

# PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DE PARIS 2021-2025



## Table des matières

<b>Groupe thématique n°1 : Articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques .....</b>	<b>11</b>
Action n°1 : Systématiser les partenariats CMP - Centres de santé.....	17
Action n°2 : Ouvrir l'accès à l'offre de soins somatiques spécialisés .....	21
Action n°3 : Expérimenter le projet de télé-expertise APOGE-e.....	25
<b>Groupe thématique n°2 : Accès et maintien dans le logement .....</b>	<b>29</b>
Action n°4 : Renforcer et diversifier l'offre d'hébergement et de logement.....	35
Action n°5 : Déployer des équipes dédiées aux signalements des bailleurs.....	37
Action n°6 : Etendre l'offre de logement accompagné et inclusif .....	42
Action n°7 : Sensibiliser les professionnels intervenant à domicile .....	45
Action n°8 : Déployer le Case Management.....	48
<b>Groupe thématique n°3 : Addictions &amp; santé mentale .....</b>	<b>51</b>
Action n°9 : Rapprocher addictologie & secteurs de psychiatrie.....	54
Action n°10 : Identifier les filières d'aval des urgences.....	57
Action n°11 : Créer une offre de remédiation et de réhabilitation pour les troubles liés à l'usage de l'alcool .....	60
Action n°12 : Créer un accueil de jour pour personnes sortant d'incarcération & présentant des comorbidités addictologiques et psychiatriques .....	63
Action n°13 : Expérimenter un unité d'hébergement à destination des usagers de drogues complexes présentant des comorbidités psychiatriques.....	66
<b>Groupe thématique n°4 : Santé mentale des adolescents .....</b>	<b>70</b>
Action n°14 : Renforcer le travail en réseau : Résados .....	74
Action n°15 : Consolider une psychiatrie de transition pour les 15-20 ans .....	77
Action n°16 : Prévenir & intervenir précocement.....	80
Action n°17 : Déployer une équipe mobile .....	86
Action n°18 : Evaluer & accompagner les adolescents avec des comportements violents.....	89
Action n°19 : Déployer une plateforme d'évaluation et d'accompagnement des étudiants.....	94
<b>Groupe thématique n°5 : Prévention et déstigmatisation .....</b>	<b>99</b>
Action n°20 : Renforcer et redynamiser les Conseils Locaux de Santé Mentale .....	102
Action n°21 : Informer le grand public et les personnes concernées .....	105
Action n°22 : Sensibiliser et former aux troubles psychiques à la santé mentale .....	107

<b>Prise en charge de la crise &amp; de l'urgence psychiatrique à Paris .....</b>	<b>111</b>
Action n°23 : Accéder au CMP en prévention de la crise et de l'urgence.....	120
Action n°24 : Harmoniser les pratiques au sein des CAC (Centres d'Accueil et de Crise).	121
Action n°25 : Déployer des équipes-mobiles intersectorielles intervenant sur signalement de situation de crise .....	122
Action n°26 : Améliorer les prises en charge pré-hospitalières des situations d'urgence psychiatrique .....	123
Action n°27 : Assurer une prise en charge adaptée dans les services d'accueil et d'urgence (SAU).....	125
Action n°28 : Améliorer la prise en charge hospitalière et la transition hospitalo-ambulatoire .....	127
Action n°29 : Propositions transversales.....	128
<b>Parole aux usagers .....</b>	<b>130</b>
Action n°30 : Accéder à l'emploi et maintenir l'insertion professionnelle .....	133
Action n°31 : Promouvoir la santé physique & nutritionnelle .....	137
Action n°32 : Réaffirmer la place des usagers .....	140
<b>Annexes .....</b>	<b>142</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>173</b>

## Introduction

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de Paris a fait l'objet de travaux en plusieurs étapes, entre l'été 2018 et décembre 2020. Cette introduction a pour objet de préciser tant le déroulement de ces travaux que les principes qui les ont animés, et de souligner tant les forces de la démarche conduite que ses inévitables limites.

La Commission spécialisée en santé mentale de Paris créée le 28 juin 2018, issue du Conseil territorial de santé, a constitué à l'été 2018 un groupe projet pluri-institutionnel en charge du pilotage du PTSM. Les temps forts ont ensuite été le lancement de la participation au projet en janvier 2019, suivi au printemps de la mise en place de groupes de travail thématiques. Une consultation des usagers sur les propositions issues de ces groupes a été programmée. Cette consultation fût immédiatement suivie d'une démarche de participation des usagers, aboutissant à des propositions complémentaires rédigées par les usagers volontaires eux-mêmes.



La présidente de la Commission spécialisée en santé mentale, Docteur Annie Msellati, son vice-président, Bernard Jabin ont été chargés du pilotage du groupe-projet du PTSM. Le GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences s'est vu confier une mission d'organisation des travaux et d'appui méthodologique. Le groupe-projet comprend des représentants de l'Agence Régionale de Santé IDF (DD75), de l'Unafam, de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, de l'Œuvre Falret, de la Mutualité, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), et de la Ville de Paris (**annexe 1**). Il s'est positionné en tant que pilote des travaux et ressource pour les groupes de travail thématiques. Ce groupe s'est réuni mensuellement pendant la durée d'élaboration du projet, et de façon plus rapprochée dans sa phase de finalisation. Ainsi, tout au long de leurs travaux, les pilotes des groupes de travail thématiques ont rencontré le groupe projet pour échanger de leurs avancées, de leurs difficultés, et bénéficier si besoin d'une aide méthodologique.

Le groupe-projet s'est appuyé sur l'ensemble de l'arsenal législatif et réglementaire relatif au PTSM ainsi que sur plusieurs autres documents de cadrage, notamment :

- La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016.
- Le décret du 27 juillet 2017 relatif aux PTSM.
- L'instruction ministérielle du 5 juin 2018 relative aux PTSM.

- La « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » publiée par le Ministère le 28 juin 2018.

S'appuyant sur cet ensemble de textes, le groupe projet a souhaité garder à l'esprit :

- **La population concernée** : tant les usagers du système de soins que leurs proches, les professionnels du champ de la santé mentale, mais aussi la population générale.

- Les **six priorités** fixées par le décret :

**1°** 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 ou médico-sociaux.

**2°** 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.

**3°** l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

**4°** l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

**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 de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

**6°** l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

- La concrétisation du PTSM sous la forme d'un **document opérationnel** décrivant les projets et actions retenus par les acteurs de terrain.
- La nécessité de s'appuyer sur les **expérimentations ou dispositifs existants**, dans un esprit pragmatique, afin d'aboutir à des propositions réalisables.

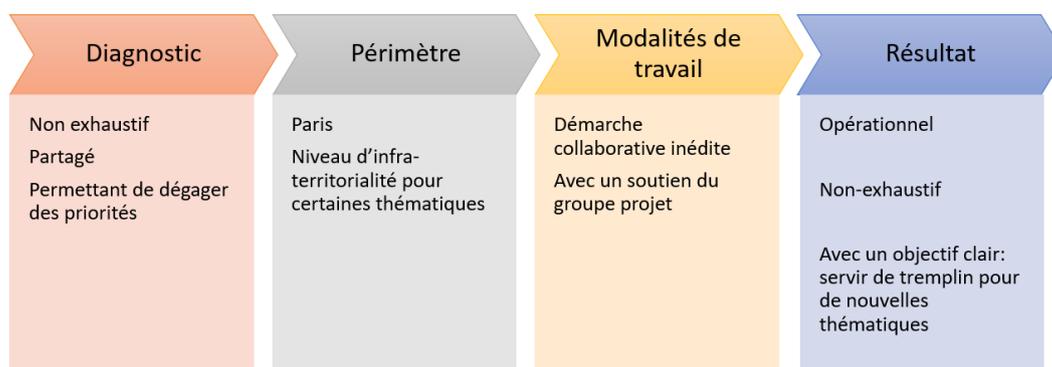
**Le premier travail du groupe-projet (phase 1)** a consisté à identifier le territoire de projet (Paris) et les acteurs pertinents de celui-ci. Un courrier a été adressé au directeur général de l'ARS explicitant cette démarche et précisant le territoire retenu (**annexe 2**). Certains acteurs bien que recensés sont restés à l'écart de la démarche, soit faute d'identifier le bon interlocuteur, soit parce qu'ils ne se sont pas manifestés à la suite du lancement du projet, ou encore lorsqu'ils sont venus à la première rencontre mais n'ont pas ensuite maintenu leur participation. Ainsi la notion d'élaboration du projet selon une démarche participative, par les acteurs de terrain, présente bien des forces mais aussi cette faiblesse.

Ces acteurs devront être associés à la phase de contractualisation et à tout approfondissement des projets figurant dans le PTSM.

La temporalité d'élaboration du diagnostic territorial partagé (DTP) a constitué une difficulté méthodologique. En effet, au regard de la date de démarrage des travaux et de leur ampleur, il semblait difficilement concevable d'attendre la finalisation d'un diagnostic territorial complet pour démarrer la phase de concertation des acteurs concernés et le travail de proposition. D'autre part, le territoire parisien avait déjà fait l'objet de multiples démarches diagnostiques dans différents champs (portraits sociaux d'arrondissement, etc.), chacun présentant des forces et faiblesses propres. C'est ainsi qu'il a été convenu au sein du groupe projet d'élaborer un diagnostic synthétique (12 pages), non-exhaustif mais permettant de mettre en lumière les spécificités du territoire parisien en matière de santé mentale de façon partagée. Ce document a été élaboré en parallèle du début du travail des groupes thématiques. Il présente des faiblesses notamment en matière de recensement de l'offre, mais permet de mettre en évidence certaines thématiques prioritaires sur le territoire parisien. Le territoire retenu est donc celui de Paris mais il a été décidé qu'en fonction des actions proposées, il serait possible de travailler à une échelle infra-territoriale.

Le DTP de Paris met en effet en exergue les disparités du territoire tant en matière de caractéristiques sociodémographiques que d'offre de soins. La densité de l'offre de soins et d'accompagnements à Paris en matière de santé mentale est soulignée, mettant en lumière un fort besoin de coordination et de décloisonnement entre champs sanitaire, social et médico-social. Plusieurs questions particulièrement prégnantes au niveau de Paris ont été identifiées : si un profil démographique parisien peut se dégager des données étudiées, celui-ci est à nuancer au regard des fortes inégalités infra-territoriales. La question de la précarité pour les personnes atteintes de troubles psychiques à Paris est omniprésente dans les concertations. L'offre de logement limitée à Paris complexifie l'accès et le maintien dans un logement et constitue un frein au rétablissement pour des personnes qui se retrouvent souvent dans des habitats non adaptés. De plus, on dénombre à Paris un nombre croissant de migrants, nécessitant parfois une prise en charge médico-sociale et sanitaire spécifique. Paris, territoire avec une population sensiblement plus jeune que la moyenne nationale et francilienne, recense également une forte prévalence des conduites à risques, notamment chez un public adolescent. Toutefois, malgré une moyenne d'âge relativement jeune, beaucoup de personnes âgées vivent également isolées à Paris, et le besoin du développement de politiques « d'aller-vers » y est crucial.

Le Diagnostic territorial partagé a été soumis et validé au CTS du 21 décembre 2018 sous la forme d'un Power Point.



Dans une démarche ascendante, il a été initié une large invitation des acteurs du territoire (mailing) au lancement du PTSM de janvier 2019, afin de faire émerger des volontaires pour participer aux travaux. Cette étape a amorcé **la 2ème phase de l'élaboration du PTSM : concertations autour des thèmes prioritaires**. Lors de cette phase, 4 thématiques spécifiques ayant déjà émergées lors de premiers échanges se sont vues dédier un groupe de travail chacune : Adolescents, Prévention & déstigmatisation, Accès & maintien dans le logement, et articulation entre Soins somatiques et soins psychiatriques. Une adresse mail dédiée a été créée pour recueillir les propositions et répondre aux questions, ainsi que pour accueillir de nouveaux volontaires au sein des groupes de travail thématiques et leur donner la possibilité de soumettre de nouvelles propositions d'axes thématiques.

Les champs prioritaires ainsi définis, les acteurs volontaires ont pu se répartir en 4 groupes de travail thématiques, au sein desquels les rencontres ont permis de faire émerger entre 3 et 5 actions répondant aux enjeux propres à chaque thématique.



Chaque groupe de travail a dû, lors de ses premières rencontres, désigner des pilotes, chargés d'animer le groupe et de faire le lien avec le groupe projet. Chaque groupe a également reçu une lettre de mission (**annexe 4**) rappelant les différents éléments de cadrage pour traiter la thématique, la méthodologie à suivre et les points de vigilance (faire des propositions applicables au territoire parisien, opérationnelles, etc.). Dès lors, le rôle de chaque groupe de travail thématique a été de proposer un programme d'actions pour le thème concerné, en prenant en compte les spécificités du territoire et les propositions des acteurs de terrain. Ils se sont également appuyés sur des initiatives locales prometteuses ou des expérimentations intéressantes en cours, pour proposer leur modélisation, leur extension ou leur pérennisation.

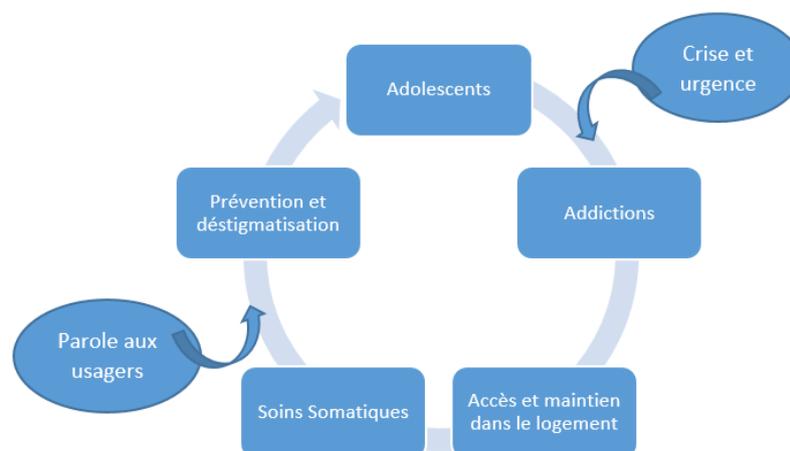
Au cours des réflexions du groupe projet, il a été noté que les addictions étaient soulevées comme un sujet incontournable dans plusieurs groupes (prévention, adolescents, logement), sans qu'aucun groupe n'en traite de façon approfondie. C'est ainsi qu'un nouveau groupe, Addictions & santé mentale, s'est constitué à l'automne 2019.

D'autre part, la thématique de l'urgence et de la crise avait souvent été abordée sans pouvoir faire l'objet d'un groupe spécifique. Le 15 janvier 2019, date de lancement des travaux du PTSM de Paris, un groupe de travail « Organisation de la prise en charge pré-hospitalière des urgences psychiatriques à Paris » venait d'être constitué, à l'initiative du CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports

Sanitaires), sous l'égide de l'ARS et la présidence du conseil départemental de l'ordre des médecins de Paris.

Compte-tenu de la forte mobilisation des participants de ce groupe de travail et de l'importance des résultats attendus, le groupe projet du PTSM de Paris a choisi de ne pas organiser un groupe de travail « doublon » qui aurait sollicité les mêmes intervenants autour d'une même thématique sur un calendrier identique. Cependant, mi-2020, le projet de convention multipartite visant à formaliser le cadre de coopérations entre les différents acteurs n'avait toujours pas été signé. En effet, plusieurs événements majeurs (conflits sociaux et grèves des transports fin 2019, émergence de l'épidémie Covid-19 début 2020) et le temps de concertation nécessaire à la recherche d'un consensus entre les différents opérateurs, ont drastiquement retardé l'échéancier prévisionnel. Dans ce contexte, en l'absence de production de ce document socle et compte-tenu de l'importance de la thématique « crise et urgence psychiatriques », le groupe projet du PTSM de Paris a décidé, en sa séance du 28 mai 2020, de s'autosaisir du sujet. La date butoir pour la restitution du PTSM ne permettant plus la mise en œuvre d'un groupe de travail ad hoc, l'option retenue a été d'élaborer un document cadre posant les grandes orientations des actions à engager pour l'amélioration de la réponse aux situations de crise et d'urgence à Paris.

Pour l'ensemble des thématiques de travail choisies, les propositions élaborées par les groupes visent à permettre une continuité dans les soins et accompagnements afin d'éviter les ruptures de parcours dans la vie des personnes rencontrant des troubles psychiques. Ainsi, la période de l'adolescence, qui représente souvent la période de l'émergence des troubles ou de l'entrée dans des comportements addictifs, a été priorisée dans ce PTSM. Le logement, cadre d'une réhabilitation psycho-sociale et d'une réinsertion au sein de la cité, permet d'éviter la rupture que connaissent près d'une personne sur trois à la rue et en souffrance psychique. Le travail sur le cloisonnement entre santé mentale et physique, délétère tant pour l'espérance que la qualité de vie des personnes atteintes de maladies psychiatriques, a été érigé en priorité. La problématique conjointe psychiatrie et addictions engendre une



complexité supplémentaire dans le parcours des personnes concernées. Enfin l'axe de la déstigmatisation, indispensable, constitue le socle premier pour éviter les ruptures de liens, propres aux maladies psychiques et à la perception sociétale de celles-ci. Afin de prévenir l'émergence de troubles psychiques, l'isolement, la précarisation de ce public puis la chronicisation de certaines maladies et l'entrée dans des conduites addictives, le PTSM de Paris souhaite contribuer de façon proactive à la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'information autour des troubles psychiques.

Les rencontres régulières avec le groupe projet ont permis d'affiner progressivement les propositions et d'éviter certains écueils (par exemple propositions ne s'appliquant pas au territoire parisien, propositions peu opérationnelles, ou sans lien direct avec la santé mentale).

Au cours du déploiement de la phase n°2, le groupe projet a souhaité renforcer la participation des usagers à l'élaboration des fiches actions. Si certains représentants d'usagers et notamment de familles d'usagers étaient très investis et moteurs des groupes de travail, les usagers directs étaient peu présents, ou lorsqu'ils l'étaient il semblait que leur parole était trop peu audible aux côtés de celle des professionnels du champ.

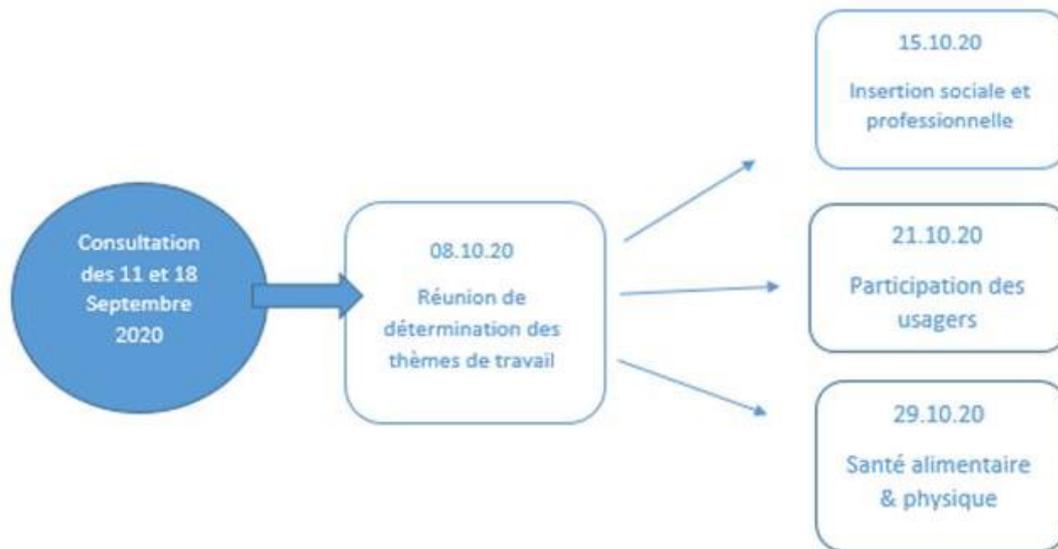
Afin de communiquer auprès des partenaires et du grand public, le service de communication du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences a réalisé une vidéo pédagogique sur le sujet (**annexe 6**) en lien avec le groupe-projet.

Le groupe projet a souhaité amorcer la **3ème phase d'élaboration du PTSM, une démarche de consultation & participation d'usagers**. La consultation est arrivée tardivement dans le processus d'élaboration du PTSM, car la période de confinement due à la pandémie du COVID 19 a engendré un report des rencontres initialement prévues. Pour pallier ce manque, le groupe projet a organisé deux journées de consultation (11 et 18 septembre 2020) au cours desquelles la démarche du PTSM leur a été présentée, sous forme de vidéo, ainsi que les premières orientations issues des groupes de travail. Pour entamer les consultations, des questions ouvertes par thème ont été posées. Sur la base de ces échanges, des nuages de mots ont été réalisés par le biais d'un support interactif. Ces nuages de mots ont été par la suite réutilisés pour illustrer les propos introductifs de chaque fiche action du projet.

Dans un deuxième temps les actions proposées par les groupes de travail thématiques ont été présentées aux usagers, afin qu'ils puissent réagir, parfois alerter sur des dimensions complémentaires à prendre en compte ou simplement partager leurs expériences. Pendant cette phase le groupe projet a pris en considération leurs remarques, ajustant certaines fiches-actions en conséquence, et plusieurs verbatim ont été pris en note et intégrés au fil de l'eau du PTSM.

*« Les consultations usagers m'ont valu 10 séances de psy tellement la diversité des sujets évoqués m'a permis de m'exprimer...parfois plus qu'en consultation !  
» (Mme S., usagère)*

Pour aller au-delà de la simple consultation, le groupe projet a souhaité donner la possibilité aux usagers présents, se définissant aussi comme citoyens-experts, de participer à un groupe de travail pour se réunir pendant le mois d'octobre 2020 sur des thématiques complémentaires de leurs choix. Sur les 15 usagers présents aux consultations, dix se sont portés volontaires pour participer à la conception de fiches complémentaires. De ce groupe de travail, ont émergé 3 fiches actions thématiques comme suit : Insertion sociale et professionnelle, Participation des usagers, Santé alimentaire & physique.



Ainsi 4 réunions de participation, en plus des 2 séances de consultation, ont eu lieu avec les personnes concernées. Les usagers étaient libres de participer aux thématiques qui les intéressaient. Pour veiller à la fidélité des écrits et dans une démarche de co-construction, les trames pré-remplies sur la base des échanges de ces réunions étaient ensuite envoyées à l'ensemble des participants pour relecture et modifications.

Finalement, dans **une dernière phase de rencontres avec les pilotes des groupes thématiques, de relecture et d'assemblage des contributions**, le groupe projet a finalisé le document de novembre à décembre 2020 (mise en cohérence, rédaction, précisions, etc.). Malgré les contraintes calendaires et organisationnelles liées à la crise sanitaire, les groupes thématiques soutenus par le groupe projet ont pu finaliser leurs travaux à temps, en mobilisant les rencontres en visioconférence et échanges téléphoniques ou par mail.

*In fine*, l'ensemble des acteurs y ayant contribué s'accordent à concevoir le PTSM comme le fruit d'un travail collaboratif co-construit par et pour les acteurs du champ de la santé mentale. Le fait d'avoir élaboré ce projet conjointement doit déjà être regardé comme un résultat en soi, tant la coordination et le décloisonnement constituent des défis au sein d'un territoire foisonnant comme celui de Paris. Les fiches actions proposées au sein de ce

document sont porteuses de propositions de changements profonds et prometteurs dans le champ de la santé mentale. Certaines sont très complètes, au point de constituer d'ores et déjà des projets à part entière. Toutefois, la démarche PTSM reste inaboutie du fait d'un certain nombre d'acteurs étant restés à l'écart et d'un calendrier contraint. De la même manière, le choix de privilégier des groupes de travail thématiques (directement proposés par les acteurs de terrain) conduit à ne rien proposer de spécifique pour d'autres sujets extrêmement importants (psychiatrie périnatale, santé mentale et vieillissement par exemple). Ce constat ne doit en rien limiter les horizons des projets pouvant être déployés dans ce champ dans les années à venir mais au contraire servir de tremplin pour de nouvelles thématiques. Le PTSM doit donc être vu comme le résultat d'une démarche inédite à Paris : à la fois robuste et imparfaite tant dans son résultat que dans sa méthode, ouvrant de nouvelles perspectives de travail en commun au service de la santé mentale des parisiens.

### *Remerciements*

Le groupe-projet souhaite remercier très chaleureusement les pilotes des groupes de travail thématiques, pour le temps et l'énergie consacrés à l'animation des travaux de leurs groupes, nos échanges toujours intéressants, et leur capacité à approfondir et faire évoluer leur travail au fil des mois et des rencontres.

Des remerciements très vifs doivent être réservés à tous les membres des groupes thématiques pour leur participation, porteuse d'idées nouvelles, d'engagements et de belles propositions.

Mille mercis aux usagers et à leurs représentants pour l'immense richesse de nos échanges tant dans les phases de consultation que de participation, leur regard critique, leur posture constructive et leur force de proposition. Leur apport au projet s'est avéré déterminant et cette participation devra être maintenue et approfondie dans toutes les étapes ultérieures du projet.

# Groupe thématique n°1 : Articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques

Groupe piloté\* par le Dr. BEAUPIN (Président, coopérative de santé Richerand) et le Dr. MONTARIOL (Chef de pôle « Soins somatiques », GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences).

\* La liste complète du groupe se trouve en annexe.

## Introduction

### Contexte international et national

Par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité prématurée est 3 à 4 fois supérieur (1–3), y compris en cas de protection sociale optimale (4). Cette différence d'espérance de vie est également observée en France avec la même amplitude (5). Parmi les premières causes de cette surmortalité figurent des causes naturelles, notamment liées à des maladies cardiovasculaires et des cancers, loin devant les suicides, les accidents et les homicides (2,4–6).

Cette surmortalité s'explique tout d'abord par une prévalence 2 à 5 fois plus élevée des **facteurs de risque** (obésité et syndrome métabolique, diabète de type 2, syndrome d'apnée du sommeil, tabagisme, alcoolisme, sédentarité) et par les difficultés d'**accès aux soins somatiques**, aussi bien en matière de prévention, que de dépistage, de diagnostic, de traitement et de surveillance (2,7–9). Par ailleurs, certains médicaments psychotropes augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires, de dyslipidémies, de diabète de type 2 et d'obésité. S'ajoute à ces mécanismes, la possibilité de liens physiopathologiques directs entre les troubles psychiques, notamment dépressifs, et la maladie coronarienne.

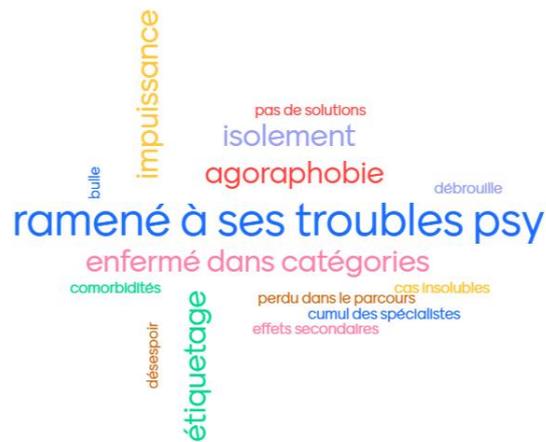


**Figure 1** : Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **Avez-vous l'impression**

**que votre état de santé général s'est détérioré avec la survenue du trouble psychique ? Si oui, pouvez-vous donner des exemples ? »**

Le **dépistage tardif** des facteurs de risque modifiables et des pathologies somatiques, ainsi que les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques s'expliquent eux-mêmes par de nombreux facteurs, liés aux troubles psychiques ainsi qu'à l'organisation du système de soins, notamment au **cloisonnement** persistant du système de santé entre santé mentale et physique (8,9). Ce cloisonnement, confirmé par les psychiatres et médecins généralistes libéraux dans leur note de janvier 2020 sur les PTSM, complique la **coordination** entre soins somatiques et psychiatriques (9,10). Cette note souligne en effet que les patients de psychiatrie courent le risque d'être isolés dans cette prise en charge de filière malgré son souci de décloisonnement, et de perdre ainsi l'habitude d'être soigné par d'autres acteurs, qui risquent à leur tour de se désinvestir du suivi somatique de ces patients. Les recommandations nationales concernant le dépistage et le diagnostic des facteurs de risque et affections somatiques comorbides sont, par ailleurs, peu appliquées et ce dépistage n'a de toute façon pas fait la preuve de son efficacité en population générale pour réduire la morbidité et la mortalité par maladies cardiovasculaires et cancers (11).

Quand bien même le diagnostic est établi, une partie substantielle de la surmortalité associée aux troubles psychiques est attribuable à l'**absence de mise en œuvre du traitement approprié**, y compris vital, et ce aussi bien dans le champ du cancer que des maladies cardiovasculaires. Par exemple, la probabilité de bénéficier d'une procédure de revascularisation lors d'un syndrome coronarien aigu est deux fois plus faible chez les personnes atteintes de schizophrénie, à indication équivalente (12). De même, non seulement le diagnostic des cancers est retardé en cas de comorbidité psychiatrique, mais le traitement est également de qualité inférieure, à indication équivalente (13,14). Si les troubles psychiques peuvent expliquer une partie de cette réduction de la qualité de soins, la **stigmatisation** des patients ayant des troubles psychiques et l'absence de participation des professionnels de santé mentale aux Réunions de Consultation Pluridisciplinaire contribuent également à cette **perte de chances** (8,15).

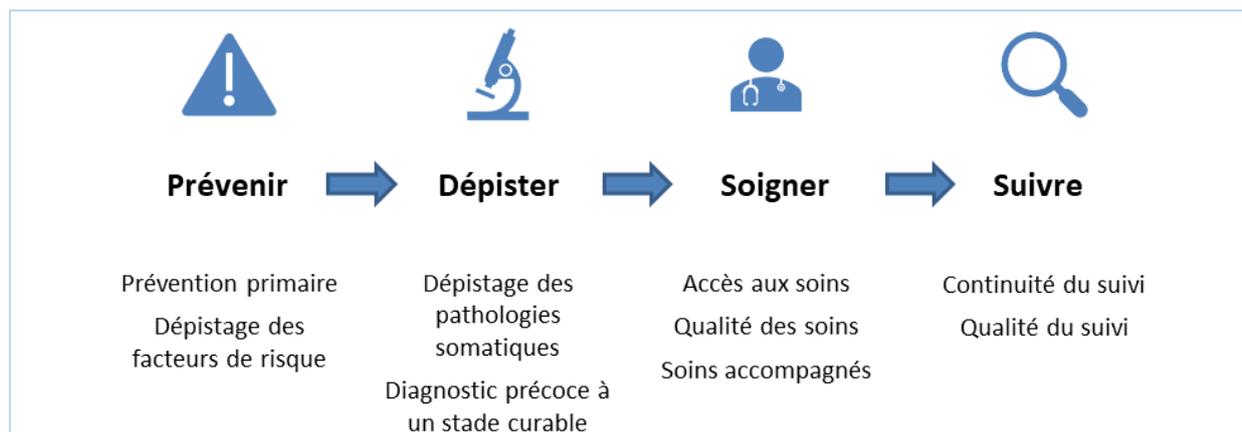


**Figure 2 :** Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **Rencontrez-vous des difficultés pour aller consulter un médecin ou un spécialiste ?** »

Le **suivi effectif par un médecin traitant** et l'**accès à des soins somatiques spécialisés programmés** (p.ex. cardiologie interventionnelle, chirurgie cancérologique, radiothérapie, etc.) sont deux conditions indispensables et complémentaires pour diminuer cette surmortalité.

#### **Diagnostic territorial et réflexions préliminaires**

Les acteurs présents lors des réunions préparatoires de l'axe « soins somatiques » du PTSM constatent que les difficultés décrites au niveau national et international s'appliquent au contexte départemental du 75. Notamment, **la densité de professionnels de santé** ne pallie pas **l'insuffisance de coordination** entre les différents acteurs, **psychiatriques et somatiques** d'une part, **ville et hôpital** d'autre part. Il est notamment constaté une **carence d'accès à un médecin traitant** pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères, carence en partie explicable par le manque d'appui des dispositifs de santé mentale auprès des médecins généralistes en matière de diagnostic et d'orientation. Ce constat s'applique également à l'hôpital où l'insuffisance de structuration de la psychiatrie de liaison dans de nombreux établissements est à l'origine de difficultés d'admission dans les structures de soins somatiques spécialisées, sauf urgence médicale. Le groupe propose de résumer ces difficultés et les pistes d'actions correctrices en présentant la surmortalité de cause naturelle comme le résultat de défaillances multiples d'un processus linéaire allant de la prévention au suivi (Figure 3).



**Figure 3 :** Etapes dont la défaillance contribue à la surmortalité de cause naturelle des personnes ayant des troubles mentaux.

Forts de ce constat, les membres du groupe proposent de consolider **toutes les étapes de ce processus** en favorisant l'accès aux soins primaires, secondaires et tertiaires en suivant les mêmes principes quel que soit le niveau de soins : **coordination** et **lutte contre la stigmatisation** au sein du système de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en cours de structuration sur le territoire parisien, constitueront des partenaires incontournables, en tant que communauté regroupant les acteurs de soins primaires qui devront être des partenaires naturels des structures hospitalières psychiatriques, et particulièrement des CMP. La participation des secteurs de psychiatrie à la dynamique des CPTS, ou du moins leur association aux travaux, paraît notamment indispensable pour mailler le territoire en répondant au parcours d'un patient, nonobstant l'existence de filières de soins distinctes. L'accès aux soins somatiques ne peut être garanti qu'avec un **appui des professionnels de santé mentale aux professionnels de santé physique**, aussi bien en médecine de ville qu'à l'hôpital. Plus spécifiquement, un médecin généraliste ne pourra proposer une prise en charge somatique optimale auprès d'un patient ayant des troubles mentaux sévères que s'il peut bénéficier d'un appui des structures psychiatriques et médico-sociales pour le repérage précoce, le diagnostic, la thérapeutique et la réhabilitation psychosociale. De même, les services hospitaliers de soins somatiques, qu'ils proposent des soins ambulatoires ou à l'occasion d'hospitalisations programmées, accueillent au mieux les patients ayant des troubles mentaux sévères, dès lors qu'ils savent pouvoir compter sur la réactivité et l'efficacité d'un dispositif de psychiatrie de liaison. La note rédigée par les psychiatres et médecins généralistes libéraux et notamment les notions d'échange et de partage de l'information et d'accès facilité à un avis diagnostic et thérapeutique, conforte les membres du groupe dans ses orientations. Il y est souligné que le développement des pratiques collaboratives entre la médecine générale et la psychiatrie est un fort levier d'amélioration.

