hospitalisations, nombre de suicides et TS, niveau de qualité des usagers, variation d'espérance de vie des usagers... et sur les différents dispositifs des secteurs de psychiatrie (rencontre annuelle des chefs de pôle du Val d'Oise).

III. AXE 3 – L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

1. EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE / PÉRIMÈTRE DE L'AXE

Le Projet Territorial de Santé Mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

- L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;
- En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;
- L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

2. L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES EN VILLE POUR LES PERSONNES SUIVIES DE TROUBLES PSYCHIQUES

Il existe une surmortalité des patients ayant des troubles psychiatriques, liée à la fois aux complications des traitements (obésité, diabète, cardiopathies, etc.) et à la pathologie elle-même, qui peut entraîner une mauvaise hygiène de vie, un tabagisme, une mauvaise conscience du corps, avec des problèmes d'organisation qui empêchent l'accès à la prévention et aux soins.

Il est souvent difficile pour un patient avec des difficultés psychiques de se faire diagnostiquer pour une pathologie somatique. Les prises en charge des pathologies somatiques sont souvent beaucoup trop tardives.

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire de renforcer le dépistage et de mettre en place une organisation visant à faciliter le suivi somatique des patients atteints de troubles psychiques.

a. Les difficultés des acteurs du premier recours

Les médecins généralistes et les infirmiers libéraux qui reçoivent des patients souffrant de troubles psychiques en ville, rencontrent différentes difficultés dans la prise en charge :

- Un certain **manque de connaissance** de la maladie mentale est constaté chez les acteurs du premier recours. Ce manque de formation et de sensibilisation peut entraîner un manque de réceptivité aux particularités comportementales, un manque de prise en compte des particularités somatiques, ou encore une peur de la maladie psychiatrique.
- Un **manque d'information sur les partenaires** à qui s'adresser lorsqu'ils sont confrontés à des patients qui nécessiteraient une prise en charge en réseau. Certains professionnels prennent en charge des personnes qui vivent seules, sans aucun lien établi avec le réseau sanitaire, social ou médico-social local. Parfois, le seul contact régulier de la personne est l'infirmier qui vient une fois par semaine pour le pilulier.
- Un **isolement dans les pratiques libérales**, avec peu de possibilités de partager sur les difficultés rencontrées.

- Un **manque de temps**. Les professionnels du premier recours, IDEL comme médecins généralistes, ne sont pas toujours en mesure d'accorder le temps nécessaire à ces patients. Le temps de consultation de base d'un médecin généraliste est de 15 minutes environ, alors qu'un patient qui vient pour un problème de santé mentale a souvent besoin d'un temps plus long. De même un patient déjà suivi en psychiatrie qui consulte pour la première fois pour un problème somatique a besoin d'établir une relation de confiance, ce qui peut prendre du temps. Le système de cotation des IDEL ne reconnaît pas le temps passé à rassurer, accompagner, en dehors des soins techniques délivrés (administration et surveillance de la thérapeutique au domicile).
- Un **manque de reconnaissance du rôle de l'infirmier libéral par le médecin traitant**. Il arrive que le médecin généraliste demande à l'IDEL d'être présent lors de sa visite, sans qu'il ne reconnaisse son expertise.
- Une **difficulté dans le lien avec les familles**, qui ne comprennent pas toujours l'intérêt du traitement et du suivi. Il arrive que l'arrêt de traitement soit proposé par la famille.
- Un **manque d'accompagnement social des patients**, la maladie psychique entraînant souvent une situation de précarité qui nécessite de revoir l'accès aux droits, la mise en place de ressources etc. Le médecin généraliste en exercice isolé, ou même en centre de santé, n'a pas accès sur place à ce type de ressource.

Des besoins de formation des médecins généralistes en santé mentale sont constatés. Un **passage plus systématique en psychiatrie** (optionnel à ce jour) **durant le DES de médecine générale** pourrait concourir à créer des ponts entre médecine générale et psychiatrie.

L'idée est lancée de mettre en place sur le Val d'Oise une maquette de stage pour les internes en médecine générale incluant une partie du stage en psychiatrie et une partie en consultation de médecine générale. Ce type de maquette existe déjà dans certains centres de santé en dehors du département.

b. Le manque de liens psychiatrie ambulatoire – médecine de ville

Les médecins généralistes constatent un **manque d'information sur le suivi psychiatrique** de patients reçus en consultation. Or, pour le suivi, ils ont besoin du diagnostic psychiatrique, du compte rendu d'hospitalisation le cas échéant et du traitement psychiatrique en cours. Parfois même le patient ne dit pas qu'il est suivi par un psychiatre.

Par ailleurs, il est constaté une certaine méconnaissance de l'offre et de l'organisation du secteur psychiatrique par les médecins traitants mais aussi par les infirmiers libéraux.

Un **manque de communication** entre les différents intervenants de ville et la psychiatrie est constaté, avec un besoin de mise en réseau et de travail en équipe :

- Lorsque le suivi psychiatrique est connu par le médecin traitant, celui-ci peut rencontrer des difficultés pour joindre le psychiatre du patient.
- Du côté des acteurs de la psychiatrie, des difficultés d'accès au médecin traitant sont évoquées, soit parce qu'un suivi n'existe pas/plus ou n'est pas connu, soit par manque de temps pour initier et entretenir un lien.

Un travail en équipe en ville, mixant les équipes de santé mentale et du soin somatique, est plébiscité. Le principal frein à la communication étant le manque de temps des uns et des autres, il convient d'envisager la mise en place d'**outils de communications** efficaces et peu coûteux en temps.

L'outil **Terr-eSanté** pourra être utilisé pour la transmission des comptes rendus entre équipe de soins et mettre à disposition un annuaire local. Il s'agit d'un outil dématérialisé de partage structuré du dossier médical. Il définit les modalités d'organisation et de recours aux fonctions d'appui, notamment celles des structures de coordination (réseaux de santé, Clic et Maïa...) et tout autre dispositif présent dans le territoire dans une perspective d'intégration. Le projet est travaillé actuellement à l'échelle du Val d'Oise Sud pour des parcours particuliers, en commençant par les patients de gériatrie puis d'oncologie et pourra être étendu à d'autres domaines par la suite. Il s'agit d'un projet financé par l'ARS et travaillé avec de nombreux acteurs de santé (structures de santé et libéraux) et du médico-social. Les éditeurs de logiciels vont être impliqués pour s'assurer de la faisabilité technique du projet.

Réponse au questionnaire

A la question « **Avez-vous accès à des outils d'information partagée psychiatrie-médecin généraliste / spécialiste ?** » (40 réponses)

- 24 professionnels répondent non
- 13 professionnels répondent oui
- 3 ne sont pas concernés

c. La nécessité de renforcer l'implication des CMP dans le suivi somatique

UN SUIVI SOMATIQUE EN CMP INSUFFISANT

Les CMP, via le travail des IDE, ont dans leur mission un suivi somatique lié aux prises de traitements (ECG annuel, tour de taille, etc.). Néanmoins, par manque de temps, ce suivi est **souvent minimaliste**. Les acteurs partagent le constat que les CMP étant **pivots de la prise en charge**, il y a nécessité d'améliorer leur implication dans le suivi somatique.

Plusieurs pistes, parfois déjà expérimentées au sein de certains CMP, pourraient être poursuivies dans ce but :

- La mise en place, au sein du CMP, d'une **consultation par un médecin généraliste extérieur** ;
- La mise en place d'un réseau de médecins généralistes de ville, mobilisables pour des **interventions ponctuelles** (logique de « dépannage ») ;
- La mise en place d'un **accompagnement par les IDE du CMP**, des patients les plus isolés ou en rupture de soin somatique, chez leur médecin généraliste.

Néanmoins, ces pistes se heurtent à la difficulté pour les professionnels de trouver un médecin traitant disponible et acceptant de suivre un patient adressé par la psychiatrie.

UNE PISTE EXPÉRIMENTÉE DANS LE DÉPARTEMENT : LA CONSULTATION SOMATIQUE INFIRMIÈRE EN CMP

L'équipe du CMP de Bezons a pendant un temps expérimenté cette organisation. La consultation somatique infirmière faisait un point sur le tabac, les vaccinations, les dépistages de cancer, les dernières consultations dentaires et d'ophtalmologie. La consultation a finalement été abandonnée.

Cette piste devrait néanmoins, de l'avis des acteurs, être poursuivie et expérimentée. La consultation, jouant un rôle de **prévention** et de **repérage**, avec adressage en cas de problème détecté, au médecin traitant, ou à un spécialiste (dentiste, ophtalmologue) aurait également un rôle d'**appui à la mise en place d'un médecin traitant**, pour les patients qui n'en ont pas.

L'intérêt de la consultation infirmière de prévention est multiple :

- L'infirmière peut plus facilement « prendre le temps » que le médecin ;
- La consultation somatique par un IDE connu du patient, dans un lieu qui lui est familier, peut faciliter son entrée dans un suivi somatique extérieur ;
- Les IDE ont une formation généraliste, qui inclut soins psychiatriques et somatiques, et qui permet d'aborder les sujets de prévention.

Cette consultation pourrait être assurée par un **futur infirmier de pratique avancée (IPA)**.

d. L'expérience des partenariats CMS – psychiatrie à développer

Une expérience a été mise en place à Argenteuil entre le CMP et les centres municipaux de santé (CMS), visant à favoriser les liens entre les équipes et à discuter des cas de patients communs.

Depuis fin 2017, deux réunions par an ont été mises en place dans le CMS Irène Lézine d'une part et dans le CMS Fernand Goulène d'autre part, avec les médecins généralistes et les infirmières du CMS et des psychiatres et IDE du CMP. Lors de ces réunions, les professionnels présentent à tour de rôle le cas d'un patient qui nécessite un conseil, une prise en charge en **pluriprofessionnalité**, ou une information particulière.

Ces réunions permettent de discuter de quelques cas, de débloquer des situations, mais aussi d'apprendre, d'échanger les carnets d'adresse, de découvrir les pratiques de chacun. Elles ont été le **point de départ de travaux communs** tels que des échanges de courriers de liaison systématiques, la réalisation d'ECG, des projets sur la prise en charge du diabète des personnes ayant une maladie psychiatrique.

Sur le plan financier, ces réunions s'intègrent dans les obligations de travail pluriprofessionnel en équipe des centres de santé et des maisons de santé (accord national ou ACI) et sont valorisées en tant que telles pour les CMS. En revanche, elles ne sont pas valorisées pour le CMP qui se mobilise.

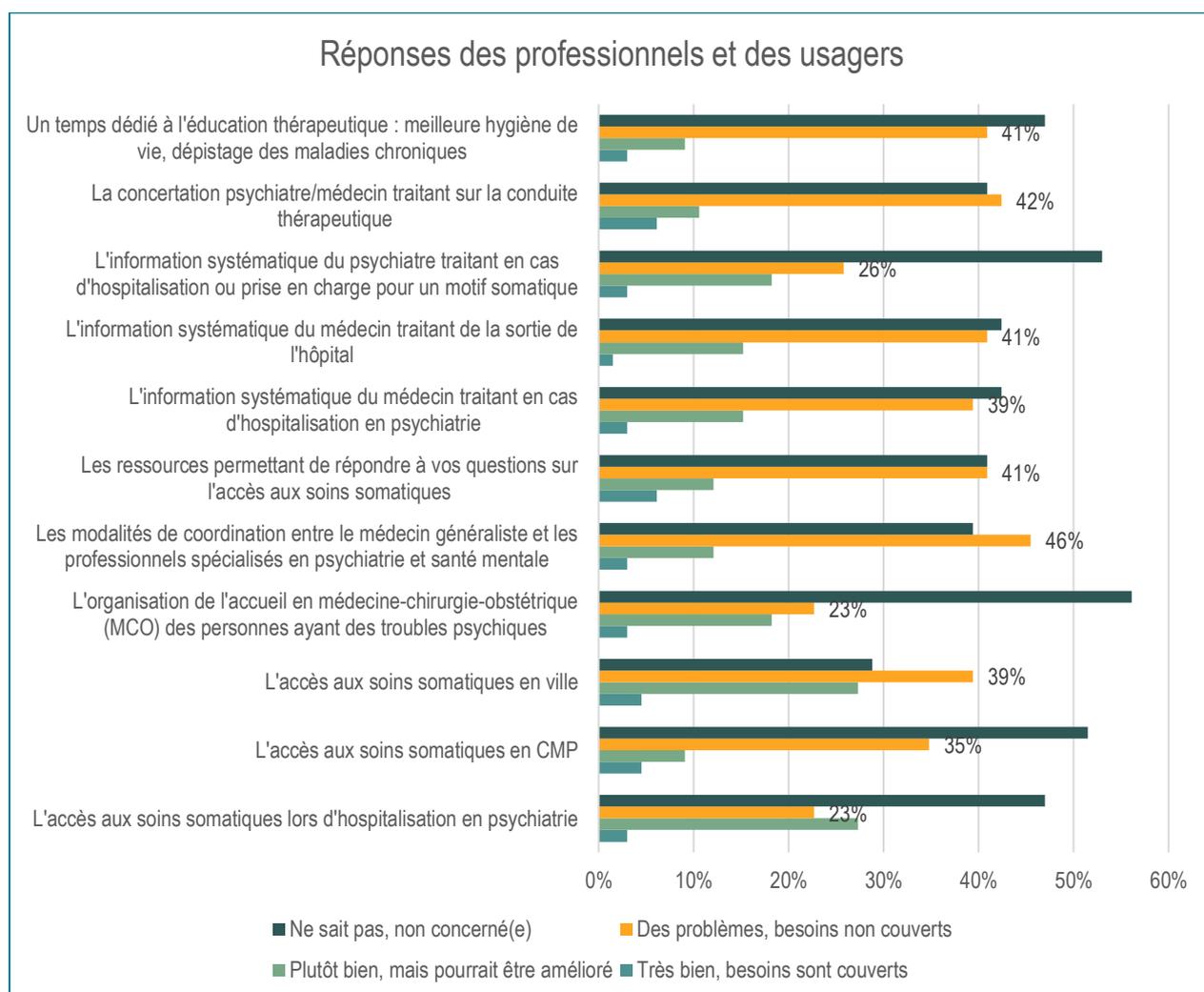
Il serait intéressant de développer ce type de réunions sur tout le département avec les autres centres de santé, les maisons de santé et les hôpitaux de secteur.

e. Les réponses au questionnaire soins somatiques

Les usagers interrogés s'estiment enclins à donner facilement les coordonnées de leur médecin traitant aux autres professionnels de santé. Leur appréciation de l'investissement de leur médecin généraliste dans leur santé psychique est mitigée (44% estiment qu'il s'en préoccupe, 31% qu'il ne s'en préoccupe pas, avec 25% de non-réponse). En revanche, les avis sont beaucoup plus tranchés concernant l'investissement des professionnels de la psychiatrie dans leur suivi somatique : 44% estiment qu'ils ne s'en préoccupent pas, 6% qu'ils s'en préoccupent (50% de non-réponse).

	Oui	Non	NSP / non concerné(e)	Total
Donnez-vous facilement les coordonnées de votre médecin traitant à d'autres soignants ?	63%	6%	31%	16
Avez-vous l'impression que le médecin généraliste s'intéresse aussi à votre santé mentale ?	44%	31%	25%	16
Avez-vous l'impression que le psychiatre ou le professionnel de santé mentale s'intéresse aussi à votre santé somatique ?	6%	44%	50%	16
Pouvez-vous parler à la fois de votre santé mentale et de vos problèmes somatiques au pharmacien ?	19%	38%	44%	16
Informez-vous votre médecin traitant de votre prise en charge en santé mentale et de votre traitement ?	44%	13%	44%	16
Informez-vous votre psychiatre de vos traitements somatiques ?	38%	13%	50%	16

Les modalités de coordination entre le médecin généraliste et les professionnels de la psychiatrie sont citées comme le point le plus insatisfaisant de la prise en charge.



3. L'ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES AU COURS DE L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE ET À LA SORTIE

a. Les limites du suivi somatique durant l'hospitalisation psychiatrique

Au sein des centres hospitaliers généraux du département, lors d'une hospitalisation en psychiatrie, les soins et le bilan somatique, assurés par les somaticiens, se heurtent à plusieurs difficultés :

- Ces soins ne sont pas organisés sur la durée. La **temporalité des soins somatiques** est parfois différente de celle des soins psychiatriques. Il est difficile d'entreprendre un soin dentaire ou une rééducation en kinésithérapie qui va devoir se prolonger après la sortie, du fait de la difficulté à trouver un relais en ville (précarité de la personne, manque de médecin traitant).
- Il est difficile de mettre en place une consultation somatique pour les patients hospitalisés pour un problème psychiatrique aigu, en raison d'un fréquent **refus de soins** lié à leur état (il n'y a pas d'obligation légale).
- Il existe une réalité de **hiérarchisation des soins** : une discussion d'équipe entre psychiatres et somaticiens peut être nécessaire, mais elle n'existe souvent pas.

Les cliniques du groupe Clinéa présentes sur le département (Les Orchidées, Orgemont, La Nouvelle Héloïse) ont mis en place des organisations visant à favoriser le soin somatique des personnes hospitalisées pour troubles psychiques, qui s'avèrent plutôt efficaces :

- La clinique des Orchidées a organisé une prise en charge somatique au sein de la clinique par un médecin généraliste salarié pour faire un point sur l'état somatique du patient avec la possibilité d'une exploration diagnostique ;
- La clinique d'Orgemont a établi un partenariat avec l'hôpital d'Argenteuil où peuvent être adressés les patients ;
- Un médecin généraliste intervient à La Nouvelle Héloïse.

b. Un manque de communication vers la médecine de ville à la sortie de l'hospitalisation

Des difficultés particulières sont constatées au moment de la sortie de l'hôpital au niveau de la **transmission du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant**, de la rédaction d'une ordonnance de prescription pour un suivi infirmier.

Le **lien ville – hôpital** est estimé insuffisant : il conviendrait de s'appuyer sur l'expérience des réseaux de santé déjà mis en place dans plusieurs spécialités (historiquement les réseaux oncologiques, puis en gériatrie), qui ont permis de mettre en place une logique de parcours.

UN MANQUE DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS D'HOSPITALISATION AU MÉDECIN TRAITANT

Le médecin traitant, chargé de la prise en charge globale du patient, devrait faire le lien entre prise en charge somatique et prise en charge psychiatrique. Cela suppose qu'il soit informé de l'hospitalisation de son patient et des bilans somatiques effectués.

Il faut différencier la fiche de liaison du compte rendu complet d'hospitalisation :

- La **fiche de liaison** est un document simple rédigé au moment de la sortie de l'hôpital, qui doit être envoyée aux principaux correspondants, en général le médecin traitant ou le médecin qui a adressé le patient, et remise au patient. La fiche de liaison comporte uniquement le diagnostic, le traitement de sortie, la date de sortie et la durée du séjour, ainsi que la date de la prochaine consultation. Elle peut être rédigée par un IDE.
- Le **compte rendu d'hospitalisation**, beaucoup plus complet, est rédigé par le médecin. Il peut en pratique être transmis aux médecins correspondants longtemps après la sortie de l'hôpital, en l'attente des résultats complets des examens réalisés. En plus de l'examen somatique obligatoire à l'entrée et destiné à éviter les erreurs de diagnostic, un deuxième examen somatique est souvent réalisé au cours de l'hospitalisation dans un objectif de dépistage et de prise en charge centrée sur les besoins du patient qui peuvent être multiples. Après l'hospitalisation, le plan de soins somatiques et les résultats déjà obtenus devraient être transmis au médecin généraliste pour être poursuivis ou au minimum ne pas être refaits inutilement.

Dans le Val d'Oise, les médecins traitants disent recevoir régulièrement des courriers de l'hospitalisation privée mais **plus rarement de l'hôpital**.

Certaines structures ont pour habitude de demander au patient s'il souhaite prévenir son médecin traitant, ce qui entraîne parfois un refus. Néanmoins, 65 % des répondants interrogés dans le cadre du questionnaire mis en œuvre pour ce diagnostic estiment donner facilement les coordonnées de leur médecin traitant à d'autres soignants. D'autres structures se basent sur le fait que le médecin traitant a été désigné pour coordonner l'information et doit donc recevoir l'information dans tous les cas.

Avec la **mise en place du DMP** (Dossier Médical Partagé) l'accès aux informations de l'hospitalisation psychiatrique par le médecin traitant devrait être améliorée. Aujourd'hui, la lecture du DMP sur la carte vitale n'est pas toujours possible en raison d'un manque d'équipement dans certains cabinets.

Les IDE de CMP ne préviennent pas le médecin traitant de l'hospitalisation, s'ils ne le connaissent pas. Il conviendrait donc de mettre en place une **procédure pour noter et actualiser systématiquement le nom du médecin traitant** dans le dossier du patient, et de **systématiser l'envoi des documents** (fiche de liaison et compte rendu d'hospitalisation).

LES PRESCRIPTIONS DES SOINS À DOMICILE À AMÉLIORER

Pour favoriser la continuité des soins à la sortie de l'hôpital, il convient **d'améliorer les prescriptions des soins qui doivent être effectués au domicile**.

Aujourd'hui, ce suivi est estimé insatisfaisant à plusieurs niveaux :

- L'ordonnance n'est pas correctement rédigée, de manière attractive afin de valoriser le travail de l'infirmier. Un travail de formation des médecins hospitaliers pourrait être envisagé en ce sens.
- Le patient ou la famille ne sont pas toujours en mesure de trouver un infirmier libéral et doivent être accompagnés dans cette démarche.

4. PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

L'accès à un **service social performant**, en lien avec les acteurs du premier recours et de la psychiatrie, est évoquée comme un prérequis de l'accès aux soins somatiques.

Il est en effet important que les patients ayant un problème psychiatrique aient un soutien pour l'accès aux droits sociaux, particulièrement concernant l'accès aux soins somatiques.

La facilité d'accès à une assistante sociale est importante pour ces patients, présentant le plus souvent des difficultés d'ordre social que les autres :

- Pendant l'hospitalisation pour vérifier l'accès aux droits,
- Pour les patients suivis au CMP,
- Pour les patients de médecine générale suivis pour un problème de santé mentale.

5. OBJECTIFS D'AMÉLIORATION ENVISAGÉS POUR L'AXE 3

OBJECTIFS TRANSVERSAUX
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des MG : maquette de stage pour les internes en médecine générale avec stage obligatoire en psychiatrie ▪ Reconnaissance du temps de rencontres interprofessionnelles en temps de travail coté ▪ Infirmièr.e de pratique avancée (IPA) ▪ Outils d'information partagée : Terr-eSanté ▪ Soutenir financièrement les Dispositifs de Soins Partagés
ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES EN VILLE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au sein des CMP, mettre en place une organisation (fiche de liaison, recueil du nom du médecin traitant dès l'inscription et actualisation, consultation somatique interne par un IDE/IPA etc.) permettant de renforcer la prise en charge somatique et d'améliorer le lien des CMP avec la médecine de ville ▪ En CMP, mieux accompagner les patients vers la désignation d'un médecin traitant
ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES DURANT L'HOSPITALISATION ET À LA SORTIE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux évaluer l'accès aux droits sociaux des patients pendant l'hospitalisation, de façon à éviter les ruptures de soins : vérifier que chacun des 14 secteurs de psychiatrie est suffisamment pourvu en poste d'assistante sociale. ▪ Améliorer l'effectivité et la qualité de la transmission des informations des unités d'hospitalisation psychiatrique vers la médecine de ville. Demander aux secteurs des résultats : suivi annuel, support de l'ARS

IV. AXE 4 – LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

1. EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE / PÉRIMÈTRE DE L'AXE

Le Projet Territorial de Santé Mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence. À ce titre, les thématiques à traiter sont les suivantes :

- L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures.
- L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques.
- La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire.
- L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

2. LA RÉPONSE AUX SITUATIONS DE CRISE

a. Définitions partagées

La situation de crise est une rupture dans le parcours de vie de la personne dont l'origine est à identifier pour déterminer la bonne prise en charge :

- Maladie psychique non repérée : la crise est révélatrice de la maladie.
- Maladie psychique pas encore ou insuffisamment prise en charge : traitement à équilibrer, observance thérapeutique à respecter, perdus de vue, etc.
- Familiale : conjugopathies, parentopathies, violences, etc.
- L'environnement : souffrance au travail, en milieu scolaire ou universitaire, isolement, précarité, etc.
- Addictions : alcool, drogues, etc.
- Post-traumatique : accident, agression, deuil, etc.

La perception de la crise peut être différente selon que l'on se place du côté du patient, de sa famille, des encadrants ou des équipes soignantes.

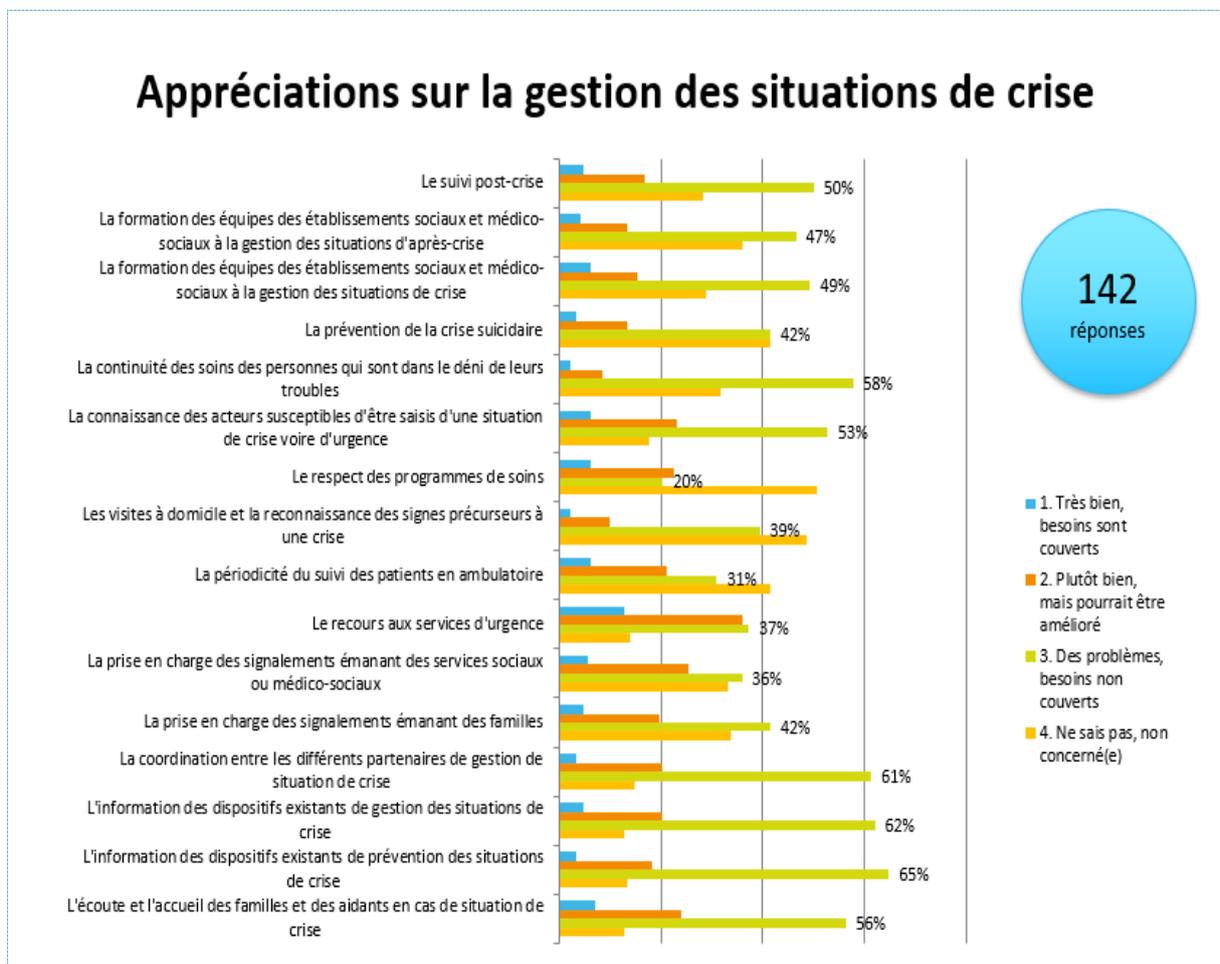
Tant que l'ordre public n'est pas menacé, la situation de crise peut être masquée ou ignorée par le fait qu'elle est silencieuse. Toutefois la souffrance psychique existe bien et les familles sont souvent seules et désemparées pour faire face à cette situation et restent en demande de réponses concrètes en matière d'orientation et de prise en charge.

b. Le besoin de travailler en réseau autour des crises

L'absence de fluidité de prise en charge résulte souvent d'un **manque de moyens** des structures et des équipes adaptées. Cette situation met en difficulté pour gérer précocement les situations de crise et prévenir le risque de glissement vers une situation d'urgence et le recours aux soins sans consentement. Le déficit de formations communes, de moyens clairs et partagés d'information et de connaissance du réseau, de **coordination entre les tous acteurs**, entre l'hôpital et la ville, entre le public et le libéral est également à l'origine d'une dommageable absence de fluidité.

Le besoin prioritaire est donc de **constituer un réseau départemental solide** avec l'ensemble des acteurs pouvant être amenés à intervenir en situation de crise. Cela suppose que la structuration de cette organisation ne repose pas uniquement sur « *l'intuitu personae* » mais sur un minimum de formalisme permettant à ce type d'organisation de perdurer en dépit des changements de personnels.

Les réponses au questionnaire diffusé aux acteurs du département, professionnels comme usagers et familles, montrent des besoins non couverts sur l'ensemble des dimensions explorées. Les manques les plus criants se situent sur **l'information des dispositifs existants** en matière de prévention des crises ((65% d'insatisfaction) et de gestion des crises (62% d'insatisfaction), ainsi que sur la **coordination des acteurs** intervenant dans la gestion de la crise (61%).



c. Un manque de dispositifs pour une intervention rapide sur le lieu de vie

Le développement d'équipes mobiles a été perçu comme un des leviers indispensables concernant la prévention et la prise en charge de la crise. L'ensemble des acteurs s'accorde sur la **nécessité d'anticipation** des situations qui dégénèrent et mènent à une crise et/ou une prise en charge en urgence.

Les situations de crises qui s'aggravent sont souvent corrélées à une absence de prise en compte des signes d'alerte donnés par la famille ou les institutions accompagnant les personnes au quotidien. Il ne suffit pas de repérer mais il convient d'agir. La **réactivité de la réponse** est essentielle : il est parfois constaté un délai trop important dans la réponse à la crise.

Un certain nombre d'équipes mobiles existent dans le département, et sont susceptibles d'intervenir lors des premiers signes de crises :

- À Argenteuil, l'Équipe Mobile Santé Mentale, pour les moins de 26 ans, intervient pendant les 3 mois suivant l'hospitalisation. Elle est en contact avec les bailleurs et les travailleurs sociaux. Elle dispose d'un accueil téléphonique pour un conseil ou une orientation.
- Les EMPP (voir Axe 1 – Accès aux soins des publics spécifiques / Précarité).
- Par le passé, au sein du service de psychiatrie infanto-juvénile d'Eaubonne, une équipe mobile intervenait au domicile en cas de crise, pour les patients connus du secteur : cette intervention avait pour effet d'amoinrir l'intensité de la crise. Les effectifs actuels réduits et un véhicule supprimé ne permettent plus ces visites à domicile sur ce secteur.

Néanmoins, de l'avis de tous les acteurs, la prise en charge des personnes en crise sur leur lieu de vie demeure insuffisante. Il convient d'inventer un modèle tenant compte des réalités et des moyens déployés dans le département, associant pleinement la psychiatrie et **faisant la distinction de ce qui relève de la violence sociétale et ce qui est réellement du ressort de la psychiatrie.**

d. Un manque de réponses graduées à la crise

Le recours aux urgences est souvent en soi une situation inadéquate. Les personnes arrivent souvent aux urgences faute de solution graduée en amont. Sont notés des problèmes au niveau de la gradation des recours : la pénurie d'acteurs, les délais d'accès aux soins psychiatriques, expliquent que parfois les services d'urgences sont la seule voie de recours possible.

Un certain nombre de manques sont constatés :

- Il n'y a pas, sur le département, de lieux d'accueil et d'écoute en cas de crises, de type **Centre d'Accueil de Crise (CAC)**, pour se poser le temps que la crise « redescende », sans hospitalisation systématique.
- Il n'y a pas de possibilité de **consulter en urgence en CMP**. Le recours aux urgences est souvent le seul moyen de voir un psychiatre.
- Les dispositifs de **psychoéducation** des patients, comme à Argenteuil (trouble schizophrénique), et Eaubonne (trouble bipolaire), sont trop peu nombreux et non agréés. Ils permettraient une diminution des rechutes de 20%. 8 à 10 séances pour un coût d'environ 2.000€ éviteraient à 2 ans le risque de rechute d'un coût de 70.000€ !
- Les familles ne sont pas suffisamment formées à la prévention et l'accompagnement de la crise. Les **formations de type Pro Famille (UNAFAM)** sont trop peu développées.

- Les dispositifs de **télé médecine**, pour apporter une écoute et une expertise en cas de crise, notamment au sein des ESSMS, sont aujourd’hui inexistants.
- Il n’y a pas de **dispositifs d’évaluation et d’orientation** facilement accessibles par les accompagnants (famille, entourage, professionnels du secteur social et médico-social) en cas de crise.

e. Le coût de la crise

En outre, le **coût économique de la gestion d’une crise** est souvent appréhendé sous un angle trop restrictif privilégiant le court terme.

L’absence d’investissement dans des **programmes durables de prévention, de repérage précoce de la crise et de lutte contre sa récurrence** a un coût tant économique que sociétal qui est manifestement sous-évalué.

3. LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA RÉPONSE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

En psychiatrie, l’urgence est définie comme « une demande dont la réponse ne peut pas être différée... Il y a urgence à partir du moment où quelqu’un pose la question, qu’il s’agisse du patient, de l’entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l’équipe soignante afin d’atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

Il n’y a pas de services d’urgences spécialisés en psychiatrie sur le département. La gestion des urgences se fait au sein des SAU (Services d’Accueil des Urgences) du département à Argenteuil, Beaumont, Eaubonne, Gonesse et Pontoise en lien avec les équipes psychiatriques de liaison.

Par le passé, une **dégradation de la coordination des acteurs** pour l’intervention en cas de crises avait été observée. L’intervention conjointe du personnel médical d’urgence, des pompiers, des ambulances et des forces de l’ordre était difficile. Les responsabilités étaient diluées, et les interventions de fait plus tardives. Les difficultés de ressources humaines sont en effet partagées par l’ensemble des équipes de gestion des urgences.

Focus sur la convention « faites le 15 »

En juin 2016 et pour une durée de trois ans, une convention a été signée entre le Préfet du Val d’Oise, l’ARS-DD95, le SDIS, le SAMU95, la Direction Départementale de Sécurité Publique, la gendarmerie nationale, le Conseil de l’ordre du val d’Oise, SOS médecins (qui s’est ensuite désengagé), pour l’organisation de ces services afin de répondre aux demandes de conduite sans consentement aux urgences psychiatriques en vue de l’évaluation d’une situation de crise.

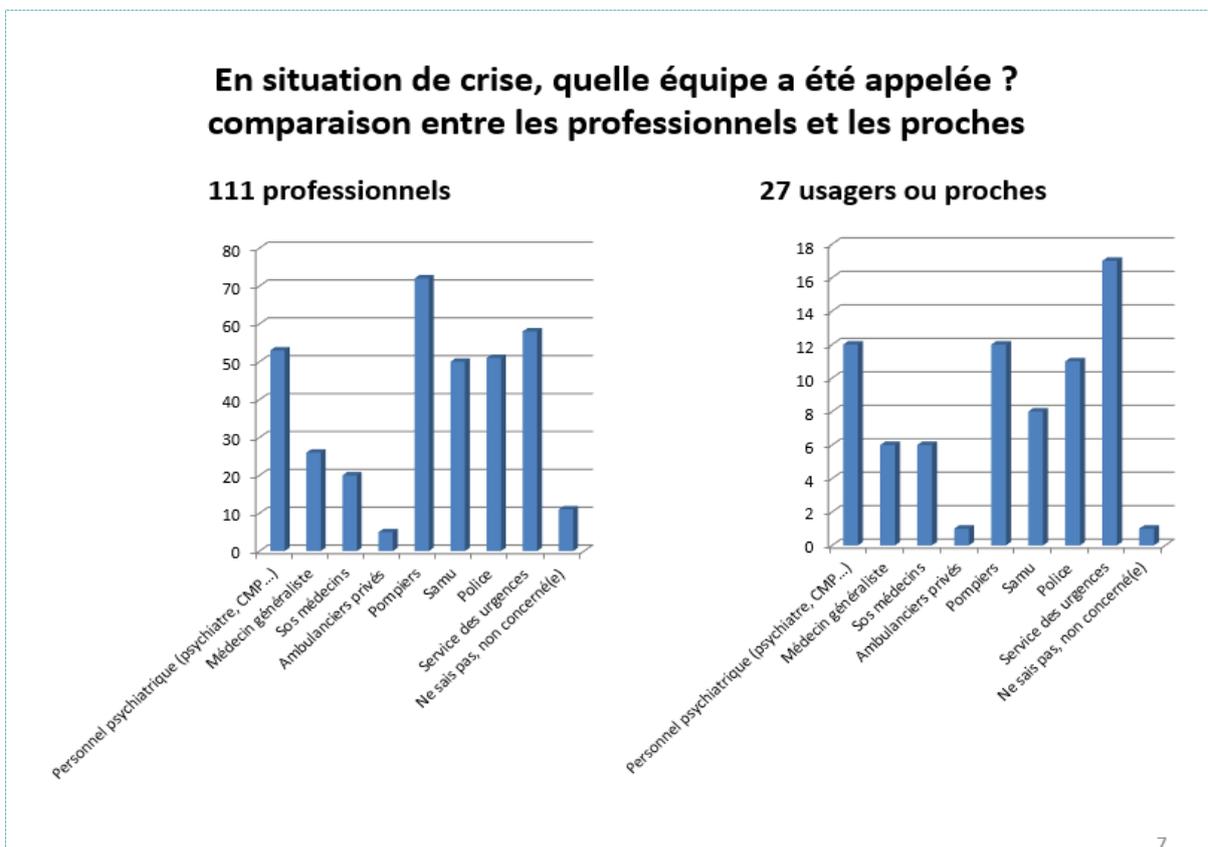
Cette convention, nommée « Faites le 15 » est en cours d’évaluation et en attente de renouvellement depuis juin 2019.

Elle devra s’intégrer dans le schéma territorial des urgences psychiatriques adultes à mettre en place d’ici 2022 dans chaque département francilien, dans le cadre de la fiche action 16 du plan d’action santé mentale du Projet Régional de Santé Ile-de-France 2018-2022.

Cette convention a permis d'améliorer la situation, posant les intervenants comme de vrais intermédiaires pour les aidants. Néanmoins **des difficultés perdurent** dans la gestion des transports vers les urgences :

- La nécessité de disposer d'un certificat médical par un médecin généraliste pour intervenir constitue une véritable entrave à la rapidité des interventions, étant donné la pénurie de ressources médicales dans le département.
- Les pompiers notent une augmentation de leur intervention pour des situations psychiatriques : environ 6 par jour en 2017, 8 par jour en 2018. Leurs interventions pour des soins sans consentement sont évaluées à 25 par mois en moyenne. Or, les pompiers n'ont pas reçu de formation à la prise en charge des situations psychiatriques qui n'est pas prévue dans leurs missions.
- Les forces de l'ordre tirent elles aussi le signal d'alarme et notent que ces interventions dépassent leur attribution de service public. Elles ne se sentent pas en capacité d'évaluer la situation.

Les réponses au questionnaire diffusé aux acteurs du département montrent que le premier recours le plus fréquent en cas de crise est **l'appel aux pompiers pour les professionnels**, et le **recours direct aux services des urgences pour les usagers et leurs proches**. Le SAMU, dans les deux cas n'est donc pas le premier recours effectué.



4. LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE ET LE SUIVI POST URGENCE

Concernant la surveillance à la sortie de l'hospitalisation ou du passage aux urgences, il n'existe actuellement **pas de protocole partagé et formalisé**. Des pratiques isolées sont observées sur certains secteurs :

- L'Équipe Mobile de Santé Mentale d'Argenteuil exerce une mission de **veille**, pendant 3 mois après la sortie de l'hôpital, des patients de moins de 26 ans, afin de limiter au maximum la rupture de soins.
- Des **consultations post-urgences** à J+7 sont mises en place à Argenteuil et Eaubonne. Il est constaté que 50% des patients ne reviennent pas. Un appel téléphonique le lendemain du passage aux urgences, sur le modèle de la chirurgie ambulatoire, pourrait être envisagé. Après une venue aux urgences, s'il n'y a pas d'hospitalisation, il existe un fort besoin des proches d'une explication de la situation, et de consignes claires sur la suite à donner.
- La Clinique « La Nouvelle Héloïse » à Montmorency étudie un projet d'**accueil post-urgence**.

Les études sur les facteurs de risque du suicide confirment qu'un antécédent de tentative de suicide multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur, par 20 dans l'année suivant la tentative.

Or, **le dispositif Vigilans**, qui propose aux patients, ayant effectué un geste suicidaire, d'être recontactés à leur sortie des services d'urgences ou de toute autre structure de soins hospitalière, n'est pas encore en place dans le 95, mais devrait l'être prochainement. Une réflexion est en cours avec Vigilans78. Des modalités de rapprochement 78/95 se poursuivent et travaillent la question d'une convention afin de mutualiser les moyens pour obtenir rapidement des plages horaires plus étendues sur le 78 et le 95 ainsi qu'une augmentation plus rapide des compétences.

L'ARS Île-de-France s'est en effet fixé comme objectif de disposer d'une organisation de re-contact dans chaque département francilien d'ici 2022.

Focus sur l'équipe mobile de santé mentale d'Argenteuil pour le suivi post hospitalisation

L'équipe mobile de santé mentale s'adresse à des personnes souffrant de troubles psychiatriques avérés ou pressentis. Deux modes d'entrées dans le dispositif sont possibles :

- Le signalement de la situation d'une personne, qui peut être à l'initiative des proches de la personne ou des professionnels du champ sanitaire, médico-social ou social et plus globalement de toute personne inquiète de la situation.
- **L'auto-saisine de l'équipe dans le cas des patients de moins de 26 ans hospitalisés.**

Lors du signalement, une 1^{ère} rencontre est organisée avec le signalant puis avec le signalé. Il n'y a pas d'intervention d'urgence mais si besoin, elle se travaille par ailleurs. Un lien est fait avec le médecin traitant. **L'équipe mobile reste en veille pendant 3 mois après la sortie de l'hôpital des patients de moins de 26 ans pour limiter au maximum la rupture de soins.** La priorité est le public souffrant de schizophrénie.

Les bénéficiaires sont une remobilisation plus rapide des partenaires : le CMP, le médecin traitant, la famille. Il y a un long travail de préparation qui parfois ne se fait qu'avec la famille. Le médecin coordinateur ne se déplace pas systématiquement au domicile.

5. OBJECTIFS D'AMÉLIORATION ENVISAGÉS POUR L'AXE 4

PRÉVENTION DE LA CRISE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la coordination des acteurs ▪ Mieux soutenir les familles ▪ Développer l'aller-vers ▪ Améliorer le suivi ambulatoire des patients
RÉPONSES AUX SITUATIONS DE CRISE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurer les parcours des personnes en situation de crise, en élaborant des modalités de réponses graduées, et en associant le réseau des intervenants (réponse téléphonique, télé médecine, l'« Aller vers » avec des équipes mobiles, des centres d'accueil de la crise, la psychoéducation des patients, le rôle des CMP et leur cahier des charges, la formation des familles, etc.) ▪ Créer une cellule de crise pour les adolescents
COORDINATION DES ACTEURS DE LA RÉPONSE AUX URGENCES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un schéma départemental des urgences psychiatriques adultes d'ici 2022 sur l'ensemble du territoire du val d'Oise avec révision et reconduction de la convention concernant le transport des personnes sans consentement.
PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE ET SUIVI POST URGENCE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer le suivi post urgence en cas de geste suicidaire et après les passages aux urgences non suivis d'une prise en charge (suivi annuel)

V. AXE 6 – L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ MENTALE

1. EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE / PÉRIMÈTRE DE L'AXE

« Le projet territorial de santé mentale s'attelle donc à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive⁵. »

L'axe 6 des PTSM doit permettre d'élaborer des actions de promotion de la santé mentale en population générale qui ne s'adressent pas à des publics déjà diagnostiqués / connus, mais des publics à risque. Ces actions concernent la lutte contre les déterminants défavorables de la santé mentale, et/ou, au contraire, le renforcement des déterminants favorables à une bonne santé mentale.

Ces actions, conformément au décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, peuvent être conduites dans différents domaines en fonction des besoins identifiés :

- La lutte contre l'isolement social
- La lutte contre le mal logement
- Le soutien à la parentalité
- La prévention des conduites addictives
- L'amélioration du climat scolaire
- La santé au travail

Les acteurs du département réunis autour du diagnostic partagé en santé mentale ont retenu **trois thématiques prioritaires à traiter dans le cadre du PTSM du Val d'Oise** :

- La prévention dans le milieu éducatif scolaire et extra-scolaire
- La prévention de la souffrance psychique au travail
- La prévention numérique 3.0

2. LA PRÉVENTION DANS LE MILIEU ÉDUCATIF SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE

a. Les difficultés identifiées par les acteurs

Pour les **structures**, il est noté :

- Un manque de statistiques sur le 95 ou de connaissances de l'existant par les structures du terrain
- Un déficit de communication de l'offre territoriale
- Un manque de lisibilité sur les ressources territoriales
- Une disparité des propositions qui sont personnes dépendantes
- Un morcellement du travail des structures
- Un sentiment de solitude dans le repérage, pour certaines structures
- Des actions isolées, un manque de mises en projet

⁵ Extrait du site du Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/priorite-6>

- Les difficultés de financement des actions de prévention des centres de soins en addictologie.
- Une implication hétérogène des acteurs de la psychiatrie dans la prévention.
- Des postes de médecine scolaire non pourvus

Pour les **familles**, il est noté :

- Un sentiment de solitude
- Une difficulté de compréhension des offres
- Un sentiment d'errance dans le parcours
- Des problèmes de repérage précoce des troubles qui retardent les prises en charge, un sentiment de perte de chance
- Des coûts supplémentaires pour une prise en charge en secteur libéral par manque de structures et de disponibilité

Plus précisément, les manques suivants sont identifiés :

- **Des inégalités territoriales d'accès à des projets d'éducation à la santé**

Des programmes d'éducation pour la santé et sexuelle sont prévus dans la réglementation mais les dynamiques sont disparates car personnes dépendantes. Il peut exister des actions locales en milieu scolaire, ou portées par des collectivités locales, qui sont montées de manière non concertée.

Il n'existe aucune organisation centrale pour piloter des actions systématiques et transversales. À noter dans chaque établissement scolaire, l'existence d'un comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc), instance particulièrement adaptée pour définir et impulser des actions, ainsi qu'une IDE scolaire référente qui peut accompagner des projets transversaux.

Il est noté une nécessité de valoriser l'offre d'intervention de dispositifs comme :

- Les interventions de la Maison Des Adolescents de Gonesse en milieu éducatif.
- Un partenariat existe entre le CSAPA Imagine et le Lycée Van Gogh à Ermont, pour des permanences au sein du lycée, avec une antenne à Argenteuil.

- **Un manque d'articulation entre la santé mentale et les dispositifs clefs pour faciliter les orientations**

Le manque de connaissance des parcours des jeunes entre les différents secteurs de prise en charge est réel (PMI, milieu associatif et différents dispositifs : lutte contre l'illettrisme, Coordination santé ville, Maraude médico-sociale CRF, politique d'accueil et d'accompagnement des migrants.....)

- **Un manque d'outils d'éducation et de médiation accessibles**

Un manque de documents et d'information adaptés au niveau de littératie et aux compétences clefs (type Clea) sont constatés :

- Pour les enfants migrants, en langue étrangère.
- Pour les enfants, avec une dimension pédagogique et ludique.

b. Les pistes d'actions qui devront être approfondies dans le PTSM

FORMER

- Concevoir et animer une formation de référence aux enjeux de la santé mentale et à l'écoute active accessible à l'ensemble des acteurs du territoire

REPÉRER ET ACCOMPAGNER

- Soutenir les compétences psychosociales des enfants (cartable des CPS) dans une logique de parcours et mener des actions sur la parentalité : repérage précoce, diagnostic par IDE scolaire, etc.
- Créer un pôle prévention au CSAPA Imagine
- Mener des interventions à la demande, dans certains établissements de l'Éducation nationale ou certaines structures (BU d'Enghien), pour des séances d'information.

OUTILLER ET AGIR

- Élaborer et diffuser une cartographie entre acteurs sur le parcours de vie de l'enfant.
- Développer des actions favorisant le repérage des interlocuteurs adéquats, de leur champ de compétence et de leurs limites d'action afin de favoriser l'orientation précoce vers le dispositif de soins si besoin
- Encourager le « Aller-vers » comme dans les permanences dans les lycées : médiation sociale et en santé, coordination, patients experts, pairs ...
- Créer une instance départementale pour coordonner les actions de prévention
- Soumettre les divers intervenants à un agrément
- Financer les CSAPA de façon pérenne pour avoir un volet prévention dans leur projet

INNOVER

- Concevoir et expérimenter des dispositifs de médecine intégrative et de prise en compte holistique des déterminants des parcours migrants.

c. La réponse aux violences scolaires

Conformément à la circulaire du 31 juillet 2019 relative à la mobilisation des ARS en faveur du plan de lutte contre les violences scolaires, le PTSM doit prévoir la création par les ARS d'un dispositif de 3^{ème} niveau pour les **élèves « hautement perturbateurs »**, constitué d'une **équipe mobile pluriprofessionnelle** susceptible d'intervenir au sein des établissements scolaires à la demande de l'Éducation nationale, pour apporter une expertise.

La structure de recours s'appuiera, au choix, sur les CAMSP, les CMPP, les CMP des secteurs infanto-juvéniles), sur les établissements de santé ou les établissements et services médico-sociaux (IME, ITEP, SESSAD, PCPE ...) ou encore sur les maisons des enfants et des adolescents, voire sur des professionnels de santé libéraux.

Les réponses qui seront apportées devront composer avec la rareté des ressources médicales disponibles (pédopsychiatres notamment) : il pourra être envisagé de renforcer les compétences et missions des psychologues et infirmiers scolaires en organisant des formations, le cas échéant dans les établissements ayant une activité de psychiatrie. Les structures de thérapies familiales pourront être associées à ces formations. L'équipe mobile pourra notamment intégrer des compétences de pédopsychiatre, pédiatre, orthophoniste, psychologue clinicien, psychomotricien, neuropsychologue, éducateur spécialisé ou encore assistant de service social.

3. LA PRÉVENTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL

a. Les difficultés identifiées par les acteurs

Il ressort d'un point de vue général un manque de lisibilité sur les ressources territoriales et les actions de prévention en santé mentale dans le cadre du travail, pour les professionnels et les citoyens, que ce soit :

- Par manque de connaissance de l'existant par les structures du terrain ;
- Par déficit de communication de l'offre territoriale ;
- Par déficit de communication au sein même des structures. Des actions sont mises en place dans les établissements, mais leur diversité et l'accès aux offres sont dépendants des structures.

b. Les ressources disponibles dans le Val d'Oise

Les interlocuteurs privilégiés dans le cadre du travail sont :

- **L'employeur** : dans le cadre de l'obligation de sécurité qui lui incombe, l'employeur est tenu de mettre en place des actions de prévention, d'information et de formation relatives aux risques existants sur le lieu de travail. L'employeur doit élaborer et tenir à jour un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels.
- **Le médecin du travail** : son rôle est reconnu pour sa capacité à agir sur le poste de travail. Il est membre du CHSCT et peut demander des visites des services. Des questions de neutralité sont évoquées quand la médecine du travail est interne à l'établissement. Lors des consultations, qui sont médecin-dépendantes « *le bien-être au travail ou la souffrance psychique ne sont pas toujours évoqués* ».
- **Le médecin généraliste** : il est au cœur du parcours, mais pas toujours formé aux risques liés au travail.
- **Les instances et syndicats**, par leurs propositions à l'amélioration de la santé, de la sécurité et des conditions de travail. Les délégués du personnel et les comités d'entreprise ou d'établissement ont une compétence générale sur les relations de travail intégrant notamment la prévention des risques.
- **La CARST et l'ANACT, la Direccte 95** : sources d'informations pour l'ensemble des acteurs
- **Intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)**. Les entreprises peuvent faire appel à des compétences spécifiques pour une approche globale et pluridisciplinaire (c'est-à-dire à la fois technique, médicale et organisationnelle) dans la conduite d'actions de prévention. Les IPRP peuvent avoir des profils très variés : psychologues, ergonomes, toxicologues...
- **L'I.N.R.S**

- **Le Psycom**
- **Les consultations de souffrance au travail :**
 - Il existe une liste des consultations Souffrance et Travail et des cliniciens spécialisés. 3 intervenants sont à ce jour répertoriés dans le Val d'Oise : 2 à Enghien-les-Bains et 1 à Taverny.
 - L'association PSYA propose un accompagnement des personnes sur le champ psychologique et social, et un renforcement des dispositifs de prévention existants (une structure hospitalière du 95 y a eu recours).
- **Des initiatives diverses**
 - Club des entreprises Val parisis
 - UNAFAM (actions de prévention)

c. Les pistes d'actions qui devront être approfondies dans le PTSM

DÉVELOPPER UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION DANS L'ENTREPRISE

- **Le Document Unique des Risques Professionnels (DUERP)** est encore trop peu formalisé, actualisé, ou mis à la disposition des salariés malgré la réglementation.
 - Dans le cadre de l'obligation de sécurité qui lui incombe, l'employeur doit élaborer et tenir à jour ce document. Il apparaît que celui-ci, s'il est réalisé, n'est que peu diffusé.
 - La co-construction du document avec les salariés permet d'instaurer une dynamique dans la structure et de cartographier les risques au plus près du terrain et renforce le « pouvoir d'agir » des salariés.

PROMOUVOIR L'ACCULTURATION DE L'ENSEMBLE DES DIRIGEANTS, DES MANAGERS ET DES SALARIÉS AUX RISQUES PSYCHO-SOCIAUX (RPS)

- Exemples d'actions :
 - Le CH d'Eaubonne a sensibilisé ses managers aux RPS par l'intervention d'une psychologue du travail.
 - La Fondation Léonie Chaptal intègre la sensibilisation aux risques psycho-sociaux et à la qualité de vie au travail dès l'accueil des salariés et pour l'ensemble des salariés, et coconstruit le Document Unique des Risques professionnels avec les salariés.
- Des actions de prévention de la souffrance au travail pourraient être initiées, notamment pour les professionnels de santé et médico-sociaux, mais aussi tout au long du cursus des étudiants en santé.

ÉLABORER UN ESPACE D'ÉCOUTE ET D'EXPRESSION, OÙ LA PAROLE PEUT ÊTRE POSÉE ET ENTENDUE

- Mettre en place des groupes de paroles sur la base du volontariat, en veillant aux conditions de réalisation.

DÉVELOPPER LES ANALYSES DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES (APP), LA SUPERVISION

- Donner du sens et de la cohérence aux interventions tout en intégrant la diversité des acteurs et les différences de points de vue, un travail plus centré sur les équipes, leurs membres, leurs fonctionnements, leurs relations et leur organisation.

- Exemple : voir les actions menées au sein de la Croix Rouge

PROMOUVOIR L'UTILISATION D'OUTILS D'ÉVALUATION

- Diagnostic qualité de vie au travail / risques psycho-sociaux
- Certaines prévoyances proposent des diagnostics « bien-être » gratuits, ce qui permet un audit extérieur. La CRAMIF et des mutuelles proposent des solutions de sensibilisation et/ou d'accompagnement.
- KARAZEK : outil de mesure du stress au travail

4. LA PRÉVENTION 3.0

Définition du 3.0 : après une première vague digitale liée à la numérisation des documents, puis un accroissement des interconnexions entre les individus, le digital 3.0 se caractérise par l'essor de l'intelligence artificielle (IA).

Dans nos contextes hyper connectés, nous sommes partagés entre les effets positifs et les risques des outils du numérique alors que le Ministère des solidarités et de la santé entend « promouvoir la santé mentale 3.0 ».

Pour aborder cette complexité, le concept de PHARMAKON de Bernard STIEGLER permet d'envisager le 3.0 comme le poison et l'antidote à la fois, ou autrement dit comme vecteur de nombreuses opportunités mais aussi de nombreux dangers.

Deux questions primordiales sont posées par les acteurs :

- Comment construire un équilibre entre modernité et vie contemporaine ?
- Quelle est l'offre digitale sur le territoire en matière de santé mentale ?

a. Les points positifs identifiés

Le numérique peut permettre l'amélioration de la prise en charge, la facilitation du quotidien du patient, des aidants et des professionnels de santé. Le numérique permet le partage des savoirs. Il permet également la mise en place d'applications de santé et de bien-être pour les usagers, ou encore des nouveaux outils numériques au service des pratiques médicales et de la prévention comme les consultations à distance, la télésurveillance, la télé-expertise. Il favorise également la formation en santé par le biais des MOOC, par exemple.

Il constitue une aide décisionnelle. Il peut rendre ludique les expériences (Serious Game). Enfin, c'est un vecteur d'affichage qui peut participer à la déstigmatisation

b. Les points négatifs identifiés

Le numérique comporte un risque de creusement des inégalités sociales et des risques de rupture dans les parcours du fait des niveaux de littératie digitale des usagers et des professionnels. Il comporte également un risque d'« infobésité », ainsi que des risques inhérents à des pratiques non éthiques ou imprudentes des utilisateurs.

De plus, il est possible que ces risques soient accrus pour des utilisateurs en souffrance psychique. Quel est l'impact des médias numériques sur les personnes concernées par les troubles psychiques ? Comment construire son identité numérique ou virtuelle quand son identité psychique est déjà fragmentée ?

c. Des questionnements qui émergent

Face à ces risques, il apparaît nécessaire d'éduquer les utilisateurs au décryptage de l'information et de les accompagner dans une recherche d'information, vers des données utiles et probantes en matière de santé mentale.

Ceci soulève plusieurs questions :

- Quelle offre d'accompagnement, d'éducation et de médiation numérique en santé des usagers et des professionnels est existante, et laquelle faudrait-il développer ?
- Comment combler la fracture numérique ?
- Quelles sont les positions des professionnels de la santé mentale sur l'utilisation des applications et le recours aux forums et blogs ?
- Quelle connaissance ont les professionnels des enjeux du digital et de sites très bien construits, comme celui de France Assos Santé ou de Santé Publique France ?
- Quel est le référencement sur les moteurs de recherche de ces sites ? Comment l'améliorer sachant qu'il n'existe pas de community manager public ?
- Comment évaluer la qualité des outils d'e-santé ?
- Comment protéger les données personnelles de l'ensemble des utilisateurs ?

d. Les ressources identifiées dans le Val d'Oise

Quelques-unes ont été citées dans le groupe de travail, mais la liste n'est pas exhaustive (pas de recensement).

Quelles sont les offres qui pourraient être imaginées dans le Val d'Oise ? Deux pistes pourraient être poursuivies :

- **S'appuyer sur l'école**, mais sans en faire le seul pilier
Rappel du code de l'éducation (art. L 312-9) : la formation à l'utilisation des outils et ressources numériques comporte nécessairement « *une sensibilisation aux droits et aux devoirs liés à l'usage de l'Internet et des réseaux sociaux, dont la protection de la vie privée et le respect de la propriété intellectuelle* ».
 - Formation au numérique à l'école : CM2 puis collège.
 - Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré, mais reste encore « établissement dépendant ».
- **Diffuser les actions probantes**, ce qui risque d'être freiné par des questions de coûts :
 - Théâtre Forum (expérience de Beaumont sur Oise)
 - Fabrique du numérique (Gonesse)
 - Ateliers des aidants à l'aide de tablette numérique (Fondation Chaptal)

e. Les pistes d'actions qui devront être approfondies dans le PTSM

RÉFÉRENCER LES SOURCES FIABLES

RÉALISER UNE CARTOGRAPHIE SANTÉ MENTALE

Il ne s'agit pas seulement de réaliser une cartographie des acteurs mais également des usagers

PROMOUVOIR UNE CULTURE CITOYENNE DU NUMÉRIQUE

Possibilité de développer « l'aller vers »

- Par le service sanitaire obligatoire dans les formations médicales et paramédicales, voire dans le futur service national universel
- Favoriser à l'aide d'outils les collaboration et interactions
- Par des pair-aidants pour des populations vulnérables qu'il faut accompagner

ENVISAGER LA PERTINENCE DE LA TÉLÉCONSULTATION

Au regard des difficultés d'accès aux CMP, pour les premières demandes, une première téléconsultation pourrait être réalisée par un IPA (infirmière en pratiques avancées) en vue de faire un premier « tri » et d'orienter le patient vers le professionnel adapté (psychiatre, psychologue...) et la structure adaptée (CMP, libéral...).

5. OBJECTIFS D'AMÉLIORATION ENVISAGÉS POUR L'AXE 6

DÉSTIGMATISATION DE LA MALADIE PSYCHIQUE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir les actions qui existent (SISM, actions portées par les CLSM...) ▪ Promouvoir les actions de déstigmatisation
PRÉVENTION EN MILIEU ÉDUCATIF SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoriser et prioriser les ressources existantes ▪ Former aux enjeux de la santé mentale et à l'écoute active ▪ Soutenir les compétences psychosociales et mener des actions sur la parentalité. Projets en milieu scolaire à financer ▪ Améliorer la connaissance sur parcours des enfants inter secteurs ▪ Concevoir des dispositifs de médecine intégrative et holistique pour les enfants de migrants ▪ Améliorer la réponse aux violences scolaires
PRÉVENTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer une stratégie de communication dans l'entreprise ▪ Promouvoir l'acculturation de l'ensemble des dirigeants, des managers et des salariés aux risques psycho-sociaux ▪ Élaborer un espace d'écoute et d'expression, où la parole peut être posée et entendue ▪ Développer les Analyses de Pratiques Professionnelles (APP), la supervision. Implication des DRH. ▪ Promouvoir l'utilisation d'outils d'évaluation

PRÉVENTION 3.0

- Référencer les sources fiables
- Réaliser une cartographie santé mentale du département
- Promouvoir une culture citoyenne du numérique en santé
- Envisager la pertinence de la téléconsultation

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DU VAL D'OISE

FEUILLE DE ROUTE 2020 -2025

Présentation accessible via le lien :

<https://www.youtube.com/channel/UCwYf4IPoGOhSEB-c6JNuFg>

INTRODUCTION

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées par des problèmes de santé mentale à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, émane de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 et a depuis lors été précisé par un décret d'application publié en juillet 2017 et une circulaire ministérielle publiée en juin 2018.

La démarche du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) comprend trois phases :

- La réalisation du diagnostic territorial partagé avec tous les acteurs de la santé mentale ;
- L'élaboration d'actions visant à répondre à ce diagnostic sur cinq années ;
- La rédaction d'un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) entre l'ARS et les acteurs du territoire. Il définit les missions, les engagements, les moyens, les modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM.

Le PTSM doit être élaboré par l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, des politiques de la ville, des collectivités territoriales, ainsi que des conseils locaux de santé (CLS) et des conseils locaux de santé mentale (CLSM), car 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 qui doivent associer un large panel d'acteurs.

Le PTSM doit tenir compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et aux accompagnements, aux techniques de soin et d'accompagnement les plus actuelles, quels que soient les troubles psychiques concernés.

S'agissant du Val d'Oise, le périmètre retenu pour le PTSM est celui du département. Un diagnostic départemental préalable au PTSM a été mené en concertation entre juin 2018 et février 2020.

Le décret du 27 juillet 2017 fixe six priorités à traiter dans le cadre des PTSM :

- L'organisation des conditions du **repérage précoce** des troubles psychiques, et **l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux** ;
- L'organisation d'un **parcours de santé et de vie** de qualité et **sans rupture**, en vue du **rétablissement** et de **l'inclusion sociale** des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;
- L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des **soins somatiques adaptés** à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations **de crise et d'urgence** ;
- L'organisation des conditions du **respect et de la promotion des droits** des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur **pouvoir de décider** et d'agir et la **lutte contre la stigmatisation** de ces troubles ;
- L'organisation des conditions d'action sur les **déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** de la santé mentale.

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France s'est fixée, au travers du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022, plusieurs objectifs prioritaires en matière de santé mentale :

- Faire de **l'intervention précoce** le fil conducteur des organisations
- Faire du **domicile** le centre de gravité du parcours

- Faire de la **continuité des parcours** le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques
- Agir pour des pratiques orientées « **rétablissement** »
- Mobiliser pour inventer la **psychiatrie de demain**
- Soutenir la **Cité promotrice de santé** et renforcer la **citoyenneté** des personnes

Le PTSM du Val d'Oise entend donc couvrir prioritairement les six axes prioritaires du décret du 27 juillet 2017, tout en prenant en compte les priorités régionales en matière de santé mentale.

Ce PTSM a été élaboré entre juin 2018 et décembre 2020, en deux phases, la première pour le diagnostic et la seconde pour l'élaboration de la feuille de route. **Le travail de diagnostic** a mobilisé plus de 230 acteurs du territoire et **le travail sur la feuille de route**, qui s'est fait dans un contexte de crise sanitaire ne rendant pas possibles autant de modalités de travail en présentiel que prévues, plus de 90. L'ensemble de la démarche a permis des échanges riches entre différents secteurs d'intervention en santé mentale.

PRÉCISIONS SUR LA PRÉSENTATION

La feuille de route du PTSM du Val d'Oise comprend **24 actions** prioritaires réparties au sein de 5 axes thématiques.

 <p>Priorisation</p>	<p>Les actions ont été classées en deux rubriques « actions prioritaires » et « actions complémentaires », à l'issue d'un travail de concertation entre les acteurs impliqués dans l'élaboration du PTSM. Seules les actions prioritaires font, à ce stade, l'objet de fiches actions. Les actions complémentaires ne sont pas écartées, mais il est apparu soit qu'elles manquaient de pistes de travail opérationnelles, soit qu'elles étaient moins urgentes. Ces actions pourront être approfondies durant les 5 années du PTSM.</p>
 <p>Couverture territoriale</p>	<p>Si le PTSM vise à définir un cadre d'action départemental, sa mise en œuvre nécessite de procéder par étapes : des infra territoires devront être identifiés pour expérimenter les actions, dans l'objectif de les diffuser dans un second temps dans l'ensemble du département.</p>
 <p>Temporalité</p>	<p>Les actions prioritaires sont présentées dans la partie III en format fiche action. Ces fiches actions définissent l'ensemble des modalités de mise en œuvre de l'action et donnent à voir les étapes nécessaires. Un calendrier est précisé : celui-ci ne peut avoir qu'un caractère indicatif, la temporalité des actions étant propre à chaque structure et aux moyens disponibles.</p>
 <p>Rôle des acteurs</p>	<p>Certains porteurs d'action se sont déjà positionnés, d'autres, qui sont encore à confirmer, ne sont pas mentionnés dans les fiches actions. LA fiche action indique alors « à préciser ».</p> <p>La rubrique « contributeurs » recense les structures que le groupe de travail a estimées pertinentes à associer. Néanmoins, leur implication dans les actions dépendra de leur adhésion et sera à confirmer.</p>

I. MÉTHODOLOGIE DE RÉALISATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

La démarche d'élaboration du PTSM a été initiée par le Conseil Territorial de Santé (CTS95) et sa **Commission Spécialisée en Santé Mentale** (CSSM). Le cabinet Acsantis, spécialisé dans l'accompagnement des projets territoriaux sanitaires et médico-sociaux, a été mandaté par la CSSM pour accompagner le déroulement opérationnel des travaux.

La feuille de route du PTSM du Val d'Oise a été élaborée entre février et décembre 2020, selon la méthodologie suivante.

1. CADRAGE DE LA DÉMARCHE

Une réunion de cadrage a été organisée pour lancer la démarche, avec la chefferie de projet et la délégation départementale de l'ARS.

Le cabinet Acsantis, a présenté sa proposition de méthodologie, qui a pu être ajustée aux attentes des acteurs et au contexte de crise sanitaire.

a. Gouvernance

Dès la phase de diagnostic, aux côtés du président du CTS95 et de la délégation départementale de l'ARS, la CSSM s'est élargie en **comité de pilotage** (COPIL) en charge de la validation des travaux.