Par ailleurs, aucune des étapes de ce processus ne doit être négligée. C'est ainsi que le **dépistage** d'un facteur de risque cardiovasculaire ne sera utile que si des mesures de **prévention** secondaire sont ensuite mises en place. De même, dépister un

cancer ou une maladie coronarienne ne sert à rien si un traitement approprié n'est pas ensuite mis en œuvre.



**Figure 4 :** Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **Pensez-vous à des solutions pour pallier les difficultés que vous rencontrez dans votre parcours de santé ?** »

La **priorité n°3 du décret relatif aux PTSM** concerne « l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ». Au sein de cette priorité, le Ministère identifie plusieurs axes :

1. Le suivi somatique des personnes ayant des troubles psychiques par les **professionnels de santé de premier recours**, en coordination avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;
2. L'organisation par les **établissements de santé autorisés en MCO** d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques ;
3. L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des **établissements de santé spécialisés en psychiatrie** ;
4. L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les **établissements et services sociaux et médico-sociaux**.

Les 3 actions sélectionnées par le groupe de travail illustrent la mise en œuvre pratique des principes énoncés :

- **Partenariats CMP - Centres de santé pour la prise en charge somatique des patients suivis en CMP : la promotion de l'accès des patients suivis dans les CMP des secteurs psychiatriques de Paris à un médecin traitant** est illustrée par le projet **PSYSOM** et répond aux axes 1 et 3.

- **Promotion de l'accès des patients suivis par les secteurs psychiatriques de Paris à l'offre de soins somatiques spécialisés** : elle est illustrée par le projet **STIGMA** et répond aux axes 2 et 3.

- **Expérimentation du projet APOGE-e : la mise à disposition des médecins généralistes et de leurs patients de téléconsultations ou télé-expertises psychiatriques**, facilitant ainsi la prise en charge somatique pour les patients ayant des troubles psychiatriques sévères, est illustrée par le projet **APOGE-e** et contribue à l'axe 1.

Enfin le groupe de travail rappelle que la **promotion de la santé physique** dépend crucialement des **autres priorités du PTSM**, notamment du repérage précoce des troubles psychiatriques (priorité n°1) dans la cité, aussi bien dans le milieu familial, scolaire ou professionnel que par les professionnels de santé, notamment la médecine scolaire, la médecine du travail, la médecine générale et la pédiatrie ; de la prévention des ruptures des parcours de santé (priorité n°2) ; de la prévention et de la prise en charge des situations de crises et d'urgence (priorité n°4) et de la **lutte contre la stigmatisation** des troubles psychiques (priorité n°5). Des dispositifs innovants, tels que le « Staff Itinérant Paris Nord », ont ainsi vocation à répondre à plusieurs de ces enjeux, et donc à contribuer à une meilleure prise en charge somatique sans que cela soit un objectif spécifique.

## Action n°1 : Systématiser les partenariats CMP - Centres de santé

### Intitulé de l'action

Partenariats CMP - Centres de santé pour la prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie de secteur.

### Objectif (s)

Cette action, s'appuyant sur le projet dit « Psysom », a pour objectif **de doter d'un médecin traitant** lorsqu'il en est démuné, tout patient volontaire suivi dans une structure psychiatrique extra hospitalière, et sous psychotropes depuis plus de 6 mois, en s'appuyant sur les ressources en soins de proximité existantes sur le territoire, et ainsi:

- D'augmenter le nombre de patients effectivement suivis par un médecin traitant et de participer à la coordination des soins,
- De réduire la morbi-mortalité des patients suivis durablement en extra-hospitalier,
- De limiter la iatrogénie en la maîtrisant,
- De réduire le nombre de situations d'absences de diagnostic et de suivi,
- D'améliorer la qualité de vie des patients suivis.

### Public cible

Tous les patients du territoire parisien suivis dans un CMP sous traitement psychotrope depuis plus de 6 mois, avec droits sociaux ouverts.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

Cette action trouve sa genèse dans le projet **Psysom** dont la mise en œuvre a débuté dans 2 arrondissements depuis 2017 (10e et 19e arrondissements) et dont le développement s'étend progressivement à d'autres arrondissements. Dans chaque arrondissement, ce modèle peut être reproduit en portant une **attention particulière à la territorialisation** de la démarche et à la **construction de partenariats de proximité**.

Au sein du dispositif Psysom expérimenté, l'**infirmier de liaison (IL)** constitue un pivot indispensable à la réussite du projet. L'infirmier de liaison **aide les usagers du CMP à choisir un médecin traitant s'ils n'en n'ont pas, et peut réaliser l'accompagnement du patient au 1er RDV**.

*« Mon médecin généraliste a ses limites » (M. C, usager)*

Il veille à maintenir un **bon niveau de coopération entre psychiatrie de secteur & médecine de ville pour faciliter et pérenniser la prise en charge somatique des patients**. Il développe donc le réseau de partenaires. De plus, il participe, avec l'équipe du CMP, à la **réalisation du module somatique d'éducation thérapeutique** et identifie, en lien avec l'équipe, **les freins éventuels** à la prise en charge somatique pour construire des outils permettant de surmonter les obstacles. Il est le garant d'une approche résolument personnalisée du patient en fonction de ses capacités, ressources & des besoins de la situation. La place accordée à l'IL au sein de ce type de partenariats est donc un point de vigilance essentiel tant son **rôle de proximité constitue un facteur de réussite du partenariat CMP – Centres de santé**.

Ce mode d'organisation, novateur en psychiatrie, est avant tout pragmatique et orienté vers le **rétablissement**. Il se déroule en plusieurs étapes, mais le parcours reste à tout moment modulable en fonction des capacités et des besoins de l'utilisateur. Cette personnalisation de l'accompagnement proposé est également un facteur de réussite identifié à préserver et à promouvoir pour toute dissémination de ce modèle de partenariats.

*« Je trouve ça dommage que beaucoup de personnes ne connaissent pas les CMP ». (M.W, usager)*

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Paris

#### **Acteurs à mobiliser**

Au sein des établissements, cette organisation implique **l'infirmier de liaison, les psychiatres & infirmiers de CMP, les somaticiens de l'établissement, la direction de la qualité & de la gestion des risques, le service informatique, la direction des partenariats**. En dehors de l'établissement, **les médecins traitants & infirmiers référents du Centre de Santé (CDS) partenaire sont impliqués**, tout comme les autres médecins spécialistes ou laboratoires, etc. qui peuvent être impliqués dans le parcours de soins de l'utilisateur.

Concernant la conception et le suivi de l'action, il convient d'indiquer qu'un représentant des usagers et des familles d'utilisateurs est membre du comité scientifique de PSYCOM et que cette partition doit être maintenue dans toute la dissémination du projet.

Les aidants de façon générale soutiennent ce projet dans la continuité de leur soutien à la médecine de liaison plus largement, qui est plébiscitée par les aidants & familles. Au cours de l'exécution du projet, les aidants et les familles peuvent être associés chaque fois que la situation le permet, tout comme les SAAD, SIAD et services d'accompagnement médico-sociaux (SAMSAH, SAVS). Ainsi, il peut être explicitement prévu que l'IL puisse **rencontrer l'entourage proche du patient**, et les

**services médico-sociaux** intervenant au domicile et dans l'accompagnement global de la personne.

L'accompagnement aux soins s'illustre également, par la mise en place de **dispositifs numériques** (consultation de résultat et de compte-rendu en ligne, télé-consultation). Les personnes ayant des troubles psychiques connaissent bien souvent des fractures numériques qui nécessitent d'échanger sur l'impact des enjeux numériques dans l'accompagnement des personnes concernées.

*« Je ne suis ni ordinateur ni portable, ça se voit j'en ai pas. » (M.M, usager)*  
*« Beaucoup de malades psychiques n'utilisent pas d'ordinateur. » (M.B, usager)*

### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

#### • **Infrastructures et acteurs :**

La réalisation de cette action implique le déploiement de ressources humaines consacrées. Sont notamment indispensables :

- L'infirmier de liaison, ou IPA, chargé de la coordination et du suivi, à raison d'un IDE de liaison ou IPA par zone ;
- Un rôle de coordination et de prise en charge des patients par les IDE du Centre De Santé (CDS) ;
- La prise en charge par les Médecins Généralistes (MG) du CDS, tant sur le plan médical pur, que sur la concertation pluridisciplinaire ;
- La formation des équipes de soins primaires du CDS (médicales, paramédicales et accueil) à la problématique des patients en ALD 23 ;
- Des aides-soignants pour assurer les accompagnements physiques et l'accompagnement de proximité des usagers et de leurs proches.

Les quotités de travail nécessaires sont à apprécier sur chaque territoire de CMP / Centre de santé.

#### • **Equipements utiles au projet proposé**

Comme décrit supra, il sera utile de doter tous les CMP participant à l'action de lecteurs de carte Vitale, d'une part, et de claviers permettant la connexion avec une carte de professionnel (CPS, CPE), d'autre part. Ces équipements supplémentaires paraissent indispensables pour permettre aux équipes de psychiatrie de secteur de s'impliquer dans le suivi somatique du patient et ainsi de parachever le décroisement du secteur sur le reste du territoire de santé.

### **Calendrier de mise en œuvre**

Cette action présente l'avantage d'avoir été expérimentée (Projet Psysom) depuis 2017 à Paris dans les 10<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> arrondissements (CMP Crimée, CMP Sampaix & Centre de santé Richerand) sur 38 patients.

Eu égard à l'importance de l'enjeu et à la modélisation préexistante d'un tel dispositif, il convient de fixer un calendrier de déploiement ambitieux, à savoir **la couverture de**

**l'ensemble du territoire parisien** par des partenariats effectifs entre CMP et centres de santé pour le suivi somatique, **pour 2025, soit la dernière année du PTSM.**

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Les indicateurs qui permettront l'évaluation du dispositif sont de deux ordres :

- **Bénéfices cliniques :**

- o Nombre de patients inclus et nombre de déclarations de médecin traitant envoyées au service de la Sécurité Sociale ;
- o Nombre de consultations réalisées par le médecin traitant déclaré ;
- o Type de pathologie psychiatrique à l'entrée dans le dispositif ;
- o Nombre et type de pathologies somatiques présentes à l'entrée et détectées (qui auraient été découvertes plus tardivement sans suivi).

- **Bénéfices organisationnels**

- o Enquête de satisfaction des professionnels de santé exerçant sur les CMP par rapport aux outils mis à disposition ;
- o Nombre d'accompagnements réalisés ;
- o Nombre de patients inclus dans le programme d'éducation thérapeutique ;
- o Analyse de la qualité de vie des usagers (avec des entretiens semi-directifs et une étude - un PHRIP a été proposé dans ce sens en mars 2019).

## Action n°2 : Ouvrir l'accès à l'offre de soins somatiques spécialisés

### Intitulé de l'action

**Promotion de l'accès des patients suivis par les secteurs psychiatriques de Paris à l'offre de soins somatiques spécialisés.**

### Objectif (s)

Lors des consultations avec les usagers en septembre 2020, ceux-ci ont notamment souligné **deux freins** importants qu'ils rencontraient dans leurs parcours de soins :

- L'**invisibilisation** de leur santé somatique du fait de leurs pathologies psychiques, qui rend parfois le diagnostic plus difficile à émettre.
- Dans certains cas, une **stigmatisation**, leurs troubles étant envisagés comme le prétexte et l'explication à tous leurs maux.

*« J'ai des syndromes prémenstruels qui provoquent un état dépressif, je vais voir mon psychiatre et lui explique la situation et il me dit, « je ne suis pas gynéco » ; je vais donc voir le gynéco et il me répond « je ne suis pas psychiatre. » (Mme C, usagère)*

- La **difficulté d'aller vers des soins en autonomie et de s'orienter** entre les différents spécialistes.

*« Mon psychiatre n'est pas force de propositions, je dois chercher par moi-même lorsque j'ai besoin d'un médecin spécialiste. » (M.W, usager)*

**Pour répondre à ces enjeux, cette action vise à promouvoir les démarches d' « d'aller-vers », en favorisant l'accès des patients suivis par les secteurs psychiatriques de Paris à l'offre de soins somatiques spécialisés** en matière de prévention et de traitement des maladies cardio-métaboliques et des cancers les plus fréquents et / ou liés au tabac.

### Public cible

La population cible concerne tous les patients suivis par les secteurs psychiatriques parisiens.

Cette action s'appuie dans un premier temps, sur le déploiement du projet pilote **STIGMA** (*Suboptimal Treatment In General hospital of individuals with Mental or Addictive disorders*) qui a pour public cible les patients suivis par les secteurs psychiatriques des 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements de Paris.

### **Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

Cette action repose sur la mise en place d'équipes mobiles médico-soignantes rattachées aux unités de Psychiatrie de liaison et d'urgence des hôpitaux généraux (principalement de l'AP-HP et des ESPIC) et aux services de soins somatiques des établissements spécialisés du territoire.

Ce modèle d'équipes mobiles rattachées aux unités de Psychiatrie de liaison aura pour missions :

- **La liaison y compris en télé-médecine**, avec les somaticiens des établissements psychiatriques, ayant en charge l'identification des patients nécessitant des soins somatiques spécialisés programmés dans les services partenaires des hôpitaux généraux ;
- **La coordination de l'adressage des patients** suivis par les secteurs psychiatriques concernés aux services / unités de médecine spécialisée dans le suivi du cancer, des maladies cardiovasculaires et du métabolisme en lien avec le psychiatre référent, le médecin traitant et le psychiatre de liaison référent du service de soins somatique ;
- **L'information et l'appui aux équipes médico-soignantes des services de soins somatiques concernés** visant une dé-stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique ;
- **La préparation et l'accompagnement des patients** suivis par les secteurs psychiatriques concernés lors de leur prise en charge dans les services de soins somatiques ;
- **Le suivi et les soins psychiatriques nécessaires en cas d'hospitalisation complète** pour les soins somatiques, en lien avec le psychiatre référent ;
- **La prévention des symptômes de sevrage en cas de comorbidité addictive** en lien avec les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) des sites concernés
- **La participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)** organisées dans les services de soins somatiques ;
- **La liaison avec les Centres de coordination en cancérologie (3C) ;**
- **La participation aux réunions de synthèses cliniques** des Unités de psychiatrie de liaison des hôpitaux généraux.

### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

#### **Paris**

Il est à noter que le projet pilote « Stigma » prévoit d'ores et déjà de se déployer sur les 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup>, et 19<sup>e</sup> arrondissements, territoires sur lesquels des acteurs volontaires pour y participer sont d'ores et déjà identifiés et mobilisés. Cependant, l'objectif est de pouvoir couvrir de cette offre l'ensemble du territoire de Paris à échéance 2025.

### **Acteurs à mobiliser**

**Acteurs principaux déjà impliqués dans le projet pilote « Stigma » :**

- 1) Unités de Psychologie et Psychiatrie de liaison et d'urgence de l'HEGP (GHU, AP-HP, Centre – Université de Paris)
- 2) Unité de Liaison et d'Urgence de Psychiatrie et d'Addictologie des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal (GHU AP-HP.Nord – Université de Paris)
- 3) Pôle somatique du GHU Paris – psychiatrie & neurosciences

**Partenaires ayant déjà donné leur accord pour le projet pilote :**

- 1) Secteurs psychiatriques des 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements de Paris (GHU Paris psychiatrie & neurosciences)
- 2) Service de Nutrition-Diabétologie de l'HEGP
- 3) Service de Diabétologie de Lariboisière
- 4) Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) du Service de Cardiologie de l'HEGP
- 5) Service de Cardiologie de Lariboisière
- 6) Centre de coordination en cancérologie (3C) de l'HEGP
- 7) Service de Chirurgie gynécologique de l'HEGP
- 8) Service de Chirurgie viscérale, générale et cancérologique de l'HEGP
- 9) Unité d'Oncologie thoracique du Service de Pneumologie de Cochin
- 10) Unité Fonctionnelle de Médecine Addictologique de Fernand Widal
- 11) Service de Médecine du sport de l'Hôtel-Dieu

**Extension déjà envisagée** aux services d'Oncologie Médicale, de Radiothérapie, d'Hématologie et au Sénopôle de l'hôpital Saint-Louis et aux autres hôpitaux de l'AP-HP

Extension à envisager aux Espic (Institut Mutualiste Montsouris, Hôpital Saint-Joseph, Institut Curie, Institut Gustave Roussy, etc.) ainsi qu'à tout autre établissement de santé disposant d'une offre spécialisée à Paris.

Extension à envisager aux autres secteurs de psychiatrie adulte de Paris du GHU Paris, de l'ASM13 et des Hôpitaux de Saint-Maurice.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

L'action repose sur la mise en place d'équipes mobiles médico-soignantes rattachées aux unités de Psychiatrie de liaison et d'urgence des hôpitaux généralistes et aux services somatiques des hôpitaux psychiatriques. Les ressources logistiques (locaux, moyens informatiques, etc.) seront mises à disposition au sein des unités de psychiatrie de liaison concernées par leurs établissements de rattachement.

Les équipes mobiles rattachées aux Unités de Psychiatrie de liaison seront composées

:

- D'un médecin psychiatre à mi-temps ;
- De deux infirmières en pratique avancée (IPA) mention « psychiatrie et santé mentale » à temps plein ;
- D'un assistant médico-administratif à mi-temps.

**Calendrier de mise en œuvre du projet pilote**

**2021-2025**

L'action s'appuie majoritairement sur le déploiement du projet Stigma élaboré à l'occasion du Fonds pour l'innovation organisationnelle en psychiatrie 2020.

Un déploiement à l'ensemble du territoire parisien sera fait en parallèle du projet Stigma afin d'en étendre le bénéfice à l'ensemble de la population parisienne.

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)****Indicateur principal :**

**1. Diminution du stade de la pathologie cardio-métabolique ou cancéreuse au moment du début de la prise en charge thérapeutique** ; cet indicateur est à la fois une mesure indirecte de l'accès aux soins et un marqueur pronostic majeur.

**Indicateurs secondaires :**

1. Augmentation du nombre de patients suivis par les secteurs psychiatriques parisiens pris en charge pour des soins somatiques par les services de soins somatiques partenaires dans le cadre de la prévention et du traitement des maladies cardio-métaboliques et des cancers les plus fréquents et / ou liés au tabac ;
2. Diminution des admissions de ce public en hospitalisation complète via les SAU;
3. Satisfaction des usagers et des professionnels de santé – dont médecins traitants – à l'issue de la prise en charge somatique ;
4. Amélioration des connaissances sur l'état de santé physique des patients suivis par les secteurs psychiatriques et sur les obstacles résiduels à un accès optimal aux soins somatiques ad hoc.

## Action n°3 : Expérimenter le projet de télé-expertise APOGE-e

### Intitulé de l'action

**Dispositif de premier Avis Psychiatrique et d'Orientation partagé avec les médecins Généralistes en e-consultation (APOGE-e).**

### Objectif (s)

Outre un suivi trop peu rapproché et une prise en charge tardive des pathologies somatiques chez les patients atteints de pathologies psychiatriques, le cloisonnement entre les deux univers est aussi à l'origine de **retards de diagnostic et de prise en charge** de pathologies psychiatriques.

La note sur les PTSM réalisée par MG France et le Syndicat des psychiatres français souligne que parmi les motifs de consultation en médecine générale, 13% concernent les troubles mentaux. Les médecins généralistes sont donc **« les premiers consultés en cas de troubles psychiques »**, d'où la nécessité d'une **« coordination optimisée de tous les acteurs de soins »**. Ils sont également, les **premiers prescripteurs de psychotropes**.

Selon les Présidents de ces deux syndicats, « les protocoles entre premier recours de proximité et la psychiatrie en général, qu'elle relève de pratiques libérales ou salariées, individuelles, en équipe, en institution, doivent porter en priorité sur : l'aide à la décision, le diagnostic et la délivrance de RDV hiérarchisés selon la nature et l'urgence du cas et des outils de communication (...). ». Il s'agit de plus de « faire circuler la compétence au-delà du premier cercle de la psychiatrie ».

Dans ce contexte, les objectifs d'**APOGE-e** s'articulent en 2 axes :

- 1- **Favoriser un accès facilité et plus précoce à un avis psychiatrique** pour les personnes susceptibles de présenter un trouble mental ;
- 2- **Favoriser le transfert de connaissances** concernant aussi bien l'identification des troubles psychiatriques émergents, la prise en charge thérapeutique des troubles mentaux et l'organisation des soins en santé mentale.

#### **Il en découlera :**

- Un accès plus précoce aux soins spécialisés et une meilleure coordination du parcours de soins (soins somatiques/psychiatriques) ;
- Une amélioration du dépistage et de la prise en charge précoce des troubles psychiques émergents facilitant ainsi la prise en charge somatique ;
- Une prise en charge plus précoce de certaines situations critiques limitant le recours aux services d'urgences et à l'hospitalisation ;
- Une meilleure lisibilité de la filière de soins psychiatriques locale, aussi bien pour les médecins libéraux du territoire, que pour les patients et leur entourage afin d'améliorer l'orientation vers des acteurs adaptés ;
- Une amélioration de la qualité des liens entre les médecins généralistes et les équipes de secteur, dans le sens d'une meilleure articulation ville-hôpital, en amont et en aval des soins psychiatriques, afin d'éviter les ruptures dans la continuité des soins psychiatriques ;
- Une déstigmatisation du patient psychiatrique.

**Public cible**

Le projet pilote porte sur **les médecins généralistes ayant des patients du 19<sup>ème</sup> arrondissement** pour lesquels un avis psychiatrique est nécessaire (enfant, adolescent et adulte).

En fonction des résultats de ce projet pilote portant sur le 19<sup>e</sup> arrondissement, son extension sera à systématiser aux autres arrondissements parisiens.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

La précocité de la prise en charge spécialisée conditionne **l'évolution de la majorité des troubles psychiatriques, en particulier des plus sévères** (troubles de l'humeur, anxieux et psychotiques). Par exemple, dans la schizophrénie, une durée longue de psychose non traitée grève le pronostic clinique, cognitif, biologique et fonctionnel de la personne. Malheureusement, de **multiples facteurs contribuent au retard d'accès aux soins** : niveau socio-économique défavorisé, manque d'informations sur les filières spécialisées, démographie médicale, et surtout stigmatisation des troubles mentaux des personnes qui en souffrent et des soins dispensés.

Cette question est particulièrement aiguë dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, qui **concentre une population jeune et précaire**, particulièrement confrontée aux troubles psychiques. Dans ce contexte, le médecin traitant est souvent le premier professionnel consulté en cas de difficultés psychiques. C'est ce contexte spécifique qui a conduit ce projet à être développé sur un mode « pilote » dans le 19<sup>e</sup> arrondissement. Toutefois, Apoge-e se veut être **un dispositif de soins partagés entre psychiatres et médecins généralistes**, comme il en existe dans différentes régions de France (Yvelines, Paca, Toulouse), et **son extension devra être rapidement envisagée à tous les arrondissements de Paris**, et en priorité aux arrondissements les plus défavorisés dans lesquels l'accès aux soins spécialisés repose fortement sur le médecin traitant.

*Les usagers ont confirmé le manque de connaissance de la maladie psychique par les médecins généralistes ou spécialistes : indiquant qu'il faudrait développer des groupes de paroles ou des « programmes de formation avec des usagers et des médecins » (Mme C, usagère)*

APOGE-e vise donc à faciliter **un premier contact ou un avis rapide auprès d'un psychiatre du secteur**, au moyen d'un outil d'e-santé : soit en **sollicitant directement un avis en télé-expertise**, soit en **programmant avec un psychiatre une télé-consultation associant le médecin généraliste et son patient**. Cet outil est facilement

utilisable avec un ordinateur équipé d'une webcam, ou avec un smartphone grâce à une application dédiée, et permet des échanges sécurisés. Il existe une interface avec Terr-esanté :

- 1- Le médecin généraliste fait la demande d'avis ou de consultation via le formulaire en ligne, avec l'accord de son patient ;
- 2- Le médecin généraliste est recontacté dans les 48h (jours ouvrés), sur la plage horaire choisie :
  - soit par un psychiatre, pour avis en télé-expertise ;
  - soit par l'équipe pour fixer le rendez-vous ultérieur de téléconsultation partagée avec un psychiatre, associant le médecin généraliste et son patient.
- 3- Un compte rendu écrit de l'avis ou de la consultation est adressé au médecin généraliste.

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Le **19<sup>ème</sup> arrondissement** parisien pour le projet pilote.

A terme, **l'ensemble des arrondissements sera concerné**, en priorité ceux dans lesquels l'accès aux soins spécialisés se fait moins facilement et repose essentiellement sur le médecin généraliste (ZIP ou QPV par exemple).

#### **Acteurs à mobiliser**

Les médecins généralistes

Les Centres de Santé (CDS),

Les médecins libéraux par l'intermédiaire notamment de l'URPS,

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) constituées ou en cours de constitution.

#### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Les services informatiques des établissements hospitaliers partenaires,

Installation d'un bureau dédié,

Planning médical des rdv,

Abonnement à un outil de téléconsultation (pour psychiatres et les médecins généralistes participant à l'action).

#### **Calendrier de mise en œuvre**

##### **Etapes du projet pilote début 2021 :**

- Rencontre de médecins généralistes exerçant en maison de santé, en centre de santé et en libéral
- Co-construction d'une fiche de liaison intégrée à un outil de téléconsultation
- Premières consultations et télé-expertises

**Extension à envisager à partir de 2021 et jusqu'en 2025** pour l'ensemble du territoire parisien.

## Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)

- Nombre de télé-expertises et téléconsultations réalisées
- Le taux d'adressage et d'hospitalisation
- Délai de prise en charge, motif d'adressage
- L'adresseur (médecin généraliste libéral, centre de santé ou les CPTS)
- Pathologies concernées CIM 10)

# Groupe thématique n°2 : Accès et maintien dans le logement

Groupe piloté\* par Dr. BONNEMAISON (Directeur général, ASM 13) M. LESHAF (Adjoint du pôle santé mentale et résiliences, Ville de Paris), Mme BRIHI (Responsable du développement, des partenariats et de l'innovation sociale, Œuvre Falret) et Mme MALBEC (Chargée de mission des équipes ELIAHS).

\* La liste complète du groupe se trouve en annexe.

## Introduction

Le logement est un déterminant fondamental de la santé mentale car il constitue le socle du **bien-être physique, psychique et social**.

Pour les personnes vivant avec des troubles psychiques ayant des pathologies au long cours, et celles en détresse psychosociale, la relation avec l'habitat peut devenir complexe et nécessiter un accompagnement. En effet, une situation sociale dégradée cumulée à de faibles ressources amène un bon nombre d'entre elles à occuper des **logements inadaptés à leurs besoins**.

Les troubles psychiques peuvent entraver la capacité à entreprendre et à réaliser **les actes de la vie quotidienne tant en terme d'investissement** (habiter son logement), de **lien avec le bailleur et le voisinage**, qu'en **terme de gestion des tâches quotidiennes** (cuisine, ménage,) ou **administratives** (relevé du courrier, paiement du loyer...). Accentuée par des addictions, la situation peut se dégrader et conduire à de graves incuries dans le logement. L'accumulation de ces difficultés amène certains à **la perte de leur logement et à l'errance**. D'après l'enquête SAMENTA, **30%** des personnes souffrant de pathologies psychiques ont été **dénombrées parmi les personnes sans abri**.

Sans autre solution, certains sont hébergés provisoirement en famille, à l'hôtel, hospitalisés en psychiatrie ou dans des dispositifs sociaux et médico-sociaux (CHRS, centre d'hébergement d'urgence, lits halte soins santé, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées, foyers d'hébergement...) sans de possibles relais.

Des hébergements censés être provisoires perdurent faute de moyens et de solutions adaptées à leurs besoins. En 2018, le GHU Paris estimait à 15% le nombre de patients sans logement adéquat dans leur file active parisienne, dont 3% de sans-abris<sup>2</sup> (cf. Questionnaire de l'UNAFAM 2019). D'après une étude menée auprès des adhérents de l'UNAFAM en 2019, 23% des patients vivaient chez leur famille dont 85% disposaient

d'une chambre individuelle et 77% vivaient en logement indépendant à la charge totale ou partielle des familles<sup>3</sup>.

Le confinement imposé pour cause de COVID 19 n'a fait qu'accentuer cet isolement, et les troubles associés pour un certain nombre de personnes.

De ce fait, la problématique d'accès et de maintien dans le logement de ces publics est **un réel enjeu de santé publique**.

En partant de l'expertise de chacun des professionnels présents au groupe de travail accès et maintien dans le logement du PTSM, les échanges, constats et état des lieux ont porté pour l'essentiel sur :

**- Les problématiques liées aux articulations et à la coordination entre acteurs :**

. La palette d'offres de services et d'acteurs sur le territoire complexifie leur coordination dans la prise en charge des personnes concernées.

. L'absence de cartographie claire des différents services et dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, le manque de connaissance des structures existantes sur le territoire est un obstacle majeur à la mobilisation des ressources pertinentes.

. Le manque d'articulation entre les différents dispositifs existants et les modalités d'accès aux personnes sont des freins à une prise en charge pluri institutionnelle adaptée.

La mise en lien entre acteurs autour de la personne, ainsi que l'interconnaissance peuvent constituer une clé d'amélioration des situations et favoriser l'autonomisation des personnes malades.

**- les problématiques liées à l'accès aux soins, à la prévention et au dépistage :**

. Face aux inégalités d'accès au système de soins d'une population vulnérable, il convient d'explorer les déterminants de ces inégalités d'accès aux soins. Il s'agirait également d'évaluer l'impact des inégalités sociales sur les inégalités d'accès aux soins.

En effet, pour les publics vulnérables repliés sur eux-mêmes qui sont dans l'impossibilité de se déplacer, les visites à domicile sont nécessaires afin de prévenir les risques, d'assurer les soins hors les murs et limiter les ruptures.

Le rôle des CMP, articulés avec les acteurs du médico-social, comme acteurs pivots dans la prise en charge de proximité, tant en amont, sur la prévention et le dépistage, qu'en aval sur la prise en charge des patients au long cours, est indispensable. Néanmoins les constats sont qu'à ce jour, les CMP assurent cette mission mais rencontrent de nombreuses difficultés au regard de moyens contraints corrélés à une augmentation de la demande de soins.

De plus, à l'interface des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les assistants de service social des CMP et d'intra qui accompagnent les personnes dans l'accès au droit commun en tenant compte de leur situation (tel que les prestations, allocations, admissions en structures d'hébergement et d'accompagnements social et médico-social) jouent un rôle clé dans le rétablissement des personnes.

#### - les problématiques liées à l'accès à un logement :

. L'accès au logement social est semé d'embûches pour les personnes en souffrance psychique. Avec une offre de logement extrêmement tendue au regard de la demande (244 421 demandes enregistrées pour 237 000 logements d'après une étude menée en 2017)<sup>4</sup>. La cotation supplémentaire de seulement 4 points pour un demandeur handicapé, cumulées à une stigmatisation du handicap psychique. Un grand nombre de personnes sont automatiquement exclues d'un logement en milieu ordinaire. Seulement 9% des personnes interrogées dans l'enquête UNAFAM bénéficiaient d'un logement social.

. Pour tenter d'apporter une réponse à ces besoins, des dispositifs d'offre de logements « adaptés »<sup>5</sup> assortis d'accompagnement et de soins ont vu le jour. Ces dernières années, nous observons une profusion de formules de logements « dédiés » aux personnes souffrant de troubles psychiques dans le champ sanitaire et médicosocial, très morcelée et très inégale sur le territoire parisien, avec des modalités de partenariat diversifiées avec la psychiatrie de secteur comme pivot de la prise en charge. Certains de ces dispositifs sont portés par des associations dites « de secteur », liées à l'établissement psychiatrique d'origine qui gèrent les appartements mis à disposition, dans une démarche de réhabilitation psycho-sociale.

D'autres dispositifs partenariaux, nés des besoins repérés au sein des CLSM et modélisés sur plusieurs arrondissements, prennent progressivement place sur le territoire parisien. Le DLAI « Dispositif de Logement Accompagné pour l'Inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques » mis en place en 2018, qui vise à favoriser l'accès et le maintien dans le logement avec un accompagnement par un service médico-social, s'inscrit dans cette démarche.

Certaines formules comme « Un Chez Soi D'abord » qui s'adresse aux personnes en situation de « rue » avec des pathologies psychiatriques fait partie de cette offre spécifique où le logement représente la première étape de la prise en charge. La personne est accompagnée par une équipe soignante et médico-sociale dans son projet de réinsertion sociale, afin de l'amener à terme vers le rétablissement.

Ces projets sont conçus comme transitoires, liés à un projet thérapeutique qui vise à amener les personnes concernées à avoir un accès à un futur logement personnel de droit commun.

Cette dynamique partenariale entre des équipes de soins psychiatriques, les acteurs sociaux, médico-sociaux et les bailleurs sociaux souligne la préoccupation croissante des acteurs à trouver des réponses d'accompagnement permettant aux personnes

les plus en difficulté d'avoir accès à un logement et de s'y maintenir. Un des freins au déploiement de ces dispositifs est lié à la pénurie de logement sur Paris. Ce qui ne permet pas de favoriser l'accès et le maintien via les formules de baux glissant pour les patients logés. De plus, pour les personnes vivant avec un trouble n'ayant pas la capacité psychique d'intégrer une formule de logement accompagné, les offres de place en résidence sociale, pension de famille, Maison Relais reste insuffisante. Certaines personnes en bénéficient mais hors de leur secteur psychiatrique de suivi ce qui les oblige à changer de lieux de soin. Ces changements peuvent concourir à des ruptures de soins et de parcours.

La création de places supplémentaires, en coordination étroite avec les secteurs de psychiatrie, est nécessaire face à un accroissement de la demande de logement et d'hébergement adapté.



**Figure 1 :** Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **Selon vous, quels sont les freins majeurs à l'accès au logement des personnes vivant avec des troubles psychiques à Paris ?** »

#### - Les problématiques liées au maintien dans un logement :

. Les offres de dispositifs d'accompagnement au quotidien dans le logement et au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques, tels que les aide-ménagères à domicile, les SAMSAH (110 places à Paris), les SAVS (570 places à Paris) sont insuffisants à Paris et les conditions d'accès sont souvent trop complexes. 11% des répondants à l'enquête UNAFAM 2019, bénéficiaient d'un de ces services<sup>6</sup>.

. Le manque de relais et de dispositifs efficaces rapidement mobilisables dans le logement privé au même titre que le logement social amène les personnes souffrant de troubles psychiques à une plus grande exclusion voire expulsion du domicile.

#### - Les problématiques liées aux prestations sociales et à l'accès à un revenu :

. Les conditions d'accès à la « prestation de compensation du handicap » (PCH) de la MDPH ne permettent pas d'assurer la prise en charge d'aides à domicile indispensables pour les personnes souffrant de troubles psychiques et dont la pathologie psychiatrique est très invalidante. En 2018, le GHU Paris estimait que 8% des patients parisiens sont sans ressources ou vivent de dons, 40% bénéficient d'une allocation (AAH, PCH) et 69% sont en ALD psychiatrique<sup>7</sup>. De plus la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permet de bénéficier de dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle (stages de réadaptation, de rééducation, contrat d'apprentissage...) est trop complexe.