Pour la conduite des travaux sur la feuille de route, un **comité technique** (COTECH) a été mis en place. Quatre de ses membres, ont constitué, auprès de la délégation départementale de l'ARS, la **chefferie de projet** en charge du suivi de la démarche en lien avec le cabinet Acsantis :

- Dr Dominique CARAGE, Présidente de la Commission spécialisée santé mentale du CTS 95, bénévole de l'Union départementale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM 95) ;
- Dr Christophe LAMISSE, Chef de pôle de psychiatrie et santé mentale, Chef de département de psychiatrie générale du centre hospitalier d'Argenteuil, Président de la Commission départementale des soins psychiatriques du Val d'Oise ;
- Dr Anne ROZENCWAJG, Chef de Pôle de psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier de Gonesse ;
- Mme Sophie MÉLAN, Pilote de la MAIA et du DAC Val d'Oise Sud, association Joséphine.

Deux correspondants de la **DD ARS 95** ont accompagné les travaux : M Franck LAVIGNE et le Dr Laure KERVADEC.

b. Organisation thématique des travaux

Le premier temps de la démarche a été consacré à la remobilisation des acteurs et la constitution des groupes de travail.

4 groupes de travail ont été mis en place afin de traiter les thématiques prioritaires définies par le décret du 27 juillet 2017. Un ou deux pilotes par groupes ont été identifiés par la chefferie de projet.

Au regard de la mobilisation importante lors des travaux de diagnostic (jusqu'à 80 participants et jusqu'à 6 co-pilotes pour chaque groupe), un maximum de 20 participants a été préconisé par le cabinet Acsantis, afin de favoriser des conditions de travail participatives en vue de l'élaboration d'actions opérationnelles. Il a été néanmoins annoncé aux participants qu'ils restaient en charge de faire le lien entre les travaux de groupes et leurs structures.

Les groupes ont été constitués par la chefferie de projet et les pilotes. Acsantis a appuyé la démarche en proposant un « canevas » des typologies d'acteurs à associer à chaque groupe en fonction de leurs thématiques. Un panel de secteurs professionnels était donc représenté dans les groupes. La limite, comme dans la phase de diagnostic, réside dans la faible mobilisation des acteurs libéraux et des élus. Le secrétariat de l'UNAFAM 95 a été mobilisé pour la prise de contact avec les acteurs.

Groupes thématiques		Pilotes	Effectifs
GT1	Accès aux soins psychiques (repérage, accès au diagnostic et aux soins)	Mme Pauline MAISONNEUVE, Directrice des affaires médicales et des coopérations territoriales, CH d'Argenteuil	21
GT2	Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	Mme Hélène DOMISSE, Cadre supérieur de santé, CH d'Argenteuil	18
GT3	Parcours de vie et de santé sans rupture en vue de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes Accès aux soins somatiques	Mme Carole FOUQUES, Directrice d'établissements, association HEVEA	26
GT4	Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	Mme Adeline ATTJETALLAH, Coordinatrice du CLSM de Val Parisis Mme Geneviève GAGNEUX, Coordinatrice du CLSM de Cergy-Pontoise	22

2. STABILISATION DES ÉLÉMENTS ISSUS DES TRAVAUX DE DIAGNOSTIC

Un grand nombre de pistes d'actions avaient émergé de la phase diagnostique des travaux. En amont de la remobilisation des groupes, une première étape a consisté en la **synthétisation et la priorisation** de ces pistes d'actions.

Un travail de bureau a été réalisé par Acsantis durant les mois de juin et juillet 2020 afin de :

- Identifier les pistes d'actions au sein de chaque axe thématique du diagnostic ;
- Chasser les doublons et les pistes correspondant davantage à des objectifs généraux qu'à des actions opérationnelles ;
- Proposer une première priorisation au regard des objectifs des PTSM privilégiant les actions de coordination territoriale aux actions visant l'évolution interne d'un établissement ou d'un secteur d'intervention.

Des **plans d'actions provisoires** ont été proposés à partir de ce travail et retravaillés avec les pilotes de groupes et un représentant de la chefferie de projet, en visioconférences.

3. 1^{ÈRE} SESSION DE TRAVAIL DES GROUPES : PRIORISATION DES ACTIONS

À ce stade, la feuille de route proposait 51 pistes d'actions : 20 pistes d'actions pour le GT1, 7 pistes d'actions pour le GT2, 16 pistes d'actions pour le GT3 et 8 pistes d'actions pour le GT4 (voir la liste en annexe 2).

Les plans d'actions provisoires ont constitué les éléments d'entrée de la première session de travail des groupes thématiques, qui s'est déroulée en septembre 2020.

En raison de la crise sanitaire, les modalités de travail ont dû être adaptées pour se faire à distance.

L'enjeu de cette première session visait à prioriser les actions, encore nombreuses, par souci de lisibilité et de mise en œuvre du PTSM, et afin de pouvoir associer des acteurs institutionnels du territoire comme porteurs de chaque action sans les sur-solliciter.

Un questionnaire a été proposé aux membres de chaque groupe, à deux reprises. Ces questionnaires étaient inspirés de la méthode Delphi, technique de communication structurée développée à l'origine comme une méthode de prospection systématique et interactive se basant sur un panel d'experts.

- La 1^{ère} itération visait à demander à chaque participant de classer les actions à partir de leur propre point de vue sur :
 - La **faisabilité** de l'action, au regard de leur connaissance du territoire et des moyens existants ;
 - La **pertinence** de l'action pour répondre à l'objectif visé ;
 - Le **niveau d'urgence** de mise en œuvre de l'action sur le territoire.
- La 2^{ème} itération leur présentait les résultats collectifs obtenus et une synthèse des commentaires apportés à chaque piste d'action, et leur demandait de reclasser les actions tenant compte de ces résultats.

À l'issue de ce travail, **5 à 8 actions prioritaires** ont pu ressortir pour chaque groupe thématique.

Les actions non retenues n'ont pas été écartées, mais ne font pas fait l'objet d'une fiche action. Elles sont présentées pour chaque axe thématique dans une rubrique « **actions complémentaires** », et pourront faire l'objet d'un travail de précision tout au long de la mise en œuvre du PTSM. Certains axes thématiques ne comportent pas d'actions complémentaires, soit parce que les participants ont estimé que les actions non priorisées n'étaient pas pertinentes, soit parce que ces actions ont été facilement intégrées à d'autres actions priorisées.

Cette modalité de travail à distance s'est révélée très constructive : des consensus se sont très nettement dégagés, et les participants ont pu apporter des commentaires très riches qui ont alimenté la phase suivante de rédaction des fiches actions. Néanmoins, la 2^{ème} itération a reçu moins de réponses que la 1^{ère}.

À l'issue de ce travail, un **débriefing avec la DD ARS et la chefferie de projet** a été organisé le 6 octobre 2020, afin de consolider les plans d'actions.

Les plans d'actions ainsi obtenus ont été transmis à l'ensemble des participants, en amont de l'étape suivante.

4. 2^{ÈME} SESSION DE TRAVAIL DES GROUPES : DÉCLINATION OPÉRATIONNELLE DES ACTIONS PRIORITAIRES

La deuxième phase de travail des groupes a consisté en des réunions présentiels.

4 réunions ont été organisées, pour chacun des groupes thématiques, les 13 et 15 octobre 2020, au Centre hospitalier d'Argenteuil, à la DD ARS et à la Communauté d'agglomération de Cergy. Le GT3, en raison de la richesse et du nombre d'actions à traiter, a nécessité un deuxième temps de réunion en visioconférence le 3 novembre 2020.

Ces réunions ont été préparées et coanimées par Acsantis et les pilotes de groupe.

L'objectif attendu était le **recueil d'éléments** pour chaque action retenue comme prioritaire, **en vue de la rédaction des fiches actions** :

- Les précisions sur les enjeux et le contenu de l'action ;
- Les porteurs : institutions garantes de l'orchestration et de la réalisation de l'action ;
- Les contributeurs : acteurs / institutions associés à la mise en œuvre de l'action, pour leur savoir-faire et leurs ressources ;
- Les étapes principales de l'action, déclinées de façon simple et opérationnelle ;
- Le calendrier de l'action, si pertinent ;
- Les points d'attention, de vigilance : risques à envisager, recommandations, liens éventuels avec les autres actions du PTSM ou du territoire.

Les fiches actions ont ensuite été rédigées par Acsantis, puis proposées à la chefferie de projet et aux pilotes. Les échanges ont été nombreux et ont permis des fiches actions riches, précises et de qualité.

Ces fiches actions ont été envoyées à chaque participant du groupe concerné, en vue de recueillir leurs retours.

5. FINALISATION ET RESTITUTION DE LA FEUILLE DE ROUTE

Un deuxième temps de **débriefing entre la DD ARS et la chefferie de projet** a été organisé le 19 novembre 2020, en vue de consolider la feuille de route finale : il a permis des arbitrages sur les portages, sur le regroupement de certaines actions, ou sur des points de mise en œuvre de certaines actions.

La feuille de route ainsi obtenue a été transmise par la chefferie de projet au **comité de pilotage** le 3 décembre 2020. Les retours ont été traités par échange de mails.

Une **séance plénière de restitution** a été organisée le 15 décembre 2020. Cette séance a pu mettre en présence les intervenants (ARS Ile-de-France, DD ARS 95, Conseil territorial de santé du 95, chefferie de projet, pilotes de groupes, et quelques porteurs d'action) à la Fondation Chaptal. Elle était transmise en visioconférence à un grand nombre d'acteurs du territoire, avec l'organisation de questions – réponses selon un format webinaire.

Cette séance a permis de présenter la feuille de route aux membres du **Conseil Territorial de Santé** et des **CLSM**, en vue de recueillir leur avis avant transmission au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France.

II. PRÉSENTATION DE LA FEUILLE DE ROUTE DU PTSM

La feuille de route du PTSM du Val d'Oise comprend **24 actions** réparties au sein de 5 axes thématiques.

1. AXE 1 – LE REPÉRAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- Le repérage et l'intervention précoce
- L'accès aux diagnostic et au suivi psychiatrique
- L'organisation de l'accès aux expertises existant au niveau départemental et régional
- L'appui du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

b. Actions prioritaires (8 actions)

Sous thème	Objectif	Action
Repérage, orientation et prise en charge précoce	Diversifier les solutions envisageables pour l'orientation des personnes à la suite du repérage de troubles psychiques	1.1. Réaliser un bilan territorial de l'expérimentation du dispositif Ecoute'Emoi afin d'améliorer son développement dans le département et de lever les freins qui ont été constatés
Accès aux soins psychiques - Généralités	Renforcer la mobilité des soins psychiques	1.2. Développer des équipes mobiles permettant l'« aller vers » des soins en santé mentale, par publics cibles (bébés, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), en priorisant les besoins (repérage, intervention précoce, gestion de crises) et en s'appuyant sur le réseau des partenaires
Accès aux soins psychiques en périnatalité	Renforcer les dispositifs de prise en charge des difficultés psychiques en périnatalité	1.3. Renforcer les espaces de soins de psychiatrie périnatale (consultations, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles) pour la prise en charge des troubles des interactions précoces
Accès aux soins psychiques en pédopsychiatrie	Développer l'offre de prise en charge ambulatoire infanto-juvénile	1.4. Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet pour les enfants et les adolescents, en accueil de jour proposant des activités en groupe (CATTP, hôpitaux de jour...)

Accès aux soins psychiques pour les adultes	Prévenir les ruptures autour de l'entrée dans l'âge adulte dans les parcours de soin	1.5. Envisager la création de dispositifs psychiatriques ambulatoires spécifiques aux 16-25 ans, déployant des techniques issues de la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs du parcours du jeune , afin d'éviter par une intervention précoce l'altération des fonctions cognitives et des compétences sociales
Accès aux soins psychiques pour les publics spécifiques	Améliorer l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie	1.6. Développer les consultations spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes dans le département
	Améliorer la mobilité des soins psychiatriques vers les personnes précaires	1.7. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du département. Renforcer la coordination des acteurs de la précarité , en impliquant les élus par le biais des CLSM du département, et en créant un comité de pilotage des EMPP du département, en lien avec la coordination régionale
Accès aux soins psychiques en ESSMS	Améliorer l'accès aux soins psychiques en établissements et services sociaux et médico-sociaux	1.8. Déployer des dispositifs de télémedecine en psychiatrie vers les ESSMS du département (EHPAD, établissements sociaux et, établissements pour adultes et enfants en situation de handicap psychique sans ressource médicale interne)

c. Actions complémentaires

- Renforcer l'**attractivité du territoire pour les postes en psychiatrie**, et la promotion des carrières hospitalières en psychiatrie sur le territoire (venue des internes, installation et fidélisation des PH) : action à construire avec la mobilisation de tous les acteurs concernés (Ministères, ARS, facultés, internes, hôpitaux, conseil départemental...)
- **Organiser la coopération et l'articulation entre les filières de soins :**
 - L'addictologie et la psychiatrie
 - La neurologie et la psychiatrie
 - La gériatrie et la psychiatrie
 - Les services de maternité et la psychiatrie
- Dédier des **lits en maternité**, hors T2A, pour la prolongation de séjours de dyades mère-bébé **d'indication pédopsychiatrique ou psychiatrique**
- Envisager la création d'une **unité pédopsychiatrique d'hospitalisation temps plein mère-bébé pour le nord de la région Ile-de-France**
- Développer 2 **plateformes dédiées aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages** (TSLA) : 1 pour l'Est et le Sud du Val d'Oise, portée par le GHT Sud Val D'Oise – Nord Hauts-de-Seine, qui couvrira les bassins de vie d'Eaubonne-Montmorency, Argenteuil et Gonesse ; 1 pour l'Ouest du Val d'Oise, portée par Pontoise, qui couvrira le bassin de vie de Pontoise et Beaumont-sur-Oise et du Vexin.

- Étendre les **plateformes de coordination et d'orientation pour les troubles neurodéveloppementaux** (PCO TND) de Gonesse et de Pontoise, aux enfants de 7 à 12 ans.
- Développer quantitativement les **lieux de cure et les hôpitaux de jour en alcoologie** dans le département

2. AXE 2 – LA PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ET DES SITUATIONS D'URGENCE

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- La prévention des situations de crise
- L' « aller vers » des acteurs de la santé mentale pour la gestion des situations de crise
- L'organisation de la permanence des soins psychiatriques
- L'organisation de la réponse à l'urgence psychiatrique en lien avec les / au sein des urgences générales
- Le suivi en sortie d'hospitalisation post-urgence
- La prévention de la récurrence suicidaire

b. Actions prioritaires (4 actions)

Sous thème	Objectif	Action
Prévention et gestion des situations de crise	Améliorer la graduation des soins pour éviter le recours systématique aux urgences face aux situations de crise	2.1. Structurer les parcours des personnes en situation de crise , en élaborant des modalités de réponses graduées associant le réseau des intervenants (famille, médecins généralistes, réponse téléphonique, télémédecine, équipes mobiles, cellule de crise pour adolescents, CMP, urgences, etc.) et en diffusant ces modalités
	Renforcer les compétences des personnes concernées	2.2. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale sur le département
Coordination des acteurs de la réponse à l'urgence	Renforcer la coordination des acteurs de l'urgence dans le département	2.3. Réviser le protocole départemental concernant le transport des personnes sans consentement , et promouvoir son intégration dans le futur schéma départemental des urgences psychiatriques adultes du Val d'Oise

Prévention de la récidive suicidaire et suivi post urgence	Améliorer le suivi post urgences en cas de geste suicidaire	2.4. Organiser et déployer via le dispositif Vigilans , une réponse formalisée et partagée par l'ensemble des centres hospitaliers du département, pour le suivi des patients à risque suicidaire, en aval de leur passage aux urgences
--	---	--

3. AXE 3 – LES PARCOURS DE VIE ET DE SANTÉ SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation de parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- Le handicap psychique : accès aux dispositifs spécifiques
- La coordination psychiatrie / social / médico-social
- La prévention des ruptures : transitions adolescence – âge adulte – vieillesse, mobilités géographiques
- La réhabilitation psychosociale : développement des compétences et outils en réhabilitation sur le département, en psychiatrie et dans le lien avec les partenaires sociaux et médico-sociaux
- L'accès à et le maintien dans la scolarité, la formation, l'emploi,
- L'accès à et le maintien dans le logement
- L'accès à la culture et aux loisirs
- Le soutien aux familles et aux aidants

b. Actions prioritaires (6 actions)

Sous thème	Objectif	Action
Accès aux accompagnements médico-sociaux	Renforcer la mise en pratique d'une logique de parcours dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques	3.1. Améliorer la couverture en dispositifs médico-sociaux dans le département, que ce soit dans le droit commun ou en milieu adapté, pour les enfants et les adultes ; et favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation
Coordination des parcours et des acteurs en santé mentale	Améliorer l'interconnaissance et la coordination entre les acteurs du parcours en santé mentale	3.2. Mettre en place une plateforme territoriale de santé mentale en lien avec les 3 dispositifs d'appui à la coordination en cours de développement dans le département, chargée d'appuyer les professionnels dans l'orientation et dans la gestion des cas complexes

Pair aideance	Renforcer l'intégration des pairs aidants dans les soins et les accompagnements	3.3. Renforcer les synergies entre les groupes d'entraide mutuelle ainsi que leur autonomie de fonctionnement et favoriser le recrutement et l'intégration de pairs aidants et de médiateurs de santé pairs au sein des équipes
Accès à / maintien dans la scolarité	Développer des coopérations entre l'Éducation nationale et les acteurs de la santé mentale	3.4. Soutenir les acteurs de l'Éducation Nationale pour l'accompagnement des enfants et adolescents présentant des difficultés d'ordre psychique, en vue de leur maintien dans une scolarité en milieu ordinaire, et renforcer les dispositifs d'accès aux études des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie (enseignants spécialisés, soins-études)
Accès à / maintien dans l'emploi	Améliorer l'accès à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques	3.5. Développer des partenariats et dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi , en associant les dispositifs spécialisés et du droit commun
Soutien aux familles et aux aidants	Intégrer le soutien à la famille dans l'accompagnement	3.6. Développer et faire connaître les dispositifs d'accompagnement et de soutien des familles et des enfants de personnes souffrant de troubles psychiques dès le repérage, tout au long du parcours et dans les situations de crise

c. Actions complémentaires

- Mener des actions de **formation / information des médecins (généralistes et psychiatres) en matière de rédaction des certificats médicaux pour la MDPH** et favoriser la transmission des décisions prises par la MDPH aux médecins à l'origine des dossiers
- Mettre en place une fonction de **coordinateur / référent de parcours**, en dehors des institutions de première ligne dans l'accompagnement, en charge de veiller à la fluidité des relais et à la prévention des ruptures
- Soutenir et diffuser les **actions menées par les CLSM auprès des bailleurs** et des gardiens d'immeubles pour favoriser le maintien dans le logement
- Mettre en place des **journées de stage en psychiatrie pour les internes en médecine générale** du département, en lien avec les maîtres de stage en médecine générale du Val d'Oise et les responsables des DES de médecine générale de la région
- Élaborer un état des lieux de la **présence des assistants de service social** et renforcer leur présence dans les différents secteurs de psychiatrie, pour mieux évaluer l'accès aux droits sociaux des patients pendant l'hospitalisation de façon à éviter les ruptures de soins.

4. AXE 4 – LA COORDINATION DES ACTEURS DE SOINS VILLE – HÔPITAL

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- La formation en santé mentale des acteurs du premier recours
- La coordination médecine de ville – psychiatrie pour le repérage, l'intervention précoce et le suivi
- L'accès aux soins somatiques pour les personnes suivies en psychiatrie ambulatoire

b. Action prioritaire (1 action)

Sous-thème	Objectif	Action
Accès aux soins somatiques / appui au repérage	Améliorer la coopération entre les acteurs du premier recours et de la psychiatrie	3.7. Renforcer la coordination entre la médecine de ville et la psychiatrie , par la mise en place de modalités de soins et d'outils de communication partagés, et par la réaffirmation de la mission d'accès aux soins somatiques des CMP

5. AXE 5 – LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ MENTALE

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités la promotion de la santé mentale dans l'ensemble de la population.

« Le projet territorial de santé mentale s'attelle donc à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive. » [Boîte à outils du Ministère de la santé, axe 6, en ligne]

Le PTSM doit inciter à l'élaboration d'actions de promotion de la santé mentale en population générale qui ne s'adressent pas à des publics déjà diagnostiqués / connus, mais des publics à risque. Ces actions concernent la lutte contre les déterminants défavorables de la santé mentale, et/ou, au contraire, le renforcement des déterminants favorables à une bonne santé mentale.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- La lutte contre le mal logement
- Le soutien à la parentalité
- La prévention des conduites addictives
- L'amélioration du climat scolaire
- La santé au travail

b. Actions prioritaires (5 actions)

Sous-thème	Objectif	Action
Cadre de vie / logement	Améliorer l'accès au logement pour les personnes atteintes de troubles psychiques, dans le département	4.1. Développer des dispositifs de logement accompagné dans le département : appartements de coordination thérapeutique, logement inclusif, logement social, baux glissants, résidences accueil, propositions innovantes...
Information en santé mentale / lutte contre la stigmatisation	Renforcer les actions de promotion de la santé mentale au sein de la cité	4.2. Renforcer le soutien aux CLSM existants et développer de nouveaux CLSM , en lien avec les élus locaux, pour la mise en œuvre d'actions d'information et de promotion de la santé mentale sur leur territoire
Prévention en milieu éducatif et scolaire	Informier – sensibiliser les professionnels du milieu éducatif et scolaire	4.3. Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif
Prévention de la souffrance psychique au travail	Renforcer la prévention de la souffrance psychique au travail au sein du département	4.4. Promouvoir les actions de prévention primaire en santé mentale au travail au sein des CLS et CLSM du département . Favoriser la coordination des acteurs de la santé mentale et des services de santé au travail dans ces actions à l'échelle locale.
Les outils numériques en santé mentale	Accompagner dans l'accès aux supports numériques en santé mentale	4.5. Promouvoir et accompagner l'utilisation des outils de l'e-santé auprès du public et des professionnels de la santé mentale, dans le département

c. Actions complémentaires

- Créer une **instance départementale** chargée de promouvoir les actions de prévention reconnues pertinentes et les bonnes pratiques en santé mentale
- Mettre en place un **espace d'écoute**, d'expression et d'information dédié à la thématique de la **souffrance au travail**

III. FICHES ACTIONS

1. LE REPÉRAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES

a. Repérage, orientation et prise en charge précoce

Objectif : Diversifier les solutions envisageables pour l'orientation des personnes à la suite du repérage de troubles psychiques

<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	<p>Action n° 1.1. Réaliser un bilan territorial de l'expérimentation du dispositif Ecout'Emoi afin d'améliorer son développement dans le département et de lever les freins qui ont été constatés</p>	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations</p>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MDA de Gonesse ▪ DAC Est 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MDA Passerelle (Pontoise) ▪ ARS IDF, département prévention et promotion de la santé ▪ Psychologues libéraux ▪ CDOM, URPS, CPTS ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile ▪ SUPADO, CHA ▪ DSDEN 95

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Afin de **réduire les délais** entre le repérage et la prise en charge, une **expérimentation du dispositif Ecout'Emoi** se déploie depuis deux ans sur le département via la Maison des Adolescents de l'Est du Val d'Oise (Gonesse), pour permettre l'accès à un forfait de consultations psychologiques en libéral pour les adolescents de 11 à 21 ans résidant sur les communes de Garges-lès-Gonesse, Villiers-le-Bel, Sarcelles et Goussainville. Ces consultations, remboursées par l'Assurance maladie, peuvent s'avérer suffisantes pour les troubles mineurs.

Plusieurs **freins** ont été relevés par les acteurs du territoire dans la mise en œuvre de ce dispositif :

- Une absence de concertation avec le corps des psychologues dans son élaboration ;
- Une difficulté à mobiliser des psychologues (seulement 5) du territoire au vu de la rémunération prévue (32€) ;
- Une difficulté à mobiliser des médecins généralistes (seulement 3) dans le département, du fait de la longueur et la lourdeur des consultations prévues dans le dispositif ;
- L'impossibilité pour les psychiatres d'en être prescripteurs, alors même qu'ils sont en première ligne du repérage des besoins de soin psychique des jeunes et que le dispositif gagnerait à leur conférer un rôle de coordination.

L'expérimentation arrivant à son terme à la fin de l'année 2021, un **bilan national est déjà en cours**, sous le pilotage de la DGOS.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un bilan à échelle territoriale du dispositif Ecoute'Emoi
- Poursuite du dispositif sur le département après 2021
- Nombre de médecins généralistes, de psychiatres, de psychologues et de jeunes intégrés dans le dispositif chaque année à partir de 2022
- Inclusion des psychiatres dans le dispositif

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Réaliser et diffuser un bilan territorial du déploiement du dispositif</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En lien avec le bilan réalisé au niveau national par un cabinet mandaté ▪ Intégrer des psychologues dans ce bilan ▪ Communiquer ce bilan aux médecins généralistes, psychologues libéraux et psychiatres du département 	<p>Courant 2021</p>
<p>2. Mettre en place un groupe de travail chargé de formuler des recommandations opérationnelles pour la poursuite du dispositif</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur la mobilisation des psychologues libéraux, notamment les conditions de leur rémunération ▪ Sur la mobilisation des médecins généralistes du département ▪ Sur la possibilité pour les psychiatres d'être prescripteurs des consultations 	<p>Fin 2021</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Financement pour la poursuite du dispositif
- Groupe de travail pour l'élaboration de préconisations

b. Accès aux soins psychiques – Généralités

Objectif : Renforcer la mobilité des soins psychiques					
<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	<p>Action n° 1.2. Développer des équipes mobiles permettant l'« aller vers » des soins en santé mentale, par publics cibles (bébés, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), en priorisant les besoins (repérage, intervention précoce, gestion de crises) et en s'appuyant sur le réseau des partenaires</p>				
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire du domicile le centre de gravité du parcours</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, établissements d'hébergement) de 15 % ○ Augmenter le nombre de dispositifs de soins intensifs à domicile <p>Réduire la part des hospitalisations prolongées de 10%</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Porteurs :</u></th> <th style="text-align: left;"><u>Contributeurs :</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ DAC Sud 95 ▪ CH Argenteuil </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC Nord-Ouest et Est ▪ Équipes mobiles du 95, dont EMIPPSY (équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie) au CHA ▪ Pôles de psychiatrie générale, infanto-juvénile et de gérontopsychiatrie ▪ Équipe HIAD (hospitalisation intensive à domicile) au CHA ▪ CMPP et CAMSP ▪ Coordination 95 (regroupement des directeurs des ESMS) ▪ Aide sociale à l'enfance ▪ CPTS, dès que constituées ▪ SUPADO, CHA </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ DAC Sud 95 ▪ CH Argenteuil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC Nord-Ouest et Est ▪ Équipes mobiles du 95, dont EMIPPSY (équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie) au CHA ▪ Pôles de psychiatrie générale, infanto-juvénile et de gérontopsychiatrie ▪ Équipe HIAD (hospitalisation intensive à domicile) au CHA ▪ CMPP et CAMSP ▪ Coordination 95 (regroupement des directeurs des ESMS) ▪ Aide sociale à l'enfance ▪ CPTS, dès que constituées ▪ SUPADO, CHA
<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ DAC Sud 95 ▪ CH Argenteuil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC Nord-Ouest et Est ▪ Équipes mobiles du 95, dont EMIPPSY (équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie) au CHA ▪ Pôles de psychiatrie générale, infanto-juvénile et de gérontopsychiatrie ▪ Équipe HIAD (hospitalisation intensive à domicile) au CHA ▪ CMPP et CAMSP ▪ Coordination 95 (regroupement des directeurs des ESMS) ▪ Aide sociale à l'enfance ▪ CPTS, dès que constituées ▪ SUPADO, CHA 				

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les acteurs du département sont fortement préoccupés par le manque **de mobilité des équipes psychiatriques** vers la population et les partenaires, que ce soit pour un premier avis psychiatrique, pour l'accès aux soins dans un contexte de déni ou d'absence de demande ou encore pour gérer les situations de crise. **L'organisation de l'« aller vers » du soin psychiatrique** se heurte aujourd'hui à la limite de ressources humaines déjà mobilisées pour le fonctionnement des structures de la psychiatrie publique. Le rôle et le besoin de renforcement des équipes mobiles sont rappelés, celles-ci étant trop peu nombreuses ou trop réduites.

- Indicateurs de suivi / résultats**
- Existence et diffusion d'un bilan de l'existant en termes d'équipes mobiles
 - Nombre d'équipes mobiles créées sur le département et en fonctionnement à l'horizon 2025
 - Nombre et types de partenariats mis en place pour le fonctionnement de ces équipes mobiles

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Réaliser un diagnostic de l'existant et préciser le cahier des charges des équipes mobiles</p> <p>Les acteurs demandent des précisions sur la définition et le périmètre d'action des équipes mobiles.</p>	2021

<ul style="list-style-type: none"> a) Répertorier les équipes mobiles financées et effectives. b) Repréciser le cahier des charges d'une équipe mobile et les critères qui la définissent c) Diffuser ces informations au sein des différents pôles de psychiatrie du territoire et des partenaires 	
<p>2. Préfigurer les équipes mobiles à mettre en place sur le département</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Évaluer le potentiel de transférabilité des organisations existantes en fonction des infra territoires (Quelles organisations à dupliquer ? Sur quels territoires, Avec quel modèle économique ?) b) Définir les besoins en termes de publics et de missions sur le département et les prioriser. L'équipe mobile doit être conçue comme une étape transitoire visant à ramener les personnes en rupture de parcours dans un système de soin classique. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipes mobiles spécialisées ou généralistes ? ▪ Si spécialisées, <ul style="list-style-type: none"> ○ Par public : enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes, personnes âgées ? ○ Par type d'intervention : repérage, intervention précoce, gestion des crises et des urgences ? c) Définir les échelles attendues et envisageables <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipes mobiles intersectorielles, à l'échelle des GHT ou éventuellement d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT) ? ▪ Identifier les zones prioritaires en fonction de critères clairs et partagés (densité médicale, accès géographique aux soins, transports, critères socio-démographiques, dotation existante en équipes mobiles, etc.) d) Définir le portage et la composition d'équipes mobiles mixtes, en lien avec les partenaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les équipes mobiles n'ayant pas à être exclusivement portées par la psychiatrie publique, identifier des porteurs (médico-sociaux, cliniques) complémentaires ▪ Définir des partenariats pour la constitution d'équipes opérationnelles pluriprofessionnelles permettant une approche globale des personnes (mises à disposition, conventions, coopérations) e) Rechercher des modalités de financement pour la mise en place des équipes mobiles ainsi structurées f) Mettre en œuvre et réaliser une évaluation dans le cadre du PTSM de chaque équipe mobile déployée 	<p>2022 - 2025</p>
<p>3. Mener une réflexion sur le développement de la fonction de gestionnaire de cas au sein de ces équipes mobiles</p> <p>Le case manager doit permettre, sur un temps court, d'exercer une intervention intensive auprès de la personne en risque de rupture, d'envisager la personne dans la globalité de son milieu, et de développer une approche transdisciplinaire autour de la personne en assurant le lien entre les interventions et en évitant leur fragmentation.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a) Préciser le référentiel métier de ces case managers, en se basant sur les expertises hors territoire (expériences pilotes en France, expériences suisses, anglo-saxonnes) et hors santé mentale (expérience des MAIA) b) Évaluer la faisabilité économique de ce type d'approche au regard des moyens disponibles pour les équipes mobiles c) Définir le profil attendu du gestionnaire de cas : IDE, IPA, travailleur social ? d) Promouvoir la formation en case management des professionnels intervenant sur les équipes mobiles (DU de l'université de Tours, INFIPP...) 	
---	--

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour la réalisation du diagnostic, le travail sur le cahier des charges, la préfiguration des équipes mobiles
- Ressources humaines et financements pour le fonctionnement des équipes mobiles
- Financement de la formation des gestionnaires de cas, si pertinent

c. Accès aux soins psychiques en périnatalité

Objectif : Renforcer les dispositifs de prise en charge des difficultés psychiques en périnatalité					
Travaux du GT1 Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	Action n° 1.3. Renforcer les espaces de soins de psychiatrie périnatale (consultations, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles) pour la prise en charge des troubles des interactions précoces				
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF <input checked="" type="checkbox"/> Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmenter de 15% le recours aux soins pour les 0-4 ans et leurs parents Liens avec les priorités en santé mentale du PRAPS IDF <input checked="" type="checkbox"/> Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer des équipes de psychiatrie périnatale et renforcer leur action en direction des femmes précaires isolées et auprès de leurs enfants 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Porteurs :</th> <th>Contributeurs :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EP2 (CH Argenteuil) ▪ Cadre supérieur de maternité, assistante de pôle femme mère enfant (CH Argenteuil) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Membres du réseau périnatalité du Val d'Oise ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile et générale ▪ Services de maternité </td> </tr> </tbody> </table>	Porteurs :	Contributeurs :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EP2 (CH Argenteuil) ▪ Cadre supérieur de maternité, assistante de pôle femme mère enfant (CH Argenteuil) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membres du réseau périnatalité du Val d'Oise ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile et générale ▪ Services de maternité
Porteurs :	Contributeurs :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ EP2 (CH Argenteuil) ▪ Cadre supérieur de maternité, assistante de pôle femme mère enfant (CH Argenteuil) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Membres du réseau périnatalité du Val d'Oise ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile et générale ▪ Services de maternité 				

Enjeux de l'action au regard du diagnostic
<p>Le département est doté de structures efficaces pour l'interconnaissance des professionnels de la périnatalité et l'accompagnement des équipes pour les cas complexes, notamment le réseau périnatalité du Val d'Oise.</p> <p>Néanmoins, divers manques sont notés au niveau de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des moyens pour le dépistage au moment de la naissance : manque de psychomotriciens en néonatalogie, de lits dédiés à l'observation en maternité - De la coordination des acteurs à la sortie de la maternité, notamment pour le suivi des mères en situation de précarité - Des compétences spécifiques en psychiatrie périnatale

Indicateurs de suivi / résultats
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un cahier des charges partagé en psychiatrie périnatale ▪ Présence d'une équipe spécialisée en psychiatrie périnatale dans l'ensemble des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ▪ Coopérations (conventions formalisées, consultations avancées...) mises en place par ces équipes de psychiatrie périnatale avec les services de maternité.