Par ailleurs, le manque de places disponibles et les conditions restrictives d'accès en ESAT délivrent très peu d'opportunités d'emploi pour cette patientèle.

#### - Les problématiques liées à la stigmatisation de la maladie mentale

. La méconnaissance de certains intervenants de première ligne, tel que les SAAD, de l'impact de la pathologie mentale sur la manière d'habiter et d'investir le logement des patients a été identifiée comme pouvant être un frein au travail de maintien dans le logement. Ces équipes de 1ère ligne sont très peu associées à la prise en charge des soins psychiatriques avec les secteurs de psychiatrie alors que ces personnels sont souvent les derniers à être en lien avec certains patients en rupture de soins. D'après une étude menée auprès des adhérents de l'UNAFAM en 2019, 13% des répondants bénéficiaient d'une aide-ménagère à domicile<sup>8</sup>.

Pour tous ces acteurs du soin et de l'accompagnement, le logement peut être vu à la fois comme un lieu où s'expriment les troubles et comme un support indispensable au rétablissement de la personne. En partant de ces constats, les réponses à apporter font appel à une large palette de solutions. Il s'agit avant tout de **prévenir la perte du logement par un accompagnement « sur mesure » et d'avoir une offre de logements « adaptés » assortie de soins et d'accompagnement médico-social**. Toutes les actions et projets d'accès et de maintien dans le logement, dans une démarche de rétablissement et « d'aller-vers » doivent être territorialisées et s'inscrire au plus proche du lieu de vie des personnes. De ce point de vue, de par leur maillage territorial, les CMP sont les acteurs incontournables de la prise charge globale au long cours.

En partant du savoir-faire des secteurs et des expérimentations dans lesquels certains se sont engagés sur le territoire parisien, tel que les équipes ELIAHS et le Dispositif de Logements Accompagnés pour l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques **les objectifs des actions à mettre en place sont de :**

- . Favoriser le développement des dispositifs « d'aller-vers » des personnes souffrant de troubles psychiques pour s'inscrire dans une démarche de prévention, éviter les ruptures de parcours et favoriser l'accès aux soins.
- . Favoriser l'accès au logement via un dispositif d'inclusion au logement accompagné pour apprendre à habiter un appartement ou l'habitat inclusif dans une démarche de réhabilitation psycho-sociale
- . Favoriser le développement et l'offre de places sur des dispositifs d'hébergements collectifs adaptés.
- . Renforcer les compétences professionnelles, les savoir-faire et les savoirs-être des intervenants de 1ère ligne des SAAD afin de maintenir une continuité des prises en charge dans la vie quotidienne au sein du logement des personnes ayant des troubles liés à une pathologie au long cours qui entrave leur capacité à habiter un logement.

## Action n°4 : Renforcer et diversifier l'offre d'hébergement et de logement

### Intitulé de l'action

Renforcer et diversifier l'offre de logement et d'hébergement des personnes vivant avec des troubles psychiques : de l'institution au logement de droit commun.

### Objectif (s)

- **Développer** pour les personnes les plus en difficulté **une offre de logements** et d'hébergements **« adaptés » diversifiée**, assortie d'accompagnement social et de soins, plus ou moins intensifs, de manière équitable sur l'ensemble du territoire parisien
- **Promouvoir** la mise en place **d'expérimentations diverses** autour du logement et de l'hébergement des personnes vivant avec un trouble psychique

*« Travailler sur une offre de logements collectifs » (Mme B, représentante d'usagers)*

### Public cible

Personnes vivant avec un trouble psychique en situation d'hébergement inadapté et avec un besoin d'accompagnement.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

→ **Augmenter le nombre de places en structures d'hébergement sociale et médico-sociales** en prenant en compte la diversité des profils (MAS, FAM, Résidence d'accueil, Appartement de coordination thérapeutique, pension de famille).

La diversité des besoins et des parcours nécessite une variabilité dans les ratios d'encadrement, la médicalisation ou non des résidences et l'intensité d'accompagnement.

→ **S'assurer que la création de ces places en structure d'hébergement s'inscrive dans un réseau partenarial et territorial adapté** avec les CMP, les SAVS et les SAMSAH.

→ **Accompagner le développement de logements adaptés** au public en fonction des besoins du territoire, par la mise en place d'un groupe de travail territorial parisien associant les institutions (représentants des bailleurs sociaux et privés, de l'Agence Régionale de Santé, de la DRIHL, du Département, de la Ville de Paris, du secteur sanitaire et médico-social et des représentants d'usagers et d'aidants) afin de relancer la création de places supplémentaires et d'harmoniser l'offre sur le territoire parisien.

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Paris

**Acteurs à mobiliser**

ARS IDF  
 DRIHL  
 Ville de Paris  
 Bailleurs sociaux  
 Acteurs du médicosocial  
 Secteurs de psychiatrie  
 Usagers et représentants d'usagers

**Résultats attendus**

- › Augmentation du nombre de personnes vivant avec un trouble psychique dans un logement relevant du droit commun.
- › Augmentation du nombre de personnes vivant avec un trouble psychique ayant obtenu une place dans une structure d'hébergement sociale ou médico-sociale.
- › Développement des partenariats entre les acteurs du logement et de l'habitat et les acteurs du territoire pour apporter de nouvelles réponses.
- › Développement d'une offre de logement adaptée à des projets personnalisés dans un accompagnement vers l'autonomie à la vie sociale, prenant en compte les niveaux de handicaps des personnes hébergées.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

**Les moyens seront à définir à la suite de la mise en place de l'action**

**Calendrier de mise en œuvre**

2021-2025

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**Indicateurs de résultats :

- Nombre de places créées.
- Publications d'appels à projets, d'appels à manifestation d'intérêt,
- Nombre de places d'hébergement social semi – collectif répondant au cahier des charges des Pensions de Familles (UNAFO)
- Indicateurs qualitatifs : Questionnaire sur la diminution de la charge pesant sur les familles qui hébergent un proche, faute de solution alternative.

## Action n°5 : Déployer des équipes dédiées aux signalements des bailleurs

### Intitulé de l'action

Déploiement et pérennisation d'équipes dédiées aux signalements des bailleurs en s'appuyant sur l'expérimentation des Équipes de Liaison Intersectorielle d'accompagnement entre habitat et soins (ELIAHS).

### Objectif (s)

Les équipes ELIAHS existent depuis 2017 et travaillent aujourd'hui sur trois arrondissements auprès des bailleurs sociaux.

Ces équipes garderont pour objectifs opérationnels **d'évaluer, de diagnostiquer, d'orienter et d'accompagner les locataires en difficulté**, signalés par les bailleurs sociaux et le parc privé des arrondissements concernés en permettant de :

- › Fluidifier la procédure de signalement des locataires en difficultés psycho-sociales et améliorer l'orientation vers les dispositifs les plus adaptés ;
- › Prévenir les situations de crise, d'exclusion et prendre en charge en amont celles qui peuvent l'être, afin d'éviter les hospitalisations ;
- › Favoriser le maintien dans le logement de locataires fragiles et éviter les ruptures ;
- › Créer une synergie entre acteurs du sanitaire, du médico-social et du social ;
- › Sensibiliser les équipes de professionnels de première ligne aux problématiques de santé mentale pour faciliter leur connaissance et compréhension ;
- › Co-construire des outils et des méthodes de travail permettant une meilleure prise en charge globale des locataires en difficultés psycho-sociales.

### Public cible

- › Personnes présentant des troubles psychiques habitant en logement social ou en logement privé.

Ces équipes prendront aussi bien en charge des signalements de locataires présentant des signes de crise qui se manifestent par « des signaux forts » que de « crises silencieuses » ou de « sous-crisis », suffisamment préoccupantes pour nécessiter une intervention mais qui ne présentent pas de danger immédiat, dans **une logique de prévention de toute dégradation de la situation**.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

Les équipes ELIAHS sont co-construites dans une **démarche d'aller-vers, territorialisées**, pour rapprocher l'offre de soins existante des personnes en souffrance psychosociale. Le dispositif permet **de fluidifier les procédures de signalements, de prévenir les situations de crise, et de favoriser le maintien dans le logement**. Par ailleurs, les équipes sont engagées dans une **démarche de déstigmatisation** auprès des professionnels du champ social, des acteurs de première ligne, en réalisant un cycle de sensibilisations.



**A ce jour**, près de 630 locataires ont été signalés en 3 ans et demi dont :

- 42% d'hommes et 58% de femmes ;
- Une moyenne d'âge de 58 ans ;
- 38 % des personnes signalées étaient connues des services de psychiatrie ;
- Près de 90 % des locataires suivis par les équipes ont un diagnostic psychiatrique suite à une l'évaluation par l'équipe ELIAHS ;
- Seulement 15 locataires ont nécessité une hospitalisation en psychiatrie ;
- 2/3 des locataires rencontrés ont bénéficié d'un accompagnement dans les démarches sociales par les équipes ELIAHS. Plus de 60% des locataires n'avaient plus aucun suivi social avec les services sociaux de proximité ;
- 98 % des locataires qui étaient en procédure d'expulsion ont bénéficié d'une suspension de ces procédures suite à l'intervention des équipes ELIAHS ;
- 100 gardiens/an sont sensibilisés aux troubles psychiques, au repérage de ces troubles et au fonctionnement de la psychiatrie.

Après l'entrée dans le dispositif, **les signaux diminuent de moitié et près d'un locataire sur 4 ne fait plus l'objet d'aucun signalement**. Les locataires suivis par les équipes ELIAHS connaissent un faible taux d'hospitalisation avec moins de 5% de personnes hospitalisées sur 3 ans. Ce dispositif permet le repérage précoce de personnes fragilisées avec près de 55% des cas signalés non connus des services de psychiatrie, parmi lesquels 1 sur 2 nécessite des soins psychiatriques. **Pour poursuivre la démarche et développer des réponses innovantes pour le traitement des problématiques de maintien dans le logement, le PTSM souhaite :**

- Pérenniser les équipes existantes avec un financement stable sur le long terme ;
- Étendre le dispositif à d'autres arrondissements ayant des Quartiers Politique de la Ville (par exemple, 17e, 18e, 14e) ;

- Etendre le dispositif au logement privé ;
- Évaluer les situations non psychiatriques orientées vers ELIAHS afin d'avoir une offre complémentaire à la suite de la prise en charge des équipes ELIAHS en lien avec les acteurs du territoire (SSP, médico-social, associations de patients, associations de territoire...) ;

L'ouverture au parc privé nécessitera de nouvelles manières d'entrer en lien. Les canaux de signalement ainsi que l'approche avec l'occupant doivent être repensés en l'absence de travailleurs sociaux spécifiques comme dans les logements sociaux.

**La mutualisation d'une assistante sociale ainsi que le recrutement d'un médiateur de santé-pair permettront de :**

- › Suivre le circuit des affaires signalées pour les occupants du parc privé pour connaître les situations préoccupantes ;
- › Favoriser d'autres manières d'entrer en lien avec les occupants avec le partage de savoirs expérientiels et d'ancrer une réelle alliance thérapeutique ;
- › Accompagner l'occupant dans un soutien à l'insertion sociale en lien avec les diverses associations locales, lutte contre la solitude et dans un soutien relationnel : accompagnement spécifique dans le but de soutenir le processus de rétablissement avec le pair-aidant ;
- › Favoriser des échanges de pratiques avec les professionnels (travailleurs sociaux, gardiens, gérants...) : le médiateur de santé/pairs pourrait être un excellent levier pour le travail sur la déstigmatisation, la compréhension de la maladie et des parcours de vie nécessaire dans une démarche de soin communautaire.

**Résultats attendus**

- ›  Augmentation des repérages précoces
- ›  Diminution du nombre d'hospitalisation
- ›  Diminution des expulsions liées à un trouble psychique
- ›  Mesurer la satisfaction bailleurs via un questionnaire

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

**Aujourd'hui :** 13, 19 et 20<sup>ème</sup>

**Extension :** Arrondissements ayant des quartiers Politique de la Ville.

**Acteurs à mobiliser**

Portage du projet :

**Les secteurs de psychiatrie concernés et leurs hôpitaux respectifs :**

- › GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, l'ASM13 et le GHT Paris-94
- › Ville de Paris
- › ARS
- › Acteurs médico-sociaux
- › Préfecture IDF – DRIHL
- › Bailleurs privés et sociaux
- › CLSM



**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Aujourd'hui chacune des équipes est composée de :

- 20% d'Équivalent Temps Plein (ETP) de psychiatre en charge du pilotage de l'équipe de psychiatrie de secteur dédiée (prise en charge, diagnostic et orientation) ;
- d'un(e) infirmier(e) à 100% d'ETP ;
- d'un(e) assistant(e) social(e) à 100% d'ETP ;
- d'un(e) chargé(e) de mission, chargé du suivi et de l'évaluation du projet, à 25% d'ETP.

Pour l'extension du projet au parc privé :

- d'un(e) assistant(e) social(e) 50% d'ETP rattaché au CASVP de l'arrondissement pour chacune des équipes
- d'un pair aidant sur l'ensemble des équipes intervenant à la demande

**Chaque équipe sera intégrée au pôle du secteur concerné et placée sous la responsabilité du Médecin Chef de Pôle et de la Cadre de Pôle**

**Calendrier de mise en œuvre**

**2021-2025**

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

- › Nombre de situations orientées vers les équipes ELIAHS
- › % de locataires maintenus dans leur logement ayant des procédures contentieuses
- › % de personnes orientées et ayant accroché à des soins en psychiatrie (connues et non connues de la psychiatrie)
- › % de personnes orientées vers des soins somatiques
- › % de personnes orientées vers le social
- › % de personnes expulsées
- › % de personnes hospitalisées
- › % de baisse des signaux faibles et forts
- › Nombre de sessions de sensibilisation
- › Développer des outils permettant d'obtenir des Indicateurs sociodémographiques facilitant une meilleure connaissance des publics accueillis

## Action n°6 : Etendre l'offre de logement accompagné et inclusif

### Intitulé de l'action

Déploiement sur l'ensemble du territoire de dispositifs de Logement Accompagné pour l'Inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques en s'appuyant sur l'expérimentation du DLAI existant dans les 11<sup>ème</sup>, 17<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.

### Objectif (s)

→ **Faciliter l'accès au logement** des patients inscrits dans un parcours de soins psychiatriques (service de soins, centres de postcure, autres...), complété par la mise en œuvre d'un accompagnement adapté.

*« Il a fallu se battre 5 ans pour se retrouver avec un logement même pas adapté. » (Mme D, usagère)*

→ **Apprendre à habiter et occuper** un logement dans la gestion quotidienne (loyers, ménage...) en s'appuyant sur les compétences du patient.

*« Il faut apprendre au patient à gérer son logement et non pas faire à sa place. » (M.D, usager)*

→ **Favoriser l'autonomie et le rétablissement** des patients accueillis sur une période déterminée de 5 ans maximum. En cas d'incapacité du patient à s'inscrire dans cette démarche, il sera réorienté vers d'autres dispositifs plus adaptés.

### Public cible

Les personnes adultes souffrant de troubles psychiques en situation de grande vulnérabilité, suivies par les secteurs de psychiatrie des arrondissements concernés.

**Description de l'action** (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

**Déploiement du dispositif logement accompagné pour l'inclusion des personnes en souffrance psychique (DLAI)**

Dans le cadre d'un protocole d'accord qui engage en amont les différents partenaires : bailleurs sociaux, secteurs de psychiatrie, Ville de Paris, services de l'État et opérateur (l'Œuvre Falret), il s'agit de permettre **la mise à disposition des logements du parc locatif social sur Paris**, relevant du contingent ville et préfecture. Ce dispositif se veut transitoire et s'inscrit dans une démarche d'empowerment et d'inclusion par le logement.

Ce partenariat tripartite/quadripartite engage :

. Les bailleurs sociaux à mettre à disposition par un bail associatif des appartements à une association gestionnaire

. Une association gestionnaire disposant de l'agrément d'intermédiation locative à :  
- Assurer la gestion locative élargie des appartements comprenant le renouvellement des baux, le paiement des charges locatives, l'entretien des appartements et la remise en état des appartements.

- Garantir les conditions de vie décentes au locataire/patient en favorisant son accès au logement dans le parc social de droit commun.

- Trianguler les relations entre les intervenants extérieurs en partenariat avec les équipes soignantes de psychiatrie, notamment avec les services techniques des bailleurs sociaux en cas de problèmes dans le logement.

. Un SAVS ou SAMSAH assure l'accompagnement socio-éducatif des patients/sous locataires dans une démarche de rétablissement par l'équipe du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale en articulation avec les référents du Centre Médico-Psychologique du secteur concerné.

. La psychiatrie de secteur s'assure de la prise en soins à savoir :

- Participer à la continuité des soins en répondant aux besoins spécifiques des personnes accompagnées sur le secteur.

- Accompagner le projet de soin individuel de la personne.

- Favoriser sa réinsertion sociale et/ou familiale voire professionnelle.

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Paris

**Acteurs à mobiliser**

Ville de Paris (DASES, DLH) - CASVP

ARS

GHU Psychiatrie et neurosciences

ASM 13

GHT Paris-94 (Hôpitaux de St Maurice)

Préfecture IDF – DRIHL

Bailleurs sociaux

Opérateur gestionnaire /structure médico -social ayant un agrément intermédiation locative

CLSM

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Un coordonnateur de parcours avec des missions de case manager, un agent de maintenance, un comptable, un secrétaire rattaché à l'opérateur gestionnaire

**Résultats attendus**

**A terme déploiement sur d'autres arrondissements et possibilité d'accéder à un logement accompagné sur l'ensemble du territoire**

- Augmentation du nombre de patients accédant à un logement accompagné
- Augmentation du nombre de logements mis à disposition par le Dispositif de logements accompagnés pour l'inclusion des personnes en souffrance psychique (DLAI)

**Calendrier de mise en œuvre**

**2021-2025**

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

**Indicateurs qualitatifs :**

- Accès et maintien dans le logement des personnes prises en charge
- Stabilisation des parcours de soins
- Amélioration de la qualité de vie du patient (lutter contre l'isolement)
- Autonomisation de l'individu dans la gestion de son logement
- Amélioration de l'insertion sociale et professionnelle des personnes prises en charge

## Action n°7 : Sensibiliser les professionnels intervenant à domicile

### Intitulé de l'action

Former/sensibiliser à la santé mentale et accompagner les professionnels intervenant en Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) auprès de patients souffrant de troubles psychiques.

### Objectif (s)

- › Permettre aux professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne des SAAD intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiques d'acquérir un savoir-faire et savoir-être en santé mentale afin de mieux appréhender la maladie mentale et d'assurer ainsi une cohérence de leur intervention avec les équipes de soins.
- › Favoriser le lien entre SAAD et CMP lorsque la situation le permet, au bénéfice de la cohérence du parcours de vie du patient.

*« Une auxiliaire de vie est extrêmement difficile à avoir pour une personne atteinte de troubles psychiques. » (Mme S, usagère)*

- › Désigmatiser la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques
- › Mettre en place des supervisions régulières avec les référents des SAAD, les aide-ménagères et les professionnels du soin impliqués dans la démarche.
- › Montée en compétence des professionnels des SAAD - assurer une continuité des services du SAAD en articulation des soins et éviter les ruptures d'intervention sur les situations complexes.
- › Décloisonner les pratiques et les interventions des acteurs autour de la prise en charge du patient au domicile.
- › Associer les SAAD à la démarche de santé globale.

### Public cible

Toute catégorie d'intervenant à domicile, auprès de :

- personnes jeunes en situation de handicap ;
- personnes vieillissantes ;
- Intervenants sociaux se rendant au domicile des personnes,
- Professionnels de l'ASE ;
- Sage-femme effectuant des visites post-accouchement ;
- Infirmière libérale ;

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

Co-construction d'un programme de formation avec les professionnels concernés en s'appuyant sur un diagnostic territorial à réaliser pour :

- › Connaître et évaluer les organismes d'aide à domicile susceptibles d'être partie prenante de l'action ;
- › Évaluer les besoins selon les publics et les territoires prioritaires ;
- › Établir des priorités en fonction des besoins, des publics cibles retenus et des territoires ;
- › Évaluer les moyens à mettre en œuvre.

**En fonction du diagnostic de territoires, ce projet se déroule en trois étapes :**

- **Phase 1** : Constitution d'un groupe de travail avec un « pool » de professionnels issus des secteurs de psychiatrie des territoires priorités, des SAVS, d'un pair aidant et de référents des SAAD afin de : planifier l'action, élaborer le contenu des formations, établir les besoins des SAAD en terme de supervision et d'accompagnement des professionnels du soin, créer un support pédagogique à destination des aide-ménagères.
- **Phase 2** : Formation/sensibilisation en groupe restreint territorialisé à la pathologie mentale, par des intervenants des CMP des territoires concernés, des SAMSAH et d'un pair aidant auprès de référents des SAAD et élaboration avec les référents d'un contenu pouvant être transmis auprès des aide-ménagères.
- **Phase 3** : Sensibilisation par les référents SAAD formés au préalable auprès des aide-ménagères en permettant :
  - › D'acquérir un savoir-faire et un savoir être face aux situations complexes de patients ;
  - › D'outiller les aide-ménagères aux problématiques de la santé mentale et aux principaux troubles et à leur retentissement sur la vie quotidienne ;
  - › D'identifier les signaux nécessitant un relais auprès des professionnels de santé afin de permettre une supervision efficace ;
  - › De déstigmatiser la PEC des malades et des maladies mentales.

**Co-pilotage du projet : DASES, hôpitaux psychiatriques et médico-social.**

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Démarrer l'expérimentation sur quelques CMP volontaires avant une généralisation à l'ensemble du territoire parisien.

**Acteurs à mobiliser**

- › CMP ;
- › SAMSAH/SAVS ;

- › Association prestataire de service d'aide à domicile ;
- › M2A ;
- › Associations et structures d'aides à domicile parisiennes ;
- › UNAFAM.

- › Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)
- › ½ ETP de coordinateur de formation ;
- › ½ ETP Pair Aidant ;
- › Besoin de mobiliser du temps de psychologues, infirmiers, assistantes sociales et du temps médical dans le cadre des fonds de formations.

### **Calendrier de mise en œuvre**

**2021-2025**

### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

- Nombre de formations et de réunions de préparations ;
- Nombre de professionnels formés et l'assiduité des participants ;
- Questionnaire de satisfaction adressé aux participants ;
- Évaluation de l'impact de la formation ;
- Évaluation de l'impact de la supervision sur la prise en charge des patients (reprise des VAD, nombre de ruptures évitées) ;
- Nombre de situations travaillées entre les SAD/secteurs/SAMSAH et référents SAAD ;
- Nombre de supervisions et origine des professionnels ;

### **Résultats attendus**

- Meilleure accompagnement par les SAAD des personnes ayant des troubles psychiatriques, ou ayant une pathologie psychiatrique : montée en compétence des professionnels ;
- Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes à leur domicile.

## Action n°8 : Déployer le Case Management

### Intitulé de l'action

Déploiement d'un *case management* / référence pour un accompagnement global et un suivi coordonné des patients en psychiatrie de secteur en lien avec les problématiques liées au logement.

### Objectif (s)

- Assurer une **meilleure coordination des interventions** autour du patient afin d'éviter des ruptures de parcours et diminuer le recours aux hospitalisations dans le cadre de l'urgence.
- Favoriser la **continuité des soins et répondre de manière efficace et efficiente** aux besoins multiples et complexes des patients en fonction du niveau d'intensité requis.
- Assurer une **continuité dans la prise en charge sociale** particulièrement sur les questions liées à l'accès et au maintien dans le logement pérenne.
- Permettre que les **différents professionnels et partenaires soient accessibles** en renforçant leurs responsabilités et leurs actions dans le parcours du patient.
- Renforcer les **compétences professionnelles des intervenants en décloisonnant** les pratiques par corps de métier (pratiques avancées infirmiers, pratiques des travailleurs sociaux...) dans une approche évaluative des interventions.
- Impliquer et **responsabiliser le patient en s'appuyant sur ses capacités** et ainsi renforcer **ses habilités dans son environnement**.
- Impliquer **l'entourage, les aidants et ses proches dans le parcours de rétablissement** du patient.

### Public cible

Patients vulnérables, en rupture de soins, corrélée à des difficultés sociales et des comorbidités.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

Développer la culture et la pratique du **case management au sein des CMP** en attribuant à chaque patient vulnérable et en rupture de soin un ou plusieurs référents de parcours dans les champs du soin et du social.

Dans un premier temps, il s'agirait d'établir un **état des lieux** de l'existence de cette pratique ou de ce qui s'en apparente au sein des secteurs de psychiatrie (référence soignante, éducative, fonction de coordonnateur des soins et de projet/parcours). Ce diagnostic permettra de repérer les freins, les leviers et les moyens de la concrétiser. Ce travail permettra **d'établir un référentiel de pratique** avec des indicateurs d'évaluation.

Une expérimentation sur quelques CMP volontaires permettra **d'évaluer la faisabilité et l'efficience de cette nouvelle pratique**. Après une évaluation et des réajustements nécessaires cette modalité de pratique d'accompagnement et de suivi sera modélisée et déployée sur d'autres secteurs.

**Le case manager implique une participation active, dans une démarche « aller-vers »**, du patient concerné en s'appuyant sur ses capacités et ses habilités dans son environnement. L'entourage proche et la famille sont également impliqués dans cette démarche.

Ces référents auraient des fonctions :

- Internes au secteur à savoir être garant du parcours du patient, être attentif à l'évolution et/ou régression de la situation du patient, être impliqué dans l'élaboration et le suivi du projet individuel du patient ;
- Externes à savoir être l'interlocuteur auprès des éléments extérieurs du CMP (famille, lieu de travail, médecins traitant, SSP, bailleurs sociaux, structures médico-sociale etc.).

Ils interviendront sur plusieurs champs à savoir :

- Sur l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individualisé du patient,
- Sur la mise en œuvre et le suivi d'une prise en charge globale (soin et social), L'accent sera mis sur les problématiques d'accès et de maintien dans le logement ou tout disposition pérenne permettant au patient d'être logé,
- Sur la régulation et la coordination du parcours/projet de vie,
- Sur l'implication des proches et des partenaires.

**Les pratiques du case manager/référent(s) sont indissociables des principes de continuité des soins, du social et de la coordination des pratiques dans le parcours du patient dans une démarche clinique.**

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

- Un CMP comme lieu expérimentation.
- Après une évaluation et une modélisation : extension à l'ensemble des secteurs du territoire parisien.

#### **Acteurs à mobiliser**

GHU, ASM 13, GHT 94 (Paris centre, 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>)  
UNAFAM et autres associations de représentant des usagers  
Pair aidant  
Centre de formation (à définir)

#### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Mise en place d'un COPIL pour le suivi de l'action  
Un chargé de mission/coordonnateur + secrétariat  
Bureau et salle de réunion pour la formation

## **Résultats attendus**

### **Ce projet devrait permettre :**

- L'amélioration de la prise en charge globale du patient.
- L'amélioration de l'accès ou du maintien au logement des patients.
- Un meilleur suivi de la situation du patient.
- La réduction du nombre d'hospitalisation.
- Une meilleure élaboration du projet de vie du patient et une meilleure coordination avec son parcours.
- Une plus grande implication des proches dans le projet de vie du patient.

## **Calendrier de mise en œuvre**

**2021-2025**

### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

#### **Approche quantitative :**

- Évaluer le nombre de ruptures de parcours sur les patients pris en charge,
- Le nombre d'hospitalisations sur les patients pris en charge,
- Le nombre de patients maintenus dans leur logement/hébergement,
- Le nombre de patients relogés ou ayant un accès à un logement pérenne.

#### **Approche qualitative :**

Questionnaire de satisfaction portant :

- Sur la participation et la responsabilisation des patients dans leur parcours,
- Sur la participation des familles et de l'entourage,
- Évaluer l'implication des partenaires des différents champs sur la prise en charge du patient.

# Groupe thématique n° 3 : Addictions & santé mentale

*Groupe piloté\* par Pr. VORSPAN (Responsable d'unité fonctionnelle « Addictologie Ambulatoire », Hôpital Fernand Widal), Dr. LAQUEILLE (Chef de service, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences) et Dr. AVRIL (Directrice générale, Association GAIA Paris)*

*\* La liste complète du groupe se trouve en annexe*

## Introduction

L'importance du problème de santé publique lié aux addictions dans nos sociétés est majeure. La capitale n'échappe pas à ce constat. En effet, les addictions sont la **première cause de mortalité évitable** en France comme dans la plupart des sociétés industrialisées, principalement du fait de la mortalité liée au tabac (70 000 morts par an, avec un décuplement prévu dans les prochaines années, notamment du fait de la survenue des cancers liés au tabagisme des femmes (1), et aux consommations excessives d'alcool (41 000 morts par an) (2)). Si en France les décès liés aux overdoses d'opiacés sont stables (autour de 200 morts par an (3)), notre société n'est pas à l'abri d'une évolution à l'américaine où sévit une épidémie de décès par overdose d'héroïne et d'opiacés qui fait 20 000 tués chaque années (4,5). De **nouveaux produits de synthèse apparaissent chaque jour**, et se diffusent de plus en plus rapidement via internet, ce qui rend le phénomène des addictions exponentiel. De plus, l'Île-de-France et la ville de Paris concentrent **des publics sans domicile fixe venant de toute la France ainsi que des migrants**. Dans ces populations se trouvent des usagers de drogues en grande précarité. Au cours des dernières années se sont constituées, à proximité des lieux de vente et de trafic historiques, de véritables scènes ouvertes de consommation de drogue en pleine rue, en particulier de crack (mais pas uniquement) (10). Elles sont concentrées dans le Nord-Est parisien. Même si le nombre de personnes concernées semble peu élevé (11), estimé de quelques centaines à quelques milliers d'usagers, les problèmes de santé, de santé publique et de sécurité publique posés par ces usagers sont majeurs. En effet, ils cumulent souvent **des pathologies addictives, médicales et psychiatriques sévères et peuvent présenter des troubles du comportement, une problématique sociale et des conduites délictuelles**. Leur demande de soins est fluctuante et **nécessite de développer des programmes spécifiques, dans le cadre d'une politique globale de prise en charge de ce problème**.

Globalement, les troubles psychiatriques et les addictions sont, au niveau mondial, la **5e cause de handicap et d'incapacité**. Parmi toutes les causes de handicap, **les troubles liés à l'usage d'alcool sont le facteur de risque évitable de démence le plus significatif** (ils multiplient par 3 le risque relatif de se voir porter un diagnostic de démence) (14). Des soins médicaux efficaces et pertinents pour ces patients pour qui

le délai au diagnostic et à la prise en charge spécialisée en addictologie est actuellement de plusieurs années permettrait de réduire à la fois la mortalité, la morbidité, le poids pour les familles et les entourages et le coût social des addictions. En effet, toutes les prises en charge addictologiques se heurtent à un problème de « treatment gap », c.à.d. à un **défaut d'accès et de demande soins par les personnes atteintes d'addictions**.

De nouveaux systèmes sont donc à inventer pour favoriser l'accès aux soins des addictions mais aussi des comorbidités les plus fréquentes, notamment psychiatriques. Les patients déjà pris en charge pour une affection psychiatrique (trouble schizophrénique, trouble affectif, trouble anxieux, trouble de personnalité) sont particulièrement touchés par les addictions. **Ils sont 2 à 4 fois plus fréquemment atteints** que les sujets de la population générale par les addictions avec substance et par les addictions comportementales (15).

En effet, en cas de comorbidités addictologiques et psychiatriques, le retard à l'accès aux soins est encore majoré. **Les symptômes psychiatriques peuvent masquer les symptômes d'intoxication ou de sevrage des différentes substances, retardant le diagnostic addictologique**. D'autres symptômes des affections psychiatriques, notamment ceux affectant la sphère relationnelle ou la programmation des actions, les handicapent pour accéder aux soins addictologiques ou programmer leur parcours de soins. Il peut également exister une minimisation de la part des soignants des troubles addictologiques chez les patients souffrant d'une affection psychiatrique, conduisant parfois à les négliger car ils sont jugés moins prioritaires à traiter. Enfin, la richesse mais la complexité de l'offre de soins en addictologie dans le territoire de santé parisien, qui s'est construite historiquement par l'ajout de dispositifs de soins spécialisés pour répondre à une problématique après l'autre, souvent par produit, rend les échanges de patients avec la psychiatrie complexes.

#### **La coexistence des deux troubles à un impact pronostique majeur pour chacun des troubles qui s'auto-aggravent par plusieurs mécanismes :**

- Aggravation des symptômes de la maladie psychiatrique, augmentation de la fréquence des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, augmentation de la fréquence des tentatives de suicide, augmentation de la fréquence des rechutes,
- Efficacité réduite des traitements, mauvaise compliance thérapeutique,
- Diminution des capacités de réhabilitation psychosociale : isolement, difficultés d'accès aux structures sociales, médicosociales, à l'insertion professionnelle, au logement.

La comorbidité psychiatrique et addictive constitue donc un frein important à l'accès aux soins addictologiques.

A l'inverse, pour les patients sans pathologie mentale identifiable au départ, la consommation excessive de **substances psycho-actives et les troubles addictologiques peuvent créer des troubles psychiatriques** qui n'existaient pas préalablement. Ces troubles psychiatriques induits peuvent s'autonomiser, et persister et nécessiter des soins spécialisés en psychiatrie y compris alors que la pathologie

addictive serait traitée ou stabilisée. Les addictions sont donc à l'origine d'une pathologie psychiatrique « de novo » qui rajoute une charge sur le dispositif de soins spécialisé en psychiatrie. La complexité et la dualité de l'offre entre psychiatrie et addictologie, et le fait que certains services soient sur-spécialisés avec parfois des compétences limitées en psychiatrie, **rendent difficile l'adressage de patients complexes** qui cumulent des besoins dans des champs très différents. Ces patients sont parfois exclus de l'addictologie car trop psychiatriques et exclus de la psychiatrie car trop addictologiques, avec un risque de clivage entre les équipes.

Pour faire face au défi de la prise en charge des addictions dans le champ de la santé mentale, et identifier des projets nécessaires dans le PTSM de Paris 2021-2025, **le groupe de concertation réuni était le plus large possible** : des représentants des usagers, des familles, des services hospitaliers issus de l'APHP et du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, des services médico-sociaux, etc. , **afin d'identifier les éléments manquants pour fluidifier le parcours des patients** et être à la hauteur du défi posé par les addictions dans le champ de la santé mentale. Les fiches actions proposées ci-après sont le résultat du recueil des propositions et de leur ordonnancement par les pilotes du groupe.

## Action n°9 : Rapprocher addictologie & secteurs de psychiatrie

### Intitulé de l'action

**Développer les compétences addictologiques des secteurs de psychiatrie pour un repérage, une prise en charge et une orientation plus systématiques des comorbidités addictives, et renforcer l'articulation entre l'addictologie et la psychiatrie.**

### Objectif (s)

Assurer un accès aux soins addictologiques lorsque nécessaires, de façon systématique et égalitaire sur tous les secteurs de psychiatrie parisiens, grâce à **des compétences renforcées au sein des secteurs de psychiatrie** :

- En augmentant la capacité de tous les secteurs psychiatriques à repérer précocement toutes les addictions et prendre en charge des patients de leurs files actives ambulatoires et hospitalières pour atteindre l'exhaustivité,
- En développant leur compétence à prendre en charge les addictions les plus fréquentes (tabac, alcool, cannabis),
- En favorisant l'orientation des addictions plus sévères vers les CSAPA & en développant un travail en lien, parallèle et intégré.

### Public cible

Tous les patients des files actives ambulatoires et hospitalières des secteurs de psychiatrie parisiens, adultes et infanto-juvéniles.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

**L'action se déploie de deux manières : la formation d'un référent en addictologie (I) et la place du référent dans l'articulation du parcours de soin (II).**

#### **I- Systématiser et renforcer les plans de formation sur les addictions**

Le plan de formation en addictologie peut se décliner de deux façons :

- Les formations diplômantes :
  - Diplôme d'Université (DU), Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) et Formation Spécialisée Transversale (FST), Capacité d'addictologie à destination de médecins,
  - Master 2 Infirmier de Pratiques Avancées (IPA) en Psychiatrie Santé Mentale (qui permet d'acquérir des compétences en dépistage, prescription).
- Les formations non-diplômantes :  
Accès large aux formations continues hospitalières, non validantes, permettant d'augmenter le niveau de connaissance en addictologie.

#### **II. La place du référent dans l'articulation du parcours de soin**

Le binôme médical et paramédical référent « Addictions » de chaque secteur de psychiatrie sera chargé de :

- Suivre de façon volontariste l'application de la politique de formation des personnels en addictologie,
- Protocoliser les prises en charge pour que tous les patients du secteur, qu'ils soient pris en charge dans les structures ambulatoires, hospitalières ou de réhabilitation, puissent bénéficier des soins addictologiques avec dépistage, mise en place de stratégies thérapeutiques validées au sein du CMP, et adressage des patients les plus sévères aux structures spécialisées en addictologie du territoire,
- Organiser et mettre en place des partenariats avec le CSAPA à forte valence psychiatrique et toute autre structure d'addictologie du territoire (sanitaire, médico-sociale, associative, etc.).

Il convient également d'assurer de l'addictologie de liaison parisienne dans tous les services d'hospitalisation de secteur en privilégiant les partenariats entre ces derniers et le CSAPA d'aval concernant :

- 1) Evaluation des comorbidités addictologiques en psychiatrie,
- 2) Evaluation de la motivation addictologique,
- 3) Organisation du relais de soins en addictologie en parallèle de la prise en charge de secteur.

Une déclinaison de ce même parcours doit être proposée pour la **pédopsychiatrie** en mettant en place une à quatre consultations spécialisées en addictologie en soutien des structures pédopsychiatriques sur le territoire parisien.

Une prévention sera également faite par un renforcement du **bilan de dépistage et de prise en charge des addictions aux opiacés antalgiques**.

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Ensemble du territoire parisien

#### **Acteurs à mobiliser**

Les services de formation des établissements de soins

Les secteurs de psychiatrie

Les CSAPA

Les services d'addictologie hors CSAPA

Les associations du champ de l'addictologie et du médico-social

Les ELSA

#### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

#### **Mobilisation des moyens dédiés à la formation continue des établissements de santé.**

Des demandes de financement peuvent être envisagées pour amorcer cette action, par exemple pour le recrutement d'infirmiers de liaison ou IPA spécialisés en addictologie & psychiatrie, ayant vocation à impulser la mise en place des référents au sein des secteurs, à renforcer les compétences addictologiques qui y sont présentes, et à suivre les cas de double-diagnostic les plus complexes (ARS IDF, Fonds Addictions, Fonds d'innovation organisationnelle en Psychiatrie).

#### **Résultats attendus**

En assurant une **prise en charge de première ligne intégrée au sein des services de secteur**, cette action permettra de réduire le délai d'accès aux soins en addictologie, actuellement estimé à plus de 10 ans, et la proportion des patients avec double diagnostic qui n'ont aucune forme de prise en charge addictologique (estimée à plus de 80%).

Le dépistage des complications médicales les plus fréquents pourra réduire **l'écart de mortalité pour les patients avec addictions et trouble psychiatriques par rapport aux patients avec addiction « isolée »**.

#### **Indicateurs :**

##### **Du côté des secteurs de santé mentale :**

- Nombre de patient repérés
- Nombre de patients ayant bénéficié d'un bilan addictologique
- Nombre de patients orienté
- Rapporté aux files actives

##### **Du côté des CSAPA et ELSA Spécialisés**

- Nombre de patients à double diagnostic
- Nombre d'actes générés par ces patients
- Rapporté à la file active et aux actes de la structure

#### **Calendrier de mise en œuvre**

##### **Formation des personnels : 2021-2025**

**A horizon 2025**, 100% des secteurs avec au moins un référent addictologique médical ou paramédical et 50% des secteurs avec un binôme médical/paramédical.

##### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Nombre d'IDE formés/Nombre de PM formés

Nombre de CMP dotés d'un référent addictologique

Nombre de CMP dotés d'un binôme médical/paramédical en addictologie

##### **Du côté des secteurs de santé mentale :**

- Nombre de patient repérés (celui-ci devrait atteindre 100% des patients des files actives des secteurs)
- Nombre de patients ayant bénéficié d'un bilan addictologique
- Nombre de patients orienté
- Rapporté aux files actives

##### **Du côté des CSAPA et ELSA Spécialisés**

- Nombre de patients à double diagnostic
- Nombre d'actes générés par ces patients
- Rapporté à la file active et aux actes de la structure

##### **Evolution qualitative des cas complexes (doubles-diagnostic, polyaddictions avec comorbidité psychiatrique).**

- Les cas les plus complexes de double pathologie avec à la fois un trouble psychiatrique sévère nécessitant des soins sous contrainte et des addictions sévères récidivantes. Ces cas s'élèvent à quelques dizaines ou quelques centaines sur l'ensemble de Paris et devraient faire l'objet d'un recensement plus précis.

## Action n°10 : Identifier les filières d'aval des urgences

### Intitulé de l'action

Identification et consolidation de filières de réponse rapide combinant des compétences psychiatriques et addictologiques qui puissent être saisies par tous les services d'urgences médicales et psychiatriques.

### Objectif (s)

Identifier sur chaque site d'urgence générale ou psychiatrique parisien une filière addictologique d'aval : lits d'hospitalisation d'addictologie combinant des compétences de médecine et de psychiatrie, capacité à hospitaliser en psychiatrie en soins libres, consultations d'addictologie « coupe-file », etc.  
Amorcer une réflexion sur la création d'une unité d'hospitalisation d'addictologie combinant des compétences de médecine et de psychiatrie.

### Public cible

Patients souffrant d'addictions avec complications psychiatriques (Schizophrénie/ Troubles bipolaires/ Troubles graves de la personnalité).  
Patients se présentant de façon récurrente aux urgences en lien avec une problématique d'addiction.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

**Le nombre de consultations aux urgences a doublé en 20 ans.** De plus, les patients avec des problématiques addictologiques en diagnostic principal ou secondaire représentent 30% des passages aux urgences.  
Parmi eux, ceux qui présentent une double pathologie addictive et psychiatrique sont fréquemment laissés sans solution concrète car ils sont trop lourds au plan médical pour intégrer des structures psychiatriques classiques et trop instables au plan psychiatrique pour rester plus de quelques jours en service de médecine classique.  
Dès le passage aux urgences et grâce à l'identification d'une filière solide, les patients concernés par ce type de profil repartiront avec un adressage vers les structures les plus adaptées. **Il s'agira donc ici de créer une filière en aval des SAU ou du CPOA faisant office de dispositif de réponse rapide sous 48h ou 72h les week-ends.** Cette réponse rapide sera mise en œuvre, par exemple en lien avec l'engagement des CSAPA partenaires de la filière à recevoir très rapidement en RDV le patient. Les équipes de liaison en addictologie ne pourront seules assurer cette réponse. Elle nécessite de dédier des structures hospitalières (lits fléchés) ainsi que des équipes hospitalières (PM et PNM) et de consultations.

A la faveur du PTSM, il est important de constituer cette offre pour tous les SAU Parisiens, ainsi que pour tous les services (CPOA, CAC, ...) assurant une réponse à l'urgence psychiatrique.

Il s'agira également d'assurer la lisibilité des dispositifs de filières et le conventionnement avec tous les services de secteur concernés.

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

La filière doit être organisée à partir de chaque SAU du territoire parisien, du CPOA, des CAC et services d'accueil sans RDV des urgences.

#### **Acteurs à mobiliser**

SAU parisiens  
Secteurs de psychiatrie  
Services de psychiatrie  
CSAPA et services spécialisés en addictologie  
Equipes de liaison en addictologie

#### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Conventions partenariales avec les acteurs à mobiliser.

Les services de secteur habilités à réaliser des hospitalisations sous contrainte seront invités à faire des propositions pour identifier des lieux pour les patients sous contrainte à prise en charge complexe.

Dans un second temps et en fonction des besoins, le dispositif de réponse rapide requerra des moyens RH

#### **Résultats attendus**

L'existence d'une telle filière permettra **la prise en charge de ces patients arrivant en état de crise et d'urgence au sein du SAU**. Cette filière de réponse rapide permettra un **adressage rapide sur des structures adaptées** telles que les services d'addictologie non sectorisés, des services d'hospitalisation spécialisés en addictologie, les CSAPA et les équipes de liaison en addictologie

Cela permettra également, de **diminuer le nombre de patients qui restent sans orientation** lors de leur passage aux urgences pour un problème d'addiction associé à un trouble psychiatrique.

Cette action permettra enfin, de **combler une partie du retard à l'accès aux soins spécialisés** car il existe actuellement un long délai d'attente entre les consultations aux SAU et l'obtention d'un RDV en addictologie pour les patients ne relevant pas d'une hospitalisation en urgence, ce qui peut se traduire par des perdus de vue.

#### **Indicateurs :**

> Nombre de SAU en intégrant le CPOA avec une filière de réponse rapide d'aval pour patients complexes identifiée ;

- > Nombre de CSAPA et services hospitaliers de psychiatrie ou d'addictologie partenaires pour un dispositif de réponse rapide ;
- > Nombre de patients pris en charge dans la filière / an ;

- > Diminution des passages récurrents aux SAU ou au CPOA pour des patients sans solution ;
- > Création d'un annuaire des filières spécialisées « double diagnostics – soins complexes » ;
- > Nombre de conventions passées entre des services de secteur et des filières spécialisées ;
- > Nombre d'adressages réciproques ;
- > Nombre de consultations rapides proposées à l'issue de l'intégration du patient dans la filière de réponse rapide en aval des urgences.

### **Calendrier de mise en œuvre**

Concertation des acteurs pour mise en lien des partenaires dans chaque filière et création durant **2 ans des filières** (2021/2023)

### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Voir supra

Nombre de SAU / services d'urgences psychiatriques pour lesquels les filières sont lisibles, tendre à 100% d'ici 5 ans

## Action n°11 : Créer une offre de remédiation et de réhabilitation pour les troubles liés à l'usage de l'alcool

### Intitulé de l'action

**Développer une offre parisienne spécifique pour les troubles cognitifs modérés à sévères liés au trouble de l'usage de l'alcool.**

### Objectif (s)

**Contexte** : En France, l'alcool coûte la vie à environ 45 000 personnes par an. Après le tabac il est la deuxième cause de mortalité évitable en France et est à l'origine d'un tiers des accidents mortels de la circulation. L'alcool représente aussi la première substance psychoactive présentant des problèmes de sécurité. Le trouble d'usage d'alcool concerne en France un sujet sur 11 (Baromètre Santé), et représente une des toutes premières causes d'hospitalisation. La moitié des sujets ayant un trouble de l'usage d'alcool a des fonctions cognitives altérées, ce qui participe à la chronicité et la rechute, mais aussi la perte d'autonomie. Les troubles cognitifs liés à l'alcool représentent une pathologie majeure (1ère cause de démence du sujet jeune), et nécessitent une prise en charge spécifique : un sevrage prolongé et une réhabilitation neuropsychologique. Pourtant ces troubles restent trop souvent sous-diagnostiqués. De plus, l'offre de soins parisienne est largement sous-dimensionnée au regard du nombre de patients présentant une addiction à l'alcool ; il n'existe aucune unité dédiée publique à Paris.

### **Cette action vise donc à :**

- Favoriser les liens entre services de secteur psychiatrique et services d'addictologie de recours pour la prise en charge des troubles liés à l'alcool,

- Offrir un lieu de référence pour les troubles cognitifs liés à l'alcool avec la création d'une unité dédiée d'un capacitaire de 20 lits et permettant d'offrir **une prise en charge globale, pluridisciplinaire, spécialisée et de moyen terme (3 mois) à des patients présentant des TCLA de niveau 2 ou de niveau 3 avec 6 objectifs** :

1. Remédiation cognitive individuelle et en groupe
2. Prise en charge nutritionnelle et des carences vitaminiques
3. Prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques
4. Consolidation de l'abstinence et prévention de la rechute
5. Réintégration dans un parcours socioprofessionnel et familial dans le cadre d'une approche de réhabilitation psychosociale
6. Inscription de ces patients dans des filières allant jusqu'aux SLD ou à la MAS spécialisée avec un réseau de partenaires médico-sociaux

Le projet d'unité de soins de suite et de réadaptation est porté par le DMU Psychiatrie et Addictologie du GH AP-HP. Centre - Université de Paris et le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences - Université de Paris. **La population concernée est l'ensemble de la population parisienne** (cf. modes d'adressage infra).

**Public cible**

Les personnes atteintes de troubles psychiques et présentant des troubles cognitifs liés à l'usage de l'alcool.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

**- Mise en lien des structures déjà existantes pour constituer des filières de soins addictologiques spécialisées pour la prise en charge des troubles cognitifs liés à l'alcool.**

**- Création de l'unité :**

**L'adressage des patients :**

L'admission des patients sera déterminée au cours d'une évaluation préalable au sein de l'hôpital de jour d'amont situé à l'hôpital Corentin-Celton et qui comprendra un entretien médical, psychiatrique et addictologique, un bilan neuropsychologique approfondi (fonctions exécutives, mémoire, attention, efficacité globale) et un examen somatique. Les admissions seront accessibles aux patients suivis par tous les partenaires territoriaux, qu'il s'agisse des correspondants libéraux, médecins généralistes et spécialistes, ou des services hospitaliers.

**La prise en charge au sein de l'unité comportera une approche individuelle et des prises en charge en groupe, et associera plusieurs techniques :**

- Evaluation et traitement des comorbidités psychiatriques,
- Autres groupes visant le maintien de l'abstinence, animés par des psychologues et/ou des infirmiers,
- Suivi psychologique individuel,
- Prise en charge médicale et diététique ciblée sur les carences nutritionnelles,
- Remédiation cognitive.

La durée de la prise en charge sera de 1 à 3 mois, durée optimale nécessaire afin d'obtenir une amélioration significative des déficits cognitifs.

**- Création d'un hôpital de jour :**

Afin de consolider l'amélioration obtenue, de maintenir le lien thérapeutique et de s'assurer d'un relai dans la prise en charge, un suivi ambulatoire pendant un an sera organisé au sein de l'hôpital de jour dédié et comprenant :

- Remédiation cognitive (une séance de consolidation par semaine),
- Groupe de prévention de la rechute (une séance par semaine),
- Consultation avec un addictologue (une fois tous par mois).

- **Les projets d'enseignement et de formation professionnelle** adossés à l'unité et à l'hôpital de jour ainsi qu'à la recherche permettront d'étendre les savoirs faire et bonnes pratiques dans le domaine de l'alcoologie.

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

L'ensemble du territoire parisien, la filière spécialisée devant assurer l'aval de tous les services de psychiatrie de secteur du territoire parisien.

#### **Acteurs à mobiliser**

ARS  
Hôpitaux généraux et psychiatriques du territoire  
Structures d'addictologie du territoire  
Médecins traitants libéraux  
Centres de santé (municipaux ou associatifs)

#### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

**Besoins RH pour le lancement du projet :** Psychiatres addictologues, assistant spécialiste, interne, médecin généraliste, infirmier, cadre de santé, psychologue clinicien, neuropsychologues, diététicienne, assistant social, secrétariat.

#### **Résultats attendus**

- Recherche de facteurs prédictifs de l'amélioration cognitive des patients,
- Evaluation de l'efficacité de la prise en charge sur le maintien de l'abstinence,
- Réinsertion sociale et qualité de vie des personnes sortant de l'unité.

De manière générale, cette structure de soins de nature hospitalo-universitaire intégrera une dimension recherche clinique qui aura pour ambition première d'étudier les bénéfices obtenus sur les patients présentant des Troubles du Comportement Lié à l'Alcool par une prise en charge intensive en remédiation cognitive.

#### **Calendrier de mise en œuvre**

2021- 2025

#### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Variation des niveaux de TCLA des patients :

- Nombre de patients admis présentant des TCLA de niveau 2 ou 3 (T0)
- Après 3 mois de suivi, réévaluation des niveaux de TCLA et nombre de patients de niveau 1, 2, 3

## Action n°12 : Créer un accueil de jour pour personnes sortant d'incarcération & présentant des comorbidités addictologiques et psychiatriques

---

### Intitulé de l'action

**Création d'une structure de jour pour personnes sortant d'incarcération (sous-main de justice, en semi-liberté, ou autres), ayant un projet de vie à Paris, et présentant des comorbidités addictologiques et psychiatriques.**

### Objectif (s)

**Contexte** : Les personnes sortant de prison constituent un public souvent vulnérable, avec des fragilités psycho-sociales importantes, elles se retrouvent fréquemment isolées et sans perspective d'insertion sociale suite à l'incarcération. Ces situations complexes peuvent être des facteurs environnementaux à risque pour la santé psychique et physique de ces individus mais également en termes de risque de récidive et de retour en incarcération. Ainsi, dans une démarche préventive et d'accompagnement de ces personnes, il convient d'établir un projet de soins et d'accompagnement spécifique de ce public et notamment des personnes en souffrance psychique et ayant développé des comportements addictifs.

Dans ce contexte, **ce projet vise à** :

- ✓ Créer un lieu repère d'accueil et d'écoute transitoire pour la période des 6 premiers mois de sortie de prison,
- ✓ Conforter la motivation aux soins et permettre un suivi en extra carcéral,
- ✓ Eviter les ruptures de suivi pour les personnes sortant de détention en favorisant les relais de prise en charge en CSAPA et en CMP,
- ✓ Faire de cette expérimentation un projet pilote pour l'ensemble du territoire et ainsi développer une politique régionale de soutien aux sortants d'incarcération avec des comorbidités addictologiques et psychiatriques.

### Public cible

- Sortants de prison présentant une comorbidité psychiatrique et addictologique,
- Polyconsommateurs.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

Ce projet d'accueil de jour pourra être mis en œuvre par le **CSAPA référent de Paris La Santé et du Service de l'insertion et de probation (SPIP)**. Il a donc vocation à assurer des missions complémentaires et extensibles au CSAPA. Il pourra également s'articuler avec la consultation extra-carcérale effectuée par le SMPR.

**Cette structure de jour offrira des propositions thérapeutiques et éducatives multiples complémentaires aux CSAPA telles que** : des groupes de paroles, de l'éducation thérapeutique, des prises en charge cognitivo-comportementales et motivationnelles, de l'aide à l'insertion et aux habiletés sociales, etc.

Dans un souci de prise en charge globale des personnes et pour répondre à l'ensemble de leurs besoins, un travail partenarial important sera fait avec les CMP et CSAPA du territoire.

Cette structure offrira entre autres un accompagnement pour les personnes les plus éloignées du droit commun et nécessitant une importante prise en charge médico-sociale : comorbidités complexes et difficultés sociales conséquentes.

Ce dispositif sera proposé aux personnes sortant d'incarcération ayant un projet de vie sur le territoire de Paris.

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Territoire de Paris

En lien avec le CSAPA de la maison d'arrêt de la sante et la semi-liberté de Paris La Santé

**Acteurs à mobiliser**

- Service d'application des peines de Paris ;
- Service de d'insertion et de probation (SPIP) de Paris ;
- Administration pénitentiaire de la maison d'arrêt Paris La Sante ;
- CSAPA paris la sante et son CSAPA réfèrent ;
- ARS Ile de France ;
- Secteurs de psychiatrie ;
- Ville de paris ;
- Associations de patients ;
- CMP ;
- SMPR, notamment la consultation extra-carcérale.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

**Ressources humaines** : à définir selon le dimensionnement du projet associant médecin addictologue, infirmier, psychologue, assistant social, éducateur

**Locaux** indépendants et adaptés

**Résultats attendus**

Meilleur suivi dans les soins des personnes concernées.  
 Accès à des accompagnements en addictologie.  
 Réinsertion et réhabilitation psychosociale du public accueilli.  
 Insertion socioéconomique plus importante de ces personnes.  
 Taux de récurrence en diminution.  
 Tremplin vers des offres de soins moins spécifiques du médicosocial pour les cas complexes sortant de prison.

**Calendrier de mise en œuvre**

2021 / 2023

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Nombre de groupes ou propositions socio-éducatives par semaine.  
 File active et nombre de d'actes par semaine.  
 File active et nombre d'acte annuels.  
 Nombre d'orientation en sortie de détention.  
 Taux de maintien dans les soins.  
 Niveaux de réinsertion socio-économique.  
 Eventuels effets en matière de prévention de la récurrence.

## Action n° 13 : Expérimenter un unité d'hébergement à destination des usagers de drogues complexes présentant des comorbidités psychiatriques

### Intitulé de l'action

Création d'une unité de 20 lits type « Lits d'Accueil Médicalisés » / « Lits Halte Soins Santé » à destination d'usagers de drogues majeurs (polyaddicts, crackeurs) présentant des comorbidités psychiatriques, en situation de grande précarité sur le territoire parisien.

### Objectif (s)

**Objectif général** : améliorer l'état de santé somatique, psychique et social des usagers présentant des comorbidités sévères, en errance sur le territoire du Nord-Est parisien, grâce à une période d'hébergement.

#### **Objectifs spécifiques :**

- 1/ Proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés et participer à l'éducation à la santé et à la réduction des risques des personnes accueillies.
- 2/ Mettre en place un accompagnement social personnalisé et adapté au parcours de l'utilisateur.
- 3/ Apporter une aide à la vie quotidienne adaptée et proposer un accompagnement à l'autonomie des personnes.
- 4/ Elaborer avec la personne un projet de vie et le mettre en œuvre.

### Public cible

Usagers de drogues majeurs, **très précaires, sans domicile fixe**, quelle que soit leur situation administrative, présentant des comorbidités psychiatriques lourdes nécessitant une prise en charge médicale et sociale et dont l'usage de produit compromet la continuité des soins dans une structure classique (patients consommant dans sa chambre d'hôpital, polyaddictions, comorbidité psychiatrie sévère, crack, etc.).

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

Les usagers de drogue majeurs cumulent les difficultés et les vulnérabilités. **Ils peuvent être définis en termes de « cas complexes »** : situation de dépendance majeure quel que soit le produit, présentant des troubles du comportement importants liés pour la plupart à des pathologies psychiatriques (mal diagnostiquées, peu suivies, en rupture de soins...), une situation sociale extrêmement précaire, et pour finir un comportement souvent agressif qui alerte les riverains et les institutions.

De plus, pouvoirs publics et associations constatent depuis plusieurs années **une augmentation de la consommation de crack parmi les usagers de drogue parisiens.**

Les quartiers du Nord et de l'Est parisien (Stalingrad, Porte de la Chapelle, Gare de l'Est, etc.) sont particulièrement touchés par ces situations et sont les scènes de consommations publiques de drogue. Les crackeurs y seraient près de 5 000 à se rassembler pour acheter, vendre et consommer des drogues mais aussi pour y vivre. Une grande partie d'entre eux présente des comorbidités psychiatriques importantes.

Le projet de création d'une unité de LAM/LHSS vise à permettre une **prise en charge globale médicale** (somatique et psychiatrique) **et sociale** de ces usagers les plus précaires.

La dimension sociale **s'illustra par un dispositif de retour à l'emploi et de réinsertion professionnelle de type associatif pour les patients.**

Le projet prévoit :

- Une unité de 30 lits qui pourraient être mis à disposition au sein d'une unité médico-sociale pour personnes souffrant de polyaddictions, usagers de drogue complexes avec comorbidités psychiatriques, en situation de grande précarité et à la santé très dégradée.
- Une partie de ces lits serait destinée à un accueil d'urgence rapide des patients.
- Les autres lits disponibles seraient utilisés pour des patients adressés par les CAARUD, CSAPA et équipes mobiles.
- Un lien serait fait par cette unité avec des unités d'hospitalisation spécialisées et des services d'hébergement spécialisés de manière à trouver des solutions d'aval pour ces personnes.
- Le développement de partenariats avec des structures associatives de réinsertion socio-professionnelles.

**Point de vigilance :** Le projet pourra évoluer vers l'intégration d'une possibilité de consommer sur place dans une approche de réduction des risques et des dommages, permettant de capter les usagers les plus précaires et difficiles à faire entrer dans les soins.

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Nord-Est parisien

#### **Acteurs à mobiliser**

Le projet de dispositif a été proposé par les associations Aurore et Gaïa, en partenariat avec l'équipe d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal.

Devraient être associés : CSAPA, CAARUD, équipes mobiles RDR et EMPP du Nord-Est parisien, secteurs de psychiatrie du territoire, services d'urgence, pompiers.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)****RH :**

Coordonnateur à plein temps.

Travailleurs sociaux : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, assistant social et agents d'accueil.

Job coach.

Infirmier.

Psychologue.

Médecin généraliste à temps partagé.

Médecin psychiatre à temps partagé.

Pharmacien.

Cuisinier.

Sécurité/ Veilleur de nuit.

**Locaux/équipement :**

20 chambres individuelles, quelques chambres doubles.

Salle à manger commune.

Salle commune pour l'activité des groupes thématiques.

Blanchisserie/vestiaire.

Sanitaires.

Bureaux de consultation.

Espace de repos intervenants.

Pharmacie avec délivrance de traitement de substitution aux opiacés et psychotropes mais aussi traitement anti-viraux.

Poste de soins.

Traitement anti-punaise régulier.

**Résultats attendus****Ce projet doit permettre :**

- Le retour ou l'accès aux soins et le suivi des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique, et souffrant d'addictions sévères ;
- L'amélioration de leur protection sociale ;
- La réduction de la criminalité liée à leur mode de vie et la prévention de leur incarcération ;
- La diminution du recours aux services d'urgences ;
- L'accompagnement de ces personnes vers un mode de vie plus stable et mieux organisé, en développant leurs capacités de contrôle et d'autonomie.

**Calendrier de mise en œuvre**

Deuxième semestre 2021

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Nombre de patients accueillis sur une année.

Taux d'occupation de l'unité.

**Statistiques sur les solutions d'aval trouvées :**

- Nombre de patients sortis en hébergement spécialisé,
- Nombre de patients sortis en unité d'hospitalisation spécialisée.



# Groupe thématique n°4 : Santé mentale des adolescents

Groupe piloté\* par Dr. MONCHABLON (Chef de service du Relais Etudiants Lycéens 75 et fil Harmonie 75), Pr. KREBS (Chef du pôle PEPIT, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences) et Dr. BOË (Responsable du CMP IJ06, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences)

\* La liste complète du groupe se trouve en annexe.

## Introduction

Les priorités définies par le groupe sont l'amélioration des ressources en santé mentale de l'adolescent et l'optimisation de leur organisation, permettant la mise en place de réseaux fonctionnels. Elles sont bâties autour de **4 axes** :

**Axe 1** : la prévention en santé mentale,

**Axe 2** : l'accès aux soins,

**Axe 3** : le parcours de vie, le soutien à la formation, l'insertion professionnelle, l'accompagnement des proches,

**Axe 4** : la coordination entre professionnels et acteurs : au niveau du territoire de proximité (partenariat fonctionnel) et à l'échelle du territoire parisien (mise en commun de ressources d'information, de formation, de sensibilisation). L'ensemble de ces actions doit pouvoir bénéficier à tous les adolescents parisiens et à leurs familles, mais le groupe tient également à attirer l'attention sur les besoins particuliers de populations spécifiques. Mettre en place une coordination du travail en réseau par arrondissement



**Figure 1** : Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **En tant que jeune/ancien jeune ayant vécu avec un trouble psychique, quels ont été pour vous les personnes ou les lieux qui vous ont accompagné vers des soins ?** »

L'**accès aux soins** en santé mentale des adolescents implique le plus souvent plusieurs acteurs : le jeune et son entourage familial en premier lieu, mais également les

professionnels de l'Education Nationale, de la protection de l'enfance, du champ social, de la santé... Les professionnels de première ligne auprès des adolescents sont très divers : milieu scolaire (infirmières, assistantes sociales, CPE), éducateurs de prévention, médecins de ville, travailleurs sociaux (ASE, Mission locale) ou encore PJJ, milieu universitaire, milieu d'insertion professionnelle, etc. Ces acteurs de première ligne manquent souvent d'informations sur les structures d'accueil et de soins en santé mentale et surtout de contacts faciles. Et, de façon réciproque, bien qu'ils constituent eux aussi des ressources importantes pour le suivi et l'étayage des jeunes en difficultés, ils sont peu connus des services de soins.

Ce premier niveau de questionnement ou de repérage doit pouvoir déboucher vers une demande d'avis ou d'évaluation plus précise. Or cet adressage est souvent difficile du fait de la méconnaissance des ressources et des acteurs, de la saturation des structures de soins psychiatriques, de ressources sociales pour les personnes mineures et majeures, et enfin des craintes et représentations négatives des soins en santé mentale : autant d'obstacles qui retardent l'accès à une évaluation et à une prise en charge éventuellement nécessaire. Ce retard est d'autant plus préjudiciable qu'il existe une pathologie psychiatrique non diagnostiquée et non traitée. Pour y remédier, une meilleure coordination du travail entre les différents acteurs intervenant auprès d'adolescents s'impose.

De même, **la continuité des soins chez l'adolescent/ jeune adulte** est souvent compromise, en raison des changements multiples inhérents à cet âge, mais aussi de l'insuffisance d'articulation des différents intervenants. C'est le cas en particulier lors du passage de la pédopsychiatrie au service adulte, temps de transition particulièrement délicat qui nécessite une concertation des professionnels impliqués et le déploiement de dispositifs spécifiques visant à améliorer cet accompagnement.



**Figure 2 :** Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **Quels mots associeriez-vous à la situation d'un jeune développant des troubles psychiques ?** »

Ainsi, les exemples sont nombreux pour souligner les pertes de chance du fait de manque de fluidité et de coordination des parcours entre soins et ressources sociales. L'objectif global des actions proposées est de favoriser **l'accès et la continuité des soins en santé mentale**, qui peut nécessiter d'aller au-devant de l'adolescent, de se déplacer jusqu'à lui, ainsi que **l'accompagnement au sein de la cité des jeunes et de leurs familles** pour répondre à l'ensemble de leurs besoins. Il s'agit non seulement de faciliter l'accès à l'information sur les ressources et d'échanger des adresses pour l'évaluation et la prise en charge adaptée à la tranche d'âge et à la situation clinique, mais aussi de les rendre accessibles aux jeunes, aux familles, à l'ensemble de la communauté, et d'apprendre à travailler ensemble, au niveau du territoire parisien et au niveau local, du quartier. Il s'agit enfin **de lutter contre la stigmatisation** qui retarde le recours aux soins et contre le cloisonnement des spécialités (sans oublier la santé somatique, l'addictologie) et de répondre aux besoins de populations spécifiques (formes sévères de handicap psychique, poly-exclus, mineurs isolés, étudiants, etc.).



**Figure 3 :** Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **Qu'est ce qui pourrait aider les jeunes dans cette situation à appréhender et mieux vivre avec leurs troubles naissants ?** »

Ces actions s'articuleront évidemment étroitement avec l'offre existante et celle en développement, notamment avec le projet de création d'une unité d'accueil des pathologies psychiatriques aiguës des enfants de moins de 16 ans dont l'ouverture est prévue en octobre 2022. Cette unité vise à répondre à la demande croissante d'hospitalisation pour des troubles d'apparence aiguë chez une population d'enfants de plus en plus jeunes avec une symptomatologie similaire à celle d'adolescents plus âgés. Elle doit permettre de compenser le déficit majeur qui existe depuis plusieurs années dans la région Ile-de-France en nombre de lits d'accueil pour les préadolescents en situation de crise. Dans le cadre de l'appel à projet de l'ARS visant à la labellisation de dispositifs de réponse aux situations de crise en pédopsychiatrie,

l'ouverture de cette unité sera préfigurée par un dispositif d'accueil temporaire rapide pour adolescents parisiens (ATRAP).

De la même manière, l'ensemble des unités accueillant des adolescents en souffrance psychique doivent être étroitement associées à tous les projets présentés en lien avec la psychiatrie de secteur (aussi bien les secteurs infanto-juvénile que les secteurs adultes).

## Action n°14 : Renforcer le travail en réseau : Résados

### Intitulé de l'action

Mettre en place une coordination du travail en réseau par arrondissement.

### Objectif (s)

Une fluidification du parcours de vie des jeunes et de leurs familles requiert des professionnels qui se connaissent et travaillent collectivement ensemble.

Pour se faire nous proposons la mise en place d'un dispositif de rencontre périodique, localisé et ouvert à l'ensemble des professionnels de première, deuxième et troisième ligne. Ce cadre, coordonné par un acteur de terrain (par exemple les maisons des adolescents) permettrait, autour de discussions de situations cliniques problématiques anonymisées, une meilleure identification des ressources locales, un partage des connaissances et un tissage de lien entre ces différents acteurs, facilitant la réponse rapide aux adolescents en situation complexes.

Cette action, en permettant la rencontre des différents professionnels au contact des adolescents/jeunes adultes et de leur famille sur un territoire, répond aux objectifs définis par le groupe :

- **Améliorer la prise en charge rapide** des adolescents en situation complexe.
- **Améliorer la visibilité de l'organisation** sanitaire pour les familles et les professionnels ainsi que les ressources de proximité (axe 1 prévention et axe 2 accès au soin et axe 3 accompagnement des proches).
  - Renforcer la **synergie des acteurs** par une meilleure connaissance mutuelle (groupe de travail ou de supervision) en coordination et complémentarité avec les CLS et CLSM (axe 4).
  - **Fluidifier le parcours de soins** : passages entre les accompagnements de première, deuxième et troisièmes lignes (axe 3) avec une équipe pluridisciplinaire.