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Partager un cahier des charges transversal aux équipes pédopsychiatriques travaillant en périnatalité, pointant les points d'amélioration à apporter dont les modalités de coordination avec les maternités à mettre en place	2021

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces équipes de psychiatrie périnatale doivent fonctionner comme des espaces d'expertise en lien étroit avec les maternités 	
<p>2. Développer les ressources humaines de ces équipes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mener un dialogue avec la DD ARS sur le financement de postes supplémentaires en pédopsychiatrie fléchés périnatalité ▪ Recruter des professionnels possédant une expertise en psychiatrie périnatale ▪ Former les personnels de ces équipes en psychiatrie périnatale 	<p>2022 - 2025</p>
<p>3. Envisager la pertinence et la faisabilité de dédier des lits en maternité hors T2A en cas de suspicion de troubles des interactions précoces</p>	<p>2nd temps</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe d'experts pour l'élaboration du cahier des charges
- Moyens humains pour le renforcement des équipes et la formation

d. Accès aux soins psychiques en pédopsychiatrie

Objectif : Développer l'offre de prise en charge ambulatoire infanto-juvénile		
<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	<p>Action n° 1.4. Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet pour les enfants et les adolescents, en accueil de jour proposant des activités en groupe (CATTP, hôpitaux de jour...)</p>	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations <input checked="" type="checkbox"/> Faire du domicile le centre de gravité des parcours <input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques 	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MDPH ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile ▪ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent : SUPADO, CHA

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La pédopsychiatrie est confrontée à une forte **augmentation des demandes** qui lui sont adressées, notamment du fait de l'explosion de la prévalence des **TND (Troubles du neurodéveloppement)**.

Il est noté une trop faible précocité des prises en charge, accentuée par des **délais d'accès aux structures de soin** importants : les centres de consultation infanto-juvéniles sont saturés (6 mois à 2 ans d'attente pour une prise en charge en CMP, 1 à 3 ans d'attente pour une prise en charge en CMPP), les places en **hôpital de jour** et en **CATTP** pour les enfants, notamment spécialisés en TND, sont très en deçà des demandes.

Les personnes concernées trouvent **peu d'alternatives en libéral** : la démographie des pédopsychiatres libéraux est faible, on trouve peu de psychologues développant des approches spécifiques.

Indicateurs de suivi / résultats
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation des places du département en HDJ et CATTP infanto-juvéniles à l'horizon 2025

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Objectiver les besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chiffrer les enfants et adolescents en attente de place sur chaque secteur ▪ Chiffrer via la MDPH, sur une période donnée, les enfants/adolescents ayant besoin d'une prise en charge de soins intensifs 	2021
<p>2. Mettre en place un dialogue avec la DD ARS afin d'envisager la faisabilité d'une augmentation des places et sa répartition, sur la base de ce diagnostic quantitatif</p>	2021 – 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour le diagnostic
- Financement des places créées

Précisions / points de vigilance

- Les acteurs du territoire attirent l'attention sur le fait que le corolaire de cette action ne doit pas être la diminution des places en hospitalisation.

e. Accès aux soins psychiques pour les adultes

Objectif : Prévenir les ruptures autour de l'entrée dans l'âge adulte dans les parcours de soin					
<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	<p>Action n° 1.5. Envisager la création de dispositifs psychiatriques ambulatoires spécifiques aux 16-25 ans, déployant des techniques issues de la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs du parcours du jeune, afin d'éviter par une intervention précoce l'altération des fonctions cognitives et des compétences sociales</p>				
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Agir pour des pratiques « orientées rétablissement » ☑ Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposer pour chaque territoire d'une organisation pour la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adultes, et pour l'évaluation des perdus de vue 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;"><u>Porteurs :</u></th> <th style="text-align: left; padding: 5px;"><u>Contributeurs :</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ P2R95 du CH Argenteuil ▪ ADAPT (au titre du DEA) ▪ Les Ailes Déployées (au titre de son dispositif logement passerelle et de son futur GEM jeunes) </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Acteurs de l'emploi (Mission Locale...) ▪ Acteurs du social (CCAS, prévention spécialisée) ▪ Acteurs de l'enseignement secondaire et supérieur ▪ Coordination 95 (directions des ESMS handicap psychique) ▪ ASE ▪ SUPADO </td> </tr> </tbody> </table>	<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P2R95 du CH Argenteuil ▪ ADAPT (au titre du DEA) ▪ Les Ailes Déployées (au titre de son dispositif logement passerelle et de son futur GEM jeunes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Acteurs de l'emploi (Mission Locale...) ▪ Acteurs du social (CCAS, prévention spécialisée) ▪ Acteurs de l'enseignement secondaire et supérieur ▪ Coordination 95 (directions des ESMS handicap psychique) ▪ ASE ▪ SUPADO
<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ P2R95 du CH Argenteuil ▪ ADAPT (au titre du DEA) ▪ Les Ailes Déployées (au titre de son dispositif logement passerelle et de son futur GEM jeunes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Acteurs de l'emploi (Mission Locale...) ▪ Acteurs du social (CCAS, prévention spécialisée) ▪ Acteurs de l'enseignement secondaire et supérieur ▪ Coordination 95 (directions des ESMS handicap psychique) ▪ ASE ▪ SUPADO 				

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les parcours des jeunes sont marqués par des **risques de ruptures lors de l'entrée dans l'âge adulte**, du fait :

- D'une difficulté de **passage de la psychiatrie de l'adolescent à la psychiatrie générale**, d'un manque de coordination entre les équipes, Une expérience intéressante de transition structurée a été mise en place entre les services adolescents et adultes du centre hospitalier d'Argenteuil, et pourrait être développée sur le territoire.
- D'un manque de lieux (d'équipes, de compétences, d'approche clinique) dédiés aux besoins de cette période de la vie particulière. Il n'existe en effet pas de lieu de soin en psychiatrie à ce jour dans le département, dédié aux **premières années d'entrée dans la maladie**, souvent situées autour de l'entrée dans l'âge adulte, période lors de laquelle se travaille avec une efficacité accrue la limitation de ses répercussions sociales et cognitives.

Indicateurs de suivi / résultats
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'une unité 16 -25 ans à l'horizon 2025 ▪ Nombre de jeunes admis annuellement et provenance ▪ Nombre et nature des partenariats établis dans le cadre de ce dispositif ▪ Nombre de formations croisées organisées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Structurer les pratiques de transition psychiatrie infanto-juvénile – psychiatrie générale dans le département <ul style="list-style-type: none"> a) Dresser un inventaire des pratiques déployées dans le département, des difficultés rencontrées b) Sur la base de cet inventaire, élaborer un cahier de bonnes pratiques et le diffuser au sein des pôles de psychiatrie du département 	2021
2. Mettre en place un dispositif de prise en charge des 16-25 ans en ambulatoire et en partenariat avec les acteurs du parcours des jeunes <ul style="list-style-type: none"> a) Réaliser un benchmark des expériences d'unités de soin psychiatrique dédiés aux 16-25 ans déployées en France, et en déduire des recommandations de bonnes pratiques, des orientations b) Évaluer la mise en route de l'EMIPPSY ADO sur le CH d'Argenteuil et les possibilités de transférabilité c) Structurer le dispositif <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir l'échelle territoriale, le lieu, ouvert sur la cité et sur les partenaires ▪ Identifier les types de compétences nécessaires en interne ▪ Identifier les types de partenariats à mettre en place pour travailler avec l'environnement du jeune (acteurs de l'enseignement secondaire et supérieur, de la formation, de l'emploi, du logement, associations de famille, etc.) ▪ Évaluer les financements nécessaires et identifier les modalités (AAP réhabilitation psychosociale, CPOM...) ▪ Former l'équipe du dispositif en réhabilitation psychosociale d) Développer sur le territoire concerné des temps de sensibilisation des partenaires au projet et aux principes du rétablissement 	a) 2021 b) 2022 c) 2023
3. Mettre en place des formations croisées sur le thème « rétablissement / réhabilitation psychosociale » réunissant l'ensemble des acteurs du parcours des jeunes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer les familles et les personnes concernées dans ces formations 	2021 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des équipes du dispositif et du lieu
- Moyens pour la formation de l'équipe et les formations croisées

Précisions / points de vigilance

- Un certain nombre de PTSM comporte le même type d'actions. Il pourrait être intéressant d'avoir une concertation à l'échelle nationale ou régionale au moment de la structuration.

f. Accès aux soins psychiques pour les publics spécifiques

Objectif : Améliorer l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie			
<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	<p>Action n° 1.6. Développer les consultations spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes dans le département</p>		
<p>Liens avec les priorités de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie</p> <p>☑ Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Actions n° 19 et 20 : Mettre en place une offre de soins spécialisée dans la prise en charge du psychotraumatisme et développer une formation spécifique 	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Associations et établissements de santé privés actifs sur cette thématique, à identifier ▪ Psychologues libéraux ▪ Association MELIA (thérapies familiales) ▪ Unités médico-judiciaires de Pontoise et Gonesse ▪ Dispositif de référence : Réseau AP-HP du psychotraumatisme, Paris Nord ▪ Consultation EMDR, CHA </td> </tr> </table>	<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Associations et établissements de santé privés actifs sur cette thématique, à identifier ▪ Psychologues libéraux ▪ Association MELIA (thérapies familiales) ▪ Unités médico-judiciaires de Pontoise et Gonesse ▪ Dispositif de référence : Réseau AP-HP du psychotraumatisme, Paris Nord ▪ Consultation EMDR, CHA
<p><u>Porteur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Associations et établissements de santé privés actifs sur cette thématique, à identifier ▪ Psychologues libéraux ▪ Association MELIA (thérapies familiales) ▪ Unités médico-judiciaires de Pontoise et Gonesse ▪ Dispositif de référence : Réseau AP-HP du psychotraumatisme, Paris Nord ▪ Consultation EMDR, CHA 		

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le département souffre d'un manque de compétences et d'offre de soins en psychotraumatisme, en dépit de besoins importants. Les deux centres de référence sont portés par l'AP-HP et ne sont accessibles qu'après un dépôt de plainte.

Ces besoins sont notés, notamment :

- Pour la prise en charge des **personnes migrantes**, essentiellement approchées sur le plan de la santé mentale par les dispositifs précarité (PASS, CSAPA, EMPP) qui n'ont pas en interne de compétences cliniques spécifiques dans la prise en charge des psychotraumatismes.
- Pour la prise en charge du **vécu de la crise sanitaire liée à la Covid-19** par la population du Val d'Oise, qui n'a pas fait l'objet de dispositifs spécifiques dans le département, alors même que cette crise a été à l'origine d'une augmentation des symptômes de souffrance psychique au sein de la population.

Indicateurs de suivi / résultats
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de consultations – libérales, hospitalières, privées – spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes à l'horizon 2025 ▪ Nombre de professionnels soignants formés annuellement en psychotraumatisme

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Réaliser un bilan plus précis de l'existant et des besoins en matière de prise en charge du psychotraumatisme (dont EMDR) dans le département	2021

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer dans ce diagnostic la question de la prise en charge du vécu de la crise sanitaire liée à la Covid-19 	
<p>2. Constituer un réseau de structures et d'acteurs spécialisés en psychotraumatismes, communiquer sur ce réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifier les équipes et acteurs intéressés. S'appuyer sur des structures relais, la psychiatrie publique ne pourra pas tout porter b) Promouvoir la formation des équipes par DU et répertorier les personnes formées c) Rechercher des moyens mobilisables en interprétariat pour les consultations spécifiques des personnes migrantes d) Diffuser un répertoire des consultations spécialisées existantes auprès du public, des partenaires, et notamment des DAC pour favoriser l'orientation 	2022
<p>3. Envisager la mise en place d'une équipe départementale ressource « psychotraumatisme » portée par la psychiatrie publique, mobilisable par l'ensemble des CMP du département et par les partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour des avis entre professionnels ▪ Pour des consultations conjointes, avec interprétariat au besoin 	2023

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des formations
- Moyens humains pour la mise en place de consultations voire d'une unité ressource en psychiatrie publique

Précisions / points de vigilance

- Ce type de consultations doit également cibler les mineurs, notamment ceux pris en charge par la protection de l'enfance et les Mineurs Non Accompagnés (MNA), l'évaluation de leur état de santé étant particulièrement difficile.

Objectif : Améliorer la mobilité des soins psychiatriques vers les personnes précaires

<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRAPS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer la coordination régionale et infra-territoriale ○ Finaliser le maillage territorial en EMPP ○ Améliorer l'interface entre les EMPP et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion ○ Renforcer les liens entre les EMPP et les secteurs de la psychiatrie 	
<p>Action n° 1.7. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du département. Renforcer la coordination des acteurs de la précarité, en impliquant les élus par le biais des CLSM du département, et en créant un comité de pilotage des EMPP du département, en lien avec la coordination régionale</p>	
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissements portant les EMPP du 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARS IDF ▪ CLSM ▪ Elus

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Concernant les personnes en grande précarité, le repérage et l'orientation sont bien assurés par le service social départemental, mais se heurtent aux délais d'accès aux soins et à un contexte fréquent de déni des troubles. Auprès de ce public, l'« **aller vers** » est insuffisamment développé malgré la présence de **3 EMPP**, dont une en cours de structuration, qui gagneraient à être davantage coordonnées.

Plus largement, un besoin de **coordination des acteurs de la précarité** en lien avec les élus, et de **soutien aux professionnels du secteur social**, a été exprimé dans la phase de diagnostic.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de postes créés en EMPP
- Présence de commissions « précarité et santé mentale » intégrant les élus et les acteurs sociaux et sanitaires au sein des CLSM
- Existence d'un COPIL départemental des EMPP et axes de travail mis en place
- Fréquentation de ce COPIL par chaque EMPP du territoire
- Nombre de formations croisées organisées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envisager avec la DD ARS et les chefs de pôle concernés les possibilités de renforcement des équipes en ressources humaines. ▪ Mettre en place des partenariats pour le fonctionnement des équipes mobiles : mises à disposition réciproques, vacations, projets communs. <ul style="list-style-type: none"> – Avec les acteurs sociaux (élus, associations sociales, migrants, précarité, centres d'hébergement) 	<p>2021 - 2025</p>

<ul style="list-style-type: none"> – Avec les acteurs sanitaires (PASS, secteurs de psychiatrie, médecine somatique). Travailler sur le fonctionnement des différentes PASS et leur harmonisation, en lien avec la DD ARS. – Avec les acteurs médico-sociaux (CSAPA, CAARUD) 	
<p>2. Mieux coordonner les acteurs de la précarité, en incluant les élus, par le biais des CLSM du département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place des commissions « précarité et santé mentale » au sein de chacun des CLSM du département, en veillant à y intégrer les élus, les acteurs sociaux et les acteurs du soin psychique (dont les EMPP) ▪ Définir, de façon transversale au CLSM, en associant les EMPP, le cahier des charges de ces commissions, au regard des actions existantes et des besoins ▪ Mettre en place des formations croisées sur la thématique « précarité et santé mentale », incluant l'ensemble des acteurs concernés (psychiatrie, dispositifs de soins spécialisés, élus, acteurs sociaux, familles et personnes concernées) 	<p>2022 - 2025</p>
<p>3. Mettre en place un comité de pilotage départemental des EMPP, en lien avec la coordination régionale promue par le PRAPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est noté un besoin de coordination des EMPP du département, auquel un COPIL départemental devra répondre. ▪ Le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins) Ile-de-France 2018-2023 a un objectif autour de la consolidation de l'offre en EMPP sur le territoire, et de la mise en place d'une coordination régionale visant une harmonisation des pratiques, un renforcement du suivi régional et départemental des équipes. L'instance de coordination créée sur le plan départemental devra donc être en lien avec la coordination régionale mise en place. 	<p>2021 : structuration de la composition et du cahier des charges du COPIL, en lien avec la coordination régionale</p> <p>2022-2025 : mise en œuvre</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des postes en EMPP

g. Accès aux soins psychiques en ESSMS

Objectif : Améliorer l'accès aux soins psychiques en établissements et services sociaux et médico-sociaux			
<p><u>Travaux du GT1</u></p> <p>Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	<p>Action n° 1.8. Déployer des dispositifs de télé médecine en psychiatrie vers les ESSMS du département (EHPAD, établissements sociaux et, établissements pour adultes et enfants en situation de handicap psychique sans ressource médicale interne)</p>		
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CHA / GHEM via le pôle inter-hospitalier de gériatrie ▪ DAC Est 95 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ REGIES-95 (réseau gérontologique inter-établissements du Val d'Oise) ▪ Acteurs de l'hébergement d'urgence (Espérer 95, porteur du SIAO, de CHRS et CHU) ▪ GCS Sesan, pour les aspects techniques ▪ SUPADO, CHA </td> </tr> </table>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CHA / GHEM via le pôle inter-hospitalier de gériatrie ▪ DAC Est 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ REGIES-95 (réseau gérontologique inter-établissements du Val d'Oise) ▪ Acteurs de l'hébergement d'urgence (Espérer 95, porteur du SIAO, de CHRS et CHU) ▪ GCS Sesan, pour les aspects techniques ▪ SUPADO, CHA
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CHA / GHEM via le pôle inter-hospitalier de gériatrie ▪ DAC Est 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ REGIES-95 (réseau gérontologique inter-établissements du Val d'Oise) ▪ Acteurs de l'hébergement d'urgence (Espérer 95, porteur du SIAO, de CHRS et CHU) ▪ GCS Sesan, pour les aspects techniques ▪ SUPADO, CHA 		

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire manquent de ressources médicales internes, quel que soit leur public (social, personnes âgées, personnes en situation de handicap, protection de l'enfance).

Les professionnels des secteurs social et médico-social expriment des **difficultés pour accéder aux ressources psychiatriques** extérieures, notamment :

- En cas de crise des usagers dans les établissements
- Pour les résidents des EHPAD, limités dans leur mobilité
- Pour l'appui au repérage des troubles psychiques

Indicateurs de suivi / résultats
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de téléconsultations en psychiatrie déployées chaque année vers les ESSMS (type d'ESSMS, identité du consultant, type de téléconsultation) ▪ Nombre de téléexpertises en psychiatrie déployées chaque année vers les professionnels des ESSMS (type d'ESSMS, identité des professionnels requis et requérants) ▪ Outils de mesure de la satisfaction des patients et des professionnels utilisateurs ▪ Existence d'une procédure de suivi et d'analyse des événements indésirables

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Réaliser un bilan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des expériences existantes pour d'autres spécialités médicales dans le département 	1 ^{er} trim. 2021

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des expériences de téléconsultations mises en place durant la crise sanitaire en psychiatrie dans le département, pour capitaliser sur les modalités les plus probantes 	
<p>2. Identifier des praticiens en psychiatrie volontaires au sein du département pour assurer ces téléconsultations / téléexpertises, en dépit des difficultés de ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'appuyer sur les futures IPA avec des fiches de poste ciblées, sur les psychologues 	2 ^{ème} trim. 2021
<p>3. Définir le cadre, les modalités, les plus adaptées aux différents publics dans la mise en œuvre de téléconsultations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Locaux, accompagnement (ex : la présence de la psychologue de l'EHPAD peut rassurer certains patients) 	2 ^{ème} trim. 2021
<p>4. Définir et mettre en place les équipements / outils techniques sécurisés nécessaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À la réalisation des téléconsultations (vidéotransmission) ▪ À l'échange numérique d'informations préalables, de comptes rendus de consultation, de prescriptions (messagerie sécurisée, plateforme) ▪ Une attention devra être portée à la compatibilité des solutions numériques, en télémédecine (si la plupart des centres hospitaliers utilisent ORTIF, ce n'est pas le cas des EHPAD et de tous les autres établissements sociaux ou médico-sociaux) ▪ Former les professionnels à l'utilisation des solutions numériques ▪ Anticiper la maintenance, la gestion des dysfonctionnements ▪ Prendre appui sur le GCS Sesan pour cette étape 	2022
<p>5. Mettre en œuvre les premières téléconsultations / téléexpertises et réaliser une évaluation au fil de l'eau</p>	2023- 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Équipement des équipes et établissements
- Intégration de ces fonctions dans les fiches de poste de praticiens hospitaliers

2. LA PRÉVENTION LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ET DES SITUATIONS D'URGENCE

a. Prévention et gestion des situations de crise

Objectif : Améliorer la graduation des soins pour éviter le recours systématique aux urgences en cas de situation de crise

<p><u>Travaux du GT 2</u></p> <p>Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence</p>	<p>Action n° 2.1. Structurer les parcours des personnes en situation de crise, en élaborant des modalités de réponses graduées associant le réseau des intervenants (famille, médecins généralistes, réponse téléphonique, télémédecine, équipes mobiles, cellule de crise pour adolescents, CMP, urgences, etc.) et en diffusant ces modalités</p>	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques</p>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôle de psychiatrie et de pédopsychiatrie ▪ CDOM ▪ URPS Médecins Libéraux ▪ CPTS ▪ DAC ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ Établissements sociaux ▪ REGIES-95 ▪ DD ARS 95 ▪ CLINEA ▪ SUPADO, CHA ▪ UNAFAM 95

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le diagnostic met en lumière un besoin de **travailler davantage en coordination dès les débuts de la crise**, par la mise en place de formations communes et par l'élaboration d'une vision partagée sur la réponse à apporter en fonction du degré de la crise et du parcours.

Au-delà de cette logique de coordination, il existe actuellement un **manque de réponses graduées à la crise** qui conduit trop souvent à un glissement vers le recours aux urgences et/ou aux soins sans consentement faute de réponse coordonnée précoce.

Sont notés, notamment :

- Le manque de dispositifs pour une intervention rapide sur le lieu de vie,
- L'absence de centres d'accueil de la crise dans le département, permettant de gérer la crise par une consultation ou une hospitalisation de courte durée
- L'impossibilité de consulter en urgence en CMP

La réponse à la crise par le recours aux urgences a des effets néfastes pour les personnes concernées, et engendre un coût économique plus important que celui d'une intervention précoce.

Indicateurs de suivi / résultats

- Mise en place de modalités de gestion de la crise à différents niveaux (MG, CMP, psychiatrie, formations) dans les 5 années du PTSM
- Existence d'un document lisible d'aide à l'orientation en cas de crise
- Analyse des événements/situations indésirables
- Nombre de formations croisées organisées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Élaborer une définition partagée des différents contextes de crise (première crise, rupture de soin, rechute) et des besoins de prise en charge associés</p>	2021
<p>2. Définir l'éventail de réponses graduées à développer, en fonction des situations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préciser le rôle des médecins généralistes en cas de crise (conduite à tenir, orientations à proposer, modalités de coordination avec les équipes psychiatriques) ▪ Identifier des modalités d'organisation communes pour les CMP afin de répondre aux situations de crise (par exemple, mise en place de créneaux dédiés aux urgences en leur sein, avec implication des IDE puis des IPA et d'un psychiatre référent) ▪ Envisager la mise en place d'une réponse téléphonique 24h/24 (conseils aux proches et aux partenaires pour la gestion de crises) ▪ Envisager la mise en place de téléconsultations / téléexpertises mobilisables en cas de crise ▪ Développer des équipes mobiles de gestion de la crise (à partir des CMP ? Équipe ad hoc ?) ▪ Envisager la mise en place d'une cellule de crise départementale pour les adolescents 	2021 - 2025
<p>3. Travailler la coordination des différentes réponses, définir des parcours types et les diffuser via un outil lisible d'aide à l'orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en place un outil de représentation (type logigramme) des réponses à apporter aux différents moments du parcours dans la crise, permettant au public et aux professionnels de mieux identifier le bon interlocuteur en fonction de la demande et du contexte ▪ Diffuser cet outil auprès des professionnels et des familles, en veillant à intégrer les trois DAC du département dans la diffusion ▪ Organiser la mise à jour de l'outil 	Dès 2021 puis à réévaluer chaque année en fonction de l'évolution des réponses
<p>4. Mettre en place des formations croisées à la gestion de la crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Public : ensemble des personnes concernées. Inclure les familles et les personnes concernées. ▪ Contenu : partage d'une définition de la crise, des conduites à tenir, des orientations à envisager en fonction des signes, partage de la notion de directives anticipées et application aux soins en psychiatrie 	2021 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail mixte (représentants de la psychiatrie, de la DD ARS 95, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des médecins généralistes, des familles et des personnes concernées)

- Moyens pour le financement des réponses identifiées à mettre en place
- Moyens pour la mise en place d'un outil de diffusion des réponses
- Moyens pour les formations croisées

Précisions / points de vigilance

- Lien avec l'action 3.6 pour la mise en place de programmes de gestion des situations de crise dédiés aux familles
- Lien avec l'action 1.8 pour la mise en place de télémédecine en psychiatrie vers les ESSMS
- Lien avec l'action 1.2 pour la réflexion sur les équipes mobiles spécialisées dans l'intervention en cas de situations de crise

Objectif : Renforcer les compétences des personnes concernées

<p style="text-align: center;"><u>Travaux du GT 2</u></p> <p style="text-align: center;">Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence</p>	<p>Action n° 2.2. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale sur le département</p>	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Agir pour des pratiques « orientées rétablissement »</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser dans chaque territoire l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique 	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique la Nouvelle Héloïse ▪ CoordETP95 ▪ CHA 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CDOM ou SOS médecins ▪ CPTS ▪ UNAFAM 95 ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ SUPADO, CHA

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

En santé mentale, différentes études ont montré que la participation de patients à des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) a un **effet favorable sur le taux de rechute et de ré hospitalisation**, mais aussi que cet effet est majoré lorsqu'on y associe un **programme de psychoéducation des familles**.

Plusieurs **dispositifs** existent actuellement dans le département, mais restent très centrés sur les hôpitaux

- ETP spécifique à la schizophrénie sur le CH d'Argenteuil, ainsi qu'un programme à venir pour la bipolarité
- Plateforme territoriale de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive Sud Val d'Oise sur le CH d'Argenteuil (P2R95), ouverte en 2020
- ETP « Bien vivre avec son traitement », sur le Centre Hospitalier René-Dubos, à Pontoise
- ETP spécifique à la bipolarité et aux addictions à l'alcool à la clinique La Nouvelle Héloïse.
- Programme de psychoéducation pour les troubles bipolaires et les addictions à l'alcool à la clinique d'Orgemont
- Différents programmes de psychoéducation à la clinique de Psychothérapie d'Osny

Par ailleurs la plateforme **CoordETP95** de soutien aux programmes d'ETP du Val d'Oise a été mise en place depuis 2014 avec un financement ARS. Composée de professionnels de santé pluridisciplinaires et d'associations parmi lesquelles les associations de patients, elle porte une volonté de développer l'offre d'ETP en ville et d'impulser une dynamique partenariale sur le département du Val d'Oise.

Le diagnostic précédant le PTSM fait état de la nécessité de **développer plus encore ce type de programme dans le Val d'Oise**.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un annuaire de l'offre en ETP sur le département
- Utilisation de cet annuaire par les DAC du département
- Nombre de personnes formées chaque année en ETP
- Nombre de nouveaux programmes d'ETP créés chaque année

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Recenser les dispositifs existants en santé mentale en ETP / psychoéducation du patient et diffuser l'offre aux acteurs du territoire pour faciliter les orientations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les opérateurs existants, agréés ou non ▪ Mettre en place un annuaire simple (via le site de CoordETP95 ?) et le diffuser au public, aux acteurs de la psychiatrie et aux 3 DAC du département afin de faciliter les orientations 	1 ^{er} trim. 2021
<p>2. Travailler à rendre plus accessible et lisible le processus de labellisation en ETP</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la labellisation est estimée difficile, en raison de la lourdeur des critères nécessaires, les acteurs insistent sur la nécessité de critères partagés, incluant la formation des opérateurs, pour la reconnaissance et la qualité des programmes ▪ Diffuser auprès des acteurs en santé mentale du département les conditions de labellisation et les possibilités de soutien technique via l'association CoordETP95 	2 ^{ème} trim. 2021
<p>3. Promouvoir la formation des acteurs en éducation thérapeutique du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les besoins de formation au sein des services / structures volontaires, en psychiatrie et hors psychiatrie ▪ Identifier les freins à l'accès à la formation et les leviers disponibles pour les lever ▪ Promouvoir l'inscription de ces formations dans les plans de formation des structures 	2021 - 2025
<p>4. Élaborer des programmes d'ETP reposant sur des partenariats psychiatrie – ville – médico-social – associations de patients/aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser les besoins prioritaires (thématiques, infra territoires) non pourvus ▪ Intégrer les pairs aidants (via les GEM, les médiateurs de santé pairs) et les associations de proches dans l'élaboration de l'offre ▪ Promouvoir auprès des équipes existantes la mise en place de ces programmes 	2022 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour le recensement et la diffusion de l'existant, le recensement des besoins et la structuration d'une offre complémentaire
- Moyens pour la formation des professionnels

Précisions / points de vigilance

- Cette action devra être corrélée avec l'action 3.6 pour les programmes de psychoéducation à destination des familles.

b. Coordination des acteurs de la réponse à l'urgence

Objectif : Renforcer la coordination des acteurs de l'urgence dans le département

<p>Travaux du GT 2</p> <p>Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence</p>			
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p>	<p>Action n° 2.3. Réviser le protocole départemental concernant le transport des personnes sans consentement, et promouvoir son intégration dans le futur schéma départemental des urgences psychiatriques adultes du Val d'Oise</p>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'un schéma des urgences psychiatriques adultes 	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture du Val d'Oise ▪ DD ARS 95 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SAMU ▪ SDIS 95 ▪ Police nationale et gendarmerie ▪ SOS médecins 95 ▪ Pôles de psychiatrie générale ▪ CDOM 95 ▪ UNAFAM 95 </td> </tr> </table>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture du Val d'Oise ▪ DD ARS 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SAMU ▪ SDIS 95 ▪ Police nationale et gendarmerie ▪ SOS médecins 95 ▪ Pôles de psychiatrie générale ▪ CDOM 95 ▪ UNAFAM 95
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture du Val d'Oise ▪ DD ARS 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SAMU ▪ SDIS 95 ▪ Police nationale et gendarmerie ▪ SOS médecins 95 ▪ Pôles de psychiatrie générale ▪ CDOM 95 ▪ UNAFAM 95 		

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

En juin 2016 et pour une durée de trois ans, **un protocole sur le transport des personnes dans le cadre des soins sans consentement**, a été signé par le Préfet du Val d'Oise, l'ARS-DD95, le SDIS, le SAMU 95, la Direction Départementale de Sécurité Publique, la gendarmerie nationale, le Conseil de l'Ordre du Val d'Oise, SOS médecins (qui s'est ensuite désengagé), pour répondre à la dégradation de la coordination des acteurs de l'urgence (responsabilités diluées, intervention tardives...).

Ce protocole est en cours d'évaluation et en attente de renouvellement depuis juin 2019. Ce protocole a permis d'améliorer la situation mais des difficultés perdurent concernant notamment :

- L'accès aux certificats médicaux par des médecins généralistes sur le lieu du transport
- L'augmentation de l'intervention du SDIS 95 et des forces de l'ordre, sans formation dédiée à la gestion des situations psychiatriques

Une réflexion sur la reconduite de ce protocole et sur les modalités à envisager pour l'améliorer doit être menée, sous le pilotage de la Préfecture du Val d'Oise et de la DD ARS 95. Cette réflexion devra s'intégrer dans l'élaboration du **schéma départemental des urgences psychiatriques adultes** à mettre en place d'ici 2022 dans chaque département francilien, dans le cadre de la fiche action 16 du plan d'action santé mentale du Projet Régional de Santé Ile-de-France 2018-2022.

Indicateurs de suivi / résultats

- Renouvellement d'un protocole sur le transport des personnes dans le cadre des procédures de soin sans consentement
- Existence d'une procédure de suivi de la mise en œuvre de ce protocole
- Mise en place d'un schéma départemental des urgences psychiatriques à l'horizon 2022, intégrant ce protocole
- Analyse des événements indésirables

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Mettre en place un groupe de travail animé par un intervenant externe pour évaluer les freins / difficultés du protocole, et mettre en place une feuille de route en vue de son amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrer l'ensemble des signataires, y compris SOS médecins 95, dans le groupe de travail ▪ Élaborer une réflexion sur une définition partagée de l'urgence entre les différents signataires ▪ Envisager des alternatives pour l'accès au certificat médical en l'absence de déplacement de médecin (cadre juridique pour l'accès à distance ?) ▪ Améliorer la qualité des transports (besoin d'opérateurs adaptés, nommer un psychiatre référent auprès du préfet : le président de la CDSP ?) ▪ Mener un dialogue avec les forces de l'ordre, visant à recueillir leur difficultés et à les sensibiliser aux troubles psychiques ▪ Définir les modalités pour les publics spécifiques (mineurs, précaires) ▪ Élaborer des arbres décisionnels partagés par les différents signataires ▪ Intégrer les professionnels de la psychiatrie et les associations de familles à ce travail d'élaboration 	2021 - 2022
<p>2. Diffuser l'existence de ce protocole dans une version accessible aux professionnels du territoire et au public</p>	2022
<p>3. Mettre en place une procédure de suivi de la mise en œuvre de ce protocole</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégrant des représentants des signataires, des professionnels de la psychiatrie et des associations de famille ▪ En charge d'élaborer des modalités de signalement et d'analyse des dysfonctionnements, en vue de propositions pour son amélioration 	2022
<p>4. Intégrer la reconduction de ce protocole dans le schéma régional des urgences psychiatriques adultes, en lien avec les travaux régionaux de l'ARS</p>	2022

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour la réflexion sur la reconduction du protocole
- Support pour la diffusion du protocole
- Ressources humaines pour le comité de suivi de la mise en œuvre

Précisions / points de vigilance

- Cette action doit être corrélée avec l'action 2.1 sur la structuration des parcours des personnes en situation de crise et la graduation des réponses apportées.

c. Prévention de la récurrence suicidaire et suivi post urgence

Objectif : Améliorer le suivi post urgences en cas de geste suicidaire			
<p><u>Travaux du GT 2</u></p> <p>Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence</p>	<p>Action n° 2.4. Organiser et déployer via le dispositif Vigilans, une réponse formalisée et partagée par l'ensemble des centres hospitaliers du département, pour le suivi des patients à risque suicidaire après leur passage à l'hôpital</p>		
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'une organisation de recontact après tentative de suicide 	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHEM, ▪ GHT NOVO ▪ CH de Gonesse ▪ Vigilans 78 ▪ CPTS ▪ SAU ▪ Cliniques autorisées en psychiatrie ▪ CDOM ▪ URPS Médecins Libéraux ▪ DAC ▪ SAMU 95 </td> </tr> </table>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHEM, ▪ GHT NOVO ▪ CH de Gonesse ▪ Vigilans 78 ▪ CPTS ▪ SAU ▪ Cliniques autorisées en psychiatrie ▪ CDOM ▪ URPS Médecins Libéraux ▪ DAC ▪ SAMU 95
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ GHEM, ▪ GHT NOVO ▪ CH de Gonesse ▪ Vigilans 78 ▪ CPTS ▪ SAU ▪ Cliniques autorisées en psychiatrie ▪ CDOM ▪ URPS Médecins Libéraux ▪ DAC ▪ SAMU 95 		

Indicateurs de suivi / résultats
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence du dispositif Vigilans sur l'ensemble du département ▪ Existence d'une cellule de coordination départementale ▪ Existence d'un livret de présentation distribué aux urgentistes et médecins de ville ▪ Nombre de patients inclus dans le dispositif chaque année par rapport au nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide (DIM) ▪ Présence d'éléments d'analyse qualitative des freins et leviers au fonctionnement du dispositif

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Il n'existe pas de protocole partagé et formalisé pour le suivi post urgence dans le département, bien que des procédures pertinentes soient mises en place :

- L'équipe mobile EMIPPSY du CHA organise une veille pendant 3 mois pour les moins de 26 ans
- Des consultations post-urgences J+7 sont mises en place aux CH d'Argenteuil et d'Eaubonne
- Un dispositif est en cours d'élaboration à la clinique la Nouvelle Héloïse (Clinéa)

La mise en place d'une « organisation de recontact après tentative de suicide » sur l'ensemble des départements franciliens fait partie des **priorités du PRS Ile-de-France 2018-2022**.