### Public cible

- Adolescents-jeunes adultes en souffrance psychique et leurs familles en souffrance psychique.
- Professionnels accompagnants :
  - De première ligne : infirmier.es et psychologues scolaires, médecins généralistes, éducateurs, travailleurs sociaux.
  - De seconde ligne : MDA, CMP, CMPP, pédopsychiatres, psychiatres d'adulte, psychologues libéraux, relais étudiants lycéens, CJC (Consultation jeunes consommateurs), CSAPA, urgences psychiatriques.
  - De troisième ligne : structures médico-sociales, structure soins études et réhabilitation.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

- Sur le modèle des RESAD, il serait intéressant de modéliser une RESAD spécialisée pour les adolescents, nommée RESADOS.

Cette RESADOS permettrait aux intervenants des champs social et sanitaire d'élaborer ensemble des réponses aux situations psychosociales complexes des adolescents en mettant une place une réponse rapide.

Sous la forme d'une commission de situations complexes, elle se réunira une fois par mois. Elle pourra dans un premier temps être en phase d'expérimentation sur un territoire pilote. Ce dispositif étroitement articulé aux CLSM sera voué à être généralisé dans chaque arrondissement, dans un deuxième temps.

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

L'ensemble du territoire parisien, avec une approche par arrondissement.

**Acteurs à mobiliser**

Coordinateur de CLSM de territoire.

Institutions et tutelles (Education nationale, PJJ, DT ARS, ASE et clubs de prévention Médecin libéraux (associations locales, CPTS, MSP, etc.) .

Secteurs de psychiatrie infanto juvénile et secteurs psychiatrie adultes du territoire. Centres de d'intervention précoce et centres de réhabilitation psychosociale recevant des adolescents et jeunes adultes.

Equipes de l'unité d'accueil des pathologies psychiatriques aiguës des enfants de moins de 16 ans.

Equipes de dispositif ATRAP.

CIAPA.

Unités pour adolescents.

Maisons des adolescents.

Fondation santé des étudiants de France et ses Relais Etudiants Lycéens.

Réseau Transition.

Unités d'hospitalisation adulte et infanto-juvénile.

CMP.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Une coordination avec un temps de professionnel dédié à cette action. Ce professionnel coordonnateur devrait être un acteur de terrain, appartenant à l'une des institutions concernées.

**Sur le territoire pilote à définir : 0,5 ETP de coordination**

**Résultats attendus**

Identification des ressources présentes sur leur territoire par les professionnels et les familles ;  
 Fluidification du parcours de soins des jeunes et de leur famille ;  
 Amélioration des compétences de chacun, grâce aux expertises partagées ;  
 Potentialisation des conditions d'intervention de professionnels isolés ;  
 Traitement des situations complexes.

**Calendrier de mise en œuvre**

**1<sup>er</sup> semestre 2021** : désignation de la cellule coordinatrice et du comité de pilotage pluri- institutionnel, diagnostic de territoire, communication auprès des partenaires et définition avec ceux-ci de la périodicité optimale des réunions.

**1<sup>er</sup> semestre 2021** : Réflexion avec les CLSM sur la création du RESADOS.

**2<sup>e</sup> semestre 2021** : début des rencontres pluri-professionnelles et activation du RESADOS sur le territoire pilote.

**1<sup>e</sup> semestre 2022** : Activation du RESADOS sur tous les arrondissements.

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)****Indicateurs :**

File active de professionnels fréquentant les réunions.

Nombre de situations cliniques évoquées.

Nombres d'orientation vers les soins.

## Action n°15 : Consolider une psychiatrie de transition pour les 15-20 ans

### Intitulé de l'action

**Renforcer la psychiatrie de transition pour les 15-20 ans : articulation des parcours de soins associant pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.**

### Objectif (s)

- Améliorer le passage entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte pour les jeunes, éviter les ruptures de parcours de soin, favoriser l'inclusion sociale et la réhabilitation,

*« Il faut améliorer la transition pédopsychiatrie et psychiatrie pour jeunes adultes pour éviter la rupture de soins » (Mme L, représentante d'usagers)*

- Favoriser le retour aux soins de jeunes en rupture de soins accompagnés par des professionnels hors du champ de la santé mentale,
- Partage de compétences,
- Amélioration de la qualité des soins dans cette tranche d'âge, prise en compte de la spécificité de cette clinique. Partage des bonnes pratiques,
- Se coordonner entre acteurs du soin, du médico-social et du social, incluant les proches aidants, les adolescents et les associations d'usagers pour améliorer la fluidité des parcours et mieux permettre la construction de projets socio-professionnels personnalisés y compris pour des populations spécifiques d'adolescents (troubles du spectre de l'autisme...).

*« La famille a l'habitude de venir en consultation et d'un coup elle est mise de côté. » (Mme L, représentante d'usagers)*

### Public cible

Adolescents et jeunes adultes : 15 – 20 ans  
Professionnels de santé

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

- Recenser l'existant par un état des lieux en associant les partenaires hors champ du sanitaire. En effet, différents modèles sont déjà expérimentés dans certains territoires : temps de co-consultation, staff commun, visite à domicile,
- Modéliser ces bonnes pratiques et élaborer une charte facilitant un socle de collaborations entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte,

- Lancer une expérimentation de modélisation de bonnes pratiques sur un an, au sein des territoires où les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte sont volontaires,
- Mettre en place une évaluation sous la forme de recherche-action, des parcours de soin au sein du territoire expérimenté,
- Sensibiliser et disséminer ces compétences pour des équipes orientées vers la réhabilitation sur le territoire parisien ou souhaitant se former à ses pratiques.

### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Paris

### **Acteurs à mobiliser**

Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Secteurs de psychiatrie adulte.

Unité d'accueil des pathologies psychiatriques aiguës des enfants de moins de 16 ans.  
Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens (ATRAP).

CIAPA.

Unités d'hospitalisation adolescents.

Maisons des adolescents.

Réseau Transition pour la prévention et l'intervention précoce.

Centre d'évaluation multidisciplinaire, de repérage et d'intervention précoce, développé sur le 19<sup>ème</sup> arrondissement.

Centre d'Evaluation pour Adolescents et jeunes adultes (CJAAD).

Représentants des intervenants de première ligne : clubs de prévention, association assurant des mesures éducatives, ASE, PJJ, médecine de ville.

Associations et représentants des usagers.

IME-IMPro-SESSAD-CITL-CAJ.

Entreprises et écoles d'apprentissage sensibilisées à l'inclusion des jeunes avec troubles psychiques.

Chargés insertion (job coach).

Centre Ressource National en Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale (C3RP).

Copil de Remédiation réhabilitation parcours de soins – parcours de vie.

### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Temps médicaux et infirmiers / éducateurs venant en appui dans les équipes volontaires.

Création de postes partagés entre les services adultes et infanto-juvéniles, de l'ordre d'un ETP médical et d'un ETP paramédical par territoire.

**Résultats attendus**

**Pour les jeunes :** amélioration de la qualité de l'accueil, et de la continuité de leur parcours de soin,

**Pour les familles :** meilleur repérage de l'accès au soin, accompagnement des transitions vers l'inclusion et l'insertion socio-professionnelle,

Pour les professionnels : étayage réciproque des prises en charge de situations complexes.

**Calendrier de mise en œuvre****1<sup>er</sup> semestre 2021**

- Evaluation sur l'ensemble du territoire parisien des dispositifs existants au sein de chaque arrondissement facilitant le travail de transition pour les 15-20 ans.

- Recrutement des équipes volontaires sur chaque arrondissement pour développer des postes partagés entre services de psychiatrie adultes et infanto-juvéniles.

- Elaboration d'une charte facilitant un socle de collaborations entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.

**2<sup>ème</sup> semestre 2021**

- Mise en place d'une recherche-action sur l'évaluation des parcours de soin et de l'impact d'une transition accompagnée.

- Sensibiliser et former les équipes de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie d'adultes à la réhabilitation psychosociale.

**1<sup>er</sup> semestre 2022**

- Création de postes partagés entre la psychiatrie d'adultes et infanto-juvéniles sur les territoires volontaires.

- Mise en place d'une expérimentation sur les territoires volontaires de mise en place d'outils mutualisés (consultations communes, staffs) entre la psychiatrie d'adultes et infanto-juvénile.

**2<sup>ème</sup> semestre 2022**

- Evaluation des indicateurs et de suivi.

- Analyse finale de ces indicateurs.

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

- Nombre de consultations communes,

- Nombre de patients concernés par les staffs communs,

- Nombre de patients ayant eu une transition de qualité,

- Information sur le transfert (courrier d'adresse ou dossier),

- Période de chevauchement des soins,

- Une consultation ou une réunion conjointe entre les deux services,

- Continuité des soins pendant au moins 3 mois après le transfert,

- Indicateurs de qualité de vie (logement, culture, relations familiales).

## Action n°16 : Prévenir & intervenir précocement

### Intitulé de l'action

**Création d'une plateforme ressource pour la prévention et l'intervention précoce des troubles psychiques émergents des adolescents et jeunes adultes (12 – 30 ans).**

### Objectif (s)

L'émergence des premiers troubles entraîne souvent une errance diagnostique, un décrochage de l'insertion socio-familiale et un retard dans le début des soins en psychiatrie. Les programmes mis en place dans d'autres pays européens ont montré que des soins spécifiques pour cette phase précoce des troubles et cette tranche d'âge ont un impact pronostic majeur pour limiter voire prévenir le handicap.

Il s'agit de faciliter le repérage et la prise en charge intégrée des pathologies psychiatriques émergentes chez les adolescents et jeunes adultes dès les premiers signes pour favoriser le rétablissement fonctionnel et prévenir la chronicité et le handicap :

- Faciliter le **repérage** des premiers signes d'alerte par les acteurs de première ligne (sensibilisation, formation, outils de repérage) (axe 1) en coordination avec les actions 1, 2 et 4).

*« Parfois on va assimiler les premiers signes à une crise d'ados » (Mme D, usagère)*

- Faciliter l'**accès** à une évaluation et des soins spécialisés par une meilleure articulation avec les professionnels de première ligne, en favorisant l'aller-vers, en améliorant la visibilité des parcours de soin par une prise en charge globale centrée sur les besoins du jeune (axe 2, 4).
- Offrir une **prise en charge spécifique** adaptée à cette tranche d'âge et à cette situation clinique, au jeune et un soutien à son entourage (axe 3).
- **Favoriser l'inclusion et l'insertion** ou la réinsertion scolaire, universitaire ou professionnelle et plus globalement l'autonomie (axe 4).
- **Se coordonner** avec les unités cliniques qui opèrent sur le territoire pour des soins d'inclusion sociale, d'insertion et de réhabilitation en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie adulte (axe 4).

### Public cible

- Adolescents et jeunes adultes (12 – 30 ans), y compris les collégiens et étudiants présentant un « premier épisode » ou une **situation clinique « à risque »**, faisant craindre l'émergence d'une pathologie psychique (phase prodromique, symptômes psychotiques atténués, isolement, décrochage scolaire, universitaire ou rupture de trajectoire de formation) ou l'émergence de troubles psychiques sur un trouble du développement, connu ou non, nécessitant une prise en charge adaptée.

- Leur entourage familial et leurs proches.
- Acteurs de soins primaires (généraliste, médecine scolaire, universitaire), spécialistes de 2 et 3<sup>e</sup> ligne, et du domaine médico-social, familles, associations d'usagers, unités cliniques de dépistage précoce dans le périmètre scolaire et universitaire.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

La prise en charge est conçue comme « globale », multidisciplinaire, centrée sur le patient, favorisant l'engagement dans les soins et le rétablissement, et visant en premier lieu tous les facteurs de risque (stress, consommation de substances, etc.). L'accompagnement du jeune par un « case manager », dès les premières difficultés permet de maintenir le jeune dans son milieu social et scolaire.

Plusieurs cadres de référence ont été publiés en cours d'adaptation au système français. La France doit aujourd'hui s'approprier ces pratiques pour rendre disponible un parcours de soins facilité pour les adolescents et jeunes adultes, dès les premières difficultés sur l'ensemble du territoire parisien.

Dans cette perspective, un projet de centre d'évaluation multidisciplinaire, de repérage et d'intervention précoce auprès des jeunes est initié sur le territoire pilote du 19<sup>ème</sup> arrondissement. Ce centre d'évaluation « Nineteen » permettra l'accueil des jeunes et de leurs proches, ayant eu un premier épisode psychotique ou présentant des difficultés psychiques émergentes.

En s'appuyant sur les projets existants tels que nineteen et dans une perspective de développement et d'essaimage du projet, l'action comportera :

**1°) une plateforme ressource** permettant :

- Un **diagnostic territorial** permettant de déterminer les ressources et partenaires territoriaux, le délai d'accès aux soins, l'offre d'évaluation et de soins.
- Une **aide à l'orientation** pour les intervenants de première ligne incluant la mise à disposition d'un outil de repérage en ligne et une aide au diagnostic.

En cas de crise, les intervenants pourront notamment être orientés sur le dispositif Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens (ATRAP) qui permettra une réponse rapide, en 48h.

- Des **formations permettant l'appropriation de ces nouveaux outils d'évaluation** et aux **nouvelles pratiques par les acteurs du territoire** avec la désignation de référents territoriaux par secteur.
- La sensibilisation auprès des professionnels de première ligne, les jeunes, leur entourage, le grand public, les associations d'usagers pour **lutter contre la stigmatisation**.
- La **coordination** des différentes actions et ressources grâce à **une équipe support** impliquée dans chacune de ces actions auprès des professionnels sur le territoire.

**2°) La mise en place d'équipes spécialisées** sur le territoire parisien pour la prise en charge des troubles émergents suivant les recommandations du domaine :

- **Outils d'évaluation** spécifiques permettant d'identifier les jeunes à haut risque d'évolution vers un trouble psychiatrique (psychose, trouble bipolaire, addiction) ou présentant déjà le trouble dans sa phase débutante et, de repérer des pathologies associées (association à une pathologie somatique, à un trouble du neurodéveloppement ou TSA).
- **Prise en charge spécifique** pour les jeunes et leurs parents, leurs fratries : programmes de psychoéducation spécifiques, thérapie cognitive et comportementale de gestion du stress, entretien motivationnel, remédiation cognitive individuelle ou groupale, entraînement aux habilités sociales, en articulation avec les unités déjà opérationnelles sur ces dimensions sur le territoire parisien.
- Accompagnement du jeune et intervention dans le milieu suivant le modèle du **case-management** (équipe mobile), permettant d'articuler le dispositif avec les structures d'amont et les intervenants d'aval (centres de réinsertion, structures médicosociales, intervenants impliqués dans l'accompagnement dans la reprise/la poursuite d'études).

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

La plateforme ressource couvrira **les besoins de l'ensemble du territoire parisien**.

L'implantation de dispositifs d'intervention précoce se fera au regard d'un diagnostic territorial concerté des différentes ressources sanitaires, sociales et médicosociales et en fonction des besoins des populations sur des territoires volontaires d'environ 300-500 000 habitants (recommandations internationales). En particulier, le territoire parisien bénéficie d'un réseau de centres de réhabilitation et de réinsertion ainsi que d'une offre ambulatoire de thérapies psychosociales du jeune adulte (hôpitaux de jour, soins de suite) avec lesquels la coordination sera renforcée. D'autre part, un projet en ce sens existe déjà dans le 19<sup>e</sup> arrondissement avec Nineteen.

**Cette action permettra la coordination avec les autres actions proposées :** fiche 1 (coordination de territoire), 2 (transition de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie adulte), 6 (public spécifique : étudiants), 4 (Equipe mobile jeunes adolescents), 5 (public collégien exclus) et les actions proposées dans le groupe déstigmatisation.

#### **Acteurs à mobiliser**

- Représentants des intervenants de première ligne : généralistes, groupe de prévention, Maisons de santé, CPTS.
- Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et Secteurs de psychiatrie adulte.
- Hospitalisations adolescents (AP-HP, CIAPA).
- A compter de son ouverture en 2022, unité d'accueil des pathologies psychiatriques aigües des enfants de moins de 16 ans du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.

- Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens (ATRAP).
- Maisons des adolescents, Centre Jeunes consommateurs, CSAPA, Centre d'évaluation pour adolescents et jeunes adultes (CJAAD) et autres structures pour adolescents et jeunes adultes non sectorisées.
- Conseils Locaux de santé Mentale.
- Fondation Santé des Etudiants de France (Relais Étudiants Lycéens 75 et Fil Harmonie 75), Services de médecine scolaire et universitaires, réseaux de soins existants dédiés aux étudiants (RESPPET), CROUS, SIUMPPS, Missions handicap des universités parisiennes.
- Centre Ressource National en Remédiation cognitive et Réhabilitation du territoire francilien (C3RP), Plateforme Nord de Remédiation Cognitive et Réhabilitation Psychosociale, unités sanitaires, sociales, médicosociales infanto-juvénile et adultes Samsah Prepsy, Copil Remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale parcours de soin parcours de vie du GHU paris Psychiatrie, Neurosciences.
- Services d'urgences des territoires concernés CAC, SAU, CPOA et la plateforme PsyIDF.
- Réseau Transition, réseau professionnel coordonnant à l'échelle nationale le déploiement de la prévention et l'intervention précoce et la diffusion de consensus d'experts ; Consortium du programme PsyCARE (RHU).
- Associations d'usagers et de proches (en particulier l'UNAFAM).
- Ressources dédiées aux troubles du neurodéveloppement, notamment CREDAT, Centre d'excellence des troubles du spectre de l'autisme et neurodéveloppementaux d'Ile-de-France (InovAND), CRAIF et structures associatives.

### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Les moyens à mobiliser sont à plusieurs niveaux :

- SIH : en facilitant l'accès à des outils numériques pour la diffusion, la collection de données pour le recueil des indicateurs et l'évaluation médico économique.
- Architectural : une réflexion sur les ressources pour l'accueil des jeunes dans des lieux non stigmatisants, adaptés à l'offre de soins, doit avoir lieu majoritairement ambulatoires et peuvent être au sein de la cité. Il faut néanmoins aussi prévoir des petites unités d'hospitalisation pour 15-30 ans dédiées aux troubles émergents pour assurer une continuité des parcours, en cas de nécessité d'une mise à l'abri, d'évaluations complexes ou d'initiation de traitement ne pouvant se faire en ambulatoire.
- En ressources humaines, un soutien en RH sera nécessaire pour une réelle coordination et en soutien avec les moyens du territoire.
- au niveau global : la structure support requiert un temps de coordination, de supervision ainsi que des intervenants mobiles vers les territoires.
- au niveau des équipes spécialisées des territoires : une équipe d'intervenants mobiles « case-managers » pluridisciplinaires (infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs,

ergothérapeute, psychomotriciens...) ainsi qu'un encadrement permettant une coordination locale avec les intervenants en amont et en aval.

**=> 1 ETP Médecin coordinateur, 1 ETP coordinateur administratif**

**Equipe soutien en complément des ressources existantes : 2 ETP Psychologues, 2 ETP Infirmiers coordinateurs, 1 ETP travailleur social**

### Résultats attendus

- Réduction du retard d'accès aux soins pour les troubles psychiatriques sévères et en particulier psychotiques.
- Réduction des ruptures de parcours entre 1<sup>ère</sup> ligne et soins spécialisés, ou durant les 2 premières années du suivi.
- Diminution des interruptions de suivis durant la première année de soins.
- Amélioration de la qualité de vie, du pronostic fonctionnel et de l'intégration socio-professionnelle.
- Désigmatisation et amélioration des représentations sur les troubles psychiatriques en population générale, auprès des jeunes, de leurs parents et chez les professionnels de première ligne.

### Calendrier de mise en œuvre

#### **- 1<sup>er</sup> semestre 2021 :**

- Déploiement de la plateforme informatique,
- Enquête sur les délais d'accès aux soins et les ressources territoriales spécifiques,
- Formation des équipes du territoire Sud et Nord à l'intervention précoce – élaboration d'un programme de formation récurrent et d'un séminaire d'échanges de pratiques,
- Déploiement de l'équipe mobile des Détection et Intervention Précoces des territoires Sud,
- Déploiement d'une équipe mobile support pour l'accompagnement des professionnels,
- Formations grand public et auprès des partenaires de 1<sup>ère</sup> ligne.

#### **- 2<sup>ème</sup> semestre 2021 :**

- Mise à disposition d'une cartographie des ressources,
- Formation des équipes des DIP des territoires Nord,
- Formations grand public et auprès des partenaires de 1<sup>ère</sup> ligne,
- Formations des nouveaux intervenants,
- Déploiement du dispositif et de l'équipe mobile des territoires Nord.

#### **- 1<sup>er</sup> semestre 2022 :**

- Formations grand public et auprès des partenaires de 1<sup>ère</sup> ligne,
- Formations des nouveaux intervenants,
- Analyse des premiers indicateurs de suivi.

**- 2<sup>e</sup> semestre 2022**

- Evaluation des indicateurs de suivi et de délai d'accès aux soins,
- Formations grand public et auprès des partenaires de 1<sup>ère</sup> ligne,
- Formations des nouveaux intervenants,
- Analyse finale des indicateurs de suivi.

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

- Délai d'accès aux soins pour les primo-accédants,
- Délai de réponse à la demande, délai de prise en charge après le premier contact,
- Nombres de jeunes évalués,
- Nombres de jeunes pris en charge par case management,
- Nombre de jeunes suivis en TCC, en remédiation et en psychothérapie,
- Nombre de jeunes bénéficiant de psychoéducation,
- Nombre d'interventions auprès des familles,
- Qualité de vie et pronostic fonctionnel pour les jeunes pris en charge à un et 2 ans, ainsi que leur proche,
- Nombre d'interventions auprès des professionnels de première ligne,
- Nombre d'acte de coordination avec le milieu (club de prévention, établissement scolaire, services éducatifs, services de réinsertion...),
- Nombre de personnes formées.

## Action n°17 : Déployer une équipe mobile

### Intitulé de l'action

Constitution d'une équipe mobile dédiée aux adolescents de 12 à 18 ans.

### Objectif (s)

Cette fiche répond aux objectifs :

- D'accès aux soins des jeunes adolescents en situation de crise (axe 2) ;
- D'inclusion dans un parcours de vie et d'accompagnement des proches (axe 3) ;
- De coordination avec les structures médico-sociales, les unités d'hospitalisation et les services pour adultes (axe 4).

### Public cible

Adolescents de 12 à 18 ans, réticents à consulter dans les dispositifs dédiés aux soins en santé mentale, le plus souvent en situation de crise susceptible de relever de l'urgence psychiatrique.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

Accueillir **téléphoniquement et évaluer les demandes de parents** ou de tout type de professionnel s'occupant d'adolescents afin de faciliter l'accès aux soins en absence de recours possible aux dispositifs habituels (maisons de l'adolescent, CMP, CMPP, ...). Proposer **une rencontre préalable avec les porteurs de la demande** avant tout déplacement.

Intervenir avec **l'accord des parents et/ou des professionnels demandeurs**, à domicile ou sur un lieu fréquenté par l'adolescent, afin d'aller vers lui.

Évaluer *hors-les-murs* la situation que présente **l'adolescent réticent à consulter**.

Créer une alliance thérapeutique pour **mettre en place un suivi adapté à la situation**.

En cas d'indication d'hospitalisation, **s'articuler avec les unités d'hospitalisation d'adolescents**.

Cette action doit s'articuler avec **le dispositif de réponse rapide ATRAP** qui permettra une prise en charge de jour des préadolescents et adolescents de 10 à 15 ans en situation de crise et avec l'unité d'accueil des pathologies psychiatriques aiguës des enfants de moins de 16 ans en cas d'indication d'hospitalisation, pour une période brève, ainsi qu'avec le CIAPA.

### Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)

L'ensemble des arrondissements parisiens seront concernés par ce dispositif unique, de manière à assurer l'égalité des soins. Celui-ci pourra être basé sur deux sites principaux pour tenir compte de l'étendue du territoire à couvrir.

**Acteurs à mobiliser**

Usagers (parents en particulier) ;  
 Acteurs de terrain de première ligne (éducateurs des services de l'ASE ou de la PJJ, des clubs de prévention et services de santé scolaire) ;  
 Secteurs infanto-juvéniles ;  
 Secteurs de psychiatrie adulte ;  
 CMPP ;  
 Equipe mobile pédopsychiatrique ASE ;  
 CPOA (en particulier leur dispositif famille sans patient) ;  
 CIAPA ;  
 Unité d'accueil des pathologies psychiatriques aiguës des enfants de moins de 16 ans  
 Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens (ATRAP) ;  
 Psychiatres libéraux, médecins généralistes et pédiatres ;  
 Education nationale : Académie de Paris ;  
 Ville de Paris ;  
 Maison des adolescents.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)****L'équipe mobile associe une triple mission :**

- La coordination avec les acteurs sollicitant une intervention et les lieux d'aval : CMP, CMPP ou consultant libéral, unité d'hospitalisation ;
- L'accueil des parents demandant l'intervention de l'équipe mobile ;
- Les interventions *hors les murs* proprement-dites réalisées à 2 professionnels au moins.

**Soit, pour le site Nord :**

- infirmier : 1 ETP.

**Pour le site Sud :**

- secrétaire : 1 ETP.
- psychiatre : 0,5 ETP.
- infirmier : 1 ETP.
- éducateur : 1 ETP.

**Pour la coordination des 2 sites et répartissant son temps sur les 2 lieux :**

- cadre de santé : 1 ETP.
- assistant social : 1 ETP.
- psychiatre : 1 ETP.

**Résultats attendus****Ce projet doit permettre :**

L'amélioration de l'accès aux soins des adolescents ;  
 La fluidification du parcours des adolescents en situation de crise familiale ou d'urgence psychiatrique ;

L'amélioration du premier contact avec la psychiatrie en déstigmatisant la consultation avec des professionnels qui se rendent « mobiles » et vont à la rencontre de ces jeunes.

### **Calendrier de mise en œuvre**

#### **1<sup>er</sup> semestre 2021 :**

Recensement précis des besoins par secteur.  
Recrutement des professionnels.  
Communication aux partenaires.  
Réunions de coordination entre les équipes Nord et Sud.

#### **2<sup>e</sup> semestre 2021 :**

Mise en œuvre sur les 2 territoires du dispositif d'équipe mobile.  
Réunion du Copil semestrielle.  
Réunion de coordination mensuelle.

#### **1<sup>er</sup> semestre 2022**

Evaluation des indicateurs de suivi.  
Analyse finale des indicateurs de suivi.

### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Les indicateurs les plus pertinents :

- Le nombre de demandes de déplacement,
- Le nombre de déplacements réalisés,
- Le taux d'hospitalisation parmi ces demandes,
- Le taux de mise en place effective d'un suivi ambulatoire.

## Action n°18 : Evaluer & accompagner les adolescents avec des comportements violents

### Intitulé de l'action

Plateforme intersectorielle et pluri professionnelle d'évaluation et d'accompagnement d'adolescents présentant des troubles du comportement à type de violences ou d'incivilités graves et répétitives.

**Objectif (s) :** Evaluer et proposer une prise en charge adaptée aux jeunes présentant des troubles du comportement à type de violences ou d'incivilités graves et répétitives et prévenir la déscolarisation, la désocialisation et la délinquance

- Repérage des troubles émergents ou installés sous-jacents aux **comportements violents et orientation vers les soins de proximité dédiés.**
- Repérage des troubles instrumentaux **invalidant les apprentissages et la scolarité et orientation vers les ateliers spécifiques internes ou externes à la plateforme.**
- Repérage des dysfonctionnements éducatifs et souffrances familiales et soutien à la parentalité. **Accompagnement vers des mesures d'assistance éducative si besoin.**
- Accompagnement du **réinvestissement scolaire en lien avec l'établissement scolaire** (Santé scolaire, Vie scolaire, Apprentissages).

Cette fiche action répond à 3 axes prioritaires : accès aux soins (axe 2), insertion (axe 3) coordination entre professionnels (axe 4).

### Public cible

Collégiens présentant des troubles graves du comportement à type de violences ou d'incivilités mettant en péril les personnes et les biens, leurs troubles altérant la dynamique collective (classe, école, quartier) et générant leur stigmatisation et leur exclusion (**environ 1.000 par an pour l'Académie de Paris**).

**Description de l'action** (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

**A – Équipe mobile d'intervention dans les établissements scolaires ou au sein des équipes éducatives**

1 – Rencontrer les adolescents : Première prise de contact avec l'adolescent par un professionnel de soins sur site scolaire. Cette action spécifique doit se coordonner voire se mutualiser avec la fiche action n° 4 « Équipe mobile dédiée aux jeunes adolescents »

2 – Étayer sur site les professionnels en échec sur les différentes composantes d'apprentissage et/ou éducative. Cette action doit inclure une intervention d'un

personnel de l'EN (pédagogique et/ou éducatif) et d'un professionnel de la plateforme (AS ou éducateur).

### **B – Plateforme**

1 – Évaluation pluri professionnelle dans le champ médical, neuropsychologique, pédagogique, familial, social et éducatif. Proposition de stratégies thérapeutiques, en lien avec la plateforme détection et intervention précoce (fiche action 3) ou éducatives et suivi des préconisations auprès de la famille et de l'établissement scolaire. Historisation des troubles : enseignement primaire/enseignement secondaire.

En cas de situation de crise, la plateforme pourra adresser l'adolescent au dispositif ATRAP qui permettra une réponse rapide dans les 48h et assurera le relai dans l'évaluation pluridisciplinaire de l'adolescent.

2 – Ateliers spécifiques de remédiation cognitive et remédiation aux habiletés sociales en lien avec la plateforme DIP (fiche action 3).

3 – Mise en place ou relance d'un suivi éducatif si besoin. Orchestration des mesures éducatives déjà initiées.

4 – Lieu ressource d'informations et de formations pour les professionnels du champ éducatif et de l'enseignement.

### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Paris

### **Acteurs à mobiliser**

#### Acteurs partenaires du projet :

Rectorat de Paris (Direction de l'Académie, IA DASEN chargé des collèges) /GIP Réussite Éducative, EPRE (Équipes pluridisciplinaires de la réussite éducative) /REL 75 (FSEF)/C3RP enfants-adolescents (GHU Paris – Psychiatrie & Neurosciences) et MDA Robert Debré.

#### Acteurs à mobiliser :

Médecins scolaires de l'Académie de Paris/DASCO, DASES, CAPP/Clubs de prévention spécialisée/Inter secteurs infanto juvéniles/ MDA Maison de Solenn/ASE/PJJ/Milieu associatif/Centres experts : Robert Debré, Sainte Anne, Salpêtrière : TDAH, troubles des apprentissages, psychoses émergentes en coordination avec la plateforme DIP (fiche action 3).

Plateforme Nord du C3RP.

Unité d'accueil des pathologies psychiatriques aiguës des enfants de moins de 16 ans. Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens (ATRAP).

CIAPA.

Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Toutes unités de soins pour adolescents (AP-HP).

Maisons des adolescents.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Psychiatre spécialiste des enfants et des adolescents : 1 ETP.

Neuropsychologue spécialiste des difficultés cognitives et troubles des apprentissages : 1 ETP.

Psychologue spécialiste des thérapies comportementales : affirmation de soi, régulation de l'impulsivité : 1 ETP.

Psychologue ou psychiatre spécialiste des thérapies familiales transculturelles : 0,5 ETP.

Enseignant en charge de l'évaluation des compétences académiques et des capacités d'apprentissage (Rectorat) : 1 ETP.

Travailleur social : 1 ETP – éducateurs : 1 ETP.

**Pour les professionnels de l'Education Nationale :**

Enseignant en charge du soutien opérationnel des aménagements de scolarité ou innovation pédagogique auprès des collèges concernés (Rectorat) : 1 ETP.

Médiateur de Réussite Scolaire (accompagnement du jeune à ses rdv et dans son parcours scolaire).

**Local dédié pour la centralisation opérationnelle de la plateforme.****Résultats attendus****Ce projet devrait permettre :**

La mise en place des soins adaptés pour les jeunes présentant des troubles psychopathologiques ou neurocognitifs spécifiques.

L'amélioration des difficultés de régulation émotionnelle et les difficultés cognitives des jeunes présentant des troubles graves du comportement par une prise en charge précoce spécifiques.

La réduction des troubles du comportement dans cette population d'adolescents sensible et vulnérable.

La mise en place d'un soutien à la parentalité des familles fragilisées ou dysfonctionnantes et l'amélioration de la synergie familiale ainsi que de l'alliance thérapeutique.

L'amélioration de l'inclusion scolaire des jeunes présentant une impulsivité majeure et des retards d'apprentissage invalidant leur posture d'élève ainsi que de l'alliance famille/école.

L'amélioration de l'articulation des problématiques santé entre enseignement primaire et enseignement secondaire : fiche de suivi, coordination des équipes médicales de prévention, devenir des préconisations...

La coordination avec les médecins généralistes pour assurer une prise en charge cadrante de ces adolescents.

**Calendrier de mise en œuvre****1<sup>er</sup> semestre 2021 :**

- Constitution du comité de pilotage pluriprofessionnel associant le GIP Réussite Éducative, la Direction du Rectorat, le Relais Étudiants Lycéens, le C3RP enfants/adolescents, le service social et de santé scolaires de l'Académie de Paris, les 2 MDA, des représentants de la DASES-CAPP, de la DASCO, des clubs de prévention.
- Constitution du réseau partenarial opérationnel pour la phase test : collèges pilotes volontaires, réseau partenarial d'acteurs de prévention et de soins : service de santé scolaire, inter secteurs d'arrondissements ciblés en fonction des collèges pilotes. Ce réseau s'articule autour de deux pôles : Nord de Paris (CIAPA, MDA Robert Debré, Centres Experts Robert Debré, intersecteurs dédiés) et Sud de Paris (C3RP enfants/adolescents, C'JAAD, Centre expert de la Salpêtrière, Intersecteurs dédiés, MDA Maison de Solenn).
- Définition des contours opérationnels de projet : périmètre géographique, critères d'inclusion, mode d'adressage, durée de la prise en charge (6 mois maximum) /Validation juridique du dispositif (implication des parents de mineurs, responsabilité médicale, etc..) /Formalisation de la coordination interne et externe à la plateforme
- Recrutement des professionnels de la plateforme : si possible emplois partagés avec le Relais 75 (FSEF), le C3RP (GHU de Paris) et l'Hôpital Robert Debré (APHP), l'unité d'accueil des pathologies psychiatriques aiguës des enfants de moins de 16 ans, l'Accueil Temporaire Rapide Ados Parisiens (ATRAP), le CIAPA voire les intersecteurs concernés.
- Sensibilisation et information des collèges.