Le dispositif Vigilans pourrait être développé dans tout le 95, en lien avec le 78. Des professionnels sont déjà formés aux Centres hospitaliers d'Argenteuil et de Pontoise.

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Répertorier les pratiques existantes dans le département en post urgence, dont certaines sont déjà novatrices, notamment auprès des adolescents	2021

<p>2. Mettre en place une cellule de coordination départementale et identifier un centre hospitalier en charge de coordonner le déploiement du dispositif dans le département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En promouvant dans un premier temps le dispositif au sein des centres hospitaliers du département, et en identifiant des personnes référentes au sein des services psychiatriques, d'urgence et de MCO ▪ En faisant le lien entre la cellule de veille et de recontact qui sera retenue et les centres hospitaliers partenaires du département qui assurent l'inclusion des patients 	<p>2021</p>
<p>3. Structurer les modalités d'organisation de la cellule de veille et de recontact pour le département avec un choix entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une mutualisation avec le département des Yvelines pour un déploiement partagé « Vigilans 78-95 » ▪ La mise en place d'une équipe de recontact spécifique au Val d'Oise 	<p>2021</p>
<p>4. Si l'option « cellule de veille et de recontact départementale » est retenue, former les intervenants à l'intervention de crise et au recontact téléphonique</p>	
<p>5. Sensibiliser / former les équipes des centres hospitaliers partenaires pour leur participation à l'inclusion des patients dans le dispositif Vigilans</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipes d'hospitalisation et de liaison psychiatriques et pédopsychiatriques ▪ Équipes d'hospitalisation MCO ▪ Équipes des services d'urgence ▪ S'appuyer sur les professionnels déjà formés aux CH de Pontoise et d'Argenteuil 	<p>2021 - 2022</p>
<p>6. Diffuser l'existence du dispositif et ses modalités d'utilisation aux professionnels libéraux de santé impliqués dans le dispositif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mettre en place un livret explicatif pour les médecins de ville (généralistes et psychiatres) b) Présenter le dispositif aux CPTS dès que mises en place 	<p>2022</p>
<p>7. Mettre en place une procédure d'évaluation départementale du dispositif, en lien avec les dispositifs d'évaluation prévus aux niveaux régional et national</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En charge de faire remonter les freins et les leviers à l'inclusion des patients du département dans le dispositif ▪ En charge de faire remonter les freins et les leviers à la coordination des centres partenaires du département avec la cellule de veille et de recontact 	<p>2022 - 2025</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains pour la cellule de coordination départementale et la mise en place d'une procédure départementale de suivi et d'évaluation
- Financement pour la mise en place d'une cellule de veille et de recontact selon l'organisation retenue
- Pour la formation des équipes psychiatriques, des médecins de ville et des urgentistes du département

- Soutien logistique pour la mise en place d'un livret explicatif

Précisions / points de vigilance

- Le programme Vigilans est un dispositif de veille des suicidants sur une période de 6 mois. Des recontacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes.
- Il ne doit pas se substituer aux initiatives de prises en charge de « fond » mises en place dans le département, mais les compléter en renforçant le suivi par une réponse immédiate, en touchant les « perdus de vue » et ceux qui n'ont pas de suivi psychiatrique.

3. LES PARCOURS DE VIE ET DE SANTÉ SANS RUPTURE EN VUE DU RÉTABLISSEMENT ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES

a. Accès aux accompagnements médico-sociaux

Objectif : Renforcer la mise en pratique d'une logique de parcours dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques

<u>Travaux du GT3</u>	
Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques</p> <p>Liens avec les orientations du Schéma départemental des personnes handicapées du Val d'Oise</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. Prévenir et améliorer la réponse aux situations complexes et ruptures de parcours</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2.2. Assouplir l'offre et accompagner la gestion des situations complexes <p><input checked="" type="checkbox"/> 6. Assouplir l'offre en ESMS et promouvoir l'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 6.2. Permettre et accompagner les évolutions du cadre réglementaire ○ Mieux anticiper le vieillissement et accompagner les personnes handicapées âgées 	
<p>Action n° 3.1. Améliorer la couverture en dispositifs médico-sociaux dans le département, que ce soit dans le droit commun ou en milieu adapté, pour les enfants et les adultes ; et favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation</p>	
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ Autres porteurs à préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DSDEN 95 ▪ MDPH ▪ CPAM ▪ CD 95 ▪ UNAFAM 95 ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ REGIES-95

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'accès à des accompagnements médico-sociaux adaptés se heurte à un manque de souplesse des autorisations administratives et des financements médico-sociaux, encore trop peu pensés en mode parcours. La fluctuation intrinsèque aux pathologies mentales et la variabilité des limitations fonctionnelles en résultant en termes de handicap psychique, impliquent un **besoin de prestations modulaires, mixtes et évolutives** (décloisonnement milieu ordinaire / établissement, prises en charge mixtes sanitaire / médico-sociale...). Des formes de prises en charge modulaires (type FAM – SAVS) se mettent aujourd'hui en place dans le département mais toujours à titre dérogatoire ce qui implique un processus de décision lourd : mobilisation d'un GOS – groupe opérationnel de synthèse, concertation des différents opérateurs et financeurs au cas par cas... De plus, la démarche RAPT (une réponse accompagnée pour tous) travaille également à la simplification des parcours dérogatoires, mais exclusivement pour les cas considérés comme complexes.

Au niveau de la couverture en dispositifs et structures, sont constatés :

- **Concernant les enfants** : un manque de moyens adaptés aux pathologies nécessitant une double prise en charge (TSA, troubles du comportement, polyhandicaps), en augmentation. Si le département comporte un bon maillage en ITEP (fonctionnant déjà en dispositif modulaire DITEP), les taux d'équipement en SESSAD et en IME sont inférieurs aux moyennes régionale et nationale.

- **Concernant les adultes** : un manque de places en FAM, SAVS et SAMSAH spécialisés dans les troubles psychiques (52 places créées en FAM entre 2012 et 2017, une augmentation capacitaire de 10% en SAVS et aucune augmentation en SAMSAH – source CD 95).
- Enfin, un manque de dispositifs destinés aux **personnes handicapées vieillissantes**.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail chargé de porter la réflexion

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>Mettre en place un groupe de travail chargé de mener une réflexion sur la promotion auprès des autorités et des financeurs du département des prises en charge modulaires inter ESMS handicap psychique et entre les ESMS handicap psychique et les établissements psychiatriques</p> <p>Plusieurs pistes de réflexion ont été exprimées et nourriront ce groupe de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dissocier les réflexions au sein du groupe de travail entre les publics enfants, adultes et personnes âgées, mais veiller à assouplir les clivages entre les structures enfants / adultes. ▪ Faire connaître aux établissements la convention mise en place entre la MDPH, le conseil départemental et l'ARS, dans le cadre de la démarche RAPT. L'élargir au-delà des parcours complexes. ▪ Recenser et faire remonter aux directions départementales et générales les démarches de simplification administrative « dérogatoires » réalisées dans le département. ▪ Recenser les besoins de prise en charge multiple dans le département, définir des modalités pour communiquer aux directions départementales et générales ces situations problématiques. ▪ Encourager la mise en place plus systématique d'orientations proposant un panel de modalités d'accompagnement, et l'intégration de ces orientations dans un processus administratif simplifié. ▪ Promouvoir la mise en place d'un dispositif de type DIME (en cours de mise en place sur le territoire national) dans le département. ▪ Faciliter la mise en place de solutions adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes (cf. action 9.1 du schéma départemental de l'autonomie : Travailler au décroisement des secteurs du handicap et de la gérontologie, pilotée par l'ARS, le CD et la MDPH). 	<p>2021 - 2025</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail

Précisions / points de vigilance

- Dans le cadre de cette fiche action, il convient de faire le lien avec les réflexions et actions menées dans le cadre du schéma départemental de l'autonomie en termes d'assouplissement des financements et des prises en charge.

- Il est important de mettre en place un travail spécifiquement ciblé sur le handicap psychique et sur les interactions entre les prises en charge psychiatriques et médico-sociales.

b. Coordination des parcours et des acteurs en santé mentale

Objectif : Améliorer l'interconnaissance et la coordination entre les acteurs du parcours en santé mentale			
<p><u>Travaux du GT3</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes</p>	<p>Action n° 3.2. Mettre en place une plateforme territoriale de santé mentale en lien avec les 3 dispositifs d'appui à la coordination en cours de développement dans le département, chargée d'appuyer les professionnels dans l'orientation et dans la gestion des cas complexes</p>		
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques</p> <p>Liens avec les orientations du Schéma départemental des personnes handicapées du Val d'Oise</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 7. Développer les réponses aux situations complexes et anticiper les ruptures</p>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC Est 95 (Opalia) ▪ DAC Sud 95 (Joséphine) ▪ DAC Nord-Ouest 95 (Coordinov) </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie et de pédopsychiatrie ▪ Coordination 95 ▪ Acteurs sociaux ▪ CDOM, URPS ▪ CPTS ▪ CLSM ▪ UNAFAM 95 ▪ MDPH ▪ DD ARS 95 ▪ SUPADO, CHA </td> </tr> </table>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC Est 95 (Opalia) ▪ DAC Sud 95 (Joséphine) ▪ DAC Nord-Ouest 95 (Coordinov) 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie et de pédopsychiatrie ▪ Coordination 95 ▪ Acteurs sociaux ▪ CDOM, URPS ▪ CPTS ▪ CLSM ▪ UNAFAM 95 ▪ MDPH ▪ DD ARS 95 ▪ SUPADO, CHA
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC Est 95 (Opalia) ▪ DAC Sud 95 (Joséphine) ▪ DAC Nord-Ouest 95 (Coordinov) 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie et de pédopsychiatrie ▪ Coordination 95 ▪ Acteurs sociaux ▪ CDOM, URPS ▪ CPTS ▪ CLSM ▪ UNAFAM 95 ▪ MDPH ▪ DD ARS 95 ▪ SUPADO, CHA 		

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'**émergence d'une dynamique transversale en santé mentale** est notable dans le département à travers des initiatives de coopérations/partenariats, la mise en place de CLSM, de plateformes. Néanmoins il subsiste encore une **approche par filières**, avec une méconnaissance entre les acteurs (rôles, missions, limites) et un manque de communication. La coordination sanitaire/social/médico-social doit être renforcée afin de saisir la personne dans sa globalité. Les acteurs attendent un soutien dans leurs questionnements, notamment concernant les cas complexes, qui pourrait s'incarner dans une plateforme territoriale en santé mentale. Dans le cadre du diagnostic territorial partagé en santé mentale (DTSM), les acteurs ont également évoqué la mise en place d'une fonction de **coordinateur de parcours / case management** en santé mentale sur le territoire.

Les **dispositifs d'appui à la coordination** (DAC), prévus par la législation, ont pour mission le soutien aux professionnels pour l'orientation des patients ou l'appui à la coordination de situations complexes, toutes thématiques et tous âges, en lien avec les médecins traitants. Trois DAC sont en cours de mise en place dans le département du Val d'Oise et constituent des **leviers à saisir** pour améliorer la coordination territoriale des parcours en santé mentale, avant d'envisager un outil spécifique, qui risquerait de stigmatiser la santé mentale en dehors du droit commun.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail « santé mentale » transversal aux 3 DAC
- Diffusion d'un support de communication sur le rôle des DAC et les modalités de saisie auprès des acteurs de la santé mentale

- Existence d'un bilan annuel transversal aux 3 DAC sur les réponses apportées en santé mentale

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Mettre en place, dès la phase de structuration des DAC un groupe « santé mentale » transversal aux trois DAC du département, intégrant des représentants de la santé mentale, en charge de :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifier les besoins d'expertise en santé mentale au sein des DAC b) Travailler sur des outils d'évaluation communs / complémentaires en santé mentale avec les services de psychiatrie du département c) Structurer une organisation type déclinable pour assurer une compétence santé mentale au sein des trois DAC, en explorant différentes pistes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier des référents santé mentale au sein des DAC ▪ Appuyer les DAC sur un réseau de compétences externes en santé mentale « solide » : mettre à disposition du temps de coordonnateurs de parcours en psychiatrie ▪ Intégrer les DAC dans les commissions « cas complexes » des CLSM afin de bénéficier des réseaux mis en place (cf. expérience du DAC Est Val d'Oise qui participe au RESAD – Réseau d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté – du CLSM de Gonesse et a été dans ce cadre à l'initiative d'une formation croisée en psychiatrie à destination des travailleurs sociaux) ▪ Organiser des staffs réguliers avec les secteurs de psychiatrie présents sur le territoire du DAC ▪ Déployer l'outil Terr-eSanté comme support technique de coordination ▪ Faire un lien avec le dispositif Communauté 360 d'information et d'orientation pour les personnes en situation de handicap, porté par la MDPH 	<p>2021 - 2022</p>
<p>2. Déployer les différentes organisations retenues et en réaliser un bilan transversal chaque année</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Communiquer sur le rôle des DAC et les modalités de recours auprès des acteurs de la santé mentale du territoire, incluant les acteurs du premier recours et les partenaires sociaux (vulgarisation, organisation de rencontres, diffusion d'un support...). ▪ Réaliser un bilan annuel des situations traitées par les DAC en santé mentale et le diffuser aux tutelles et aux partenaires. 	<p>2022 - 2025</p>
<p>3. Poursuivre la réflexion, à partir de ces bilans, sur la mise en place d'une fonction de case manager en santé mentale dans le département</p> <p>S'il est probable que le nombre limité de coordonnateurs de parcours au sein des DAC ne permette pas de répondre à toutes les attentes formulées dans le diagnostic partagé en termes de gestionnaires de cas en santé mentale. Afin d'éviter un « saupoudrage » de solutions, il est nécessaire de poursuivre cette réflexion dans le temps de mise en œuvre du PTSM, en lien avec le déploiement des DAC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier à partir des bilans réalisés les besoins de coordination des parcours en santé mentale non couverts par les DAC ▪ Envisager les modalités de développement de la fonction de case management en santé mentale <ul style="list-style-type: none"> ○ Quels porteurs ? 	<p>2024 - 2025</p>

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Pour quels types de situations ?○ Avec quels moyens humains et financiers ? | |
|--|--|

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines en psychiatrie pour l'appui des DAC
- Groupe de travail mixte (psychiatrie, social, premier recours, médico-social)
- Terr-eSanté pour le support technique

c. Pair aideance

Objectif : Renforcer l'intégration des pairs aidants dans les soins et les accompagnements		
<p><u>Travaux du GT3</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes</p>	<p>Action n° 3.3. Renforcer les synergies entre les groupes d'entraide mutuelle ainsi que leur autonomie de fonctionnement et favoriser le recrutement et l'intégration de pairs aidants et de médiateurs de santé pairs au sein des équipes</p>	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmenter le nombre de GEM troubles psychiques sur la région en passant de 48 à 80. ○ Participer au deuxième programme de déploiement des médiateurs de santé pairs en santé mentale et à son évaluation 	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 95 ▪ Mutuelle la Mayotte 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pôles de psychiatrie générale ▪ Coordination 95 ▪ Les 5 GEM troubles psychiques (la Mayotte, œuvre Falret, les Ailes déployées) et les 2 GEM traumatisés crâniens (AFTC) ▪ MDPH

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La pair aideance repose sur la reconnaissance d'un **savoir expert** détenu par le patient, et sur des **mécanismes d'entraide** entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie psychique. Fort de son expérience et des compétences acquises tout au long de son parcours de rétablissement, le pair aidant peut soutenir et responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement, et participer à réduire la stigmatisation.

Des **dispositifs de pair aideance** sont présents sur le département :

- 2 médiateurs de santé pairs (MSP) salariés, en poste au CH Argenteuil
- 5 groupes d'entraide mutuelle (GEM) troubles psychiques portés par la Mayotte, l'œuvre Falret et l'association les Ailes déployées.

Les acteurs du territoire conviennent de la nécessité de mener une réflexion sur les **modalités de développement de ces initiatives** dans le département.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de formations dispensées aux adhérents de GEM annuellement et évaluation de ces formations
- Existence d'un réseau des GEM du département
- Évolution du nombre de GEM et d'adhérents à l'horizon 2025
- Augmentation du nombre de MSP formés dans les structures du département à l'horizon 2025
- Nombre de structures sanitaires et médico-sociales ayant intégré des pairs aidants bénévoles
- Évaluation qualitative de l'intégration de ces pairs aidants dans les équipes
- Nombre d'actions du PTSM ayant intégré des pairs aidants à l'horizon 2025

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Développer la formation des pairs aidants à la gestion associative au sein des GEM du département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenu : gestion associative, principes de la gouvernance associative, processus démocratiques, animation de réunion... ▪ Public : ces formations pourront, être organisées en lien avec d'autres structures associatives du droit commun, hors santé mentale. Elles pourront être menées de façon transversale aux 7 GEM du département, quelle que soit leur spécificité. 	<p>2021 : conception des formations 2022-2025 : mise en œuvre</p>
<p>2. Renforcer la dynamique inter-GEM au sein du département</p> <p>Une réflexion inter GEM existe au sein des structures portées par la Mayotte, mais pas encore à l'échelle des GEM du département quelle que soit leur structure de rattachement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenu : réflexion commune sur la question de la pair aide, le rôle des GEM, les liens entre les GEM et les structures de la psychiatrie. ▪ Enjeux : cette dynamique transversale doit permettre de favoriser la montée en compétence des adhérents de GEM en matière de pair aide, et par là de renforcer la présence des pairs aidants auprès des usagers des établissements, voire leur professionnalisation. ▪ Public : si certaines des réflexions à conduire concernent davantage le champ de la santé mentale, cette dynamique pourra associer les GEM traumatisés crâniens autour des enjeux communs de pair aide. 	
<p>3. Valoriser les GEM auprès des institutions de la santé mentale et du grand public</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar la population générale sur l'existence et le rôle des GEM. Des actions pourront être menées en population via les Semaines d'Information en Santé Mentale. ▪ Renforcer les liens entre les GEM et les secteurs de psychiatrie : mener des actions permettant aux acteurs de la psychiatrie de favoriser l'orientation de leurs patients vers les GEM (présentation plus systématique de ces dispositifs, accompagnement des patients vers les GEM). 	<p>2021 - 2025</p>
<p>4. Sensibiliser et accompagner les structures au développement de la pair aide en leur sein</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuivre et diffuser les projets de formation et de recrutement de MSP en cours au CH d'Argenteuil, accompagner les équipes dans l'accueil des pairs aidants, travailler sur la précision de leur cahier des charges au sein des institutions. ▪ Sensibiliser les professionnels du soin et du médico-social à la pair aide : organiser des journées thématiques, diffuser des outils pour valoriser l'apport des pairs aidants aux services. 	
<p>5. Intégrer les pairs aidants dans les actions de sensibilisation de la population à la santé mentale.</p> <p>Différentes actions du PTSM pourront mobiliser les pairs aidants, notamment :</p>	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ L'action 4.3. « Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif » | |
|--|--|

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains pour la formation des adhérents de GEM
- Financement pour la formation et le recrutement des médiateurs de santé pairs

Précisions / points de vigilance

- Un lien sera à rechercher avec la mise en œuvre de l'axe relatif à la pair aideance dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT) par la MDPH.
- Le centre ressource en réhabilitation psychosociale du CH le Vinatier a élaboré un guide pratique « Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? » qui pourra être un appui à la sensibilisation des équipes : https://centre-ressource-rehabilitation.org/sites/centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integrertravailleurpair.pdf

d. Accès à / maintien dans la scolarité

Objectif : Développer des coopérations entre l'Éducation nationale et les acteurs de la santé mentale					
<p><u>Travaux du GT3</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes</p>	<p>Action n° 3.4. Soutenir les acteurs de l'enseignement pour l'accompagnement des élèves / étudiants présentant des difficultés d'ordre psychique, en vue de leur maintien dans une scolarité en milieu ordinaire. Renforcer les dispositifs d'accès aux études des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie (enseignants spécialisés, soins-études)</p>				
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire du domicile le centre de gravité du parcours</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, établissements d'hébergement) de 15 % <p><input checked="" type="checkbox"/> Agir pour des pratiques « orientées rétablissement »</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser dans chaque territoire un dispositif de liens entre la pédopsychiatrie et la médecine scolaire 	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-decoration: underline;">Porteurs :</th> <th style="text-decoration: underline;">Contributeurs :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissements d'enseignement primaire et secondaire ▪ DD ARS 95 ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile ▪ ESMS enfants (ITEP, IME...) ▪ ASE ▪ Fondation santé des étudiants de France (SEIPA) ▪ Pôle santé de l'Université de Cergy ▪ SUPADO, CHA </td> </tr> </tbody> </table>	Porteurs :	Contributeurs :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissements d'enseignement primaire et secondaire ▪ DD ARS 95 ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile ▪ ESMS enfants (ITEP, IME...) ▪ ASE ▪ Fondation santé des étudiants de France (SEIPA) ▪ Pôle santé de l'Université de Cergy ▪ SUPADO, CHA
Porteurs :	Contributeurs :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissements d'enseignement primaire et secondaire ▪ DD ARS 95 ▪ Pôles de psychiatrie infanto-juvénile ▪ ESMS enfants (ITEP, IME...) ▪ ASE ▪ Fondation santé des étudiants de France (SEIPA) ▪ Pôle santé de l'Université de Cergy ▪ SUPADO, CHA 				

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Un virage inclusif est amorcé dans le département, mais trop peu outillé et parfois inadapté aux besoins des jeunes. De plus en plus d'enfants et d'adolescents en situation de handicap psychique sont scolarisés en milieu ordinaire, mais un manque d'accompagnement spécialisé en interne est noté et conduit à un épuisement des enseignants. Les limites de l'inclusion scolaire sont à prendre en compte : il est noté un manque de structures spécialisées sur le département. Les délais d'accès en IME et en ITEP sont notamment importants.

Un partenariat est à développer entre les acteurs de la santé mentale et de l'enseignement :

- Pour l'accès aux études des jeunes suivis en psychiatrie, très insuffisant (peu de postes d'enseignants spécialisés pourvus, un seul service soins études)
- Pour l'appui des équipes éducatives à la gestion des élèves présentant des difficultés d'ordre psychique au sein des établissements scolaires (cf. circulaire 2019 sur la lutte contre les violences scolaires qui appelle à la constitution d'équipes mobiles d'intervention sanitaires et médico-sociales)

Par ailleurs, il n'y a pas de bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) dans le Val d'Oise. Le pôle santé de l'université de Cergy, service préventif, est confronté à des difficultés pour l'accès aux soins psychiques des étudiants.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de formations croisées organisées entre les acteurs de la santé mentale et de l'Éducation nationale

- Couverture territoriale de ces formations
- Existence, diffusion et mobilisation de modalités d'échanges sur les situations partagées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Favoriser l'interconnaissance des acteurs du soin / de l'accompagnement et de l'Éducation nationale, et renforcer les compétences des professionnels de l'Éducation nationale en santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer des formations communes, de type formation croisées, pour permettre aux professionnels du soin et de l'accompagnement de mieux connaître les difficultés des enseignants et permettre aux enseignants de mieux accompagner ces élèves tout au long de leur scolarisation. ▪ Contenu : connaissance du champ institutionnel, compréhension des symptômes, accueil et accompagnement pédagogique spécifique, connaissance de l'offre existante à la sortie pour les plus de 16 ans. ▪ Intégrer les acteurs de l'Aide sociale à l'enfance dans ces formations croisées. 	2021 - 2025
<p>2. Renforcer la mobilité de la psychiatrie et du médico-social vers les établissements scolaires, pour l'appui à la scolarisation</p> <p>L'articulation des acteurs du soin / de l'accompagnement et de l'Éducation nationale est estimée aujourd'hui trop ponctuelle et personne-dépendante. Elle doit être renforcée en vue d'éviter les clivages observés dans les prises en charge. Les réunions d'équipes de suivi de scolarité (ESS) sont souvent limitées au moment de l'élaboration du plan personnalisé de scolarisation, alors que les besoins d'échange sont plus fréquents, tout au long de la scolarité de l'élève.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifier les modalités à mettre en place au sein des équipes sanitaires et des ESMS pour aller vers les établissements scolaires, pour l'appui à la scolarisation en cas de difficultés avec un élève b) Structurer des modalités d'échange, de co-élaboration autour du projet de l'élève c) Mettre en œuvre ces modalités à partir d'équipes / territoires pilotes d) Réaliser le bilan de ces interventions, ajuster et diffuser dans le département 	<ul style="list-style-type: none"> a) 2021 b) 2022-2024 c) 2022-2024 d) 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains pour les formations croisées
- Moyens humains pour les équipes éducatives, soignantes et médico-sociales pour participer à des temps de rencontre et d'échange

Précisions / points de vigilance

- Il conviendra de faire le lien avec l'action 4.3. « Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif » qui vise également le renforcement des compétences en santé mentale des professionnels des établissements scolaires.
- Un travail plus spécifique sur l'accès aux soins des étudiants pourra être mené dans un second temps ou pourra être intégré à cette fiche action après prise de contact.

e. Accès à / maintien dans l'emploi

Objectif : Améliorer l'accès à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques			
<p><u>Travaux du GT3</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes</p>	<p>Action n° 3.5. Développer des partenariats et dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi, en associant les dispositifs spécialisés et du droit commun</p>		
<p><u>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Faire de la continuité des parcours le premier critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques ☑ Agir pour des pratiques « orientées rétablissement » <p style="text-align: center;"><u>Liens avec les orientations du Schéma départemental des personnes handicapées du Val d'Oise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ 8. Fluidifier le parcours des travailleurs handicapés <ul style="list-style-type: none"> ○ Objectif 8.1 : accompagner l'insertion en milieu professionnel ordinaire 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HEVEA (DEA) ▪ CARE ▪ CLSM ▪ P2R95 ▪ Maison hospitalière de l'association les Ailes déployées ▪ GEM du département ▪ Services de santé au travail ▪ Missions locales ▪ Direccte Ile-de-France </td> </tr> </table>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HEVEA (DEA) ▪ CARE ▪ CLSM ▪ P2R95 ▪ Maison hospitalière de l'association les Ailes déployées ▪ GEM du département ▪ Services de santé au travail ▪ Missions locales ▪ Direccte Ile-de-France
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HEVEA (DEA) ▪ CARE ▪ CLSM ▪ P2R95 ▪ Maison hospitalière de l'association les Ailes déployées ▪ GEM du département ▪ Services de santé au travail ▪ Missions locales ▪ Direccte Ile-de-France 		

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La variabilité et la fluctuation des effets des troubles psychiques sur la capacité à occuper un emploi est estimée aujourd'hui insuffisamment prise en compte dans les dispositifs.

Des dispositifs visant l'accès ou le maintien dans l'emploi existent sur le département et sont à renforcer et à mieux coordonner :

- Dans le secteur médico-social, des **dispositifs relais** préparent à l'orientation en ESAT, les **ESAT** accueillent des personnes souffrant de troubles psychiques, et le **dispositif emploi accompagné** (DEA) est en cours de mise en place avec 80 places portées par l'ADAPT et HEVEA.
- Dans le secteur sanitaire, les 5 **CLSM** mènent tous des actions visant à améliorer l'accès à l'emploi, les **GEM** et le futur projet **Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi** (CARE) à Sarcelles soutiennent l'accès vers l'emploi sans RQTH.
- Dans le secteur de l'insertion professionnelle, **Pôle Emploi et Cap Emploi** sont prescripteurs de **prestations d'appui spécifique** (PAS) qui peuvent être mobilisées par toute personne en situation de handicap pour élaborer un projet professionnel ou travailler le maintien dans l'emploi.

- Indicateurs de suivi / résultats**
- Nombre de séquences de formation à destination des acteurs de l'inclusion professionnelle
 - Nombre et types d'actions de sensibilisation des employeurs réalisées
 - Coopérations mises en place avec les acteurs de l'inclusion professionnelle
 - Nombre de personnes intégrées dans les dispositifs CARE et DEA

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Renforcer les compétences des acteurs de l'inclusion professionnelle en matière de santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des temps de formation / de sensibilisation des agents de Pôle Emploi, de Cap Emploi et des missions locales, en s'appuyant sur les formations déjà développées par l'UNAFAM 	<p>2021 - 2025</p>
<p>2. Concevoir des actions partenariales visant à sensibiliser les employeurs à l'intégration de personnes en situation de handicap psychique / souffrant de troubles psychiques, et à les informer sur les dispositifs d'accompagnement existants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Associer l'ensemble des acteurs du secteur médico-social (DEA, ESAT...) et du droit commun (Pôle Emploi, Cap Emploi, Services de santé au travail) 	<p>2021 conception 2022-2025 mise en œuvre</p>
<p>3. Promouvoir les coopérations formalisées entre les acteurs de la psychiatrie et de l'inclusion professionnelle, du droit commun et du secteur médico-social</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CH Argenteuil a établi une convention avec l'agence Pôle Emploi d'Argenteuil, afin de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Appuyer les acteurs de la psychiatrie pour un besoin d'accompagnement spécifique par un psychologue du travail ○ Permettre aux agents de Pôle Emploi d'orienter vers les soins lorsque des freins périphériques à l'emploi sont identifiés ▪ Encourager le développement sur le département de ce type de coopération, qui permet de favoriser une prise en charge globale. ▪ La Plateforme Territoriale de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive Sud Val d'Oise sur le Centre Hospitalier d'Argenteuil (P2R95) va devoir également mettre en place des coopérations sur son territoire, pour l'accompagnement vers l'emploi des patients pris en charge, dans le cadre d'un processus global de réhabilitation psychosociale. 	<p>2021 - 2025</p>
<p>4. Soutenir et faire connaître le futur Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi (CARE) de Gonesse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'objectif de ce dispositif sur un modèle d'insertion « clubhouse », est de ramener les personnes en rupture vers un projet professionnel, par un travail de remise en confiance, de remobilisation et valorisation des compétences, sur un rythme propre à chacun. ▪ Ce dispositif sera porté par la mutuelle la Mayotte, mais géré grâce à la mise en place d'une association mobilisant différents partenaires (CLSM, commune, UNAFAM, mission locale, etc.). 	<p>Dès qu'effectif</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens pour la formation des agents de l'emploi

Soutien aux aidants et aux proches

Objectif : Renforcer les compétences des personnes concernées et des proches

<p><u>Travaux du GT 2</u></p> <p>Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes</p>	<p>Action n° 3.6. Développer et faire connaître les dispositifs d'accompagnement / de soutien des familles et des enfants de personnes souffrant de troubles psychiques dès le repérage, tout au long du parcours et dans les situations de crise</p>	
<p>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire du domicile le centre de gravité du parcours</p>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil ▪ CLSM du 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 95 ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ MELIA ▪ CH le Vinatier (Lyon) ▪ REAAP ▪ PRE ▪ PAEJ ▪ SUPADO, CHA

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les familles sont au premier plan de la crise. Face aux difficultés de coordination des interventions, elles sont trop souvent livrées à elles-mêmes, sans soutien face à leur proche en souffrance. Aussi, la phase de diagnostic a constaté un **besoin de soutien des familles et des accompagnants concernant l'orientation en situation de crise (dispositifs d'évaluation et d'orientation) ainsi que concernant le comportement à mettre en œuvre (formation à la gestion de crise).**

Bien que des ressources existent dans divers secteurs professionnels (psychiatrie publique, privée, précarité), différents manques au niveau du soutien des familles **tout au long du parcours** ont été notés :

- Un manque d'accompagnement lors de l'entrée dans le parcours de soin, nécessaire face au décalage entre le signalement et la prise en charge effective
- Un manque de moyens alloués à la **thérapie familiale** dans les services de psychiatrie
- Une coordination insuffisante des CMP infanto-juvéniles avec les dispositifs de **soutien à la parentalité** (Réseau d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement à la Parentalité, Points Accueil Écoute Jeunes, etc.)
- Un manque de développement du soutien aux familles des **adolescents**, malgré les groupes de parole mis en place par les deux MDA du département
- Un manque de dispositifs de **formation des familles, alors même que l'efficacité de ce type de programmes sur le taux de rechute et de ré-hospitalisation est démontrée**
- Un manque de **lieux de prises en charge spécifiques pour les familles** permettant une intervention précoce et globale

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de familles incluses dans le programme BREF chaque année dans le département
- Nombre de familles incluses dans le programme Profamille chaque année dans le département
- Nombre de commissions « soutien à la parentalité » mises en place au sein des CLSM du département

- Nombre de consultations de thérapie familiales en psychiatrie et fréquentation
- Existence de dispositifs de soutien à la parentalité pour les personnes en situation de handicap psychique

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Développer les programmes de psychoéducation des familles</p> <p>a) Soutenir le programme BREF et promouvoir sa diffusion dans les centres hospitaliers du département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme BREF est déjà mis en place par le CHA, le GHEM et l'UNAFAM 95. Ce programme court (3 séances de 1h) permet une intervention précoce et systématique dans le parcours des aidants. ▪ Former les équipes volontaires au programme BREF en lien avec le CH le Vinatier (Lyon). <p>b) Développer le programme Profamille au niveau du département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'appuyer sur l'initiative du CHA de développer ce programme long – 2 années – au niveau du département <p>c) Envisager si nécessaire, en complément, la mise en place d'une formation départementale courte à la gestion de la crise, coconstruite par les équipes soignantes et les associations de famille</p>	<p>a) 2021 b) 2022 c) 2023</p>
<p>2. Développer la thérapie familiale en psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les équipes aux besoins en thérapie familiale ▪ Identifier les équipes volontaires et les ressources disponibles en leur sein, et les soutenir dans la structuration d'une offre de thérapie familiale ▪ Ne pas oublier les fratries et les enfants de personnes atteintes de troubles psychiques ▪ Envisager la spécialisation d'IDE, de futurs IPA, de psychologues sur ce type d'intervention 	<p>2021 - 2025</p>
<p>3. Développer des dispositifs de soutien à la parentalité des adultes en situation de handicap psychique</p> <p>Aucune action spécifique n'existe sur ce sujet dans le département</p> <p>a) Réaliser une étude de la qualité des dispositifs existant tant au niveau national qu'international, et prioriser les bonnes pratiques »</p> <p>b) Diffuser ces modèles auprès des acteurs du département, et structurer avec les différents opérateurs les dispositifs à mettre en place</p> <p>c) Mettre en œuvre ces dispositifs et en réaliser le bilan</p>	<p>a) 2021 b) 2022 c) 2023</p>
<p>4. Améliorer la coordination des CMP infanto-juvéniles avec les dispositifs de soutien à la parentalité hors psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viser la mise en place de commissions « Soutien à la parentalité » au sein des CLSM du département, réunissant les acteurs de la pédopsychiatrie, des Maison Des Adolescents, du Réseau d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement à la Parentalité (REAAP), des Points d'Accueil Écoute Jeunes (PAEJ), des Programmes Réussite Éducative (PRE), etc. 	<p>2022</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favoriser, par le biais de ces commissions, la mise en place d'outils de coopération : réunions d'échanges pluridisciplinaires (avec accord des familles), orientations réciproques (meilleure information sur l'existant : affichage, information orale...), voire co-élaboration d'outils d'information des familles. 	
<p>5. Mettre en place un groupe de travail visant à mener une réflexion sur la mise en place d'un « référent familial » en psychiatrie, capable de guider et d'accompagner les familles face aux institutions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préciser le projet : quelle échelle (secteur, CMP ?), quels intervenants, quelles modalités d'intervention ? ▪ Associer les associations de famille et les pôles de psychiatrie 	2023
<p>6. Mettre en place un groupe de travail visant à mener une réflexion sur la pertinence de développer une consultation « famille sans patient » en psychiatrie, au moment du signalement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur le modèle du dispositif mis en place au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du CH Sainte Anne et en lien avec les activités développées par l'équipe mobile EMIPPSY du CH d'Argenteuil ▪ En vue de soutenir les familles face au décalage fréquent entre le signalement des difficultés aux équipes de soin par la famille, et la réponse en termes de prise en charge de la personne concernée, du fait d'un déni fréquent de ses difficultés. 	2024

Moyens nécessaires identifiés

- Formation des soignants en psychoéducation des familles (programme BREF, Profamille)
- ETP formés pour les thérapies familiales en psychiatrie
- Temps à dédier pour les équipes psychiatriques et de soutien à la parentalité pour la fréquentation des commissions « Soutien à la parentalité » des CLSM et l'organisation de modalités de travail partagé
- Groupes de travail pour les sous actions 5 et 6

4. LA COORDINATION DES ACTEURS DE SOINS VILLE - HÔPITAL

Objectif : Améliorer la coopération entre les acteurs du premier recours et de la psychiatrie

<p><u>Travaux du GT3</u></p> <p>Axes du PTSM :</p> <p>Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques</p> <p>Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins</p>	<p>Action n° 3.7. Renforcer la coordination entre la médecine de ville et la psychiatrie par la mise en place de modalités de soins et d'outils de communication partagés, et par la réaffirmation de la mission d'accès aux soins somatiques des CMP</p>	
<p><u>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposer d'ici 2022 d'au moins un dispositif de soins partagés médecins généralistes / psychiatres sur chaque département <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le premier critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Faciliter l'accès à des soins somatiques adaptés 	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil ▪ Future CPTS du territoire d'Argenteuil 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé ▪ CPTS et DAC ▪ CDOM, URPS ▪ Pôles de psychiatrie générale ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ Médecins ASE / PMI ▪ DD ARS 95 ▪ GCS Sesan pour les supports techniques

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les acteurs du premier recours sont souvent en difficulté pour traiter les troubles psychiques, du fait d'un isolement dans leurs pratiques, d'un manque de connaissance des problématiques et des acteurs en santé mentale.

Les liens entre la psychiatrie ambulatoire et la médecine de ville sont à améliorer : les médecins traitants n'ont pas suffisamment d'information sur le suivi psychiatrique existant, les acteurs de la psychiatrie manquent de temps pour entretenir le lien. Toutefois, **des expériences positives de partenariats sont rapportées via les centres municipaux de santé (CMS)**. Par exemple, le CMP d'Argenteuil a établi un partenariat avec 2 CMS, qui se formalise par des réunions de concertation pluriprofessionnelle bisannuelles pour traiter les cas qui nécessitent une approche pluriprofessionnelle. Ces réunions ont été le point de départ de travaux communs : systématisation des courriers de liaison, projet diabète...

Au sein des CMP, la prise en compte de la santé somatique est considérée insuffisante, par manque de temps et de ressources humaines, alors que le CMP, pivot de la prise en charge, a une mission d'accompagnement vers les soins somatiques, d'autant plus en l'absence de médecin traitant.

La **transmission des comptes rendus d'hospitalisation** en psychiatrie au médecin traitant fait encore trop souvent défaut.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence de modalités de soins partagés psychiatrie – MG dans le département
- Existence d'un fichier de suivi des médecins traitants dans tous les CMP

- Mise en place d'une consultation somatique de suivi dans les CMP du département

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Mettre en place différentes modalités de soins partagés médecin traitant / psychiatre pour l'appui au repérage :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispositifs de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP) : réaliser un état des lieux des pratiques expérimentées sur le territoire national (Toulouse, Paris 19^{ème}, etc.) Étudier les modalités de financement envisageables (ex. financement au forfait ville – hôpital, article 51) ▪ Consultations avancées de psychiatrie : définition des lieux adéquats, des besoins ▪ Coopérations MSP - CDS / CMP : diffuser l'expérience du CMP d'Argenteuil sur d'autres infra territoires, encourager les structures d'exercice collectif à la mise en place de projets de santé « soins somatiques / psychiques ». ▪ Téléexpertise, téléconsultation en psychiatrie vers la médecine de ville : poursuivre le déploiement d'ORTIF vers les médecins généralistes et les services psychiatriques. 	
<p>2. Mettre en place des outils de communication efficaces et non chronophages entre les acteurs de la psychiatrie et les médecins généralistes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir et mettre en place des outils de coordination numérique adaptés aux deux parties, pour le partage d'informations : messagerie sécurisée, Terr-eSanté, DMP... Identifier les freins à leur déploiement et les lever. ▪ Promouvoir et mettre en œuvre des RCP (réunions de consultation pluriprofessionnelle) des visioconférences (téléstaff) ▪ Améliorer la transmission des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) pour aligner la psychiatrie sur les recommandations HAS (CRH transmis au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie) et sur les autres disciplines médicales. <ul style="list-style-type: none"> ○ Travailler sur les modalités permettant de systématiser cet envoi (format type partagé entre les établissements ? Dématérialisation de l'envoi ?). ○ Associer à cette délivrance d'information, avec l'accord du patient, les ESSMS qui participent à la prise en charge, ainsi que les médecins ASE / PMI, qui peuvent manquer de données lors du retour de la personne. 	<p>2021 - 2025</p>
<p>3. Renforcer la mission d'accompagnement vers les soins somatiques au sein des CMP</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Systématiser le recueil du médecin traitant et de la fréquence de fréquentation à l'entrée en CMP et organiser la réactualisation des informations (par qui ? Consultant, IDE ? À quel rythme ?) b) Mettre en place une consultation somatique minimale à l'entrée en CMP puis chaque année pour les patients sans médecin traitant, réalisée par des IDE puis des IPA dédiées. Réaliser une évaluation systématique minimale permettant de dispenser des informations préventives et d'enclencher ou de confirmer un parcours de soins somatiques adapté. c) Mettre en place des actions et accompagnements spécifiques pour l'orientation ou l'accompagnement vers les soins somatiques pour les personnes en rupture de suivi : aide à la prise de rendez-vous, voire accompagnement physique pour une reprise de consultations chez un médecin généraliste pour les patients les moins autonomes. 	

<p>4. Mettre en place des formations croisées sur le repérage des troubles psychiques dans le département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunissant les professionnels de la psychiatrie, l'ensemble des acteurs du premier recours (médecins généralistes, IDE libérales, psychologues, etc.), et les acteurs de première ligne (acteurs sociaux, de l'inclusion, de l'enseignement, etc.) 	
---	--

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens techniques pour la télémédecine et l'échange d'informations sécurisé
- Moyens humains (infirmiers, somaticiens) dans les service de psychiatrie
- Valorisation du temps passé dans les instances de coordination
- Moyens pour les formations croisées

Précisions / points de vigilance

- S'appuyer pour la sous action 3 sur la Conférence de consensus sur les soins somatiques de juin 2015, listant l'ensemble des points clefs concernant la surveillance somatique nécessaire pour les personnes prenant des traitements pour troubles psychiques.

5. L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTÉ MENTALE

a. Cadre de vie / Logement

Objectif : Améliorer l'accès au logement pour les personnes atteintes de troubles psychiques, dans le département

<p><u>Travaux du GT4</u></p> <p>Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale</p>	<p>Action n° 4.1. Développer des dispositifs de logement accompagné dans le département : appartements de coordination thérapeutique, logement inclusif, logement social, baux glissants, résidences accueil, propositions innovantes...</p>	
<p><u>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire du domicile le centre de gravité du parcours</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Passer de 800 à 1200 places de logement accompagné recensées 	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 95 ▪ CLSM du 95 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AORIF (regroupement associatif des bailleurs sociaux – 30 à 40 opérateurs dans le Val d'Oise) ▪ Pôles de psychiatrie générale ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ ARS (pour ACT) ▪ CD 95 ▪ Préfecture du 95 / DDCS

Enjeu de l'action au regard du diagnostic

Le département souffre d'un **manque de solutions adaptées** pour le logement des personnes atteintes de troubles psychiques, alors même que le logement représente une **priorité du parcours de vie**, qui conditionne la réussite du projet de soin et de rétablissement.

Au niveau de l'**accès au logement**, il est noté une insuffisance des relais en aval des hospitalisations, articulant soins ambulatoires et logement, un manque de places médico-sociales et un manque de souplesse des financements pour les adapter au parcours des personnes, ainsi qu'une saturation du parc social

Au niveau du **maintien dans le logement**, des initiatives concluantes sont rapportées de la part des CLSM au niveau de la sensibilisation des gardiens d'immeubles du parc social, en vue d'améliorer le maintien dans le logement.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre et formes (conventions actives par exemple) de coopérations mise en place entre les acteurs de la santé mentale (associations médico-sociales, secteurs de psychiatrie, CLSM) avec des bailleurs sociaux et nombre de logements concernés par ces coopérations
- Nombre de projets en santé mentale financés et mis en place par le programme « Logements HLM accompagnés » de la DRIHL
- Nombre de PLH intégrant une action santé mentale à 5 ans
- Nombre d'actions traitant de la coordination avec les acteurs de la santé mentale dans le PDALHPD 2020 - 2025

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Améliorer l'accès et le maintien dans le logement social en lien avec les opérateurs du logement</p> <p>Un COPIL départemental « logement inclusif / accompagné » pourra être envisagé pour mieux coordonner cette action entre les acteurs de la santé mentale et du logement, en vue du développement de dispositifs partagés.</p> <p>Se saisir du programme « Logements HLM accompagnés » lancé en juillet 2020 par la DRIHL (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement) et l'AORIF (Union sociale pour l'habitat d'Ile-de-France). Ce programme permet un financement pour trois ans, dans le cadre du Fonds national d'accompagnement vers et dans le logement (FNAVDL), de bailleurs sociaux porteurs de projets novateurs, en lien avec des associations, via des AAP annuels. Il peut être un levier de dispositifs novateurs entre les associations de la santé mentale et les organismes du logement social. L'appel à projets précise que le FNADVL aura une attention particulière pour « les personnes ayant un handicap psychique non reconnu (ne bénéficiant pas d'une prestation de compensation du handicap) ».</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Diffuser le cahier des charges et les modalités de candidature au programme auprès des acteurs de la santé mentale du département. b) Identifier les équipes associatives et les bailleurs sociaux intéressés pour déposer un projet. Recourir aux CLSM, sur les territoires dotés, pour faire émerger des initiatives communes. Le PTSM doit permettre de fournir un appui aux CLSM dans leurs actions auprès des bailleurs. c) Fournir un appui au dépôt de projets par les acteurs du département. Il est à noter que la DRIHL est prête à assurer un soutien méthodologique pour les projets qui ne seraient pas totalement aboutis au moment du dépôt. d) Exercer, tout au long des cinq années du PTSM, une veille sur d'autres leviers de financement et sur d'autres modèles et expériences de coopération santé mentale / opérateurs du logement déployés sur le territoire et en dehors, et les diffuser au sein du département. 	<p>a et b) 1^{er} et 2^{ème} trim. 2021</p> <p>c et d) 5 années du PTSM</p>
<p>2. Déployer le dispositif de logement accompagné « Un chez soi d'abord » pour améliorer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT) accessibles aux personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique</p> <p>Soutenir et développer, dans le cadre du PTSM, le projet « Un chez soi d'abord » déjà été évoqué dans le département mais de façon embryonnaire par l'UNAFAM et le CLSM Est du Val d'Oise.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Rechercher des coopérations avec les bailleurs sociaux du département pour la mise à disposition de logements dans le cadre du dispositif, afin de lever les freins économiques et de permettre aux personnes concernées de pouvoir être titulaire du bail de leur logement à terme (système de bail glissant). b) Identifier le.s porteur.s sanitaires, médico-sociaux du dispositif. Envisager des modalités de gouvernance partagée (GCSMS ?) si pertinent. c) Rechercher un financement via la DIHAL (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement) pour la mise en place d'une équipe sanitaire et médico-sociale dédiée. 	<p>a) Dès 2021</p> <p>b) Selon AAP DRIHL</p>
<p>3. Améliorer la coordination des politiques locales du logement et de celles de la santé mentale via le PTSM</p>	<p>2022 - 2025</p>

<p>a) Promouvoir la prise en compte de la santé mentale dans les PLH (programmes locaux de l'habitat), portés par les EPCI, en s'appuyant sur les commissions logement des CLSM quand elles existent. Concernant les PLH des EPCI ne comportant pas de CLSM, envisager des modalités de participation des acteurs de la santé mentale à leur élaboration par d'autres biais.</p> <p>b) Travailler en lien avec les acteurs du logement et de l'hébergement dans la définition et la mise en œuvre du PDALHPD (plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées) porté par le Conseil départemental et la DDCS. Il est important que des acteurs de la santé mentale, mandatés dans le cadre du PTSM, puissent s'inscrire dans les travaux autour du PDALHPD.</p>	
--	--

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des équipes pluriprofessionnelles et des logements sociaux pour le projet « Un chez soi d'abord »
- Financement DRIHL pour les coopérations avec les bailleurs sociaux dans le cadre du fonds « HLM accompagné »
- AAP pour les appartements de coordination thérapeutique

Précisions / points de vigilance

- L'action doit être pensée en mode parcours, c'est-à-dire avec une graduation des dispositifs depuis le logement en aval de l'hospitalisation articulant soin et projet d'insertion, jusqu'au logement autonome avec bail de droit commun.
- Lien vers des actions santé mentale menées dans le cadre du programme « 10 000 HLM accompagnés » : <https://www.union-habitat.org/centre-de-ressources/habitants-politiques-sociales/dossier-hlm-accompagnes>
- Il est noté que les PLH et PDALHPD sont des outils essentiellement d'orientation stratégique. S'il est important de les utiliser pour y inscrire une dynamique de décroisement des acteurs de l'hébergement et du soin, des actions très opérationnelles sont attendues dans le cadre de cette fiche action.

b. Information en santé mentale / lutte contre la stigmatisation

Objectif : Renforcer les actions de promotion de la santé mentale au sein de la cité

<p><u>Travaux du GT4</u></p> <p>Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale</p>	<p>Action n° 4.2. Renforcer le soutien aux CLSM existants et développer de nouveaux CLSM, en lien avec les élus locaux, pour la mise en œuvre d'actions d'information et de promotion de la santé mentale sur leur territoire</p>	
<p>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soutenir l'implantation et le développement des CLSM en passant de 58 CLSM actifs sur la région en 2017 à 116 CLSM en 2022 	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ Autre porteurs à préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM ▪ PSYCOM ▪ EPCI du territoire ▪ CCAS

Enjeu de l'action au regard du diagnostic

Les troubles psychiques restent mal connus au sein de la population générale, ce manque de connaissance est facteur de rejet et de **stigmatisation**.

Les CLSM sont les mieux placés pour mettre en place des **actions d'information et de sensibilisation de la population générale** en santé mentale à l'échelle des communes, mais tous les territoires n'ont de CLSM.

5 CLSM existent dans le département, mais seulement 4 sont en fonctionnement (pas de poste de coordonnateur pour le 5^{ème}). Ces CLSM peuvent parfois être dans un **sentiment d'isolement et de fragilité**, face aux dynamiques électorales sur leur territoire. Une dynamique de rapprochement des CLSM du département a été initiée par leurs coordonnateurs.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de CLSM sur le territoire à la fin des 5 années du PTSM
- Nombre de rencontres organisées chaque année entre les CLSM, à l'initiative de l'ARS ou des CLSM eux-mêmes
- Nombre d'actions menées par les CLSM en matière d'information / déstigmatisation de la santé mentale

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Développer les CLSM sur le territoire et mettre en place une dynamique de coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recenser les zones et besoins prioritaires sur le département en termes de coordination des acteurs de la santé mentale ▪ Mener une politique de sensibilisation des élus sur ces zones ▪ Travailler le lien entre les CLSM en s'appuyant sur la dynamique de coordination déjà mise en place par les CLSM du département entre eux 	<p>2021</p> <p>-</p> <p>2025</p>
<p>2. Soutenir et coordonner les CLSM dans la mise en place d'actions d'information et de lutte contre la stigmatisation en population générale</p>	<p>2021</p> <p>-</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veiller à la cohérence territoriale des actions menées, et être force de proposition des actions à mettre en place dans le cadre des CLSM en matière de lutte contre la stigmatisation en s'appuyant sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'observation des besoins à l'échelle du département ○ La capitalisation des actions menées par les CLSM du département ○ La coordination nationale des Semaines d'information en santé mentale (SISM) ▪ Diffuser auprès du public, à l'échelle du département, les actions menées par les CLSM en matière de lutte contre la stigmatisation, concourir à améliorer leur lisibilité ▪ Soutenir, faciliter, les initiatives des CLSM dans la diffusion d'information en santé mentale vers les partenaires 	<p>2025</p>
---	-------------

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des actions menées par les CLSM en matière d'information du public

Précisions / points de vigilance

- Les CLSM déplorent leur absence de budget de fonctionnement, qui les soumet à des financements précaires et incertains ne permettant pas de développer des actions pérennes.

c. Prévention en milieu éducatif et scolaire

Objectif : Informer – sensibiliser les professionnels du milieu éducatif et scolaire

<p><u>Travaux du GT4</u></p> <p>Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale</p>			
<p><u>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place d'ici 2022 au moins un programme multi-partenarial de prévention précoce et développement des compétences parentales sur chaque département ○ Renforcer les programmes de type expérientiel de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire pour enfants de 6 à 12 ans 	<p>Action n° 4.3. Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser </td> <td style="width: 50%;"> <p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CODES 95 ▪ Pôles de pédopsychiatrie ▪ CIO (les psychologues y ont des missions qui se sont élargies) ▪ Psychologues et IDE scolaires ▪ ASV, CLS, CLSM ▪ CD 95, pour les collègues ▪ Pôle de ressources, pour les QPV ▪ GEM / MSP / pairs aidants ▪ PRE ▪ REAAP ▪ PMI ▪ SUPADO, CHA </td> </tr> </table>	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CODES 95 ▪ Pôles de pédopsychiatrie ▪ CIO (les psychologues y ont des missions qui se sont élargies) ▪ Psychologues et IDE scolaires ▪ ASV, CLS, CLSM ▪ CD 95, pour les collègues ▪ Pôle de ressources, pour les QPV ▪ GEM / MSP / pairs aidants ▪ PRE ▪ REAAP ▪ PMI ▪ SUPADO, CHA
<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CODES 95 ▪ Pôles de pédopsychiatrie ▪ CIO (les psychologues y ont des missions qui se sont élargies) ▪ Psychologues et IDE scolaires ▪ ASV, CLS, CLSM ▪ CD 95, pour les collègues ▪ Pôle de ressources, pour les QPV ▪ GEM / MSP / pairs aidants ▪ PRE ▪ REAAP ▪ PMI ▪ SUPADO, CHA 		

Enjeu de l'action au regard du diagnostic

L'éducation à la santé mentale (actions de promotion et de prévention) auprès des enfants et des adolescents est aujourd'hui confrontée à des **inégalités territoriales** au sein du département.

L'offre est encore **peu structurée et manque de pilotage** à l'échelle du département. Les propositions sont disparates selon les établissements et les collectivités territoriales. Ces actions sont souvent isolées, n'entrent pas dans une démarche de mise en projet globale et cohérente.

S'il existe des **ressources** sur lesquelles s'appuyer pour le déploiement de ces actions (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté – CESC – émergents au sein des établissements, IDE scolaires, Maisons des adolescents, CSAPA du territoire – qui ont des missions de prévention difficiles à pérenniser en raison d'un manque de financements pérennes dédiés), leur déploiement souffre du déficit de postes pourvus au sein de la médecine scolaire.

Indicateurs de suivi / résultats

- Présence d'un diagnostic de l'existant en matière d'actions de prévention au sein des établissements scolaires, des CLS, des CLSM et des ASV
- Nombre d'actions de formation en santé mentale menées au sein des établissements scolaires et à l'échelle des EPCI sur le département
- Nombre d'actions de renforcement des compétences psychosociales menées aux sein des établissements scolaires, identité des opérateurs et nombre d'élèves concernés par ces actions

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Renforcer les compétences en santé mentale des professionnels de l'Éducation nationale</p> <p>a) Élaborer un diagnostic plus approfondi de l'existant.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En termes d'actions de prévention au sein des établissements scolaires, des CLS, des ASV, des MDA et des CLSM notamment. Il est important de ne pas multiplier les actions mais de tenir compte de ce qui est déjà fait, en fonction des infra territoires. Cette action doit « compléter » et non « substituer ». ▪ Au niveau des besoins en formation / sensibilisation des professionnels. ▪ Au niveau des compétences disponibles au sein du département. <p>Un questionnaire en ligne à renseigner par les IDE scolaires et coordonnateurs de dispositifs de coordination territoriale, pourrait être une modalité efficace de recensement à la fois des actions existantes et des besoins.</p> <p>b) Proposer des formations croisées pour sensibiliser les professionnels des établissements scolaires à la prévention et au repérage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Public : en priorité les IDE et les psychologues scolaires, puis les enseignants. ▪ Contenu : comment dispenser de l'information en santé mentale auprès des enfants et des adolescents, comment repérer des difficultés psychiques chez les élèves et quelle orientation proposer à la suite du repérage. ▪ Modalités : intégrer des patients experts dans la conception et l'animation de ces temps de sensibilisation. 	<p>a) 2021 b) 2022 - 2025</p>
<p>2. Déployer des actions de renforcement des compétences psychosociales (CPS) en milieu scolaire et en milieu éducatif</p> <p>a) Recenser les ressources disponibles et les communiquer aux établissements via les IDE et psychologues scolaires.</p> <p>b) Former les IDE et psychologues scolaires dans les établissements pour qu'elles animent ou impulsent ce type d'actions.</p> <p>c) Amener les établissements à intégrer les parents dans les actions de renforcement des CPS, et à leur diffuser les ressources disponibles.</p>	<p>a) 2021 b) 2022 c) 2022</p>
<p>3. Poursuive une réflexion globale sur la coordination de la prévention dans le département</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment améliorer le pilotage des actions à l'échelle du département (cohérence et couverture territoriale, coopérations, mise en projet) ? ▪ Quels acteurs, quelle structure, pourraient avoir la légitimité pour cette fonction ? 	<p>2021 – 2025</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains en professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, acteurs médico-sociaux) pour dispenser des actions de sensibilisation auprès des professionnels de l'Éducation nationale
- Soutien logistique pour la réalisation d'un diagnostic de l'existant
- Politique territoriale de prévention

Précisions / points de vigilance

- Action à corrélérer avec l'action 3.4 sur le soutien aux professionnels de l'Éducation nationale pour la maintien dans une scolarité ordinaire des élèves faisant l'objet d'un Projet Personnalisé de Scolarisation.
- Cette action devra tendre à s'élargir pour intégrer une réflexion et des sous actions visant le renforcement des compétences parentales, le soutien à la parentalité, en intégrant dans ses contributeurs des acteurs tels que les PRE (Programmes Réussite Éducative), les PMI et les REAAP (Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents).

d. Prévention de la souffrance psychique au travail

Objectif : Renforcer la prévention de la souffrance psychique au travail au sein du département

<u>Travaux du GT4</u>					
Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale					
Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF					
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations <input checked="" type="checkbox"/> Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Agir pour des pratiques « orientées rétablissement » <input checked="" type="checkbox"/> Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes 	<p>Action n° 4.4. Promouvoir les actions de prévention primaire en santé mentale au travail au sein des CLS et CLSM du département. Favoriser la coordination des acteurs de la santé mentale et des services de santé au travail dans ces actions à l'échelle locale.</p> <table border="1"> <tr> <td><u>Porteurs :</u></td> <td><u>Contributeurs :</u></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM ▪ CLS ▪ AMETIF et autres services de santé au travail agréés dans le Val d'Oise ▪ DD ARS 95 ▪ Direccte </td> </tr> </table>	<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM ▪ CLS ▪ AMETIF et autres services de santé au travail agréés dans le Val d'Oise ▪ DD ARS 95 ▪ Direccte
<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLSM ▪ CLS ▪ AMETIF et autres services de santé au travail agréés dans le Val d'Oise ▪ DD ARS 95 ▪ Direccte 				

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La thématique de la souffrance psychique au travail est insuffisamment traitée dans le département.

Sur le plan de la prévention primaire des risques psycho-sociaux (RPS), les outils disponibles, comme le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), sont insuffisamment utilisés dans les entreprises. La sensibilisation des dirigeants relève des prérogatives des services de santé au travail (SST).

Sur le plan de la prise en charge, les services de santé au travail souffrent d'une pénurie de ressources humaines, de sorte que leur intervention se fait la plupart du temps après la survenue des pathologies. Il existe seulement trois consultations psychologiques spécialisées dans la souffrance au travail (membres du réseau souffrance et travail) dans le département, ce qui pose des difficultés d'accès géographique, mais aussi économique.

Enfin, il semble que les missions et organisations des services de santé au travail ne soient **pas suffisamment lisibles** aujourd'hui pour le grand public. Leur statut d'indépendance notamment vis-à-vis des employeurs n'est pas suffisamment connu.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de CLSM ayant mis en place une commission « santé au travail »
- Nombre de commissions « santé au travail » dans lesquelles un SST est représenté.
- Type d'actions menées par ces commissions, en lien avec les SST
- Fréquentation des actions de sensibilisation à la santé au travail déployées par ces commissions
- Retours d'expériences sur ces actions

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Constituer des commissions « santé au travail » dans l'ensemble des CLSM, lorsqu'elles n'existent pas (ou intégrer cet axe dans la commission emploi), intégrant des représentants des EPCI, de la psychiatrie, des usagers et des aidants, du secteur de l'entreprise si réalisable</p>	<p>2021 – 2024 en fonction des dynamiques propres à chaque CLSM</p>
<p>2. Intégrer les services de santé au travail dans ces commissions</p> <p>a) Répertorier les services de santé au travail agréés pour le département.</p> <p>b) Leur diffuser l'existence de ces commissions et du projet de coopération SST – santé mentale dans le cadre du PTSM.</p>	
<p>3. Élaborer, dans ces commissions, entre autres actions, un document répertoriant les différentes ressources locales disponibles en matière de souffrance au travail (consultations souffrance et travail, services de santé au travail, Maisons de la justice et du droit, possibilités d'accompagnement psychologique en CMP/libéral – notamment)</p>	
<p>4. Élaborer, dans le cadre de ces commissions, des actions en population générale, visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mieux faire connaître le rôle des services de santé au travail ▪ Sensibiliser aux risques psycho-sociaux en entreprise ▪ Diffuser le document ressources élaboré en commission auprès des entreprises locales et de la population générale <p>Ces actions pourraient être intégrées dans les semaines d'information en santé mentale pour bénéficier d'un cadre de déploiement favorable et moins coûteux en organisation. Dans un deuxième temps et en fonction des moyens disponibles, ces actions pourraient également conduire à renforcer l'offre de prise en charge spécialisée en souffrance au travail, estimée comme très insuffisante par les acteurs du département. Un projet de cellule d'écoute départementale avait été évoqué à cet effet dans le diagnostic ayant précédé le PTSM.</p>	
<p>5. Déployer ces actions, en réaliser le bilan, et envisager les modalités de leur diffusion en dehors des territoires dotés d'un CLSM.</p>	<p>2025</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens pour la mise en place d'actions en population générale
- Dans un second temps, moyens pour le renforcement de l'offre de prise en charge spécialisée

Précisions / points de vigilance

- S'appuyer sur le Plan santé au travail (PST3) porté par la Direccte IDF, qui comporte un axe RPS, que les services de santé au travail ont la charge de décliner.
- Sur le volet prise en charge, s'appuyer sur la Maison souffrance au travail du 78 pour un exemple d'organisation de consultations pluridisciplinaires.
- Corréler cette action avec le déploiement des SISM (action 4.2)

e. Les outils numériques en santé mentale

Objectif : Accompagner dans l'accès aux supports numériques en santé mentale

<p><u>Travaux du GT4</u></p> <p>Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale</p>	<p>Action n° 4.5. Promouvoir et accompagner l'utilisation des outils de l'e-santé auprès du public et des professionnels de la santé mentale, dans le département</p>	
<p>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Mobiliser pour la psychiatrie de demain</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Construire un registre des outils de santé numérique accessibles aux patients 	<p><u>Porteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser 	<p><u>Contributeurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CODES 95 ▪ Pôle de psychiatrie générale du département ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ CLSM ▪ Acteurs sociaux intervenant auprès des jeunes (missions locales, centres sociaux jeunesse, CCAS) ▪ CAF

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'utilisation de supports numériques pour l'accès à l'information, voire aux accompagnements, se développe au sein de la population, avec le soutien du Ministère de la santé qui entend « promouvoir la santé mentale 3.0 ».

Le recours aux supports numériques comporte des effets positifs :

- Il apporte des connaissances aux patients leur permettant d'être davantage acteurs de leur santé et des décisions s'y rapportant
- Il permet de développer une logique de pair aide entre patients
- Il peut améliorer la prise en charge au quotidien (applications de santé, de bien être)
- Il comporte un aspect ludique, qui peut favoriser une meilleure compliance aux prises en charge
- Il est vecteur d'information en population générale et concourt à la déstigmatisation des troubles psychiques

Ces outils engendrent également des risques :

- Un risque de creusement des inégalités sociales relatif au niveau de littéracie requis pour une utilisation en autonomie, mais aussi au niveau d'équipement nécessaire et à sa maîtrise (enjeux de « fracture numérique »)
- Un risque d'« Infobésité », du fait de l'abondance des ressources disponibles
- Un risque d'informations inadéquates, de pratiques non éthiques ou imprudentes

Il convient donc de promouvoir un accompagnement par les professionnels compétents dans l'utilisation de solutions numériques, afin d'orienter le public vers une utilisation prudente et raisonnée.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail en charge de promouvoir la culture e-santé
- Existence et diffusion d'un support « bonnes pratiques et recensement des sources pertinentes »
- Déploiement d'un outil spécifique au département en e-santé mentale
- Nombre de formations croisées sur l'utilisation des supports numériques

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
<p>1. Favoriser la mobilisation des professionnels en santé mentale dans l'accompagnement à l'utilisation du numérique</p> <p>Mettre en place un groupe de travail chargé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Répertorier les dispositifs e-santé existants aux plans national et départemental b) Élaborer un support d'accompagnement : charte des bonnes pratiques (incluant une alerte sur les pratiques imprudentes), répertoire des outils considérés comme pertinents c) Diffuser ce support d'accompagnement des patients dans l'usage des ressources numériques, au sein de chaque structure et établissement intervenant en santé mentale et en prévention d) Mettre en place des formations croisées (journées d'études, temps de sensibilisation) visant à échanger avec l'ensemble des professionnels du territoire intervenant en santé mentale, avec les familles et les personnes concernées, sur les enjeux de l'accompagnement à l'utilisation du numérique, à recueillir les difficultés rencontrées, à capitaliser sur l'expérience des uns et des autres 	<p>2021</p> <p>-</p> <p>2022</p>
<p>2. Accompagner la population du département dans l'utilisation des supports numériques en santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Étudier la mise en place d'un dispositif e-santé mentale propre au val d'Oise b) Se rapprocher de la CAF qui a mis en place une action « Les promeneurs du net » visant à éduquer / orienter les jeunes dans l'accès aux ressources. Évaluer la transférabilité de cet outil en santé mentale c) Élaborer des ateliers d'accompagnement du public pour l'utilisation des outils retenus (définir des opérateurs) 	<p>2023</p> <p>-</p> <p>2025</p>

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail
- Moyens pour l'élaboration d'un support et sa diffusion
- Moyens pour les formations croisées
- Moyens pour la mise en place éventuelle d'un dispositif e-santé mentale propre au département

Précisions / points de vigilance

- Ne pas circonscrire cette action uniquement aux jeunes, qui ont déjà des pratiques d'e-santé.
- Envisager également des actions auprès des personnes plus âgées, visant à lutter contre la fracture numérique.
- Concernant les publics en situation de précarité, une action du PRAPS vise à « Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies », en « accompagnant les acteurs à l'utilisation de l'outil numérique (formation, appui) ».

ANNEXES

1. LETTRE D'ENGAGEMENT AU DG ARS

Monsieur le Directeur général
ARS Ile-de-France
Le Millénaire 2
3, rue de la Gare
75935 PARIS CEDEX 19

Cergy - Pontoise, le 11/07/2018

Monsieur le Directeur général,

Conformément aux dispositions du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM), les acteurs concernés par cette démarche tiennent à vous faire part des orientations proposées dans le département du Val d'Oise.