**Septembre 2021 – juillet 2022 : phase test**

- Ouverture de la plateforme et diffusion du dispositif auprès des collèges concernés.
- Mise en place de l'action : 100 collégiens pour la phase test avec 1 réunion trimestrielle du comité de pilotage et 1 réunion annuelle du réseau partenarial opérationnel.
- Bilan annuel de l'action, analyse des résultats et réévaluation éventuelle de l'adressage et de la mise en œuvre.

**Septembre 2022 –juillet 2026 :**

Extension du périmètre d'intervention de la plateforme sur l'ensemble des collèges parisiens.

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

- Nombre de jeunes reçus par la plateforme (par le psychiatre, par le neuropsychologue, par l'AS, par l'enseignant).
- Nombre de familles reçues par la plateforme (par le psychiatre, par le psychologue, par l'AS).
- Nombre de jeunes orientés vers une prise en charge pédopsychiatrique ou médicale.

- Nombre de jeunes orientés vers une mesure éducative.
- Nombre d'actes de coordination avec l'établissement scolaire, les services éducatifs, les juges des affaires familiales (téléphone, réunion, mail).
- Nombre d'ateliers de remédiation cognitive.
- Nombre d'ateliers de remédiation aux habiletés sociales.
- Nombre d'actes de formation des professionnels du champ éducatif et de l'enseignement.
- Nombre d'exclusions définitive et/ou temporaire du jeune pendant le temps de prise en charge sur la plateforme.
- Nombre de parcours d'insertion créés et nombre de parcours d'insertion aboutis.

## Action n°19 : Déployer une plateforme d'évaluation et d'accompagnement des étudiants

### Intitulé de l'action

**Plateforme d'évaluation et d'accompagnement des étudiants en situation de détresse psychologique.**

### Objectif (s)

#### **Contexte :**

- Le volume important de la population étudiante à Paris (386.000 personnes) ;
- Un bassin de vie parisien non corrélé avec le lieu d'habitation qui rend inopérante la sectorisation ;
- Les enjeux du dépistage précoce des troubles psychiatriques émergents et de l'accompagnement aux soins ;
- La complexité des problématiques imbriquées médicales, psychologiques, académiques, culturelles et économiques qui nécessite des portes d'entrée multiples aux soins et une coordination étroite avec les universités (SIUMPPS), le CROUS de Paris et l'action municipale des arrondissements concernés (services sociaux, action culturelle, associations...) ;
- La mobilité des étudiants et le brassage des populations (17 à 30% d'internationaux en fonction des filières) et des problématiques inhérentes au déracinement y compris pour les étudiants provinciaux (choc culturel, isolement, rupture du parcours de soins) qui imposent une réponse réactive et transversale ;
- Les enjeux de l'accompagnement du handicap psychique en augmentation exponentielle en milieu universitaire et de la préparation à l'insertion professionnelle de ce public ;
- L'insuffisance de moyens des structures intersectorielles dédiées aux étudiants, les délais d'attente et la saturation des structures de soin psychothérapeutiques (BAPU), situation qui devient dès lors fortement pénalisante dans les périodes de psycho trauma collectif (attentats, crise sanitaire, etc...) ;
- La coordination aléatoire des structures dédiées entre elles et avec les médecines de prévention universitaires (MPU) et les services de psychiatrie générale.

#### **Objectif :**

Renforcer les dispositifs de soins dédiés aux étudiants et coordonner le maillage territorial pour faciliter l'accès aux soins de ce public spécifique.

Cette fiche action relève de 4 axes prioritaires : axe n° 1 prévention – axe n° 2 accès aux soins – axe n° 3 soutien à la formation et à l'insertion professionnelle – axe n° 4 coordination entre professionnels.

### Public cible

Etudiants des Universités, Instituts, Ecoles et CPGE de Paris (386.000 personnes).

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

**Création d'une plateforme transversale dédiée à la santé mentale des étudiants pour :**

- Faciliter l'accès aux soins (meilleure visibilité, turn-over rapide) ;
- Coordonner acteurs de soins et les professionnels de l'enseignement supérieur ;
- Conseiller et former les professionnels de l'enseignement supérieur aux problématiques de santé mentale ;
- Contribuer à l'inclusion du handicap psychique en milieu universitaire et professionnel (stages).

## **I- POUR LES ETUDIANTS**

### **1 - La consultation d'investigation : un « diagnostic de situation » (axe 2)**

**Un guichet unique d'accueil des étudiants avec une plateforme de services coordonnés :**

- Evaluation de la situation globale de l'étudiant, psychologique, académique et sociale.
- Evaluation précoce des premiers signes de troubles psychopathologiques.
- Si doute diagnostic, orientation vers les centres experts dédiés pour confirmation diagnostique et début de prise en charge ciblée.
- Proposition et hiérarchisation des stratégies thérapeutiques si un traitement s'avère nécessaire, en fonction de la nature des troubles, du degré d'urgence, de la motivation de l'étudiant, de ses références culturelles, de ses échéances universitaires ainsi que des ressources de son bassin de vie.
- Organisation du parcours de soins et accompagnement soutenu vers les soins : contact préliminaire avec la structure, contact ultérieur pour valider le suivi.
- En cas de délai d'attente trop long pour l'accès à la structure de soins : mise en œuvre immédiate des premiers soins dans l'attente d'une prise en charge sur le service de secteur ou autre service pertinent.

L'ensemble de ces actions nécessite l'articulation avec les services de Médecine Préventive Universitaire (MPU), de la FSEF, les médecins traitants et la collaboration de l'action n° 3 « Détection et intervention précoce ».

### **2- La consultation pour les étudiants en situation de mobilité :**

- Information sanitaire multilingue, accueil et premiers soins anglophones des étudiants internationaux avec une prise en compte des éléments culturels.
- Consultation spécifique pour les étudiants nationaux en situation de vulnérabilité psychologique en départ ou déjà installés à l'étranger : recommandations spécifiques, proposition de suivi virtuel à distance.

**3- La consultation experte « handicap psychique et cursus universitaire » (axe 3) :**

- Evaluation des compétences et autres composantes (individuelles, familiales et sociales) propices à la reprise de scolarité, évaluation de la situation clinique (évolution, motivation, troubles résiduels, addictions, etc ...), réflexion concertée sur les choix stratégiques d'organisation des études et d'orientation (choix des universités, filières, cursus, débouchés professionnels).
  - Coordination de l'inclusion en milieu universitaire : triangulation opérationnelle entre le psychiatre traitant, le service de MPU, la mission handicap, les services du Crous (incluant le logement), la MDPH si besoin.
  - Suivi du parcours de soins (alliance thérapeutique notamment) et du parcours d'étude (alliance avec les professionnels ressources de l'université 3), enseignants, mission handicap, MPU, etc ...), accompagnement sur le choix de carrière.
- Cette consultation experte s'effectue en collaboration avec les services de MPU, de la FSEF, les psychiatres traitant voire la MDPH, ainsi que les équipes de réhabilitation de la plateforme « DIP » (action n° 3).

**4- Formation des pairs - aidants**

Formation et supervision des étudiants tuteurs à l'université en lien avec la fiche action déstigmatisation pour les premiers secours en santé mentale, en Grandes Ecoles et au Crous ; supervision des étudiants écoutants de NightLine. Formations à la prévention des addictions (type PEER CARE - FSEF).

**II-POUR LES PROFESSIONNELS****Centre ressource interuniversitaire à destination des professionnels des universités et du CROUS de Paris (axe 1 et axe 4)**

En coordination avec les services RH et académiques des universités (ou lycées hébergeant CPGE), les services du CROUS, la FSEF :

- Débriefing et aide à la résolution de situations psychiatriques critiques (hétéro agressivité, auto agressivité, menace suicidaire, harcèlement, érotomanie, etc...) au sein de l'université ou en CPGE, stratégies d'accompagnement vers les soins des étudiants en refus de soins : appui stratégique des professionnels de l'enseignement supérieur (type Fil'Harmonie université/Crous de la FSEF) en coordination avec l'action n° 1.
- Formation ponctuelle ou continue des professionnels de l'université : repérage de la souffrance psychologique, repérage des situations à risque (harcèlement, stigmatisation), identification des phénomènes de groupe et de leur incidence, sensibilisation à la question du handicap psychique.
- Centre Ressource et d'information pour les médecins traitant des étudiants : généralistes (en collaboration avec l'action 1) et psychiatres.
- Consolidation des réseaux de soins existants dédiés aux étudiants (RESPPET) et coordination avec les CLSM.

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Paris

**Acteurs à mobiliser**

Relais Etudiants Lycéens 75.

Fil Harmonie 75.

BAPU parisien.

Professionnels du réseau RESPPET, SIUMPPS de Paris, CROUS de Paris, Missions handicap des universités parisiennes (en lien avec la MDPH), Vice-Président, Vie Etudiante, Services des secteurs de psychiatrie générale (notamment sur les 3 arrondissements hébergeant la quasi-totalité des universités 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 13<sup>e</sup>, mais aussi le 16<sup>e</sup> (Université Paris Dauphine, CPGE, Internat d'excellence) et bientôt le 12<sup>e</sup>. CLSM (notamment CLSM 5) NightLine, Associations étudiantes, Mutuelles étudiantes.

Secteurs de psychiatrie adulte parisiens.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)****Pour la plateforme d'accueil et de coordination :**

- 1 ETP Médecin psychiatre ;
- 2 ETP Psychologues ;
- 2 ETP Infirmiers de pratique avancée ;
- 1 ETP Assistant de service social ;
- 1 ETP Secrétaire médicale ;
- 0,5 ETP Coordinateur administratif.

**Renforcement des moyens des structures sanitaires et médicosociales dédiées aux étudiants avec élaboration d'un cahier des charges, pour répondre à l'afflux afférent de demandes de prise en charge.**

**Résultats attendus**

Facilitation du repérage des troubles émergents et de l'accès aux soins.

Prévention du suicide.

Prévention de la chronicisation des troubles et des risques psycho sociaux ultérieurs.

Prévention du décrochage universitaire et de la désocialisation.

Meilleure coordination des actions médicales, sociales et académiques.

**Calendrier de mise en œuvre****1<sup>er</sup> semestre 2021 :**

- Constitution d'un Comité d'Experts : Représentants de la Vice-Chancellerie des Universités, des Vice-Présidents de la Vie Etudiante, des RH des Universités, des lycées (hébergeant des CPGE) et internats d'excellence, de la Direction du CROUS de Paris, de la MDPH, des Elus Etudiants, de la Direction des SIUMPPS, des BAPU, du Relais Etudiants Lycéens 75 et de la plateforme « DIP » (action n° 3).

- Consultation de la Direction des Universités (Présidence, Directeurs de sites, RH, VP vie étudiante, élus étudiants), des Relais Handicap, des Proviseurs des Internats d'Excellence et Lycées hébergeant des CPGE.
- Rapport et élaboration du programme de mise en œuvre des actions prioritaires sous l'égide du Comité d'Experts.
- Recrutement du personnel dédié pour la mise en œuvre de la plateforme.

#### **Rentrée universitaire 2021-2022 :**

- Ouverture de la plateforme et mise en œuvre progressive en direction des Universités, Ecoles et Lycées volontaires pour la phase pilote.
- Evaluation des actions avant l'extension à l'ensemble des Etablissements d'Enseignement Supérieur sous l'égide du Comité d'Experts.

#### **2022 – 2025 :**

Extension à l'ensemble des Etablissements d'Enseignement Public et Privé de Paris.

#### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Indicateurs retenus pour évaluer l'action :

- Nombre d'étudiants reçus par la plateforme (par le psychiatre, par le psychologue, par l'acteur social) ;
- Nombre d'étudiants orientés par la plateforme (vers des soins psychiques, des soins somatiques, vers un acteur social) ;
- Nombre de RDV moyen par étudiant reçu par la plateforme ;
- Nombre de contact avec les structures de soins ;
- Nombre d'entretiens en anglais ;
- Nombre d'entretiens pour étudiants nationaux à l'étranger ;
- Nombre d'actes de coordination avec la MPU, la Mission handicap, le CROUS, la MDPH ;
- Nombre d'actes Fil Harmonie pour l'enseignement supérieur ;
- Nombre d'actes pour la formation des professionnels ;
- Nombre d'actes de formation et de supervision des étudiants tuteurs CROUS et Université ;
- Nombre de réunions de réseaux.

# Groupe thématique n°5 : Prévention et déstigmatisation

*Groupe piloté\* par Mme CHAPEAU (pair-aidante, association Œuvre Falret), Dr. SALMONA (Psychiatre, les Ailes Déployés) et Dr. PELLOUX (Pédopsychiatre, Hôpitaux de Saint-Maurice)*

*\* La liste complète du groupe se trouve en annexe.*

## Introduction

### Constitution du groupe

La première réunion du groupe prévention et déstigmatisation a rassemblé une trentaine de participants. Afin de travailler de manière efficace, il a été proposé aux personnes issues de la même institution ou de la même association de désigner un représentant unique, constituant ainsi un COPIL de 14 personnes. **Celui-ci réunit des personnes issues du milieu du soin** (GHT-94n, GHU-Paris, ASM13, clinique Montsouris), du médico-social (Casip-Cojasor, groupe SOS, Falret), **des associations d'usagers** (UNAFAM, Collectif Schizophrénies), **de l'entraide** (pair-aidante, Clubhouse Paris) et du **Psycom**. Le Copil s'est réuni 5 fois et l'intégralité du groupe initial a été conviée deux fois pour des séances plénières (soit 7 réunions d'avril 2019 à mars 2020).

Les membres du groupe partagent des valeurs communes se reconnaissant dans le projet d'un **parcours de soins orienté vers le rétablissement et défendant l'idée d'un accès aux soins égalitaire pour tous les habitants du territoire parisien respectueux des particularités socio-économiques de chaque arrondissement**. Une politique de santé mentale doit impliquer tous les acteurs qui la font vivre en donnant une place effective aux usagers.

La participation régulière au COPIL a permis à ses membres d'expérimenter dans leurs pratiques l'intérêt du décloisonnement qu'il a favorisé. Il a semblé que la réflexion menée se devait de refléter cette expérience. Une meilleure diffusion de l'information entre les acteurs ainsi qu'une meilleure connaissance et articulation de ces derniers nous paraissent en effet essentiels à l'amélioration de la prévention en termes de santé mentale. Il en va de même pour les actions de déstigmatisation.

### Méthodologie

Il a été choisi de repérer les actions et structures impliquées en travaillant par tranche d'âge et type de prévention (primaire, secondaire et tertiaire). Quatre tranches d'âges ont été délimitées (enfance, adolescence/jeunes adultes, adultes, personnes âgées). Cette solution, adoptée pour des raisons pratiques, a permis de relever que les moments de transition (passage de l'adolescence à l'âge adulte, par exemple)

sont particulièrement à risque en ce qui concerne l'accès ou les ruptures dans les soins ou l'accompagnement. Une vigilance particulière à ces différentes périodes de vie est donc nécessaire. Une prévention et une information qui s'adresseraient au grand public ainsi qu'aux différents acteurs (première et deuxième ligne) intervenants auprès de ces tranches d'âges permettrait d'agir sur ce risque.



**Figure 1 :** Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : « **Vous êtes-vous déjà sentis stigmatisés ou isolés par votre trouble psychique ? Si oui, donnez des éléments de contexte.** »

Le travail de groupe, bien que large, ne représente pas la totalité du territoire parisien en matière de santé mentale. C'est pourquoi sont présentés ici **trois axes**, que le groupe de travail a identifiés comme des problématiques récurrentes dans le champ qui nous occupe.

Au sein de ces axes, le groupe présente quelques actions déjà en cours de développement qui lui ont paru pertinentes et novatrices. Elles ne peuvent à elles seules résumer le projet de santé mentale du territoire parisien. Toutefois, ces actions ont semblé pertinentes car elles tracent les contours d'un cadre permettant le renforcement et dynamisation du rôle et des missions des conseils locaux de santé mentale de chaque arrondissement notamment en ce qui concerne le champ de la prévention en santé mentale et par extension la déstigmatisation des questions de santé mentale.

**Les différentes actions identifiées et à partir desquelles le groupe fait ses propositions sont :**

- Favoriser la coordination des actions et des acteurs agissant directement (professionnels de la santé mentale) ou indirectement (Education nationale, police, justice, élus...), dans le champ de la prévention et de la déstigmatisation en santé mentale.

- Développer des actions des formations initiale et continues co-animées par des professionnels de la santé mentale et des personnes concernées par un problème de santé mentale ou des proches.
- Améliorer la lisibilité des différents acteurs (sanitaire, médico-social, associatif...) de territoire en favorisant une communication entre acteurs et vers des publics ciblés voire le grand public.

Le territoire parisien a la particularité de présenter une grande richesse dans l'offre de prévention (ex : points et permanences d'écoute), de soins et d'accompagnement, mais également des spécificités démographiques et socio-économiques propres à chaque arrondissement voire à chaque quartier.

Le principal manque constaté par le groupe de travail se situe au niveau de la coordination entre acteurs, et cela pour tous les âges de la vie.

Ensuite, **la formation** est apparue absolument nécessaire pour renforcer les compétences de chacun. On peut distinguer d'une part la formation initiale et continue des acteurs directs (soignants...), indirects (Education nationale, police, justice, élus...), et d'autre part la formation à destination de populations ciblées ou générale. Enfin, le développement d'une communication qui rendrait plus lisible l'ensemble de l'offre de prévention/soins/accompagnement et de la diversité des acteurs apparaît comme nécessaire. Cela permettrait une meilleure transversalité entre acteurs de la santé mentale et une meilleure connaissance des ressources (prévention, soins, accompagnement...) pour le grand public.



**Figure 2 :** Nuage de mot présentant la participation des usagers sur cette thématique. La question suivante leur a été posée lors des consultations : **« Selon-vous qu'est ce qui pourrait permettre à une personne de bien/mieux vivre avec sa maladie psychique dans la société ? »**

## Action n°20 : Renforcer et redynamiser les Conseils Locaux de Santé Mentale

---

### Intitulé de l'action

**Renforcer les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) en tant que leviers de rapprochement des acteurs de terrain et lieu d'élaboration de projets.**

### Objectif (s)

- Mieux structurer les parcours de soins au sein d'un territoire pour permettre d'agir plus précocement et d'éviter les ruptures.
- Améliorer la coordination des différentes structures intervenant dans le domaine de la santé mentale pour mieux promouvoir les actions de prévention et déstigmatisation mises en œuvre.
- Mieux prendre en compte les spécificités propres aux différentes classes d'âge et aux différents territoires.
- Développer l'éducation et la promotion en santé mentale.
- Permettre l'égal accès à la prévention et aux soins ainsi que la continuité de ceux-ci.
- Affiner le diagnostic établi localement sur chaque territoire.

### Public cible

Structures sanitaires, médico-sociales & sociales d'un territoire donné.  
Elus d'arrondissement.  
Usagers et proches.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

Cette action est préliminaire à l'ensemble des réflexions et des actions présentées par ce groupe thématique. En effet, celui-ci a mis en avant **la nécessité d'engager une réflexion sur l'organisation des Conseils locaux de Santé Mentale** afin d'en tirer des axes d'amélioration pour garantir une articulation effective de ces organes locaux avec le Projet Territorial de Santé Mentale, tant dans la mise en œuvre que dans l'évaluation de ses actions. D'après le cahier des charges des CLSM, ceux-ci ont entre autres pour missions stratégiques la coopération des partenaires, la prévention & la déstigmatisation.

#### **1° Sur les actions du CLSM : points d'amélioration**

Les CLSM constituent un outil central à l'interface du champ politique, citoyen, et de celui de l'action sanitaire et sociale. Leur dynamisme est malheureusement hétérogène selon les territoires.

En lien avec le constat de la pluralité des actions développées, et de l'insuffisance de leur diffusion, il est proposé de redynamiser les CLSM pour les replacer dans leur mission d'outil central de coordination des projets de santé mentale à l'échelle locale. Il s'agit d'inciter fortement les structures à y participer afin de favoriser la connaissance des autres acteurs locaux, et de favoriser la diffusion des actions de prévention proposées par chaque acteur et celles prévues dans le cadre du PTSM.

- Renforcer le dynamisme de chaque CLSM en développant l'adhésion des élus et du chef de pôle de l'arrondissement correspondant.
- Identifier et convier l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale à des réunions annuelles ou biennuelles afin d'échanger sur les actions de prévention et de déstigmatisation à mettre en œuvre.
- S'appuyer sur le Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de Santé Mentale, afin d'en tirer les bonnes pratiques et les ressources utiles au développement des organes et du potentiel des CLSM.

Selon les tranches d'âges concernées, des dispositifs différents et complémentaires, permettant de favoriser le travail en commun pourraient être considérés. Ainsi pour les personnes âgées, les commissions techniques des personnes âgées pourraient être soutenues et encouragées. Paris étant un territoire PAERPA, la coordination territoriale d'appui (CTA), pourra s'appuyer sur le CLSM de l'arrondissement de la personne à accompagner afin de lui trouver des ressources et des solutions adaptées à son lieu de vie. Le dispositif MAIA et notamment les gestionnaires de cas pourront également s'appuyer sur le CLSM afin de s'informer sur les problématiques spécifiques liées à la santé mentale.

Afin de garantir l'articulation des différents dispositifs d'aide à la personne, les CLSM devront organiser des réunions d'information associant les professionnels concernés pour indiquer les modalités de fonctionnement du CLSM et pour informer sur leurs actions.

**Point de vigilance** : associer tous les partenaires du champ de l'enfance y compris ceux de l'Éducation nationale, la DASES avec la PMI, l'ASE, la DASCO, la DFPE, les associations à but social, sportif, de loisirs pour enfants, etc.

## 2° Sur l'articulation et la place des CLSM dans le suivi du Projet Territorial de Santé mentale

L'une des missions définies dans le cahier des charges 2018-2022 des CLSM est leur participation à la définition du projet territorial de santé mentale, à sa déclinaison opérationnelle et à son évaluation. A cette fin, nous proposons de veiller à la nomination de coordonnateurs de CLSM, en ciblant prioritairement les arrondissements porteurs de projets pilotes. Ces coordinateurs, en s'appuyant sur le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, ont pour mission :

- Assurer le suivi et la mise en œuvre des fiches actions « prévention et déstigmatisation » au sein du comité de pilotage du CLSM : **objectif prioritaire**.

- En complément des actions proposées dans cette fiche, développer une stratégie locale répondant aux besoins de la population en matière de prévention, d'accès aux soins et de continuité de ceux-ci, ainsi que d'inclusion sociale.
- Etre formés sur les projets du PTSM afin que ceux-ci puissent positionner leur arrondissement sur l'ensemble des projets.
- Participer aux réunions de suivi des différents groupes PTSM.
- Rendre compte de l'activité des acteurs dans le cadre du PTSM au grand public : renforcer la visibilité des actions du PTSM en créant des notes d'information à destination de la population générale, notamment la communication pour les expérimentations de certains arrondissements.
- **En lien avec le groupe de suivi de la fiche « parole aux usagers », mettre en place et coordonner les partenariats visant :**
  - A faciliter l'accès et le maintien dans le logement, ainsi que l'insertion professionnelle et la formation.
  - A favoriser l'accès aux loisirs et à la culture des usagers.
  - A promouvoir l'accès à la citoyenneté des usagers.

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Tous les arrondissements de Paris.

#### **Acteurs à mobiliser**

Acteurs de coordination de la Ville de Paris, Maires d'arrondissement, élus, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, du médico-social, du monde associatif représentants d'usagers et aidants.

#### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

**RH** : nomination de coordinateurs supplémentaires pour en assurer un nombre suffisant sur le territoire parisien.

#### **Résultats attendus**

Amélioration de la coordination et le pilotage des CLSM.

Meilleure diffusion dans la population de l'accès aux soins.

Meilleure connaissance par les structures des moyens mis à disposition.

#### **Calendrier de mise en œuvre**

Variable selon l'état d'avancement actuel et le fonctionnement de chaque CLSM impliqué :

**1<sup>er</sup> trimestre 2021** : recrutement des coordinateurs en fonction des missions qui seront redéfinies.

**2<sup>nd</sup> trimestre 2021** : programmation des réunions.

#### **Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Nombre de réunions organisées sur une année.

Nombre de personnes présentes à chaque réunion.

Nombre de projets déployés émanant des CLSM

## Action n°21 : Informer le grand public et les personnes concernées

### Intitulé de l'action

Diffuser l'information sur l'offre de soins en santé mentale, et sur les troubles psychiques en général, au grand public.

### Objectif (s)

- Sensibiliser le grand public sur la santé mentale.

*« La peur des autres et l'étrangeté que nous représentons pour les autres font que nous sommes stigmatisés dans la société ». (M.A, usager)*

- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins et des parcours pour les usagers :

- Faciliter la diffusion de l'information,
- Permettre l'aller-vers en simplifiant les parcours de soins et en donnant des outils aux personnes concernées et à leur entourage pour accéder aux soins et aux accompagnements plus rapidement.

### Public cible

Public général.

Usagers du système de santé et leurs proches.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

L'amélioration de l'accès à l'information peut se faire en 2 étapes :

1. **Renforcer la signalétique** sur Paris.fr et/ou sur PEPS.Paris.fr contenant des onglets spécifiques d'information santé mentale :

- Un onglet de présentation générale sur la santé mentale vulgarisé à co-construire avec Psycom (y intégrer la cartographie des structures) et faire un renvoi vers le site de Psycom pour rentrer plus dans les détails des annuaires, démarches, structures etc.
- Un onglet sur les sites d'information et les acteurs WEB intéressants en lien avec la cartographie de Psycom, qui présente l'ensemble des ressources internet avec une entrée par pathologie et par types d'acteurs.

2. **Construction participative d'un outil cartographique simple et accessible**, en lien avec le Psycom, permettant de localiser sur un même plan les différents acteurs, afin de donner une représentation cohérente des parcours de soins.

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Ensemble du territoire parisien

**Acteurs à mobiliser**

Direction des systèmes d'information de la Ville.  
Les Conseils Locaux en Santé Mentale

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Communication Web

**Résultats attendus**

- Meilleure prise en compte de la santé mentale par la population générale,
- Meilleure diffusion de l'information,
- Meilleure connaissance des ressources du territoire par les usagers,
- Moins de retard au dépistage des troubles.

**Calendrier de mise en œuvre**

A partir du 1<sup>er</sup> semestre 2021

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Satisfaction des usagers.  
Flux sur les pages concernées.

## Action n°22 : Sensibiliser et former aux troubles psychiques à la santé mentale

### Intitulé de l'action

Proposer des actions de formation et de promotion de la santé mentale auprès de publics divers : professionnels de santé, professionnels de l'éducation nationale et intervenants des services publics parisiens.

### Objectif (s)

Le **développement de formations et sensibilisations** en matière de santé mentale a pour objectif de **renforcer la connaissance des troubles psychiques et des problématiques de santé mentale** auprès d'un large éventail de professionnels, pour en favoriser la connaissance et lutter contre la stigmatisation.

Par ailleurs cette action concourt à faciliter l'insertion sociale & économique de ce public parfois marginalisé.

*« Rappeler qu'on est des gens comme les autres » (M.Y, usager)*

### Public cible

- Professionnels de santé.
- Professionnels des services publics du territoire parisien, notamment ceux intervenant à domicile ou exerçant au contact direct du public.
- Professionnels de l'éducation nationale (rectorat de Paris).

*« Il faut faire du lien entre Education Nationale et santé mentale » (M. C, usager)*

- Prestataires d'orientation et d'insertion professionnelle (Pôle Emploi, Cap Emploi etc.).
- Employeurs.

Mais également la population générale, en donnant la priorité aux jeunes scolarisés à Paris (éducation à la santé mentale).

*« Je me suis auto stigmatisée » (Mme S, usagère).*

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

### 1. Formations

- **Initier une réflexion partenariale** pour développer des programmes de formations adaptées à chaque catégorie professionnelle : le groupe pilote de cette fiche identifiera la structure à même de coordonner le déploiement de la formation et créera des partenariats avec celle-ci (hôpital psychiatrique du territoire, professionnels de santé, professionnels de l'Education Nationale).

L'action n°3 de la fiche sur l'accès et le maintien dans le logement du PTSM prévoit une sensibilisation et une formation à destination des professionnels qui interviennent au domicile des patients. Les formations à destination des professionnels de l'Education Nationale pourront notamment être travaillées avec des supports de communication produits par Psycom et également en lien avec l'action n°3 de la fiche sur santé mentale des adolescents. Pour les actions de formation à destination des professionnels de l'insertion sociale, il faudra penser à des modules spécifiques auprès de la MDPH, des prestataires de l'emploi accompagné de Paris, etc.

*« A l'école, quand un enfant se comporte bizarrement les autres enfants se moquent. L'éducation sur la santé mentale pourrait éviter cela. » (Mme L, représentante d'usagers)*

Les formations associant un expert et un usager seront privilégiées lorsque le sujet s'y prête. L'outil numérique peut permettre le déploiement des formations à distance si la situation s'y prête.

Ces formations en parallèle de mises en pratiques et de partages de savoirs expérientiels par des témoignages devront également aborder des points théoriques de base pour fournir à tous un socle de connaissances minimales et communes (définition santé mentale, principales pathologies psychiatriques, déterminants de la santé mentale, définition secteur de psychiatrie, façons de soutenir une personne avec des troubles psychiques, etc.).

- **Se rapprocher des organismes spécialisés** sur la formation en santé mentale : tels que l'INFIPP, ou Premiers Secours en Santé Mentale France pour mettre en place les programmes de formation.
- **S'inspirer des dispositifs de prévention du suicide**, à destination des intervenants auprès des policiers dépendants de la préfecture de police de Paris.
- **Généraliser les actions de sensibilisation des gardiens d'immeuble et des conseillers sociaux des bailleurs**, expérimentées par les équipes ELIAHS.

## 2. Sensibilisation aux problématiques de l'insertion professionnelle

- **Démarcher de sensibilisation des entreprises** du territoire au handicap psychique à grande échelle par des rencontres employeurs/ acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne/ personnes concernées :

*« Il faudrait former les RH sur ces maladies » (M. Y, usager)*

- **Co-construire un cycle de sensibilisation annuel**, auquel les employeurs seront largement conviés (dans le cadre des semaines d'information en santé mentale) qui visera à diffuser les bonnes pratiques, à destigmatiser les troubles psychiques, à créer des outils adaptables d'évaluation de la fragilité psychologique au travail, et à mettre en pratique l'ensemble de ces savoirs sous forme par exemple de jeux de plateaux sur le modèle des formations du projet ELIAHS dédiées aux gardiens d'immeubles.
- **Se rapprocher du Clubhouse** pour la mise en place de modules de sensibilisation sur la souffrance psychique au travail.

*« Certains RH nous appellent et on leur explique que c'est un handicap invisible  
« Quoi, c'est un handicap invisible ? Bah il fallait nous le dire » » (Mme L,  
représentante d'usagers).*

### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Ensemble du territoire parisien

### **Acteurs à mobiliser**

Tous les acteurs de la formation, du sanitaire, du médico-social, de l'associatif.  
Acteurs ayant l'expérience d'actions de formation en matière de déstigmatisation et impliquant les usagers (Psycom, Clubhouse Paris, Alfapsy, UNAFAM, INFIPP, PSSM France...)  
Employeurs.

### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

1 ETP d'un(e) coordinateur de formation pour assurer l'ingénierie et le déploiement du programme de formation.

**Résultats attendus**

- Partage des savoirs permettant une meilleure collaboration.
- Meilleur niveau de compétence en matière de santé mentale des professionnels formés.
- Détection plus précoce des troubles psychiques.
- Diffusion d'une culture de prévention en santé mentale.
- Baisse de la stigmatisation des troubles psychiques.
- Meilleure inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

**Calendrier de mise en œuvre**

**1<sup>er</sup> semestre 2021** : évaluer le nombre de professionnels à former, avec réalisation d'un échéancier afin d'estimer le budget nécessaire.

**2<sup>nd</sup> semestre 2021** : déploiement des formations avec objectif d'une formation par professionnel sur 5 ans.

**Indicateur (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action (indiquer la valeur à T0)**

Nombre de professionnels formés.

Nombre de personnes sensibilisées en population générale (ex : nb de lycéens parisiens touchés par une action de sensibilisation, etc.).

# Prise en charge de la crise & de l'urgence psychiatrique à Paris

Rédacteurs : Dr. VIATEAU (Représentante de l'UNAFAM) et Dr. GUIRAUDIE (Médecin inspecteur, Délégation départementale de Paris, ARS IDF)

## Introduction

### 1. Éléments de contexte

Le 15 janvier 2019, date de lancement des travaux du PTSM de Paris, un groupe de travail « Organisation de la prise en charge pré-hospitalière des urgences psychiatriques à Paris » venait d'être constitué, à l'initiative du CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires), sous l'égide de l'ARS et la présidence du conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) de Paris. Réunissant les représentants de l'AP-HP (SAMU-centre 15, CUMP, service de psychiatrie de l'Hôtel Dieu, Direction patients, qualité et affaires médicales), du GHU Paris (CPOA, vice-président de la CME), de la Préfecture de Police, de la permanence des soins ambulatoires (SOS médecins, Garde médicale de Paris, Urgences médicale de Paris) et des transporteurs sanitaires, l'objectif de ce groupe de travail était de formaliser, au sein d'une convention multipartite, les relations partenariales pour une meilleure articulation des interventions, répondant ainsi aux dispositions de l'article L 3221-51 du CSP :

*« Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2. Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1, notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-11. ».*

Compte-tenu de la forte mobilisation des participants de ce groupe de travail et de l'importance des résultats attendus, le groupe projet du PTSM de Paris a choisi de ne pas organiser un nouveau groupe de travail qui aurait sollicité les mêmes intervenants autour d'une même thématique sur un même calendrier.

Cependant, mi-2020, le projet de convention multipartite visant à formaliser le cadre de coopérations entre les différents acteurs n'a toujours pas été définitivement élaboré. En effet, plusieurs événements majeurs (conflits sociaux et grèves des transports fin 2019, émergence de l'épidémie Covid-19 début 2020) et le temps de

concertation nécessaire à la recherche d'un consensus entre les différents opérateurs ont drastiquement retardé l'échéancier prévisionnel.

Dans ce contexte, en l'absence de production de ce document socle et compte-tenu de l'importance de la thématique « crise et urgence psychiatriques », le groupe projet du PTSM de Paris a décidé, en sa séance du 28 mai 2020, de s'auto-saisir du sujet. La date butoir pour la restitution du PTSM ne permettant plus la mise en œuvre d'un groupe de travail *ad hoc*, l'option retenue a été d'élaborer un document cadre posant les grandes orientations des actions à engager pour l'amélioration de la réponse aux situations de crise et d'urgence à Paris.