Les acteurs ont choisi de structurer leur action en instituant un comité de pilotage (COPIL) dont la composition est annexée au présent document. L'échelon territorial pressenti pour la mise en œuvre du PTSM est celui du département dans son ensemble.

Conformément aux dispositions de l'article R. 3224-2.-I du code de la santé publique, ont été désignés par le COPIL, comme correspondants de l'Agence régionale de santé :

- Dr Dominique CARAGE, Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale du Val d'Oise, UNAFAM 95,
- Dr Christophe LAMISSE; Chef de pôle de psychiatrie et santé mentale- chef de département de psychiatrie générale, centre hospitalier Argenteuil, Président de la Commission départementale des soins psychiatriques du Val d'Oise,
- Dr Anne ROZENCWAJG, Chef de service, chef de pôle, service de psychiatrie infanto-juvénile centre hospitalier de Gonesse,
- Mr Olivier SUFT, Fondation John BOST, Directeur du Site de la Clé pour l'autisme.

Le comité de pilotage se tient à votre disposition si vous souhaitez des précisions complémentaires concernant l'action entreprise pour la mise en œuvre du PTSM dans le Val d'Oise. Veuillez croire, Monsieur le Directeur général, en l'assurance de nos respectueuses salutations.

Pour les membres du Comité de pilotage en charge de l'élaboration du PTSM

Dominique CARAGE



Anne ROZENCWAJG



Christophe LAMISSE



Olivier SUFT



Copie à : Madame PENNEL-PRUVOST - Déléguée départementale - DDARS 95
Monsieur GUINARD - Chargé de mission santé mentale - ARS IDF

ANNEXE : COMPOSITION DU COPIL PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Titre	Prénom	Nom
Psychiatre- Médecin Chef - Maison Hospitalière	Mounssef	OUDRHIRI
Psychiatre - Centre hospitalier Simone Veil Eaubonne Montmorency Vice-président de la Commission Spécifique de Santé Mentale Fédération Addiction IDF	Gérald	MESURE
Médecin conseillère technique - Education Nationale	Delphine	COURTECUISSÉ
Médecin - Présidente du Conseil de l'Ordre des médecins du 95	Patricia	ESCOBEDO
Médecin addictologue UNAFAM 95 Présidente de la Commission Spécialisée en Santé Mentale	Dominique	CARAGE
Représentante des usagers UNAFAM 95	Marie- Thérèse	MAURY
Secrétaire de France Alzheimer Val-d'Oise	Annie	PRADEILLES
Ligue contre le cancer	Jean Claude	DERETZ
Pilote MAIA Val-d'Oise SUD	Sophie	MELAN
Psychiatre – Chef de Pôle de Psychiatrie et Santé Mentale- Chef de département de Psychiatrie Générale - Centre Hospitalier Victor Dupouy - Argenteuil Président de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques du 95	Christophe	LAMISSE
Fondation John Bost Directeur du Site de la Clé pour l'autisme	Olivier	SUFT
Fondation John Bost	Jacques	DOURY
MDPH Médecin	Brigitte	GAINET
Conseiller technique – DDCS 95	Laurent	CHAMBON
Adjointe à la chef de service hébergement logement – DDCS 95	Sandra	NGUYEN DEROSIER
Chef de Pôle Chef de service Psychiatrie infanto-juvénile Centre Hospitalier de Gonesse	Anne	ROZENCWAJG
Chef de Pôle psychiatrie adulte Centre Hospitalier René Dubos de Pontoise	Xavier	FARGEAS
Inspecteur de l'action sanitaire et sociale Réfèrent santé mentale DD ARS 95	Franck	LAVIGNE

2. LETTRE DE RETOUR DU DG ARS



Direction de l'Offre de Soins
Cellule Projets régionaux / Santé mentale

Affaire suivie par :
Philippe Guinard

Courriel : philippe.guinard@ars.sante.fr
Tél : 01.44.02.05.29.

Docteur Dominique CARAGE
Présidente de la Commission spécialisée
en santé mentale du Val d'Oise
UNAFAM 95

11 Rue Pasteur
95320 SAINT LEU LA FORET

Paris, le 18 SEP. 2018

Objet : Réponse à votre courrier du 11 juillet 2018 concernant le projet territorial de santé mentale

Madame la Présidente,

Par courrier du 11 juillet 2018, vous proposez de prendre l'initiative d'un projet territorial de santé mentale tel que défini par l'article L3221-2 du code de la santé publique. Le territoire de santé mentale envisagé pour ce projet correspond à l'ensemble du Val d'Oise. Vous avez défini un comité de pilotage de vingt membres chargé de superviser la démarche qui associe des acteurs intervenant dans le champs de la psychiatrie, du handicap psychique et de la santé mentale en général. Ce comité de pilotage propose que les correspondants de l'Agence soient :

- Mme le Docteur Dominique Carage, présidente de la commission spécialisée santé mentale du Conseil territorial de santé au titre de l'UNAFAM
- M. le Docteur Christophe Lamisse, président de la commission départementale des soins psychiatriques et chef de pôle du Centre hospitalier d'Argenteuil
- Mme le Docteur Anne Rozencwajg, chef de pôle au Centre hospitalier de Gonesse
- M. Olivier Suft, directeur de la Clé pour l'autisme, Fondation John Bost

C'est bien volontiers que j'accepte cette proposition et vous encourage à poursuivre la dynamique engagée avec la réunion d'information du 7 juin dernier, qui a réuni un large auditoire. Vous veillerez à associer l'ensemble des acteurs qui peuvent contribuer au projet, en particulier les acteurs de la prévention et les conseillers locaux de santé mentale qui se développent sur votre territoire.

J'attire votre attention sur le nouveau Schéma Régional de Santé 2018-2022 qui a été publié le 23 juillet dernier. La santé mentale constitue l'une des 8 priorités thématiques du Schéma avec 24 objectifs d'amélioration. Les projets territoriaux de santé mentale sont un outil essentiel pour décliner et adapter ces objectifs à chaque territoire.

35 rue de la Gare - Millénaire 2 - 75935 - Paris Cedex 19
Standard : 01.44.02.00.00
www.ars.iledefrance.sante.fr

L'Agence régionale de santé sera en appui à toutes les étapes d'élaboration du projet. Pour aider la démarche, un soutien financier de 50.000 € est alloué ; il sera géré par le centre hospitalier d'Argenteuil en fonction des besoins que vous aurez définis avec la Délégation Départementale de l'Agence. En tant que correspondants de l'ARS pour ce projet, vous rendrez compte de l'emploi de cette aide. Je vous invite à définir aussitôt que possible, l'agenda prévisionnel de la démarche projet et en particulier l'échéance de présentation du diagnostic territorial partagé que je devrai arrêter.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France



Aurélien ROUSSEAU

Copies envoyées par mail :

Docteur Christophe LAMISSE
Docteur Anne ROZENCWAJG
Monsieur Olivier SUFT

3. LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PTSM

- Dr Dominique CARAGE, Cheffe de projet, Présidente CSSM, UNAFAM95
- Dr Christophe LAMISSE, Chef de pôle et Chef de département CH Argenteuil, Président CDSP Val d'Oise
- Dr Anne ROZENCWAJG, Cheffe de pôle, cheffe de service, CH Gonesse
- Mme Sophie MELAN, Pilote Maia, Association Joséphine - DAC Val d'Oise Sud
- Mr Franck LAVIGNE, Référent santé mentale, DD ARS 95
- Mme Pauline MAISONNEUVE, Directrice des affaires médicales et des coopérations territoriales, CH Argenteuil
- Dr Marie-Noëlle BALAS, Cheffe de pôle Santé Mentale et Addictologie, GHT NOVO
- Mr Laurent CHAMBON, Conseiller technique, DDCS 95
- Dr Delphine COURTECUISSSE, Médecin Conseillère technique, Éducation Nationale
- Mr Jacques DOURY, Fondation John Bost
- Dr Patricia ESCOBEDO, Médecin, Président, Conseil de l'Ordre des médecins du 95
- Dr Xavier FARGEAS, Chef de Pôle, Chef de service psychiatrie Infanto juvénile, GHT NOVO
- Mme Michèle FOINANT, Directrice, Fondation Chaptal
- Dr Brigitte GAINET, Médecin, MDPH
- Mme Audrey GUGLIELMI, Adjointe service Évaluation, Responsable pôle social, MDPH
- Dr Gérald MESURE, Psychiatre, CH Simone Veil, Centre Imagine, Vice-président CSSM
- Dr Marie PENICAUD, Médecin responsable, Centres de santé Argenteuil
- Mme Annie PRADEILLES, Secrétaire bénévole, France Alzheimer 95
- Dr Mohamed RAHAL, Chef de pôle, Chef de service psychiatrie adulte, CH Simone Veil
- Mr Olivier SUFT, Fondation John Bost

4. INVITATION À LA JOURNÉE DE LANCEMENT DU 7 JUIN 2018

INVITATION

Renaud COUPRY, *Président du Conseil Territorial de Santé du Val d'Oise (CTS95)*
Dominique CARAGE, *Présidente de la Commission Spécialisée en Santé Mentale du Val-d'Oise*
vous invitent à la séance plénière du CTS95 sur

LE LANCEMENT DE LA DEMARCHE
« PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DU VAL D'OISE »
Le territoire, la cité, une concertation engagée entre tous les acteurs concernés

JEUDI 7 JUIN 2018

9h30-12h30

MAISON POUR TOUS PIERRE BOUDINET
Chemin des Avollées -95320- Saint-Leu-la-Forêt

Avec la présence de Anne-Lyse PENNEL-PRUVOST, *Députée Départementale ARS du Val d'Oise*
Philippe GUINARD, *Chargé de mission santé mentale à l'ARS Ile de France*

Merci de bien vouloir confirmer votre présence par retour de mail à l'adresse suivante :
ars-dd95-cts@ars.sante.fr

CONTEXTE - Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale serait « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. »

Selon l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

La démarche : « **Elaborer un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** », pour garantir une continuité et une qualité des parcours de santé et de vie, sécurisés et sans rupture.

Les acteurs : les professionnels et les établissements travaillant dans le champ de la santé mentale, les acteurs de la prévention, de l'éducation, du logement, de l'hébergement et de l'insertion, les services sociaux et médico-sociaux, les collectivités locales, les conseils locaux de santé et de santé mentale, les représentants des usagers et de leurs familles.

A un niveau territorial suffisant : celui du département.

PROGRAMME :

❖ 9h00 : Accueil

❖ 9h30-11h30 :

- Accueil des participants : Renaud COUPRY, *Président du Conseil Territorial de Santé 95* et Anne-Lyse PENNEL, *Députée Départementale de l'ARS dans le Val d'Oise*
- Articulation entre le Projet régional de santé et le PTSM : Philippe GUINARD, *Chargé de mission santé mentale à l'ARS Ile de France* :
- Cadre légal et réglementaire du PTSM : Franck LAVIGNE, *Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, DD ARS 95*
- Présentation par Dominique CARAGE, *Présidente de la Commission Spécialisée Santé Mentale du CTS95 et les Membres du Comité de Pilotage du PTSM du Val d'Oise*:
 - Objectifs et enjeux du PTSM dans le Val d'Oise
 - Méthodologie et calendrier,

5. LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL DU DTSM

a. GT1 – Accès au diagnostic et aux soins psychiques

LES REPRÉSENTANTS DES PERSONNES ET DES FAMILLES

- CARAGE Dominique, Médecin addictologue, Présidente de la Commission Spécialisée Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé 95, Bénévole UNAFAM 95
- GOURDIN Maryvonne, Déléguée Départementale, UNAFAM 95
- Mme ROUSSAUX, parent, CH Gonesse
- PASQUER Catherine, Association Écoute Parents Enfants Autistes

LES ACTEURS SANITAIRES

- ROZENCWAJG Anne, Chef de Pôle Psychiatrie Infanto-Juvenile, Chef de service Pédopsychiatrie, CH Gonesse
- MISCOPEIN Béatrice, Praticien Hospitalier Pédopsychiatre CMP/HDJ, CH Gonesse
- FAYE Pierre-Alexandre, Psychiatre adulte libéral et Pédopsychiatre CMP, CH Gonesse
- STEIN Sophie, Praticien Hospitalier Pédopsychiatrie CMP, CH Gonesse
- DAOUST Patricia, Psychologue Pédopsychiatrie, CH Gonesse
- BOURLIER Martine, Chef de service Pédopsychiatrie, GH Eaubonne Montmorency
- BOUKHALFA Naima, Praticien Hospitalier Pédopsychiatre, CH Argenteuil
- LEGRAND Corinne, Chef de service Pédopsychiatrie, CH Beaumont
- VION Erwan, Chef de service Pédopsychiatrie, CH Pontoise
- LETELLIER Thibaut, Assistant spécialiste, CH Gonesse
- DEMARTY Christine, Cadre PDAP, Parents-bébé, CATTP et HDJ Psychiatrie Périnatalité, CH Gonesse
- SALABELLE Serge, Praticien Hospitalier Pédopsychiatrie Liaison maternité, CH Gonesse
- REPEL Marie-Claire, Pédopsychiatrie Périnatalité, CH Gonesse
- SAGOT Camille, Psychologue, Périnatalité, CH Gonesse
- DRUMBL Géa, Pédopsychiatre, Psychiatrie de l'adolescent, GH Eaubonne Montmorency
- FARGEAS Xavier, Chef de service Psychiatrie Adolescents, Chef de pôle Psychiatrie Adulte, Psychiatrie Infanto-Juvenile, Addictologie et Médecine Pénitentiaire, CH Pontoise
- ROSCA Silviu, Chef de service, Psychiatre Adolescents, GH Eaubonne Montmorency
- PRADERE Jérôme, Pédopsychiatre, SUP'ADO Chef de service-adjoint, CH Argenteuil
- DA MOTA Carmen, Psychiatre, Centre médical et pédagogique Bouffémont
- BOYADJIAN Françoise, Cadre sup Pédopsychiatrie, CH Gonesse
- CARRIERE Maud, Responsable de l'Espace Adolescents, CH Gonesse
- MENETRIER Danielle, Coordinatrice de la MDA Est Val d'Oise, CH Gonesse
- GORI Florence, Cadre de santé Adulte, CH Argenteuil
- TEMPLIER Estelle, Cadre socio-éducatif Adulte, CH Argenteuil
- NEHARI Rachid, Psychiatre Adulte, CH Argenteuil

- LAMISSE Christophe, Psychiatre Adulte, CH Argenteuil
- ZEBDI Salah, Psychiatre Adulte CMP Plessis Bouchard, GH Eaubonne Montmorency
- BALAS Marie-Noëlle Chef de service Psychiatre Adulte, CH Beaumont sur Oise
- DUPUY Carole, Psychiatre Adulte, Clinique La Nouvelle Héloïse
- THOMAS Pascale, Cadre de santé, Clinique La Nouvelle Héloïse
- LABERGERE Olivier, Chef de Pôle Psychiatrie générale, CH Gonesse
- SULTY Roger, Cadre supérieur Psychiatrie Adulte, CH Gonesse
- VIEL Fabrice, CUMP 95
- BUSTOS Gabriella, Psychologue, Équipe mobile Psychiatrie Précarité, CH Gonesse

SERVICES MÉDECINE

- COLIN Marie-Odile, Cadre supérieur de santé, Pôle Femme Mère Enfant
- PAVAUX Hélène, Cadre de santé, Maternité CH Gonesse
- BRIXHE Christelle, Cadre de santé, Néonatalogie CH Gonesse
- GUILLAUME Isabelle, Cadre de santé, Pédiatrie CH Gonesse

LES ACTEURS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- MORIN Stéphanie, Foyer la Ceriseraie, APAJH 95
- MEYLAN Basile, Psychologue, CHRS Aerial
- BOLELLI Silmia, Psychologue, IME ROLAND BONNARD/ FAM SIMONE VEIL
- ABOUSSOUAN Nicole, Médecin - directeur -Pédopsychiatre, CMPP Ermont /Eaubonne
- PUSSINO Denis, Directeur administratif, CMPP Eaubonne
- DABAN Jean-Jacques, Pédopsychiatre, CMPP Beaumont-sur-Oise
- SEDLETZKI Michel, Pédopsychiatre, CMPP Villiers-le-Bel /Goussainville
- CHESNEL Sylvie, Directrice Foyer de vie et FAM, Association HEVEA
- GAMEIRO Leslie, Psychologue PCPE, MUTUELLE LA MAYOTTE
- TAÏB Kahina, Psychologue, Mission locale Val d'Oise Est
- BERTIN Agnès, Gestionnaire de cas, MAIA 95 Sud
- MORIN Vanessa, Directrice CMPP, APED L'Espoir
- GUIN Dominique, Chef de service, Centre Mélia
- DARCHEN François, Pédopsychiatre, CAMSP de Gonesse
- BRUGALLÉ Sonia, Adjointe de direction, Fondation John Bost
- SYLLA Salimata, Assistante sociale, CH Gonesse
- KOFFI KHALEY Christine, Directrice, Dispositif DITEP Arnouville

LES SERVICES DE L'ETAT

- LE THIEC Elyane, Inspectrice de l'orientation, EDUCATION NATIONALE
- GERHARDT Nathalie, Psychologue du CIO de Gonesse, EDUCATION NATIONALE
- NIKOLIC Katy, Directrice du CIO de Gonesse, EDUCATION NATIONALE
- FAVROLE Nathalie, Médecin scolaire, EDUCATION NATIONALE
- DESAUBRY Christine, Psychologue EDA, EDUCATION NATIONALE

LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET ACTEURS DE DÉMOCRATIE SANITAIRE

- DANIEL Brigitte, Responsable du Territoire d'Eaubonne, CD 95 / Service Social
- SOUCHIER Thérèse, Pilote MAIA EST, CD 95
- KRAUTTER Sabine, Responsable de la mission insertion des Rives de Seine, CD 95 / Service RSA

LES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

- BOIN Françoise, Responsable, Beaumont sur Oise
- MESURE Gérald, Chef de service du CSAPA Imagine, Hôpital Simone Veil
- MARCOS Xavier, Chef de service Addictologie, CH Gonesse

LES ACTEURS DE LUTTE CONTRE LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION

- TERRIER Isabelle, Coordinatrice Hébergement d'Urgence, CPCV Ile de France
- LAWSON Mariano, Chef de service, Centre d'hébergement et réinsertion sociale COALLIA Osny
- KASSID Sanaä, Technicienne d'insertion d'urgence sociale, Pôle exclusion, CROIX ROUGE FRANÇAISE
- LE FICHOUX Amanda, Travailleur social, Pôle exclusion, CROIX ROUGE FRANÇAISE
- MAMES Karen, Technicienne d'insertion d'urgence sociale, Pôle exclusion, CROIX ROUGE FRANÇAISE

LES ACTEURS DE LA DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE DE L'ARS

- LAVIGNE Franck, Inspecteur, Délégation territoriale ARS
- OUILLEAU Cloé, Étudiante en alternance Master 2, Délégation territoriale ARS

LES ACTEURS DE LA VILLE

- RAKOTOMALALA Camille, Psychologue, APCE 95 couple enfant
- LE GUILLOU Laure, Psychologue, PAEJ Gonesse
- TAMBOURIN Myriam, Psychologue, PRE de Garges

LES ACTEURS CONCOURANT À LA POLITIQUE TERRITORIALE

- BOBOT Marie, Coordinatrice, CLSM Val d'Oise Est
- VITEAU Tiphaine, Coordinatrice, CLSM CCHVO
- LE GOËDEC Benoit, Coordinateur médical Sage-femme, Réseau Périnatal 95
- FÉVRIER Thomas, Coordinateur administratif, Réseau Périnatal 95

b. GT2 – Prévention

REPRESENTANTS DES PERSONNES ET DES FAMILLES

- CARAGE Dominique, Présidente de la Commission Spécialisée Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé 95, UNAFAM 95
- GOURDIN Maryvonne, Déléguée départementale, UNAFAM 95

LES ACTEURS SANITAIRES

- MENETRIER Danielle, Cadre de coordination, MDA Val d'Oise EST
- VAZEILLE Gérard, Praticien hospitalier pédopsychiatrie, CH Gonesse CMP
- BERDEAUX Emmanuelle, CS pôle, GHEM

- VAZEILLE Marie Claude, Praticien Hospitalier, GHEM

LES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- FOURNIER Laurence, Psychologue, Pôle emploi
- VASSEUR Estelle, Psychologue, Pôle emploi
- CARON Philippe, Directeur CCAS, CCAS Enghien
- MERCADIER Marlène, Gestionnaire de cas, MAIA 95 Sud

LES SERVICES DE L'ETAT

- COLCLOUGH Lorna, Responsable Département, ARS DD95
- MONNET Vanessa, ARS DD95
- GUECHI Carole, SNCF

LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET ACTEURS DE DEMOCRATIE SANITAIRE

- FAUQUEUR Marie-Pierre, Responsable du territoire de l'Hautill, CD 95 / Service Social
- RICOLFI-BOUVELLE Dominique, Maire-adjointe chargée de la petite enfance, mairie Enghien
- REVAILLER Patrick, mairie Enghien
- BAUGUIL Nathalie, Responsable de la mission insertion Pays de France, CD 95 / Service RSA
- PELTIER Marie, Coordinatrice CLSM, Ville d'Argenteuil

LES ACTEURS DE LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

- MAKITA Emeline, Chef de service, CADA-COALLIA
- HADJEB Ludovic, FONDATION CHAPTAL
- LANGLOIS Fabienne, FONDATION CHAPTAL
- LE BOZEC, FONDATION CHAPTAL
- LARSONNIER Sylvie, Directrice IFSI et IFAS, FONDATION CHAPTAL
- MANDART Françoise, FONDATION CHAPTAL
- LUBIN Laurène, Pôle exclusion 95, CROIX ROUGE FRANCAISE
- PARRA Cédric, Pôle exclusion 95, CROIX ROUGE FRANCAISE
- MANDRIN Venise, Responsable d'équipes, Pôle exclusion 95, CROIX ROUGE FRANCAISE

c. GT3 – Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

- ALMASAN Florence, Responsable de la Cellule MASP - AESF -Vulnérabilité Cergy
- BALDE Juliette, Assistante Dir. Clinique les Orchidées, Andilly
- BATAILLARD Valérie, service social en faveur des élèves de l'Éducation nationale, Dir. Académique Val d'Oise
- BAUDE Valérie, APAJH95 SESSAD
- BAUGARD Justine, Chargée Mission Développement Social, VALPARISIS Beauchamp
- BENAAMED Thomas, Usager, GEM Argenteuil
- BENAMAMA Jamila, Usager, SAVS Argenteuil
- BETTEL Brigitte, chargée de mission, UNAFAM 95
- BOURIOU Pascal, Usager, GEM Argenteuil

- BRIOUSE Jennifer, Service Intermédiation Locative, St Ouen L'aumône
- BRUNET DE LA CHARIER Gabrielle, IES Responsable cellule cadre de vie Cergy, DD ARS95
- BRYCHE Corinne, Directrice IME
- CARAGE Dominique, UNAFAM 95 et Présidente CSSM
- CHAMBON Laurent, Conseiller technique en travail social, Direction Départementale de la Cohésion Sociale95 Cergy
- CHERIAUX FALLOURD Catherine, AS service Psychiatrie Adolescent Jeune, GHEM Eaubonne
- COCHENNEC Muriel, Coordinatrice des CLIC Val et Forêt et Rives de Seine Soisy-sous-Montmorency
- COGNARD Pascale, IDEC Réseau Joséphine Soisy-sous-Montmorency
- COPON Charlotte, MASP Cergy, Conseil Départemental
- CORREIA Cynthia, Éducatrice spécialisée Service de Psychiatrie, GHEM Eaubonne
- CUNG Dinh-Khai, Responsable de la Mission Insertion Plaine de France, Garges Les Gonesse
- DAVIET POUPARD Anne-Françoise, Travailleur social, MDPH
- DELACOURT François, Directeur, Mutuelle La Mayotte
- DENTAU Marie-Hélène, Mission locale Vallée de Montmorency
- DOURY Jacques, Directeur, Fondation John Bost
- Dr AIT SAADA Tassadit, Hôpital Simone Veil Eaubonne
- Dr BALAS Marie-Noëlle, Psychiatre, Chef de pôle, GHT NOVO / centre psychothérapie Les oliviers Beaumont
- Dr CHARTOL Eric, Foyer d'Accueil Médicalisé, Béthanie Menucourt
- Dr MADANIA Fadi, Pôle santé mentale de Beaumont
- Dr MONTANARI Sandie, Pédopsychiatre, GHEM Eaubonne
- Dr PETITDIDIER Jérôme, Centre de Psychothérapie d'Osny
- ESSAMADI Mbark, SAVS LIELOS, ARMME
- ETINZON Barbara, Chef Service SAS, HEVEA
- FLICHE Clotilde, CCAS Saint-Leu-la -Forêt
- GOLOB Patrick, Directeur IME Le Bois-d'En-Haut
- GRATAS Aurielle, Psychologue, PMI St Ouen L'aumône
- GUEUTI Nathalie, Chef service intermédiation locative, St Ouen L'aumône
- GUIBERT Rémy, Usager, CH Argenteuil
- HENRY Murielle, Directrice Résidence Médicalisée Zemgor
- KANDASAMY Amutha, LADAPT
- LAIN Evelyne, ATIVO
- LAMARCHE Nadia, FAM Béthanie, Fondation John BOST
- LARDY Émilie, Directrice adjointe, CCAS Saint-Leu-La-Forêt
- LAVIGNE Franck, DDARS
- LE MOUVES Mazila, Usager, SAVS Le Plessis Bouchard

- LE PAPE Cindy, Foyer Vie-FAM L'Olivaie, MAPHA La Saulaie et Service d'Accueil de jour La Clairière
- LECAT Pierre-Marie, Clinique les Orchidées
- MARCHAND Dorothee, CMP Bezons
- MARQUET Anabelle, Direct plateforme Sarcelles CRP, ESAT Hors murs SAMSAH, dispositif Emploi Accompagné, LADAPT Sarcelles
- MAUCLAIR Amélie, AS AMLI
- MAY Sylvie, directrice territoriale adjointe, PJJ
- MILIERE Véronique, Directrice, CCAS Saint-Leu-La-Forêt
- NGONO Steve, SAVS APAJH
- OCANA Audrey, Gestionnaire de cas, MAIA Val d'Oise Sud
- PAMULA Eric, Usager, GEM Argenteuil
- PELTIER Marie, CLSM BEAUCHAMP
- PLANET Christophe, Usager
- PRIVAT EL MJIDI Fatima, Psychologue, SAVS APAJH
- RAYNAL Stéphanie, Animatrice, GEM Argenteuil
- RICHARD Catherine, IDE, GHEM Eaubonne
- ROSENBERGER Sophie, Chargée de Projet Santé Référente Handicap, REFLEXES-95/ Mission locale Persan
- ROUCOU Jean-Jacques, Usager, GEM Argenteuil
- SAMPIL Kelly, Conseillère Sociale, Bailleur ANTIN Résidences Saint-Denis
- SAVIGNAT JOUVENET Martine, AS, Psychiatrie, CH Argenteuil
- TILLY Brigitte, IDEC, SSIAD CHAPTAL
- VALENCIA Claire, DD ARS
- VIDAL Magal, Usager Sannois

d. GT4 – Accès aux soins somatiques

LES REPRESENTANTS DES PERSONNES ET DES FAMILLES

- CARAGE Dominique, Présidente de la Commission Spécialisée Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé 95, Médecin addictologue, Unafam95
- GOURDIN Maryvonne, Déléguée Départementale Unafam95
- ROUSSAUX, Mère d'un enfant en situation de handicap
- PASQUER Catherine, Association de parents

LES ACTEURS SANITAIRES

- BOYADJIAN Françoise, Cadre supérieur, Pôle CH Gonesse Pôle pédopsychiatrie
- SPINU Niculina Ramona, Psychiatre, CH Argenteuil
- GORI Florence, Cadre de santé, CH Argenteuil
- KELFAOUI Oria, Infirmière, CH Argenteuil
- CAHEREC Véronique, Directeur qualité et soins, GHEM

- LABANI Aziz, Somaticien, GHEM
- LUNE Philippe, DS, GHEM
- OGEL Véronique, Cadre de santé, GHEM
- BOURLIER Martine Chef de service pédopsychiatrie, GHEM
- CARON Séverine, CSS de pôle, GHEM
- DRUO Jean-Philippe, Somaticien, BEAUMONT SUR OISE
- LECAT Pierre-Marie Directeur adjoint, Clinique Des Orchidées
- BALDE Juliette Attachée de direction, Clinique Des Orchidées
- OLIVIER Patrick, IDE libéral
- LAGAND Dominique, Directrice, Clinique d'Orgemont

LES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- DARNET-GINOT Karine, Directrice, SESSAD La Boussole Bleue
- LEMOIGNE Aurélie, Infirmière, SESSAD Amis de l'Atelier
- YZEUX Stéphanie, Infirmière, IME HENRI WALLON
- VASCON Emmanuelle, Directrice, Foyer la Charmille, Association HEVEA
- BLACHIER Alexandra, Directrice, CCAS Beauchamp
- GAMEIRO Leslie, Psychologue PCPE, MUTUELLE LA MAYOTTE
- GAMBA Dominique, Gestionnaire de cas, MAIA 95Sud
- MERCADIER Marlène, Gestionnaire de cas, MAIA 95Sud
- DEHAUT Sophie, Directrice, APED L'ESPOIR Résidence des Aubruns
- BAILLEUL Séverine, Directrice, APED L'ESPOIR Centre d'habitat

LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET ACTEURS DE DEMOCRATIE SANITAIRE

- BERTAUX Valérie, Responsable du territoire de Beaumont, Service Social, Service RSA, CD95
- BEAUCOURT Christine, Responsable de la mission insertion Cergy-Pontoise Vexin
- LAVIGNE Franck, Responsable service démocratie sanitaire, ARS DD95
- OUILLEAU Cloé, alternante service démocratie sanitaire, ARS DD95
- BELLO Didier, CTS

LES ACTEURS DE LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

- LE JOLY Lucille, Technicienne d'insertion d'urgence sociale, CROIX ROUGE FRANCAISE Pôle exclusion
- LE FICHOUX Amanda, Travailleur social, CROIX ROUGE FRANCAISE

LES ACTEURS CONCOURANT À LA POLITIQUE TERRITORIALE DE SANTE MENTALE

- LAIN Evelyne, Responsable de service, ATIVO

e. GT5 – Situations de crise et situations inadéquates

LES REPRESENTANTS DES PERSONNES ET DES FAMILLES

- GOURDIN Maryvonne, Déléguée départementale, UNAFAM 95
- DENISET Annick, Bénévole, UNAFAM 95

- PLANET Christophe, Usager, CPO
- PEYRAUD Catherine, Bénévole, UNAFAM 95

LES ACTEURS SANITAIRES

- VAZEILLE Gérard, Psychiatre, CH Gonesse
- CARRIERE Maud, Psychiatre responsable de l'espace adolescents, CH Gonesse
- TEMPLIER Estelle, Cadre socio-éducatif, CH Argenteuil
- HUPPERT Thomas, Psychiatre sup'ado, CH Argenteuil
- PAILLARD Chantal, Assistante Sociale, CH Argenteuil
- DA SILVA SOUSA Véronique, Assistante Sociale, CH Argenteuil
- NEHARI Rachid, Psychiatre, CH Argenteuil
- RINGUET-FARINE Elise, Éducatrice spécialisée, CH Argenteuil
- MOUSNIER LOMPRES Anne, Psychiatre, GHEM
- KRAWCZYK Bania, Cadre de santé, GHEM
- BERDEAUX Emmanuelle, CS de pôle, GHEM
- RAHAL Mohammed, Chef de pôle, GHEM
- KASHANI Banafsheh, Cadre supérieur de santé, GHEM
- CARON Séverine, CSS de pôle, GHEM
- BEAUCAMP Laurence, Cadre de santé, GHEM
- RICARD-HIBON Agnès, Urgentiste, SAMU 95
- GHCP Gharbi Gabriel, Psychiatre, GHCP
- PETITDIDIER Jérôme, Psychiatre, Clinique Osny-CPO
- ESCOBEDO Patricia, Médecin généraliste, SOS médecins, Conseil de l'Ordre du 95
- NIRO Valérie, Médecin coordinateur, Psychiatre, Clinique Psychiatrique ORGEMONT

LES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- PEREIRA Elisabeth, Psychologue, APAJH 95
- FOUQUES Carole, Directrice ESAT La Hêtraie, Chargée de mission qualité, Association HEVEA
- SONG Philippe, Directeur administratif et pédagogique, CMPP VILLIERS LE BEL
- BLANCHIER Alexandra, Directrice, CCAS BEAUCHAMP
- KEBIR Sami, Coordinateur santé-handicap, CCAS BEAUCHAMP
- SUFT Olivier, Directeur du site de la clé pour l'autisme, fondation John Bost
- CHANCEREL Céline, Directrice CHRS Aerial, ANRS
- PONTOS Laure, Gestionnaire de cas MAIA
- BERRADI Salim, Directeur DITEP et PCPE, MUTUELLE LA MAYOTTE
- WINGEL Karine Directrice FAM, Association HAARP
- GAMEIRO Leslie, Psychologue PCPE, MUTUELLE LA MAYOTTE
- BOUBEKEUR Mustapha, Directeur Pôle Hébergement, LADAPT 95
- DROCCI Charlotte, Directrice adjointe, APED L'ESPOIR SAOH Horizon
- COIFFETEAU Anne, Directrice adjointe, HAARP

- TERRIER Isabelle, Coordinatrice CHU, CPCV
- KANDASAMY Amutha, chef de service, LADAPT 95

LES SERVICES DE L'ETAT

- CHAMBON Laurent, Conseiller technique en travail social, DDCS 95
- MORIN Alexia, Médecin, Éducation nationale
- DURANTON Sandrine, Médecin-chef des sapeurs-pompiers, SDIS 95
- SCHWETTERLE Thierry, Médecin-chef adjoint des sapeurs-pompiers, SDIS 95

LES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET ACTEURS DE DEMOCRATIE SANITAIRE

- JAKUBEK Martine, Chef de service, CD 95 - DGAS/ASE
- PELTIER Marie, Coordinatrice CLSM, CLSM Val parisis
- VALENCIA Claire, Technicien sanitaire, ARS DD 95
- LEMAISTRE Marie-Claude, Coordinatrice CLSM, CLSM Argenteuil Bezons

LES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

- MESURE Gérald, Médecin Chef de service, CSAPA Imagine, Hôpital Simone Veil

LES ACTEURS DE LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

- BOCHARD Carole, Chargée d'orientation, SIAO 95

LES ACTEURS CONCOURANT À LA POLITIQUE TERRITORIALE DE SANTE MENTALE

- BOISMARTEL Marie-Claude, Administratif, Conseillère municipale, UDAF 95 / CDCA, Enghien

6. LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL D'ÉLABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

a. GT1 – Accès aux soins psychiques

- Mme AUTEFAGE, Attachée territoriale, ASE, Conseil départemental 95
- Dr Zohra BAARIR, Psychiatre, Équipe Mobile Santé Mentale, HIDA, CH Argenteuil
- Dr Marie-Noëlle BALAS, Psychiatre, Chef de Pôle Santé Mentale et Addictologie, GHCP0
- Dr Michel BAUX, CPTS
- Dr Françoise BOIN, Médecin addictologue, CSAPA Voie 11, Persan-Beaumont
- Carole DAOUD, Coordinatrice, DAC Opalia 95
- Dr Françoise DUMONT, Pédopsychiatre, Chef de service pédopsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - Secteur 95 I 01, CH d'Argenteuil
- Tanguy CHOLIN, Chargé de mission, DD ARS 95
- Dr Béatrice COINTEPAS, Médecin, PMI, Conseil départemental 95
- Dr Patricia ESCOBEDO, Médecin généraliste, SOS médecins 95 Présidente du CDOM95
- Dr Nathalie FAVROLLE, Médecine scolaire, DSDEN 95
- Maryvonne GOURDIN, Bénévole, UNAFAM 95
- Pascale JARNOUX, Cadre supérieure de santé, CH Simone Veil, Eaubonne
- Dr Olivier LABERGERE, Psychiatre, Chef de service du secteur 95G10, Chef de pôle de psychiatrie générale, CH Gonesse
- Pauline MAISONNEUVE, Directrice des affaires médicales et des coopérations territoriales, CH d'Argenteuil
- Danielle MENETRIER, Coordinatrice, MDA de Gonesse
- Dr Alain MERCIER, CPTS
- Vanessa MORIN, Directrice, APED Espoir, Beaumont, Oise
- Dr Valérie NIRO ADES, Médecin coordinateur, clinique d'Orgemont
- Dr Jérôme PRADERE, Pédopsychiatre, Chef de service adjoint, service universitaire de psychiatrie de l'adolescent – SUP'ADO, CH d'Argenteuil
- Dr PROUST, PMI, Conseil départemental 95
- Dr Philippe TAURAND, Gériatre, Chef du pôle inter-établissement de gériatrie CH d'Argenteuil-CH Simone Veil
- UDCCAS, Domont
- Dr Anne ROZENCWAJG, Psychiatre, Chef de pôle et Chef de service de la pédopsychiatrie du CH de Gonesse

b. GT2 – Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence

- Dr Emmanuelle BAUDOIN, Psychologue, CH Pontoise
- Dr Dominique CARAGE, Présidente CSSM, Bénévole UNAFAM 95

- Dr Jean-Paul DABAS, Médecin, SAMU 95
- Hélène DOMISSE, Cadre supérieure de santé, pôle de psychiatrie et santé mentale, CH d'Argenteuil
- Dr Carole DUPUY, Psychiatre, Médecin coordinateur, Clinique Nouvelle Héloïse
- Sarah DENIS, Chef de service, CCAS Argenteuil
- Jacques DOURY, Directeur, Fondation John Bost
- Dr Sandrine DURANTON, Médecin chef, SDIS 95-SSSM
- Dr Patricia ESCOBEDO, Médecin généraliste, SOS médecins 95, Présidente du CDOM95
- Dr Thomas HUPPERT, Psychiatre, SUP'ADO, CH Argenteuil
- Dr Laure KERVADEC, Médecin référent santé mentale, DD ARS 95
- Frédéric LAUZE, Directeur départemental de la sécurité publique du Val d'Oise
- Corinne LECLERCQ, Directrice, SAMSAH Belle Alliance
- Florence MAUROY, Directrice, Centre d'hébergement d'urgence, CCAS Argenteuil
- Dr Alain MERCIER, CPTS
- Dr Mohamed RAHAL, Psychiatre, Chef de Pôle, CH Simone Veil, Eaubonne
- Estelle TEMPLIER, Cadre socio-éducatif, CH Argenteuil
- Préfecture

c. GT3 – Parcours de vie et de santé sans rupture en vue de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes / Accès aux soins somatiques

- Elisabeth ASDRUBAL, Directrice générale, Cap Emploi 95
- Laurence BARRERE, Cadre de santé, CH Argenteuil
- Laurent BILLARD, Directeur général, APED Espoir
- Marie BOBOT, Coordinatrice, CLSM Val d'Oise Est
- François DELACOURT, Directeur général, Mutuelle La Mayotte
- Annick DENISET, Bénévole, UNAFAM 95
- Mbark ESSAMADI, Directeur, SAVS ARMME
- Nicole ESPELLAC, Directeur, Résidence accueil Éragny
- Carole FOUQUES, Directrice générale par intérim, HEVEA
- Dr Brigitte GAINET, service Évaluation MDPH
- Audrey GUGLIELMI, Adjointe au chef de service Évaluation MDPH
- Valérie HONORE ROUGE, Chef de service secteur personnes handicapées et accueil familial, Direction de l'offre médico-sociale CD95
- Isabelle KEREBEL, Inspectrice Éducation Nationale en charge de la scolarisation des élèves handicapés
- Dr Christophe LAMISSE, Chef de pôle psychiatrie et santé mentale, Chef du Département de psychiatrie générale, CH d'Argenteuil
- Carole LHOMMEDET, Coordinatrice pôle insertion, Cap emploi

- Dorothee MARCHAND VIAL, Coordinatrice P2R95, département de psychiatrie générale, CH Argenteuil
- Matthieu MARCHAND, Direction territoriale, Pôle emploi
- Sophie MELAN, Pilote, DAC Sud Val d'Oise
- Dr Béatrice MISCOPEIN, Pédiopsychiatre, CH Gonesse
- Dr Mounsef OUDRHIRI, Maison hospitalière, Association Les ailes déployées
- Dr Marie PENICAUD, Médecin généraliste, CMS Argenteuil
- Dr Jérôme PETITDIDIER, centre de psychothérapie d'Osny
- Karine POUPEE, Chef de service départemental, Aide sociale à l'enfance
- Angélique RENAULT, bailleur social SEQENS
- Olivier SUFT, Directeur site la Clé pour l'Autisme, Fondation John Bost

d. GT4 – Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

- Adeline ATTETALLAH, Coordinatrice, CLSM Val Parisis
- Marie BOBOT, Coordinatrice, CLSM Val d'Oise Est
- Laëtitia BOISSEAU, Présidente Union Départementale des CCAS, Vice-Présidente CCAS Taverny, Adjointe au maire de Taverny
- Dr Delphine COURTECUISSÉ, Médecine scolaire, DSDEN 95
- Christine DEMARTY, Cadre supérieur de santé, CH Gonesse
- Nancy DRU, Directrice, CODES 95
- Bruno DUMAS, Directeur, association de prévention spécialisée jeunesse Imaj95
- Dr Patricia ESCOBEDO, Médecin généraliste, CDOM 95 et SOS médecins 95
- Michèle FOINANT, Directrice, Fondation Chaptal
- Geneviève GAGNEUX, Coordinatrice, CLSM Cergy-Pontoise
- Ludovic HADJEB, Fondation Chaptal
- Brice JACQUEMIN, Chargé de projet territorial, AORIF
- N. LE ROUX BADDI, Directrice DHAE SAF, Sauvegarde 95
- Mélissa MAHIEUX, Responsable service santé, CLS-ASV Cergy
- Matthieu MARCHAND, Direction territoriale, Pôle emploi
- Dr Gérard MESURE, Médecin addictologue, CSAPA Imagine
- Dalila MORO, Bénévole, UNAFAM 95
- Dr Chantal MOUTET-KREBS, Médecin, AMETIF Ermont
- Jean-Michel POUS, CAF
- Chistel QUELLEC, Mission Locale Taverny
- Dr SPINU, Psychiatre, praticien responsable de l'Unité d'Hospitalisation Temps Plein, département de psychiatrie générale, CH d'Argenteuil
- Marianne TOUTEAU-FERY, Directrice de la régulation et de la relation avec les professionnels de santé – DRRPS – CPAM Val d'Oise

- Tiffaine VITEAU, Coordonnatrice, CLSM Haut-Val d'Oise
- Dr Erwan VION, Chef de service de la pédopsychiatrie, CHRD de Pontoise

7. PLANS D' ACTIONS DU PTSM AVANT PRIORISATION

Sont présentées ici les 51 pistes d'actions issues du travail de diagnostic qui ont été proposés aux groupes de travail pour une priorisation par questionnaires.

a. GT1 – Accès aux soins psychiques

Le plan d'action du GT1 comprenait 20 pistes d'actions. À l'issue des deux itérations du questionnaire, 8 actions ont été priorisées.

SOUS THÈME 1 – MOYENS ET RESSOURCES HUMAINES EN PSYCHIATRIE

Action 1.1. Renforcer l'attractivité du territoire pour les postes en psychiatrie, et la promotion des carrières hospitalières en psychiatrie sur le territoire (venue des internes, installation et fidélisation des PH)

SOUS THÈME 2 – REPÉRAGE, ORIENTATION ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE

Action 1.2. Organiser l'appui des professionnels du repérage par la psychiatrie : a) En proposant aux acteurs non spécialistes des temps de rencontre, de sensibilisation et de formation aux signes précoces des troubles psychiques b) En mettant en place un dispositif de soins partagés (DSP) sur le département, entre les acteurs du premier recours et de la psychiatrie ; avec pour mission d'aider les médecins généralistes dans l'évaluation et l'accompagnement de leurs patients présentant une souffrance psychique ou un trouble mental c) En promouvant la mise en place de consultations avancées mixtes psychiatre-médecin généraliste

Action 1.3. Faire le bilan de l'action « Ecout'Emoi » pour travailler à des pistes de remboursement des psychothérapies en libéral prescrites par un psychiatre

SOUS THÈME 3 – ACCÈS AU DIAGNOSTIC

Action 1.4. Mettre en œuvre des outils de cartographie visant à améliorer le repérage pour le public et pour les professionnels de l'offre en santé mentale de proximité, des dispositifs d'expertise existants sur le département (plateforme TND, expertise universitaire adolescents...) et au niveau régional (CRA, ...). Renforcer l'existence et la répartition de dispositifs spécifiques dans le département.

SOUS THÈME 4 – ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES / GÉNÉRALITÉS

Action 1.5. Envisager le développement des modalités « d'aller vers » par publics cibles, en priorisant les besoins (repérage, suivi, gestion des crises) : – Enfants / ados : création d'équipes mobiles reliées aux CMP infanto-juvéniles, pour permettre les visites à domicile, les rencontres avec les partenaires et l'accès aux cliniques du repli pour les adolescents – Adultes : création d'équipes mobiles en psychiatrie générale et développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) – Personnes âgées : développement et renforcement des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé

Action 1.6. Organiser la coopération et l'articulation entre les filières de soin : – L'addictologie et la psychiatrie – La neurologie et la psychiatrie – La gériatrie et la psychiatrie – Les services de maternité et la psychiatrie

SOUS THÈME 5 – ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES EN PÉRINATALITÉ

Action 1.7. Dédier des lits en maternité, hors T2A, pour la prolongation de séjours de dyades mère-bébé d'indication pédopsychiatrique ou psychiatrique

Action 1.8. Renforcer les unités de soins psychiatriques du bébé (consultation, CATTP, hôpitaux de jour, équipe mobile) pour la prise en charge des difficultés dans les interactions précoces

Action 1.9. Envisager la création d'une unité départementale d'hospitalisation temps plein mère-bébé pédopsychiatrique

SOUS THÈME 6 – ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Action 1.10. Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet pour les enfants et les adolescents : CATTP (places en groupes thérapeutiques), hôpitaux de jour, accueils de jour proposant des activités en groupe

Action 1.11. Développer deux plateformes dédiées aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) : 1) Est et Sud du Val d'Oise, portée par le GHT Sud Val D'Oise - Nord Hauts-de-Seine, qui couvrira les bassins de vie d'Eaubonne-Montmorency, Argenteuil et Gonesse, 2) Ouest du Val d'Oise, portée par Pontoise, qui couvrira le bassin de vie de Pontoise et Beaumont-sur-Oise

Action 1.12. Développer les plateformes de coordination et d'orientation pour les troubles neurodéveloppementaux (PCO TND) de Gonesse et de Pontoise

SOUS THÈME 7 – ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES POUR LES ADULTES

Action 1.13. Envisager la création de dispositifs de prise en charge spécifiques aux 16-25 ans en psychiatrie, déployant des techniques issues de la réhabilitation psychosociale, afin d'éviter par une intervention précoce l'altération des fonctions cognitives et des compétences sociales

Action 1.14. Favoriser le recrutement de nouveaux médiateurs de santé pairs et accompagner l'implantation de nouveaux GEM dans le département

SOUS THÈME 8 – ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES POUR LES PUBLICS SPÉCIFIQUES

Action 1.15. Développer l'offre en consultations d'ethnopsychiatrie dans le département Action 1.16. Développer l'offre en consultations spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes dans le département

Action 1.17. Développer quantitativement les lieux de cure et les hôpitaux de jours en alcoologie dans le département

Action 1.18. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en s'appuyant sur le diagnostic des besoins réalisé par l'EMPP de Gonesse et en impliquant les élus par le biais des CLSM du département. Mettre en place une coordination des EMPP du territoire

Action 1.19. Structurer un réseau de correspondants et un annuaire des psychiatres et psychologues volontaires en CMP pour la prise en charge des obligations de soin. Agréer des psychologues hospitaliers pour ces prises en charges

SOUS THÈME 9 – ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES EN ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Action 1.20. Déployer des dispositifs de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise) en psychiatrie vers la médecine de ville et vers les ESSMS du département (EHPAD, appui au repérage pour les travailleurs sociaux, établissements pour adultes et enfants en situation de handicap psychique sans ressource médicale interne)

b. GT2 – Gestion et prévention des situations de crise et d'urgence

Le plan d'action du GT2 comprenait 7 pistes d'actions. À l'issue des deux itérations du questionnaire, 4 actions ont été priorisées.

SOUS THÈME 1 - PRÉVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE

Action 2.1. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale sur le département, qui ont un impact considérable sur le taux de rechute

Action 2.2. Développer des dispositifs d'accompagnement et de soutien des familles et des enfants de personnes souffrant de troubles psychiques (consultations en psychiatrie, unités de thérapie familiale, formations dédiées aux familles, groupes de parole, lieux de prise en charge spécifiques), dès le repérage, tout au long du parcours et dans les situations de crise

Action 2.3. Développer et mettre en place en psychiatrie le concept de directives anticipées

Action 2.4. Structurer les parcours des personnes en situation de crise, en élaborant des modalités de réponses graduées associant le réseau des intervenants (famille, réponse téléphonique, télémédecine, équipes mobiles, centres d'accueil de la crise, CMP, urgences, etc.) et en diffusant ces modalités

Action 2.5. Mettre en place une cellule de crise pour les adolescents, leur permettant d'être accueillis le temps de la crise et développant une approche clinique spécifique à cette tranche d'âge

SOUS THÈME 2 - COORDINATION DES ACTEURS DE LA RÉPONSE AUX URGENCES

Action 2.6 : Réviser et reconduire le protocole départemental « Faites le 15 » concernant le transport des personnes sans consentement, et mettre en place un schéma départemental des urgences psychiatriques adultes d'ici 2022 sur l'ensemble du territoire du val d'Oise

SOUS THÈME 3 – PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE ET SUIVI POST URGENCE

Action 2.7. Organiser et déployer via le dispositif Vigilans, une réponse formalisée et partagée par l'ensemble des centres hospitaliers du département, pour le suivi des patients à risque suicidaire, en aval de leur passage aux urgences

c. GT3 – Parcours de vie et de santé sans rupture / soins somatiques

Le plan d'action du GT3 comprenait 16 pistes d'actions. À l'issue des deux itérations du questionnaire, 6 actions ont été priorisées.

SOUS THÈME 1 - ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Action 3.1. Favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation, notamment au niveau de la prise en charge dans des dispositifs sanitaires

Action 3.2. Mener des actions de formation / information des médecins (généralistes et psychiatres) en matière de rédaction des certificats médicaux pour la MDPH et favoriser la transmission des décisions prises par la MDPH aux médecins à l'origine des dossiers

Action 3.3. Améliorer la couverture en dispositifs médico-sociaux dans le département, que ce soit dans le droit commun ou en milieu adapté pour les enfants et les adultes

SOUS THÈME 2 - COORDINATION DES PARCOURS ET DES ACTEURS EN SANTÉ MENTALE

Action 3.4. Mettre en place une fonction de coordinateur / référent de parcours, en dehors des institutions de première ligne dans l'accompagnement, en charge de veiller à la fluidité des relais et à la prévention des ruptures

Action 3.5. Mettre en place une plateforme territoriale de santé mentale en lien avec les /au sein des 3 dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en cours de développement dans le département, chargée d'appuyer les professionnels dans l'orientation et la gestion des cas complexes

Action 3.6. Développer des formations croisées, des stages par immersion / comparaison, pour l'ensemble des acteurs du département concernés par la santé mentale, y compris les familles et les usagers

SOUS THÈME 3 – ACCÈS À / MAINTIEN DANS LE LOGEMENT

Action 3.7. Soutenir et diffuser les actions menées par les CLSM auprès des bailleurs et des gardiens d'immeubles pour favoriser le maintien dans le logement

Action 3.8. Soutenir la création de places en appartements de coordination thérapeutique (ACT) dans le département

SOUS THÈME 4 – ACCÈS À / MAINTIEN DANS LA SCOLARITÉ

Action 3.9. Renforcer les dispositifs d'accès aux études des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie (enseignants spécialisés, soins études)

Action 3.10. Soutenir les acteurs de l'Éducation Nationale pour l'accompagnement des enfants et adolescents présentant des difficultés d'ordre psychique, en vue de leur maintien dans une scolarité en milieu ordinaire

SOUS THÈME 5 – ACCÈS À / MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Action 3.11. Développer des partenariats et des dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi : Dispositif Emploi Accompagné, soutien aux actions des GEM, soutien au futur Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi...

SOUS THÈME 6 – ACCÈS AUX SOINS SOMATIQUES

Action 3.12. Mettre en place des journées de stage en psychiatrie pour les internes en médecine générale du département, en lien avec les maîtres de stage en médecine générale du Val d'Oise et les responsables des DES de médecine générale de la région

Action 3.13. Systématiser les courriers entre les services psychiatriques d'hospitalisation et ambulatoires, et les médecins généralistes et spécialistes, notamment la transmission des comptes rendus d'hospitalisation

Action 3.14. Renforcer la coordination entre les acteurs du premier recours et les professionnels de la psychiatrie en développant : a) des modalités de soin partagé (coopération MSP / CMP, Dispositifs de Soins Partagés) ; b) des outils de communication et d'information partagée efficaces et peu coûteux en temps (Terr-eSanté au sein des CMP, réunions en visioconférence) ; c) La valorisation du temps passé par les professionnels des CMP dans les instances de coordination

Action 3.15. Envisager les modalités adéquates et les mettre en place pour renforcer le suivi somatique au sein des CMP du département et le lien avec la médecine de ville : systématisation du recueil du médecin traitant dès l'entrée en CMP ; consultation somatique par IDE / infirmière de pratique avancée, interne ; mise en place d'un réseau de médecins généralistes mobilisables pour des interventions ponctuelles en CMP, mise en place d'un accompagnement chez le médecin généraliste par les IDE de CMP pour les patients en rupture de soin

Action 3.16. Élaborer un état des lieux de la présence des assistants de service social et renforcer leur présence dans les différents secteurs de psychiatrie, pour mieux évaluer l'accès aux droits sociaux des patients pendant l'hospitalisation de façon à éviter les ruptures de soins

d. GT4 – Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale

Le plan d'action du GT4 comprenait 8 pistes d'actions. À l'issue des deux itérations du questionnaire, 5 actions ont été priorisées.

SOUS THÈME 1 - INFORMATION EN SANTÉ MENTALE / LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

Action 4.1. Soutenir les actions existantes en matière d'information et de sensibilisation en santé mentale (SISM, actions des CLSM), et de promotion de la santé mentale globale

SOUS THÈME 2 - PRÉVENTION EN MILIEU ÉDUCATIF ET SCOLAIRE

Action 4.2. Déployer des actions visant à renforcer les connaissances des professionnels de l'Éducation nationale sur la santé mentale, le renforcement des compétences psychosociales des enfants et le soutien de la parentalité, à partir de leurs besoins identifiés, en intégrant les patients experts et les pair-aidants

Action 4.3. Créer une instance départementale chargée de promouvoir les actions de prévention reconnues pertinentes et des bonnes pratiques en santé mentale

SOUS THÈME 3 – PRÉVENTION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE AU TRAVAIL

Action 4.4. Sensibiliser l'ensemble des dirigeants, des managers et des salariés du département aux risques psycho-sociaux (RPS). Au sein des entreprises, promouvoir la mise en place du Document Unique des Risques Professionnels (DUERP) les outils d'évaluation de la qualité de vie au travail et des RPS. Soutenir l'analyse de pratique / la supervision.

Action 4.5. Mettre en place un espace d'écoute, d'expression et d'information dédié à la thématique de la souffrance au travail

SOUS THÈME 4 - PRÉVENTION 3.0

Action 4.6. Mettre en place un groupe de travail départemental chargé d'identifier et de prioriser les modalités d'accès à une culture citoyenne du numérique en santé mentale et intégrer des pair-aidants dans ce groupe

Action 4.7. Promouvoir auprès des équipes intervenant en santé mentale, le recours aux nouvelles technologies pour l'accompagnement des usagers

SOUS THÈME 5 – CADRE DE VIE / LOGEMENT

Action 4.8. Développer des dispositifs de logement inclusif accompagné dans le département : logement social, baux glissants, résidences accueil, propositions innovantes...

8. SYNTHÈSE DES PORTEURS D' ACTIONS

Repérage et accès aux soins psychiques	
1.1. Réaliser un bilan territorial de l'expérimentation du dispositif Ecout'Emoi afin d'améliorer son développement dans le département et de lever les freins qui ont été constatés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDA de Gonesse ▪ DAC Est 95
1.2. Développer des équipes mobiles permettant l' « aller vers » des soins en santé mentale, par publics cibles (bébés, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), en priorisant les besoins (repérage, intervention précoce, gestion de crises) et en s'appuyant sur le réseau des partenaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ DAC Sud 95 ▪ CH Argenteuil
1.3. Renforcer les espaces de soins de psychiatrie périnatale (consultations, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles) pour la prise en charge des troubles des interactions précoces	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EP2 (CH Argenteuil) ▪ Cadre supérieur de maternité, assistante de pôle femme mère enfant (CH Argenteuil)
1.4. Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet pour les enfants et les adolescents en accueil de jour proposant des activités de groupe (CATTP, hôpitaux de jour ...)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95
1.5. Envisager la création de dispositifs psychiatriques ambulatoires spécifiques aux 16-25 ans , déployant des techniques issues de la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs du parcours du jeune, afin d'éviter par une intervention précoce l'altération des fonctions cognitives et des compétences sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P2R95 (CH Argenteuil) ▪ ADAPT ▪ Les Ailes Déployées
1.6. Développer les consultations spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes dans le département	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser
1.7. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du département. Renforcer la coordination des acteurs de la précarité , en impliquant les élus par le biais des CLSM du département, et en créant un comité de pilotage des EMPP du département, en lien avec la coordination régionale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établissements portant les EMPP du territoire
1.8. Déployer des dispositifs de télémedecine vers les ESSMS du département (EHPAD, établissements sociaux et, établissements pour adultes et enfants en situation de handicap psychique sans ressource médicale interne)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHA / GHEM via le pôle inter-hospitalier de gériatrie ▪ DAC Est 95
Prévention et gestion des situations de crise et des situations d'urgence	
2.1. Structurer les parcours des personnes en situation de crise , en élaborant des modalités de réponses graduées associant le réseau des intervenants (famille, médecins généralistes, réponse téléphonique, télémedecine, équipes mobiles, cellule de crise pour adolescents, CMP, urgences, etc.) et en diffusant ces modalités	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser
2.2. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale sur le département	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique la Nouvelle Héloïse ▪ CoordETP95 ▪ CH Argenteuil
2.3. Réviser le protocole départemental concernant le transport des personnes sans consentement , et promouvoir son intégration dans le futur schéma départemental des urgences psychiatriques adultes du Val d'Oise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préfecture du Val d'Oise ▪ DD ARS 95

<p>2.4. Organiser et déployer via le dispositif Vigilans, une réponse formalisée et partagée par l'ensemble des centres hospitaliers du département, pour le suivi des patients à risque suicidaire après leur passage à l'hôpital</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil
<p>Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion</p>	
<p>3.1. Améliorer la couverture en dispositifs médico-sociaux dans le département, que ce soit dans le droit commun ou en milieu adapté, pour les enfants et les adultes ; et favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ Autres porteurs à préciser
<p>3.2. Mettre en place une plateforme territoriale de santé mentale en lien avec les 3 dispositifs d'appui à la coordination en cours de développement dans le département, chargée d'appuyer les professionnels dans l'orientation et dans la gestion des cas complexes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DAC Est 95 (Opalia) ▪ DAC Sud 95 (Joséphine) ▪ DAC Nord-Ouest 95 (Coordinov)
<p>3.3. Renforcer les synergies entre les groupes d'entraide mutuelle ainsi que leur autonomie de fonctionnement et favoriser le recrutement et l'intégration de pairs aidants et de médiateurs de santé pairs au sein des équipes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 95 ▪ Mutuelle la Mayotte
<p>3.4. Soutenir les acteurs de l'Éducation Nationale pour l'accompagnement des élèves et étudiants présentant des difficultés d'ordre psychique, en vue de leur maintien dans une scolarité en milieu ordinaire. Renforcer les dispositifs d'accès aux études des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie (enseignants spécialisés, soins-études)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser
<p>3.5. Développer des partenariats et dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi, en associant les dispositifs spécialisés et du droit commun</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser
<p>3.6. Développer et faire connaître les dispositifs d'accompagnement / de soutien des familles et des enfants de personnes souffrant de troubles psychiques, dès le repérage, tout au long du parcours et dans les situations de crise</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil ▪ CLSM du 95
<p>Coordination des acteurs de soins ville – hôpital</p>	
<p>3.7. Renforcer la coordination entre la médecine de ville et la psychiatrie, par la mise en place de modalités de soins et d'outils de communication partagés, et par la réaffirmation de la mission d'accès aux soins somatiques des CMP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CH Argenteuil ▪ Future CPTS du territoire d'Argenteuil
<p>Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale</p>	
<p>4.1. Développer des dispositifs de logement accompagné dans le département : appartements de coordination thérapeutique, logement inclusif, logement social, baux glissants, résidences accueil, propositions innovantes...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNAFAM 95 ▪ CLSM du 95
<p>4.2. Renforcer le soutien aux CLSM existants et développer de nouveaux CLSM, en lien avec les élus locaux, pour la mise en œuvre d'actions d'information et de promotion de la santé mentale sur leur territoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DD ARS 95 ▪ Autres porteurs à préciser
<p>4.3. Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser

<p>4.4. Promouvoir les actions de prévention primaire en santé mentale au travail au sein des CLS et CLSM du département. Favoriser la coordination des acteurs de la santé mentale et des services de santé au travail dans ces actions à l'échelle locale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser
<p>4.5. Promouvoir et accompagner l'utilisation des outils de l'e-santé auprès du public et des professionnels de la santé mentale, dans le département</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À préciser

9. PROGRAMME DE LA PRÉSENTATION DU PTSM DU 15 DÉCEMBRE 2020

**Conseil Territorial
de Santé** Val d'Oise



Présentation du Projet Territorial de Santé Mentale du Val d'Oise.

Renaud COUPRY, Président du Conseil Territorial de
Santé du Val d'Oise (CTS95)

et

Dominique CARAGE, Présidente de la Commission
Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) du CTS95

vous invitent à assister **MARDI 15 DÉCEMBRE 2020** à
partir de **14h** à la séance plénière du CTS95 pour la
présentation du Projet Territorial de Santé Mentale du
Val d'Oise.

A partir de 13h45, vous pourrez rejoindre cette réunion
via le lien :

<https://www.youtube.com/channel/UCwYf4IPoG0hSEB-c6JNuFlg>

PROGRAMME

ACCUEIL - 14H

Renaud COUPRY, président du Conseil Territorial de Santé du Val d'Oise
Laure WALLON, Directrice de Projet Santé Mentale, ARS Ile-de-France
Anne CARLI, Directrice Départementale, ARS Val d'Oise

14H15

- Un PTSM, Pourquoi ? Le contexte : Dominique CARAGE, Unafam95
- Un PTSM, Comment ? La méthodologie : Gaëlle GIORDANO, Cabinet Acsantis

14H35

- Présentation de la feuille de route : Dominique CARAGE, Gaëlle GIORDANO
- Vers le rétablissement : Tim GREACEN, GHU Paris psychiatrie et neurosciences

14H45

- Améliorer le repérage et l'accès aux soins psychiques : Pauline MAISONNEUVE, CH Argenteuil
- Focus : Renforcer les dispositifs de prise en charge des difficultés psychiques en périnatalité : Anne ROZENCWAJG, CH Gonesse

15H

- Mieux prévenir et mieux gérer les situations de crise et d'urgence : Hélène DOMISSE, CH Argenteuil
- Focus : Prévention de la récurrence suicidaire : Christophe LAMISSE, CH Argenteuil

15H20

- Organiser des parcours de santé et de vie sans rupture : Carole FOUQUES, HEVEA
- Focus : Coordination des acteurs : Sophie MÉLAN, DAC Sud 95

15H40

- Agir sur les déterminants sociaux et territoriaux de la santé mentale : Adeline ATTJETALLAH et Geneviève GAGNEUX, CLSM Val Parisis et Cergy-Pontoise
 - Focus : Améliorer l'accès au logement : Maryvonne GOURDIN, Laurent BILLARD, Unafam95 et APED L'Espoir
-

16H

- Questions – Réponses
 - Perspectives : La chefferie
 - Conclusion : Renaud COUPRY, Dominique CARAGE
-

10. GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

AAH : Allocation aux adultes handicapés

AAP : Appel à projets

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

ADIL : Agence départementale d'information sur le logement

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AESH : Accompagnant des élèves en situation de handicap

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AJ : Accueil de jour

ANAH : Agence nationale d'amélioration de l'habitat

AORIF : Union sociale de l'habitat Ile de France

APCE : Association pour le couple et l'enfant

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

CAAJ : Centre d'accueil et d'activité de jour

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CAVT : Centre d'aide à la vie et au travail

CCAS : centre communal d'action sociale

CD : Conseil départemental

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDCA : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CH : Centre hospitalier

CITL : Centre d'initiation au travail et aux loisirs

CITVS : Centre d'initiative au travail et à la vie sociale

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseils locaux de santé mentale

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COMEX : Commission exécutive de la MDPH

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPS : compétences psychosociales

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA : Centres de ressources autisme
CRP : Centre de rééducation professionnelle
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTS : Conseil territorial de santé
CTSM : Contrat territorial de santé mentale
CSSM : Commission spécialisée en santé mentale (du CTS)
CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DEA : Dispositif emploi accompagné
DEC : Direction de l'éducation et des collèges du département
DEP : Dispositif d'éducation professionnelle
DESF : Direction de l'enfance, de la santé et de la famille du Département
DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DITEP : Dispositif ITEP
DOMS : Direction de l'offre médico-sociale du Département
DPA : Direction des personnes âgées du Département
DPH : Direction des personnes handicapées du Département
DRH : Direction des ressources humaines du Département
DSDEN : Direction des services départementaux de l'Éducation nationale
DTH : Direction des territoires et de l'habitat du Département
DVS : Direction de la vie sociale du Département
DD ARS : Délégation départementale de l'Agence régionale de santé
EDA : Éducation Développement, apprentissage
EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité
EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
EPE : Équipe pluridisciplinaire d'évaluation
ESJ : Espaces santé jeunes
EREA : Établissement régional d'enseignement adapté
ESSMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux
ESMS : établissements et services médico-sociaux
ESAT : Établissement et service d'aide par le travail
ETP : Équivalents temps plein
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FH : Foyer d'hébergement
FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FV : Foyer de vie
GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GHT : Groupement hospitalier de territoire
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HDJ : Hôpital de jour
HDN : Hospitalisation de nuit
HPST : Loi « hôpital, patients, santé, territoires »
HT : Hébergement temporaire
IDE : Infirmier diplômé d'État
IDEL : Infirmier diplômé d'État libéral
IEM : Institut d'éducation motrice
IME : Institut médico-éducatif
IM-Pro : Institut médico-professionnel
IPA : Infirmier en pratiques avancées
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS : Maison d'accueil spécialisé
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MDA : Maison des adolescents
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MECS : Maisons d'enfants à caractère social
MELIA : Mouvement d'Ensemble pour des Liens vers l'Indépendance et l'Autonomie
MSP : Médiateur de santé pair
OPP : Ordonnance de placement provisoire
PAEJ : Point d'accueil écoute jeunes
PAG : Plan d'accompagnement global
PAM : Réseau « Pour Aider à la Mobilité »
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PASS psy : Permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique
PCH : Prestation de compensation du handicap
PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées
PCO : Plateforme de coordination et d'orientation
PDALHPD : Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées
PH : Personne handicapée
PHV : Personne handicapée vieillissante
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PLH : Programme local de l'habitat
PMI : Protection maternelle et infantile
PPS : Plan personnalisé de scolarisation
PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PRE : Programme de réussite éducative
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH : Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS : Projet régional de santé
PTSM : Projet territorial de santé mentale
RASED : Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
REAAP : Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
RAPT : Réponse accompagnée pour tous
RER : Réseau express régional
RPS : Risques psycho-sociaux
RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAJ : Service d'accueil de jour
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SIAMAT : Service intermédiaire d'accès et de maintien à l'aide par le travail
SISM : Semaine d'information en santé mentale
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soin à domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSSIAT : Service de soutien, soin, intervention et accueil temporaire
SST : Service de santé au travail
TND : Trouble neurodéveloppemental
TSA : Trouble du spectre autistique
UDCCAS : Union départementale des centres communaux d'action sociale
ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UMJ : Unité Médico-Judiciaire
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
UNAVI : Unité d'accueil aux victimes
USLD : Unité de soins de longue durée
URPS : Union régionale des professionnels de santé
VAD : Visite à Domicile