Une représentante de l'UNAFAM (Dr Jocelyne Viateau) a été sollicitée pour réaliser cet exercice et a demandé l'appui de l'ARS (Dr Brigitte Guiraudie).

Ce document a vocation à dresser une liste d'actions à mettre en œuvre ou à renforcer, de la prévention de la crise jusqu'aux modalités de prise en charge des situations d'urgence.

La priorisation des actions à mener à Paris et l'élaboration des fiches actions qui en découleront seront réalisées dans un deuxième temps, dans le cadre d'une concertation avec les acteurs de terrain concernés et en lien avec les représentants d'usagers, conformément à l'esprit du texte régissant l'élaboration des PTSM.

Les actions prioritaires seront retenues sur des critères de faisabilité en termes de délai de mise en œuvre dans le contrat du PTSM. Une attention particulière sera portée sur la rationalisation des ressources humaines mobilisées et la soutenabilité financière de l'action. Une desserte équilibrée du territoire sera recherchée pour assurer l'égalité d'accès. Des actions déjà expérimentées sur une partie du territoire parisien (ou sur d'autres territoires) seront privilégiées.

## 2. Méthodologie

Afin d'assurer un cadre de réflexion partagé par tous, les propositions d'actions reposent sur le texte du décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM dont une des six priorités porte sur « *l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence* ».

Ainsi l'article R. 3224-8 du décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM prévoit :

« 1° *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.*

« 2° *L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.*

« 3° *La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, 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.

« 4° 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. »

Sur son site, le ministère des solidarités et de la santé développe les termes du décret comme suit :

**L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence (alinéa 1) :**

« La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte (cf. Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques). Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des professionnels de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

La prévention de la crise vise notamment les personnes en situation de grande souffrance psychique, n'exprimant pas une demande d'aide ou de soins, par la prise en compte des alertes de l'entourage.

L'organisation de la réactivité et de la mobilité des équipes de CMP, le cas échéant de manière mutualisée entre plusieurs secteurs ou sous la forme d'équipes mobiles, doit être définie dans ce cadre.

Par ailleurs, les partenariats entre les professionnels de la psychiatrie et les services et établissements sociaux et médico-sociaux (dans le cadre de GCSMS, de GHT...) doivent permettre une approche partagée des situations et des interventions se fondant sur des engagements réciproques. Ces partenariats sont particulièrement pertinents s'agissant des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

A l'issue de la situation de crise ou pré-crise, une analyse partagée des conditions de survenue, ainsi que de la gestion de la situation, peut contribuer à prévenir ou diminuer le nombre d'autres épisodes de crise ou pré-crise, et à mieux anticiper et gérer ces situations. »

**L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques (alinéas 2 et 3) :**

« Le projet territorial de santé mentale prévoit l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L.3221-5-1 du Code de la santé publique, afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la

personne concernée. Cette organisation précise les modalités d'articulation avec la régulation médicale du SAMU/Centre 15.

L'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques inclut la participation des professionnels de la psychiatrie aux services d'urgence des établissements de santé, y compris la nuit et le week-end, et la définition par les établissements autorisés en psychiatrie de modalités lisibles d'accueil non programmé de leurs patients en situation de crise. Les organisations mises en place peuvent notamment s'appuyer sur des centres de crise et l'identification de lits d'hospitalisation de courte durée au sein des services d'urgences des établissements de santé. Elles doivent permettre aux patients de bénéficier d'un examen somatique dans des délais adaptés.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, l'organisation de la réponse aux urgences inclut une possibilité d'hospitalisation en urgence dans un environnement approprié.

L'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques prend en compte l'objectif de réduction des prises en charge réalisées sans le consentement du patient et, au sein de celles-ci, du recours aux procédures dérogatoires, ainsi que l'objectif de communication avec l'entourage.

Elle encourage les établissements de santé à adopter des modalités spécifiques d'accueil et d'information des patients et des familles lors d'une situation de première hospitalisation, en particulier pour les jeunes adultes. »

**L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide) (alinéa 4) :**

« Lors d'une entrée dans les soins par une hospitalisation, la sortie d'hospitalisation doit s'accompagner de toutes les conditions permettant de maintenir les soins nécessaires et d'éviter le retour à une situation de crise. Une personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique doit ainsi bénéficier d'un suivi ambulatoire.

Dans le cadre des secteurs de psychiatrie, l'organisation de ce suivi relève de l'équipe pluridisciplinaire dont l'intervention est commune au dispositif d'hospitalisation et au dispositif ambulatoire du secteur.

L'organisation du suivi implique la transmission d'informations au médecin généraliste pour lui permettre de disposer de toutes les informations nécessaires (diagnostic, traitement...).

La mobilisation d'un accompagnement social ou médico-social, lorsqu'elle est nécessaire, doit pouvoir s'appuyer sur un réseau de partenaires préalablement établi et faire l'objet d'une anticipation dès l'entrée de la personne en hospitalisation. La plateforme territoriale d'appui peut être sollicitée à cette occasion pour venir en appui de l'organisation du parcours complexe du patient.

Lorsque la personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique était déjà suivie, même de façon discontinue, par une équipe de psychiatrie et/ou un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS), le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités d'organisation pour que cette personne bénéficie d'une

continuité de son suivi, en lien avec les équipes intervenant ou étant intervenues dans son parcours de santé.

*L'organisation du suivi et du maintien du contact au plus près du lieu de vie concerne particulièrement les personnes ayant été hospitalisées après une tentative de suicide. La stratégie de recontact doit être inscrite au sein du parcours et dans l'organisation du suivi de la personne, en lien et en complémentarité avec les différents acteurs (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, associations d'écoute...).*

Les modalités recommandées sont les suivantes :

- Proposer un dispositif de prise en charge après la sortie pour une durée minimum de 6 mois ;
- Transmettre à la personne une fiche comprenant les coordonnées des structures et des professionnels de référence ; si possible adresser directement le patient à un praticien, en mesure d'assurer le suivi global et la coordination des soins.»

**Le cadrage des propositions d'action repose également sur différents textes :**

- Textes nationaux :

- o Décret 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence
- o Décret 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des services des urgences
- o Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques
- o Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.
- o Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » du 28 juin 2018
- o Charte « urgences et psychiatrie » du 11 juin 2015

- Textes régionaux :

- o Schéma Régional de Santé (SRS) du Projet Régional de Santé (PRS) d'Ile de France 2018-2022

- Textes Départementaux :

- o Contrat local de santé de Paris 2018-2022
- o Schéma parisien de protection de l'enfance 2015-2020
- o Schéma parisien des seniors 2017-2021

- o Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion 2015-2020
- o Charte de fonctionnement des CMP de PG et de PIJ du GHT Paris Psychiatrie (2015)

**Quelques auditions ont également été réalisées :**

- Médecin, chef de pôle du CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil)
- Psychiatre référent de la CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique) du SAMU de Paris
- Médecin, chef du secteur 75G08/09 desservant le 11ème arrondissement.
- J.S, usager

Participation à une réunion de la collégiale des psychiatres d'urgence de l'AP-HP, en date du 24 septembre 2020.

**3. Diagnostic territorial**

Recensement à réaliser de l'offre de soins participant à la prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence :

- CMP (Centre Médico-Psychologique) :

Adresse, jours et horaires d'ouverture, données d'activité (file active, nombre de consultations non programmées, nombre de VAD)

- Équipe mobile d'intervention :

Désignation, jours et horaires de fonctionnement, descriptif des modalités d'intervention, données d'activité (file active, nombre d'interventions)

- CAC (Centre d'Accueil et de Crise) :

Adresse, nombre de lits, horaire de présence d'un psychiatre, données d'activité (file active, nombre de passages, DMS, conditions d'admission, nombre de patients transférés vers un service de psychiatrie en précisant les modalités (libre, SPDRE, SDPT, SPI)

- SAU (Service d'Accueil des Urgences) :

Adresse, nombre de lits dédiés « psy », horaire de présence d'un psychiatre et d'un infirmier spécialisé (issus de l'établissement siège du SAU et/ou issus du (des) secteur (s) partenaire (s)), données d'activité (nombre total de passages, nombre de passages « à connotation psy », nombre de TS, nombre de patients transférés vers un service de psychiatrie en précisant les modalités (libre, SPDRE, SDPT, SPI))

- CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) :

Adresse, nombre de lits, données d'activité (file active, nombre de passages, DMS, nombre de patients transférés vers un service de psychiatrie en précisant les modalités

(libre, SPDRE, SDPT, SPI), nombre d'orientations de patients DIRP). Nombre d'interventions à domicile. Nombre de consultations famille sans patient.

- IPPP (Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris) :

Adresse, nombre de lits, données d'activité (file active, nombre de passages, DMS, nombre de patients transférés vers un service de psychiatrie en précisant les modalités (libre, SPDRE, SDPT, SPI), nombre d'orientations de patients DIRP)

- Samu Centre 15 :

Nombre total d'appels, nombre d'appels « à connotation psy », nombre d'appels avec interventions en précisant l'effecteur mobilisé (BSPP, PDSA, SMUR, transporteurs sanitaires, police), nombre d'interventions suivies d'une hospitalisation

- BSPP (18) pour Paris :

Nombre total d'appels, nombre d'appels « à connotation psy », nombre d'appels avec interventions, nombre d'interventions suivies d'une hospitalisation

- PDSA (SOS médecins, UMP (Urgences Médicales de Paris), GMP (Garde Médicale de Paris) :

Nombre total d'appels, nombre d'appels « à connotation psy », nombre d'interventions suivies d'une hospitalisation

- SOS psychiatrie :

Nombre d'appels, nombre d'interventions suivies d'une hospitalisation

- Unités d'hospitalisation complète (habilités ou non aux SSC / PG et PIJ) :

Adresse, nombre de lits, nombre de chambres d'isolement, données d'activité (file active, % de patients DIRP, DMS, % d'entrées en hospitalisation libre, SPDRE, SDPT, SP, nombre de patients mis en chambre d'isolement, nombre de mesures d'isolement, nombre de mesures de contention mécanique)

- Nombre de lignes de garde et astreinte de psychiatre en PG et PIJ (GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, HSM, ASM13, AP-HP)

Etat des lieux dans le diagnostic territorial :

*« En dépit de la densité de l'offre de soins psychiatriques ambulatoires, on constate une forte prévalence de l'admission en hospitalisation après un passage aux urgences et un nombre élevé de mesures de soins sans consentement. Près d'un patient sur 4 souffrant d'un trouble mental sévère (trouble psychotique, bipolaire ou dépression sévère) est admis par le biais des urgences. Si la durée moyenne d'hospitalisation à Paris est légèrement plus courte qu'en Ile-de-France et au niveau national, les taux de réhospitalisation à 15 jours et à 30 jours sont significativement supérieurs aux moyennes régionale et nationale ; ce qui peut témoigner de difficultés en aval de l'hospitalisation, que ce soit en termes de logements ou d'accompagnement*

médico-social. La même hypothèse peut être avancée pour expliquer un taux d'hospitalisation au long cours pour troubles psychiques, bipolaires et dépression supérieur aux moyennes régionale et nationale.

Colonne1	Colonne2	Colonne3	Colonne4
<b>Hospitalisation temps plein en psychiatrie</b>	PARIS	IDF	France
nombre journées d'hospitalisation temps plein			
2014	551148	2716432	18373144
2015	543837	2741953	18379775
2016	599366	2743023	18301320
2017	593689	2776679	18046635
2018	566602	2785490	17777983
nombre patients hospitalisés à temps plein			
2014	12725	48074	329242
2015	12565	49051	330258
2016	13238	49407	324314
2017	13221	50127	324255
2018	12896	50101	322630
DMH temps plein			
2014	41,2	52,4	53,8
2015	41,5	52,4	54
2016	43,3	52,1	54,5
2017	43	51,7	54,1
2018	42	51,7	54
%journées hospi temps plein <b>sans consentement</b>			
2014	31,30%	24,80%	20,60%
2015	36%	26,20%	21,50%
2016	38,40%	25,80%	21,30%
2017	39,60%	25,30%	21,80%
2018	40,70%	26,40%	22,30%
moyenne	<b>37,2%</b>	<b>25,7%</b>	<b>21,5%</b>
%journées hospi temps plein en <b>isolement</b>			
2014	1,30%	1,80%	2,10%
2015	4,30%	2,40%	2,20%
2016	3,10%	2,30%	2,20%
2017	3,80%	2,40%	2,30%
2018	3,60%	2,60%	2,60%
moyenne	<b>3,22%</b>	<b>2,3%</b>	<b>2,28%</b>
<b>sources : stats ATIH données agrégées</b>			

**Ce tableau comparatif montre un pourcentage de journées en hospitalisation sans consentement à Paris rapidement croissant entre 2014 et 2018**, passant de 31,3 % à 40,7 %, soit + 9,4% alors même que le nombre total de journées d'hospitalisation, le nombre de patients hospitalisés et la DMH sont remarquablement stables. D'autre part, le pourcentage des journées d'hospitalisation sans consentement n'augmente que très discrètement sur la même période en IDF (+1,6%) comme en France entière (+1,18%). De même le pourcentage de journées d'hospitalisation en isolement est très supérieur à Paris : 3,22%, par rapport à l'Île de France ou la France entière dont les chiffres sont très proches : 2,3% et 2,28%

#### **4. Les propositions d'actions**

Les propositions d'actions sont présentées selon une logique de « parcours de soins » en interpellant chaque maillon de la chaîne potentiellement concerné par la réponse aux situations de crise et d'urgence.

Des actions plus transversales sont également proposées.

Ces propositions d'actions concernent toutes les tranches d'âge même si certaines, de par leur formulation, visent essentiellement le public adulte (par exemple les soins sans consentement).

Chaque proposition d'action est elle-même déclinée en différentes propositions de modalités de mise en œuvre.

## **Action n°23 : Accéder au CMP en prévention de la crise et de l'urgence**

### **Intitulé de l'action**

**Faciliter l'accès au CMP, dispositif pivot de prévention et de soins du secteur, pour prévenir les situations de crise et d'urgence, éviter les ruptures de prise en charge, associer les différents acteurs.**

### **Objectif(s)**

Renforcer le rôle du CMP dans la prévention de la crise.

### **Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

- Assurer une ouverture jusqu'à 20 heures au moins 2 fois par semaine.
- Assurer des « accueils sans rendez-vous » (a minima entretien infirmier).
- Assurer une consultation avec un psychiatre dans des délais adaptés aux différentes situations, en particulier :
  - ❖ Demande pour une primo-consultation.
  - ❖ Signalement d'une situation de crise.
  - ❖ Adressage en post-urgence par un médecin hospitalier (ex : SAU, CAC) ou libéral.
  - ❖ Adressage en post-hospitalisation.
- Organiser des VAD (Visite A Domicile) avec l'accord préalable du patient, si l'intervention d'une équipe mobile de crise n'est pas possible ou pas adaptée à la situation.
- Développer la télémédecine pour des prises en charge à distance (cf. retour d'expériences en période Covid-19).
- Développer une procédure pro-active pour les « perdus de vue » (contacts téléphoniques, VAD, en collaboration avec les équipes mobiles de crise...).
- Organiser des consultations « famille sans le patient » ou, à défaut, assurer l'orientation de l'entourage d'une personne manifestant une souffrance psychique vers la consultation « famille sans le patient » du CPOA et/ou vers la plateforme téléphonique « Psy-IDF ».
- Formaliser des conventions de partenariat avec des structures sanitaires, médico-sociales ou sociales du territoire pour prévenir les situations de crise :
  - ❖ Organiser des antennes de consultations (a minima par IPA) ou par télémédecine.
  - ❖ Participer aux RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) et réunions de synthèse.
  - ❖ Organiser des actions d'information et de communication.
  - ❖ S'inscrire dans la CPTS (Communauté professionnelle territoriale de sante) du territoire.
  - ❖ Participer au CLSM (Conseil local de santé mentale) du territoire.

## Action n°24 : Harmoniser les pratiques au sein des CAC (Centres d'Accueil et de Crise)

---

### **Intitulé de l'action**

**Assurer l'harmonisation des pratiques au sein des CAC (Centre d'Accueil et de Crise).**

### **Objectif(s)**

Renforcer l'harmonisation des fonctionnements des CAC

### **Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

A ce jour, les CAC (Centre d'Accueil et de Crise) ont des modalités de fonctionnement différentes, notamment en termes de possibilité ou non :

- d'être accueilli sans être connu du secteur
- d'être admis directement sans passage préalable par un SAU
- de bénéficier d'un examen somatique

La rédaction d'un cahier des charges partagé permettra, à partir des échanges d'expériences, d'inscrire les pratiques dans un même cadre organisationnel.

## Action n°25 : Déployer des équipes-mobiles intersectorielles intervenant sur signalement de situation de crise

### Intitulé de l'action

**Assurer « l'aller vers » en organisant des interventions à domicile (y compris en établissement ou service médico-social) sur signalement de situations de crise pour évaluer, prendre en charge *in situ* et si besoin orienter avec l'objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation à temps complet et de réduire la part d'hospitalisation sans consentement.**

### Objectif(s)

Assurer une desserte de l'ensemble du territoire parisien par un dispositif d'équipes mobiles d'intervention intersectorielles

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

Organiser des « équipes mobiles d'intervention intersectorielles » assurant des interventions en journée 7 jours sur 7, sur la base d'un cahier des charges partagé afin d'harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire parisien (objectif : une équipe mobile pour un territoire de 210 000 habitants (équivalent à 3 secteurs) soit une dizaine à Paris.).

La mise en œuvre de cette action bénéficiera des retours d'expériences des équipes mobiles déjà déployées, par exemple :

- USPPIIC (Unité de soins psychiatriques de particulière intensité et d'intervention de crise) dans les 11ème et 12ème arrondissement
- EMAPSY (Equipe mobile et d'accueil psychiatrique) dans Paris-Centre (1er, 2ème, 3ème et 4ème arrondissement)
- EMILI (Equipe mobile d'intervention et de liaison intersectorielle) dans le 15ème arrondissement
- CPOA « hors les murs » (Equipe mobile du CPOA)

## Action n°26 : Améliorer les prises en charge pré-hospitalières des situations d'urgence psychiatrique

### Intitulé de l'action

**Améliorer la prise en charge pré-hospitalière des situations d'urgence psychiatrique, quel que soit le lieu de survenue, en assurant des soins « appropriés » avec des moyens « adaptés » à l'état du patient et dans le respect de la légalité de l'action des différents intervenants.**

### Objectif(s)

Renforcer et formaliser les collaborations entre les différents intervenants.  
Organiser des réponses adaptées et lisibles pour le public et les acteurs de première ligne.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

Les propositions ci-dessous s'appuient fortement sur la charte « urgences et psychiatrie » du 11 juin 2015 signée entre la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centre Hospitaliers spécialisés et le SAMU-URGENCE de France :

*« La participation à la régulation médicale du Samu-Centre 15 d'une compétence de psychiatre en lien avec les équipes de secteurs, selon des modalités à envisager localement, est de nature à assurer la réponse la plus appropriée aux situations concernant un trouble psychique »*

*« Selon les possibilités et les dispositifs mis en place localement, l'équipe du SMUR peut être utilement complétée d'une compétence infirmière en psychiatrie lors d'interventions pouvant concerner un trouble psychiatrique ».*

- Communiquer sur un numéro unique de l'urgence psychiatrique, celui du Samu Centre 15, au même titre que les autres urgences médicales.
- Mobiliser des compétences psychiatriques pour appuyer la gestion des appels « à connotation psychiatrique » complexes arrivant aux numéros d'appels d'urgence (15-18-17-SOS médecins...) :
  - o Expérimenter le projet « SAMU Psy Paris » proposant la présence de compétences psychiatriques dans la salle de régulation du Samu Centre 15 (IDE expérimentée en psychiatrie sur place de 9h à minuit 7 jours /7 + médecin psychiatre sur place de 9h à 18h30 (du lundi au vendredi) et astreinte téléphonique médicale de 18h30 à minuit et le week-end).
  - o Evaluer la mise en œuvre de la convention de partenariat entre le CPOA et le Samu Centre 15 (signée en décembre 2003) : transmission d'avis à distance.

- Evaluer la mise en œuvre de la convention de partenariat entre le CPOA et la BSPP (signée en septembre 2017) : transmission d'avis à distance.
- Renforcer les actions de formation auprès des différents opérateurs et intervenants de terrain :
  - Samu-Centre 15
  - BSPP
  - Police
  - PDSA (SOS médecins, GMP, UMP)
  - Transporteurs sanitaires
- Assurer une meilleure complémentarité des interventions en formalisant les collaborations et partages d'outils dans le cadre d'une convention multipartite de l'urgence préhospitalière (cf. groupe de travail « CODAMUPS » en cours)

## **Action n°27 : Assurer une prise en charge adaptée dans les services d'accueil et d'urgence (SAU)**

### **Intitulé de l'action**

**Améliorer la prise en charge des situations d'urgence psychiatrique dans les SAU en assurant un environnement adapté en termes de qualité et sécurité des soins et permettant une évaluation à la fois psychiatrique, somatique et sociale (conformément aux conditions techniques de fonctionnement du décret du 22 mai 2006).**

### **Objectif(s)**

- Renforcer (et formaliser via des conventions actualisées) les collaborations entre le SAU et le(s) secteur(s) psychiatrique(s) du territoire :
  - Participation de l'équipe de secteur à l'accueil des patients psychiatriques au sein du SAU de proximité (modalités pratiques à évaluer site par site en fonction de l'activité du SAU et de l'existence ou non d'équipe psychiatrique dans l'établissement siège du SAU). Envisager la mise en œuvre de postes partagés de psychiatre et d'infirmier entre le secteur et le SAU.
  - Elaboration de procédures pour les transferts des patients vers les unités d'hospitalisation et pour les adressages des patients vers les CMP (en consultation post-urgence).

### **Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

- Renforcer (et formaliser via des conventions actualisées) les collaborations entre le SAU et le(s) secteur(s) psychiatrique(s) du territoire :
  - Participation de l'équipe de secteur à l'accueil des patients psychiatriques au sein du SAU de proximité (modalités pratiques à évaluer site par site en fonction de l'activité du SAU et de l'existence ou non d'équipe psychiatrique dans l'établissement siège du SAU). Envisager la mise en œuvre de postes partagés de psychiatre et d'infirmier entre le secteur et le SAU.
  - Elaboration de procédures pour les transferts des patients vers les unités d'hospitalisation et pour les adressages des patients vers les CMP (en consultation post-urgence).
- Assurer la présence H24 d'un infirmier compétent en psychiatrie dans chaque SAU
- Organiser la prise en charge des patients dans un environnement adapté aux spécificités des situations d'urgence psychiatrique :

- ❖ Délai d'attente raccourci.

- ❖ Zone d'attente dédiée, au sein du SAU mais à l'écart des zones de forte circulation.
- ❖ Box d'examen dédié.
- ❖ Examen somatique systématique.
- ❖ Bureau d'accueil pour les familles.
- ❖ Chambre « d'apaisement » (qui ne soit pas « chambre d'isolement », dispositif de soins réservé aux seuls établissements habilités à dispenser des soins sans consentement).
- ❖ Evitement des mesures de contention.

- Mise en place de CRUP (Centre Renforcé d'Urgences Psychiatriques) avec lits « de 72h » dédiés dans certains SAU de l'AP-HP.
- Organiser des modalités pratiques de « bed management » en lien les différents unités d'HC du territoire dans une logique de meilleure visibilité des lits disponibles (sur le modèle ROR).
- Promouvoir le dispositif « Vigilans » (prévention des récives de tentative de suicide par recontact et suivi des suicidants) et suivre la mise en œuvre du dispositif Vigilans à Paris porté par le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences depuis janvier 2020.

## Action n°28 : Améliorer la prise en charge hospitalière et la transition hospitalo-ambulatoire

### Intitulé de l'action

**Améliorer la prise en charge en unité d'hospitalisation et la transition hospitalo-ambulatoire.**

### Objectif(s)

Réduire la part des hospitalisations sans consentement et limiter le recours à l'isolement et à la contention (1)

Améliorer la transition hospitalo-ambulatoire à la sortie du séjour hospitalier (2)

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

**1. Organiser un groupe de travail ad hoc pour réaliser un état des lieux partagés et définir des stratégies communes pour réduire la part des hospitalisations sans consentement, et limiter le recours à l'isolement et la contention.**

En termes de droits et libertés, l'Île-de-France n'échappe pas à l'augmentation du recours aux soins sans consentement ; compte tenu, là aussi, des fortes disparités constatées, les bonnes pratiques doivent être diffusées pour contenir puis inverser cette tendance ; par ailleurs l'obligation de traçabilité du recours à la contention et/ou à l'isolement s'inscrit dans un objectif de limitation de ces pratiques, appuyé par les recommandations sur la prévention et gestion de situations de violence.

Il est donc question de maîtriser et de réduire in fine, le recours aux restrictions de liberté (soins sous contrainte, isolement, contention) tout en préservant la dignité du patient.

De ce fait, la réduction des recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention est inscrite dans des objectifs nationaux tels que les objectifs du PRS (2018-2022) ainsi que dans l'action n° 22 de la feuille de route en santé mentale.

**2. Améliorer la transition à la sortie du séjour hospitalier sur le modèle CMT (Case Management de Transition) implanté à Lausanne depuis 2008 :**

Le suivi de transition débute dès les premiers jours d'hospitalisation et se poursuit sur une période d'un mois après le retour à domicile. Il est assuré par une équipe pluridisciplinaire constituée d'infirmiers et d'assistants sociaux, sous supervision médicale. Il s'agit de favoriser la continuité des soins, promouvoir le rétablissement, accompagner vers les dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Cette fonction pourrait être prise en charge par les équipes mobiles de secteur ou par « les équipes mobiles d'intervention intersectorielles ».

## Action n°29 : Propositions transversales

### Intitulé de l'action

**Propositions d'actions transversales pour la prévention et la prise en charge de la crise en amont de l'urgence.**

### Objectif(s)

Eviter les ruptures de parcours liées à la crise et réduire les hospitalisations et notamment les hospitalisations sans consentement en agissant en amont.

### Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)

#### - **Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP).**

L'éducation thérapeutique du patient vivant avec des troubles psychiques a montré son efficacité pour améliorer la morbidité de la maladie, l'observance du traitement, la qualité de vie et diminuer les rechutes.

Bien qu'elle dispose d'une légitimité législative et de recommandations cliniques, l'ETP est encore peu développée en psychiatrie.

#### - **Diffuser la psychoéducation des aidants familiaux.**

Lorsque les programmes psycho-éducatifs pour les familles respectent certaines contraintes de contenu et de durée, les taux de rechutes des malades comparativement à un groupe contrôle sont de 40% moins élevés (méta-analyse de 32 études randomisées et contrôlées sur 2981 sujets).

On peut citer la formation Profamille (aide les familles et les proches de patients souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés à mieux faire face à la maladie et à faciliter les possibilités de rétablissement), mais également Bref, Prospect, Avec, Arsimed, Léo.

#### - **Favoriser l'élaboration de plan de crise conjoint (PCC).**

Le plan de crise conjoint en psychiatrie vise à faciliter l'expression et le respect des souhaits des personnes, dans l'hypothèse où elles ne seraient plus en mesure de consentir, du fait de troubles psychiques. On l'appelle "conjoint" car il est élaboré en lien avec la personne concernée par un problème de santé mentale, un ou des proches, ainsi qu'un ou des professionnels du soin et de l'accompagnement. On parle aussi de directives anticipées. Le plan de crise conjoint est destiné aux personnes vivant ou ayant vécu des difficultés psychiques, afin qu'elles puissent mieux prendre part aux décisions concernant leur santé mentale et leurs soins. C'est une aide pour anticiper les moments difficiles, les moments de crise, pour mieux y faire face, identifier les ressources disponibles et pertinentes, envisager des soins et un accompagnement

personnalisés et adaptés. C'est un outil de discussion et de négociation entre la personne, les professionnels du soin et de l'accompagnement et/ou les aidants (proches, famille, amis). Le kit pédagogique "mon GPS – Guide Prévention et Soins" est accessible sur le site du Psycom<sup>9</sup>.

- **Développer la pair-aidance.**

Intégration de médiateurs de santé pairs, notamment pour l'éducation thérapeutique, l'élaboration du plan de crise conjoint....

- **Diffuser la formation « Premier secours en santé mentale ».**

Inspirée du programme australien « mental health first aid » (lancé en 2000 et déjà mis en œuvre et ayant fait ses preuves dans plus de 20 pays) cette formation vise à repérer les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement.

- **Maintenir le fonctionnement de la plateforme téléphonique régionale**

« Psy-IDF » (Numéro vert : 01 4800 4800 / 7j/7j de 11H à 19H) mise en œuvre en période Covid-19 à destination des familles (enfants, adolescents et adultes) de personnes souffrant de maladies psychiatriques, étendue aux personnes directement concernées.

- **Assurer une actualisation continue de la version électronique du Guide Psycom**

« Santé mentale, soins, accompagnement et entraide à Paris » et actualiser une page crises et urgences: [www.psycom.org](http://www.psycom.org)

---

<sup>9</sup> <https://www.psycom.org/agir/la-defense-des-droits/kit-mon-gps>

# Parole aux usagers

## Introduction

Le groupe projet a souhaité mettre en place une démarche de concertation avec les personnes concernées (usagers du système de santé) avant la remise de leurs travaux à la direction de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-De-France.

Lors de deux consultations sur les travaux du PTSM qui se sont déroulées durant le mois de septembre 2020 (11 et 18), les usagers ont émis le souhait de poursuivre ce travail avec une participation, proposant d'intégrer à la réflexion en cours quelques thématiques supplémentaires comme : **l'insertion professionnelle des personnes avec des troubles psychiques, la promotion de la santé alimentaire et nutritionnelle, ainsi que la place des usagers dans leurs parcours de soins, de rétablissement et leur participation dans les dispositifs les concernant.**

Les participants usagers présents au groupe de travail ont souhaité se définir comme des « citoyens experts » se distinguant d'*usagers experts* ou de *patients experts*. La notion de citoyen sous-entend **une inclusion des personnes vivant avec des troubles psychiques dans la société comme acteurs engagés à part entière dans les mécanismes de démocratie, en contribuant au processus décisionnel.** Ils se caractérisent alors comme citoyens « experts d'usage » en lien avec leur parcours de vie, leur souffrance psychique et leur capacité d'y faire face dans une démarche de rétablissement. Ils s'appuient sur leurs ressources individuelles (la capacité d'agir), leur expérience acquise et leurs intérêts à agir.

### **Thématique 1 : Insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi**

*Pour accompagner les personnes concernées sur cette thématique, nous avons sollicité la participation de Cécile LECA, coordonnatrice de l'unité insertion et formation professionnelle de la MDPH.*

Les besoins liés à cette thématique ont été identifiés par les usagers, souvent freinés dans leur insertion professionnelle du fait notamment **des préjugés et des représentations autour du handicap psychique.** De plus, le temps et l'énergie consacrés aux soins pouvant être particulièrement chronophages, celui dédié à la recherche d'un travail ou d'une formation professionnelle est réduit et nécessite un investissement d'autant plus important par les personnes concernées et les services qui les accompagnent.

Il est évoqué par le groupe que les questionnements autour de **l'intégration** d'une personne ayant un handicap psychique ne sont pas les mêmes que les interrogations rencontrées pour d'autres types de handicap (équipement, accessibilité...). Le handicap psychique va plutôt faire appel à des craintes concernant la mise en échec de l'organisation, la déstabilisation d'un manager ou l'inquiétude de l'entourage

professionnel par exemple du fait d'une méconnaissance de ce handicap « invisible ». L'une des pistes pour lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale dans le milieu professionnel serait de s'engager dans une **démarche de sensibilisation des entreprises au handicap psychique à grande échelle par des rencontres employeurs/ personnes concernées**, afin de favoriser les échanges expérimentiels et l'interconnaissance.

*« Quand on ne travaille pas on est rejetés. On n'existe pas ». (M. Y, personne concernée)*

L'inclusion réussie dans le monde professionnel pour les personnes qui la souhaitent est essentielle au processus d'intégration sociale et au rétablissement des personnes concernées.

*« Le pire, c'est dans les soirées quand on me demande ce que je fabrique de ma vie. Je réponds que je ne travaille pas et que je touche une pension. On me demande souvent « ah oui pourquoi une pension ? » » (M.C, personne concernée)*

Il est donc essentiel que les **MDPH et les services publics d'accompagnement à l'emploi** tels que le pôle emploi, le cap emploi et les missions locales puissent avoir un rôle d'intermédiaire actif pour faciliter cette inclusion. L'insertion professionnelle doit être co-construite autour des aspirations et des projets des personnes concernées par le handicap psychique.

Au-delà de l'accès de ce public au monde professionnel, l'un des enjeux majeurs concerne le maintien dans l'emploi, en assurant l'adéquation entre l'environnement de travail et la santé mentale de la personne employée. Il est donc nécessaire de favoriser la connaissance des dispositifs de maintien dans l'emploi sur le territoire par les personnes concernées par un handicap psychique et par des services publics de l'emploi (SPE) et de l'entreprise.

## **Thématique 2 : Promotion de la santé nutritionnelle et physique auprès des personnes vivant avec des troubles psychiques**

Le besoin d'aborder cette thématique a été identifié par les usagers qui se plaignent d'une qualité de vie impactée par **le surpoids, souvent lié aux effets secondaires des traitements, et de variations de poids également causées les pathologies elles-mêmes**. Les personnes concernées nous ont alertés sur les conséquences problématiques d'une prise de poids, pouvant entraîner la détérioration progressive de leur qualité de vie en créant un vrai « sur-handicap », et une dégradation de leur estime de soi.

En effet, une prise et/ou une perte de poids excessive sont souvent associées à l'utilisation de leur traitement (antipsychotiques atypiques, stabilisateurs de l'humeur et antidépresseurs employés seuls ou en combinaison), mais également liées à

certaines symptômes comme l'apathie ou la dépression dont le surpoids ou l'obésité peuvent être le résultat. De même, les personnes avec des troubles psychiatriques sont plus à risque de souffrir de troubles du comportement alimentaires (TCA) que la population générale, et à l'inverse des personnes en surpoids seront susceptibles de voir leur santé mentale se dégrader.

Le groupe d'usagers a ainsi témoigné de la nécessité de **s'appuyer sur des professionnels et des dispositifs de santé nutritionnelle pour mener à bien cette réflexion** et décliner des actions concrètes dans une démarche d'empowerment (pouvoir d'agir), de renforcement de l'estime de soi et de connaissance en nutrition en y intégrant articulation avec du sport inclusif.

Le sport est d'autant plus une thématique d'actualité à Paris eu égard à son rôle de Ville-hôte des Jeux Olympiques et Paralympiques en 2024. L'organisation de ces Jeux doivent servir d'accélérateur de la diffusion des disciplines sportives au grand public et notamment à celui des personnes souffrant de troubles psychiques. Par exemple, suite aux JO de Pékin en 2008, les clubs sportifs dont les disciplines ont été médaillées ont connu une augmentation de leurs adhérents pouvant aller jusqu'à 15%. Paris doit se saisir de cette occasion pour promouvoir la pratique sportive et ses valeurs sous toutes leurs formes, et communiquer autour de l'activité physique adaptée pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

### **Thématique 3 : Réaffirmer la place des usagers en développant leur participation active dans le système de santé et dans les dispositifs les concernant**

Les usagers ont exprimé des difficultés à se repérer dans le tissu institutionnel au sein des réunions, ou à suivre des discours, perçus comme souvent trop techniques. Ils posent aussi la question de leur légitimité dans ces instances.

Cette thématique a suscité des questionnements autour du savoir expérientiel de la maladie et du parcours de soins et, **la place que l'on doit alors accorder à la personne rétablie et à ses expériences**. Si l'importance du savoir expérientiel est de plus en plus reconnue, il est important de définir quel type de processus permet à une personne de recueillir les éléments de son expérience qui peuvent être utiles aux autres patients et aux professionnels. Autrement dit, comment valoriser et s'appuyer sur le savoir expérientiel des personnes rétablies ?

## Action n°30 : Accéder à l'emploi et maintenir l'insertion professionnelle

### Intitulé de l'action

Accès et maintien dans l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques.

### Objectif (s)

1. **Sensibiliser les employeurs au handicap psychique et aux troubles associés** dans une volonté de déstigmatisation pour faciliter l'accès à l'emploi
2. **Accompagner dans une approche globale les personnes concernées**, en fonction de leurs besoins, en renforçant leur confiance en eux, leurs aptitudes sociales, leur autonomie et leur participation active
3. **Sécuriser les parcours professionnels** des personnes en situation de handicap

### Public cible

Personnes vivant avec des troubles psychiques.  
Personnes ayant la reconnaissance RQTH.  
Employeurs.  
Professionnels de santé et médico-sociaux.  
Professionnels du handicap (MDPH).  
Prestataire de l'emploi accompagné et d'orientation.  
SPE (Services Publics de l'Emploi – Pole emploi, cap emploi, missions locales).  
CAF.  
Secteurs de psychiatrie adulte.  
Offre de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive.  
Dispositifs médico-sociaux d'accompagnement des usagers.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

#### **Objectif 1 : Sensibiliser les employeurs au handicap psychique et aux troubles associés dans une volonté de déstigmatisation pour faciliter l'accès à l'emploi**

Initier une réflexion partenariale pour les actions de sensibilisation et de formation du milieu professionnel à la santé mentale avec les acteurs de la psychiatrie parisienne, de la MDPH, du domaine de l'insertion sociale (type prestataires emploi accompagné), de la Ville de Paris, les associations en santé mentale volontaires, des usagers et leurs représentants. Des actions prioritaires à concevoir en parallèle de la fiche déstigmatisation ont été identifiées par les usagers :

- Favoriser l'information en centralisant les dispositifs existants sur le site de la Mairie de Paris et des mairies d'arrondissement : en lien avec les actions du groupe « prévention & déstigmatisation », proposer un volet insertion socio-économique.

- Co-construire un cycle de sensibilisation annuel, auquel les employeurs seront largement conviés (en parallèle des semaines d'information en santé mentale) qui visera à diffuser les bonnes pratiques, à déstigmatiser les troubles psychiques en faisant reconnaître l'acquisition de soft skills) (compétence de savoir-être acquis par le vécu), à créer des outils adaptables d'évaluation de la fragilité psychologique au travail, et à mettre en pratique l'ensemble de ces savoirs sous forme par exemple de jeux de plateaux sur le modèle des formations du projet ELIAHS dédiées aux gardiens d'immeubles. Cette action s'articule avec la fiche déstigmatisation.

- Faire monter en compétences les employeurs et les professionnels de première ligne (MDPH, CMP, Cap-Emploi, Pole-Emploi) par des modules de formation en petits groupes sur la connaissance du handicap psychique (accès prioritaire des personnes handicapées dans le public)

- Coordonner les acteurs en s'appuyant sur les Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM)

- Cartographier les entreprises « engagées » et les dispositifs existants de manière à favoriser l'accessibilité de l'information aux personnes en recherche d'emploi (sous forme d'infographie par exemple pour + de facilité à lire et à comprendre)

**Objectif 2 : Accompagner dans une approche globale les personnes concernées, en fonction de leurs besoins, en renforçant leur confiance en eux, leurs aptitudes sociales, leur autonomie et leur participation active**

- Renforcer et mutualiser le réseau des acteurs de l'emploi accompagné en proposant des actions dédiées (lors de salons sur l'emploi par exemple), dans une démarche globale parisienne

- Renforcer le volet de l'insertion professionnelle des SAVS parisiens en formant les équipes aux spécificités du handicap psychique

- Promouvoir les dispositifs d'emplois accompagnés en s'appuyant sur les expériences positives du Club House sur l'emploi accompagné notamment pour les expériences « tremplin » de courtes durées : stages, missions, etc. Le profil de l'accompagnant (job coach) est important : senior ayant une expérience concrète et avec un portefeuille de contacts professionnels.

- Nécessité de s'articuler avec les organismes et dispositifs en s'appuyant sur les modalités d'action du dispositif d'emploi accompagné, également appelé « soutien à l'emploi » ou « job coaching » basées sur les principes fondamentaux de l'IPS (Individual Placement and Support) à savoir : trouver un emploi stable en milieu ordinaire, application du « zéro exclusion », mise en emploi direct et rapide « Place and Train », préférences du demandeur d'emploi prises en compte, place adaptée, suivi par un job coach, soutien et conseils.

**Objectif 3 : Sécuriser les parcours professionnels des personnes en situation de handicap**

- Sensibiliser les employeurs, les professionnels du secteur, les professionnels de santé dont médecin du travail et les personnes concernées, aux différents dispositifs de sécurisation des parcours existants comme le recours à un job coach. En effet ces derniers peuvent porter des actions d'intermédiation avec l'employeur sur les conditions favorables de bien-être au travail : sur demande de l'employeur ou sur demande de la personne accompagnée.

**NB :** C'est souvent à l'initiative du manager, de la direction, du médecin du travail, du travailleur social que la personne est orientée vers un prestataire du « maintien dans l'emploi ». Ce prestataire financé par l'agefiph, le FIPHFP ou l'ARS (...) ou par des financements privés (situation rare), essaie de trouver une solution par du tutorat, une formation ; un bilan de compétence etc., afin de favoriser le maintien dans l'emploi.

- Fluidifier l'articulation entre milieu protégé et milieu ordinaire (ESAT, ESAT Hors murs, EA) en développant des espaces de rencontres inter structure et proposant plus de stages d'observation en ESAT, des stages de passerelle

**NB :** Il manque sur Paris des structures pouvant accompagner les jeunes 16/25 ans vers le milieu protégé, vers une découverte du milieu protégé. Aujourd'hui c'est le sanitaire(CMP) qui adresse les personnes vers les stages (MISPES) en ESAT

- Former les professionnels de santé et les assistants sociaux sur les nouveaux décrets comme celui du **2 octobre 2020** qui prévoit des assouplissements en terme de modalités d'adressage pour l'orientation et la formation professionnelle des personnes en situation de handicap ; action en lien avec la MDPH.

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Territoire parisien

**Acteurs à mobiliser**

MDPH.

Secteurs de psychiatrie adulte et offre de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive.

Ville de Paris.

Associations (Œuvre Falret, Clubhouse...).

CAF.

DIRECCTE.

DGCS.

Les employeurs et notamment ceux du secteur public.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

1 ETP Job Coach.

**Calendrier de mise en œuvre**

2021-2025

**Pilote (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action**

Pour la mise en œuvre de l'action : réunion annuelle voire pluriannuelle avec un groupe représentant d'usagers, représentant de la MDPH, représentant de la Ville de Paris, représentant des Associations et représentant du GHU Paris.



## Action n°31 : Promouvoir la santé physique & nutritionnelle

### Intitulé de l'action :

Education à l'alimentation, promotion de la santé nutritionnelle & physique, et du mieux-être des personnes vivant avec des troubles psychiques.

### Objectif (s)

1. Développer des **actions d'information et d'éducation nutritionnelle adaptées**, en s'appuyant sur les savoirs expérientiels des personnes concernées
2. Favoriser l'articulation **des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique** auprès des populations concernées
3. Promouvoir **le mieux-être** des personnes vivant avec un trouble psychique
4. **Lutter contre les préjugés** et contre la stigmatisation à l'égard des personnes en surpoids

### Public cible

Professionnels de santé (dont diététiciens et nutritionnistes), professionnels de l'Éducation Nationale, professionnels du secteur social, médico-social, personnes concernées, proches aidants.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

#### **Objectif 1 : Développer des actions d'information adaptées en matière de nutrition et d'alimentation à destination des personnes concernées**

- Identifier les diététiciens parisiens reconnus comme compétents sur les problématiques de l'alimentation pour des personnes vivant avec des troubles psychiques, prenant un traitement, empathiques et non-stigmatisants (via un retour des personnes concernées) afin de les associer à la démarche du PTSM ;
- Co-construire des modules de formation et de sensibilisation entre des médecins nutritionnistes/diététiciens et des personnes concernées : en partant des savoirs expérientiels des uns sur les spécificités des troubles psychiques et en alliant les savoirs théoriques des autres. Ces modules de formation et de sensibilisation seront à destination des médecins généralistes (pour la prévention), nutritionnistes et diététiciens (pour améliorer l'adaptabilité de leur offre) ;
- Mettre en place des binômes de prévention pair-aidant/médecin nutritionniste pour mener des actions dans les structures sanitaires et médico-sociales (CMP, CATT, CLAN) ;

**Objectif 2 : Favoriser l'articulation des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique auprès des populations concernées**

- Promouvoir les ateliers cuisines thérapeutiques (formation nutrition/ bonnes-pratiques) dans les structures de jour, les CMP et les lieux d'hébergement médico-sociaux ;
- Généraliser auprès des médecins généralistes la prescription médicale d'une activité physique pour une personne atteinte d'un trouble psychique en travaillant conjointement dans un premier temps avec l'URPS de Paris ;
- Développer des outils type « charte handi-sport » dans les clubs de sports, travailler sur des référents parrains-marraines dans les clubs sportifs de la ville pour faciliter l'intégration ;
- Diffuser les informations via des cartographies recensant l'ensemble des structures habilitées « handicap » et accueillantes : en lien avec la fiche déstigmatisation ;
- Travailler sur l'orientation des personnes vers des activités sportives en s'appuyant sur les structures médico-sociales et ou associatives telles que les CMP, CATT, les GEM ;
- S'appuyer sur les expérimentations telles que « Paris Santé Nutrition » qui s'inscrit dans une démarche d'empowerment des personnes concernées.

**Objectif 3 : Promouvoir le mieux-être des personnes vivant avec un trouble psychique**

- Développer les ateliers sur l'estime de soi, connaître ses qualités, ses émotions, l'image de soi, dans le cadre de groupes de parole relatifs à la variation du poids : à généraliser dans les CMP et dans les structures de soins ;
- Inciter les personnes à se rapprocher des Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) pour leur permettre de participer à des ateliers sur des thématiques liées à l'estime de soi par exemple et autres thématiques via des campagnes de communication (encart sur les sites des GEM parisiens, flyers et affiches de communication à déposer dans les CMP) ;
- Sensibiliser les professionnels de santé sur la prise de poids liée aux traitements prescrits et à la conduite à tenir face à cet effet indésirable en travaillant conjointement avec les Comités de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) présents dans les hôpitaux.

**Objectif 4 : Lutter contre les préjugés et contre la stigmatisation à l'égard des personnes en surpoids**

- Développer de la communication en lien avec le Psycom sur les problématiques alimentaires liées aux troubles psychiques ;
- Sensibiliser la population générale conjointement sur l'impact psychologique de la gressophobie ou de toute discrimination liée à l'image corporelle ou au surpoids, en proposant des actions de sensibilisation dans le cadre des semaines d'information en santé mentale (SISM).

**Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Territoire Parisien.

**Acteurs à mobiliser**

Secteurs de psychiatrie adulte et services de psychiatrie adulte.

CLAN.

CPAM.

Nutritionnistes.

Diététiciens.

Associations de bien-être et santé nutrition.

Ville de Paris.

Fédération française des sports adaptés.

Psycom.

Personnes concernées.

Proches aidants.

**Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

La seule demande budgétaire pour cette action consiste en la mobilisation d'un petit budget de communication pour affiches, flyers, campagne Web, etc.

**Calendrier de mise en œuvre**

2021-2025

**Pilote (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action**

Réunion annuelle associant un diététicien pilote avec un groupe représentant d'usagers, représentant de la Ville de Paris, représentant des Associations dans la nutrition et le sport et représentant du GHU.

## Action n°32 : Réaffirmer la place des usagers

---

### Intitulé de l'action

Réaffirmer la place des usagers en développant leur participation active dans le système de santé.

### Objectif (s)

1. **Prendre en compte** les besoins, les attentes et demandes des personnes directement concernées (à la distinction des proches)
2. **Enrichir la formation des professionnels** (tous secteurs) sur la reconnaissance des experts citoyens, en prenant en compte leurs avis et leurs besoins
3. **Généraliser les médiateurs de santé pairs** et accompagner/former les structures dans l'intégration de ceux-ci comme professionnels
4. **Encourager les groupes de personnes concernées par les problématiques de santé mentale** pour favoriser l'émulation, faciliter le montage de projets commun, par des partages d'expériences

### Public cible

Personnes directement concernées.  
Les professionnels du médico-social et du sanitaire.

**Description de l'action (indiquer éventuellement les points de vigilance, les références aux RBP (recommandations de bonnes pratiques), l'existence de dispositifs similaires mis en œuvre hors du territoire parisien...)**

**Objectif 1 : Prendre en compte les besoins, les attentes et demandes des personnes directement concernées (à la distinction des proches)**

- S'inscrire dans une démarche « d'aller vers » les personnes concernées afin de favoriser leur participation, en généralisant les pratiques de consultation des usagers avant mise en place d'une politique les concernant : exemple avec la construction du groupe usager pour le suivi de cette fiche (généraliser les supports de type questionnaires, recueil de propositions etc.), projets d'établissements des hôpitaux parisiens.

**Objectif 2 : Enrichir la formation des professionnels (tous secteurs) sur la reconnaissance des personnes concernées, en prenant en compte leurs avis et leurs besoins**

- Co-construction avec les personnes concernées et avec des structures agréées (type Alfapsy pour les binômes pair aidants/professionnels, CEAPSY, Psycom), des modules de formations et de sensibilisations destinés aux acteurs des champs professionnels très large du territoire parisien (ex : Éducation Nationale, MDPH, etc.).  
- Associer les personnes concernées dans l'animation des modules de formation à destination des professionnels et des futurs pairs-aidants.

**Objectif 3: Généraliser l'intégration des personnes concernées** dans les démarches d'évaluation en tant qu'acteur à part entière.

**Objectif 4 : Encourager les groupes d'usagers** pour favoriser l'émulation, faciliter le montage de projets communs, en prenant appui sur des partages d'expériences.

- Faciliter l'accès aux outils numériques et logistiques en s'appuyant sur les maisons des usagers comme lieu d'échanger et d'émulation autour de projets portés par les usagers.

- Augmenter la visibilité des maisons des usagers en lien avec les cartographies et le développement d'un onglet santé mentale sur le site de la Mairie de Paris : action conjointe avec la fiche déstigmatisation.

#### **Territoire de mise en œuvre (si l'action ne concerne pas tout le territoire parisien)**

Territoire parisien

#### **Acteurs à mobiliser**

ARS.

Personnes concernées.

Secteurs de psychiatrie.

Ville de Paris.

Associations d'usagers et de leurs représentants.

Structures médico-sociales (CMP, CATTP etc.).

CLSM.

#### **Moyens à mobiliser (RH, locaux, SIH...)**

Budget communication pour les affiches, flyers, campagne Web.

#### **Calendrier de mise en œuvre**

2021-2025

#### **Pilote (s) d'évaluation de mise en œuvre de l'action**

Réunion annuelle avec un groupe représentant d'usagers, représentant de la Ville de Paris, représentant des associations en santé mentale (sur base du volontariat après appel à participation) et représentants du GHU.

# Annexes

## Annexe 1. Composition du groupe projet du PTSM de Paris

Sur toute la durée d'élaboration du PTSM, soit deux ans et demi, la composition du groupe projet est restée relativement stable avec quelques évolutions :

- Dr Annie MSELLATI, Présidente de la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM), Présidente de la CME de l'EPS Maison Blanche, Cheffe de pôle du 23ème secteur de psychiatrie générale de Paris
- Bernard JABIN, Vice-président de la CSSM, Président de la Fédération nationale de la Mutualité Française
- Cléa BLOCH, Directrice adjointe à la Direction de la politique médicale, et de la recherche et des partenariats au sein du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences  
Assistée de : Natacha GORAKAPITIYA, adjointe aux affaires générales et Léa CESBRON, étudiante stagiaire
- Dr Brigitte GUIRAUDIE, Médecin Inspecteur de Santé Publique pôle « Etablissement de santé », Délégation départementale de Paris, Agence régionale de santé IDF (ARS DD 75)
- Mathilde CHAPET, Responsable du pôle « Etablissement de santé », ARS DD 75
- Iona TCHOLAKIAN, Chargée de mission pôle « Etablissement de santé », ARS DD 75
- Hélène DE FAVERGES, a succédé à Elsa de ALMEIDA et également à Christine GEFFRIER pour l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)
- Véronique ISTRIA, Cheffe du pôle « santé mentale et résilience » de la Ville de Paris
- Nacer LESHAF, Adjoint du pôle « santé mentale et résilience » de la Ville de Paris
- Hélyette LEFEVRE, Vice-présidente de l'UNAFAM 75
- Jocelyne Viateau, Administratrice de l'UNAFAM 75
- Déborah BRIHI, Responsable du développement, des partenariats et de l'innovation sociale et Stéphanie AVALLE, Cheffe de service de SAMSAH ont succédé à Claire PALLEZ, Secrétaire générale et Anne QUINTIN, Responsable de la recherche et de l'accompagnement, pour l'Association Œuvre Falret
- Dr Alain-Pierre PEYRAUD, Pédopsychiatre, médecin conseiller technique à la MDPH de Paris
- Myriam BOUALI, Directrice de la MDPH de Paris a succédé à Fabrice MASI

[Annexe 2. Lettre d'initiative - Courrier du groupe projet adressé au DG ARS pour définition du territoire](#)

Dossier suivi par : Cléa BLOCH  
Email : [clea.bloch@ch-maison-blanche.fr](mailto:clea.bloch@ch-maison-blanche.fr)  
Référence courrier DIR/LR/AR/2018-067

Monsieur Aurélien ROUSSEAU  
Directeur Général  
ARS Ile-de-France  
Le Millénaire 2  
35, rue de la Gare  
75935 Paris Cedex 19

Paris, le 12 septembre 2018

Objet : Lettre d'initiative pour l'élaboration du PTSM de Paris

Monsieur le Directeur Général,

Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) prévoit dans son article R. 3224-2 que les porteurs de l'initiative de l'élaboration du PTSM adressent au directeur général de l'ARS un document précisant certains points de la démarche tels que la délimitation du territoire, la liste des acteurs associés, le(s) correspondant(s) de l'agence.

Nous souhaitons déjà vous informer qu'en termes de gouvernance, le pilotage du projet sera assuré à Paris par la commission spécialisée en santé mentale (CSSM).

Installée le 28 juin dernier, cette CSSM est composée de membres issus du conseil territorial de santé de Paris ainsi que d'invités permanents afin d'élargir sa représentation (cf. annexe 1). Elle est présidée par Madame le Docteur Annie Msellati, présidente de la commission médicale d'établissement de l'établissement public de santé Maison Blanche et chef de pôle du 23<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie générale de Paris. Sa vice-présidence a été confiée à Monsieur Bernard Jabin, représentant de la Fédération nationale de la mutualité française.

Ce comité de pilotage aura vocation à définir la stratégie et valider les productions à l'issue de chaque phase d'élaboration du projet.

Afin d'organiser le cadrage technique et opérationnel de la démarche, un groupe projet animé par un nombre restreint de participants (cf. annexe 2) a été mis en place.

Le comité de pilotage a consensuellement choisi de délimiter le territoire du projet au département de Paris afin de favoriser une participation transversale de l'ensemble des acteurs locaux concernés et la coordination des institutions parisiennes impliquées. Bien évidemment, ce choix n'obèrera pas les possibilités de promouvoir des actions visant des infra-territoires tels que ceux de la politique de la Ville ou de prendre en considération la perspective du « Grand Paris » en termes d'ouverture à de nouvelles populations et à des dispositifs implantés ce jour « extra-muros ».

Compte-tenu du nombre et de la diversité des opérateurs à Paris, la liste des acteurs (cf. annexe 3) à associer au projet ne doit pas être considérée comme exhaustive à ce stade d'avancement de la démarche. En fonction des thématiques, d'autres intervenants du champ de la santé mentale pourront être mobilisés pour l'élaboration du diagnostic territorial partagé et la définition des actions à mettre en œuvre dans le PTSM. L'objectif est d'assurer un cadre de travail garant d'une approche diversifiée, concertée et axée sur les besoins de la personne.

Nous nous engageons à vous tenir régulièrement informé des principales étapes du projet et nous tenons à votre entière disposition pour tout échange complémentaire. A ce titre, Madame le Docteur Annie Msellati et Monsieur Bernard Jabin ont été désignés comme correspondants de l'agence ([annie.msellati@ch-maison-blanche.fr](mailto:annie.msellati@ch-maison-blanche.fr), [bernard1.jabin@orange.fr](mailto:bernard1.jabin@orange.fr)).

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de nos salutations distinguées.

Dr Annie MSELLATI

Présidente de la CSSM de Paris



## ANNEXE 1

### **Composition de la commission spécialisée en santé mentale (CSSM) de Paris** **= comité de pilotage du PTSM de Paris**

#### **Membres élus issus des collèges du conseil territorial de santé (CTS), conformément à l'article R 1434-36 du code de la santé publique :**

- Paul BENADHIRA, Directeur du CAJ Joseph Weill (Association OSE)
- Aude BOILLEY-RAYROLES, HUPC, AP-HP
- Dr Ivan CARTACHEFF, Médecin conseiller technique de l'EN (Rectorat de Paris)
- Bernard JABIN, Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF)
- Hélyette LEFEVRE, Vice-présidente UNAFAM 75
- Grégory MAGNERON, Directeur général de l'association CerepPhymentin (URIOPSS IDF)
- Pierre MARTIN, Directeur des ES psychiatriques Rueil et Paris de la MGEN (FEHAP)
- Dr Annie MSELLATI, Présidente de la CME de l'EPS Maison Blanche, établissement membre du GHT Paris Psychiatrie-Neurosciences, Chef de pôle du 23<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie générale de Paris
- Dr Catherine PEQUART, Association Charonne, Présidente du CTS 75
- Lazare REYES, Directeur de l'EPS Maison Blanche, établissement membre du GHT Paris Psychiatrie-Neurosciences (FHF)
- Eric ROUSSEL, HUPS, AP-HP
- Dr Eric TANNEAU, Médecin psychiatre (URPS Médecins IDF)

#### **Membres invités permanents :**

- Elsa de ALMEIDA, DOMU, AP-HP
- Cléa BLOCH, Directrice adjointe de l'EPS Maison Blanche, établissement membre du GHT Paris Psychiatrie-Neurosciences
- Dr Brigitte GUIRAUDIE, Médecin Inspecteur de Santé Publique pôle « Etablissement de santé », Délégation départementale de Paris, Agence régionale de santé IDF
- Véronique ISTRIA, Chef de pôle « santé mentale et résilience » de la Ville de Paris
- Fabrice MASI (à confirmer), représentant de la MDPH de Paris
- Catherine RICHARD, Bureau Politique de la Ville, Préfecture de Paris
- Iona TCHOLAKIAN, Chargée de mission pôle « Etablissement de santé », Délégation départementale de Paris, Agence régionale de santé IDF
- Julie THUILLEAUX, HUPNVS, AP-HP
- Dr Jean-Guilhem XERRI, DOMU, AP-HP

#### **Présidente :**

**Dr Annie MSELLATI**, Présidente de la CME de l'EPS Maison Blanche, établissement membre de la GHT Paris Psychiatrie-Neurosciences, Chef de pôle du 23<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie générale de Paris

#### **Vice-président :**

**Bernard JABIN**, Fédération nationale de la Mutualité Française

## ANNEXE 2

### Composition du groupe projet du PTSM de Paris

- Elsa de ALMEIDA, DOMU, AP-HP
- Cléa BLOCH, Directrice adjointe de l'EPS Maison Blanche, établissement membre du GHT Paris Psychiatrie-Neurosciences
- Dr Brigitte GUIRAUDIE, Médecin Inspecteur de Santé Publique pôle « Etablissement de santé », Délégation départementale de Paris, Agence régionale de santé IDF
- Véronique ISTRIA, Chef du pôle « santé mentale et résilience » de la Ville de Paris
- Bernard JABIN, Fédération nationale de la Mutualité Française
- Hélyette LEFEVRE, Vice-présidente UNAFAM 75
- Grégory MAGNERON, Directeur général de l'association CerepPhymentin
- Dr Annie MSELLATI, Présidente de la CME de l'EPS Maison Blanche, établissement membre du GHT Paris Psychiatrie-Neurosciences, Chef de pôle du 23<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie générale de Paris
- Claire PALLEZ, Secrétaire générale de l'association Œuvre Falret
- Dr Alain-Pierre PEYRAUD, pédopsychiatre, médecin conseiller technique à la MDPH de Paris
- Iona TCHOLAKIAN, Chargée de mission pôle « Etablissement de santé », Délégation départementale de Paris, Agence régionale de santé IDF

## ANNEXE 3

### **Acteurs à associer à l'élaboration du PTSM de Paris.** ***(Liste non exhaustive construite conformément à l'instruction du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale)***

#### **Représentants des personnes et des familles :**

- UNAFAM Paris (Hélyette Lefevre)
- FNAPSY (Claude Finkelstein)
- Représentant d'un CDU (ex : CDU inter-ES du GHT Paris Psychiatrie-Neurosciences)
- Représentant d'un conseil de la vie sociale (ex : MAS Dr Arnaud, EHPAD CASVP, CHRS Aurore, ESAT Elan Retrouvé)
- Membre d'un GEM (ex : GEM « Club des Peupliers »)
- Membre du Clubhouse de Paris
- Personne ayant fonction de « pair-aidant » (exerçant en établissement psychiatrique ou en établissement médico-social)

#### **Représentants des opérateurs :**

##### Etablissements de santé autorisés en psychiatrie :

- Sectorisés en PG : CH Sainte-Anne, Maison Blanche, Perray Vaucluse, Hôpitaux de Saint-Maurice, ASM13
- Sectorisés en PIJ : CH Sainte-Anne, Maison Blanche, Perray Vaucluse, Hôpitaux de Saint-Maurice, ASM13, Institut Mutualiste Montsouris, AP-HP (Robert Debré, Pitié-Salpêtrière, Necker, Bichat)
- Non sectorisés en PG : AP-HP (Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Tenon, Lariboisière-Fernand Widal, Bichat, Hôtel Dieu-Tarnier), Elan Retrouvé (Institut Paul Sivadon), Aurore (Cevennes, Labrador), SPASM (Liège, Mogador, EJA Bastille), MGEN (CSMR Vaugirard, ATRT 13<sup>ème</sup>-Ivry), René Capitant, Fondation santé des étudiants de France (CMU Georges Heuyer), Clinique Villa Montsouris, CMP Minkowska, CMP Recherche et rencontres, CMP Ecole des parents et des éducateurs, CMP UNAFAM
- Non sectorisés en PIJ : Elan Retrouvé (Françoise Grémy, Haxo), Aurore (Dutot), GombaultDarnaud (GD, Marie Abadie, Vacola), Cerep-Phymentin (Parc Montsouris, Bouloche, EPI, USIS), Entraide-Universitaire (Francine Klein), Croix Rouge Française (Etincelle), Fondation de Rothschild (Serge Lebovici), Grange Batelière, Etienne Marcel, CMP Société Philanthropique

##### Etablissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique, en particulier :

- Les ES sièges de SAU :
  - o AP-HP (Lariboisière, Saint-Louis, Bichat, Saint-Antoine, Tenon, Pitié-Salpêtrière, Cochin-Hôtel Dieu, HEGP, Necker, Robert Debré, Trousseau)
  - o GH Paris Saint-Joseph
  - o GH Diaconesses-Croix Saint Simon
- Les ES potentiellement contributifs à l'accès aux soins somatiques pour les personnes atteintes de pathologies mentales (maternités, consultations spécialisées, plateaux techniques, HAD...)

##### Dispositifs spécialement concernés dans la gestion des situations d'urgence et de crise (hors SAU) :

- CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil) basé à Sainte-Anne (Dr Raphaël Gourevitch)

- 8 CAC (Centre d'Accueil et de Crise) : Paris Centre-Temple (HSM), Bastille-Roquette (HSM), René Angelergues-Wurtz (ASM13), Ginette Amado-Garancière (CHSA), Avron (MB), Hauteville (MB), Lasalle (MB), Henri Ey (MB)
- SAMU-Centre 15 de Paris, basé à Necker (Pr Pierre Carli, Dr Jean-Sébastien Marx)
- CUMP (Cellule d'Urgence Médico Psychologique) de Paris, rattachée au SAMU de Paris, basée à l'Hôtel Dieu (Dr Gaëlle Abgrall-Barbry)
- UMJ (Unité Médico-Judiciaire) de Paris, basée à l'Hôtel Dieu (Dr Caroline Rey-Salmon)
- BSPP (Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris), centre opérationnel de Champerret (Dr Michel Bignand, Dr Olivier Stibbe, Dr Xavier Lesaffre)
- Préfecture de Police :
  - o IPPP ou I3P (Infirmerie Psychiatrique près la Préfecture de Police) (Dr Eric Mairesse)
  - o BASM (Bureau des Actions de Santé Mentale) (Jean-Paul Berlan)
  - o SDPSE (Sous-Direction de la Protection Sanitaire de l'Environnement) de la DTPP (Direction des Transports et de la Protection du Public) (Isabelle Mérignand)
  - o SPPAD (Service de la Prévention, de Police Administrative et de Documentation) de la DSPAP (Direction de la Sécurité de Proximité de l'Agglomération Parisienne) (commissaire divisionnaire Olivier Morges)

#### Représentants de transporteurs sanitaires

#### Soins en milieu pénitentiaire :

- SMPR (Service Médico Psychologique Régional – soins psychiatriques) de la Maison d'arrêt Paris La Santé (Dr Cyrille Canetti)
- UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires – soins somatiques) de la Maison d'arrêt Paris La Santé (Dr Benjamin Silbermann)
- Consultation extra-carcérale du CH Sainte-Anne (Dr Cyrille Canetti)
- UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée) du GH Paul-Guiraud (Dr David Toutou)

#### Soins à destination des personnes en situation de précarité :

- PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) : 13 dont 5 spécialisées (1 PASS dermato à Saint-Louis, 1 PASS bucco-dentaire à Pitié-Salpêtrière, 2 PASS ophtalmo à l'Hôtel Dieu et la FOR et 1 PASS en milieu psychiatrique à Sainte-Anne)
- EMPP (Equipe mobile psychiatrie-précarité) : cinq EMMP « historiques » réunies au sein d'un pôle inter-établissement (Dr Alain Mercuel)

Représentants de professionnels libéraux : psychiatres, médecins généralistes, IDE, pharmaciens, psychologues ... (URPS médecins, infirmiers et pharmaciens...)

#### Structures d'exercice collectif :

- Centres de santé (CDS) (167 à Paris : ex CDS Edison, Europe, MGEN, CCAS Richerand, GOSB, Alfred Fournier...)
- Maison de santé pluridisciplinaire (MSP) (23 à Paris : ex : MSP Faidherbe, ...)

#### Réseaux de santé :

- SOLIPAM : réseau Solidarité Paris Maman IdF
- DAPSA : Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoire
- PSYSOM : dispositif pilote entre deux CMP de l'EPS Maison-Blanche (G07 et G25) et un centre de santé situé dans le 10<sup>ème</sup> arrdt.

#### Maison des adolescents :

- Maison de Solenn (Cochin) (Pr Marie Rose Moro)

- Maison des ados Robert Debré (Dr Paul Jacquin)

PMI (Direction des Familles et de la Petite Enfance-DFPE - Dr Elisabeth Hausherr)

Médecine scolaire et universitaire :

- Médecine scolaire en écoles maternelle et élémentaire (Sous-direction de la santé de la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé-DASES - Dr Christophe Debeugny)
- Médecine scolaire en collège et lycée (Service médical en faveur des élèves de l'Académie de Paris - Dr Ivan Cartacheff)
- Médecine universitaire (Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé-SIUMPPS - Dr Philippe Aoussou)

CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale)

CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic)

Etablissements et services médico-sociaux (ESMS)

- ESMS pour adultes en situation de handicap
  - o MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) :  
12 établissements dont 3 spécialisés « handicap psychique » (Dr Arnaud, Deux Marronniers, Gilquinière) et 2 « autisme » (ARIA, ISA 13)
  - o FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) :  
18 établissements dont 3 spécialisés « handicap psychique » (Maraichers, La Planchette, OHT) et 1 « autisme » (Simone Veil)
  - o Foyer de vie :  
20 établissements dont 4 spécialisés « handicap psychique » (Marie Laurencin, Camille Claudel, La Planchette, OHT)
  - o CAJM (Centre d'Accueil de Jour Médicalisé) :  
5 établissements dont 3 spécialisés « autisme » (Les Petites Victoires, Les Colombages, Le Relais)
  - o SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés) :  
11 services dont 3 spécialisés « handicap psychique » (Œuvre Falret, SAIPPH de l'Elan retrouvé, Prepsy)
  - o SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) :  
18 services dont 10 spécialisés « handicap psychique » (Œuvre Falret, Cadet, Iris, Championnet, Aurore 13 et 15, La Planchette, Maison des Champs, AMSAD 20, Gustave Beauvois)
  - o ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) :  
34 établissements dont 8 spécialisés « handicap psychique » (Bastille, Colibri, Bièvre, Ecod'air, Elan retrouvé, Hors les murs LADAPT, Espace Aurore, Restaurant social Aurore) et 2 « autisme » (Les Colombages, Turbulences)
  - o FHTH (Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés) :  
26 établissements dont 2 spécialisés « handicap psychique » (Apollinaire, OHT) et 3 « autisme » (Les Petites Victoires, Turbulences, Simone Veil)
- ESMS pour enfants-ados en situation de handicap
  - o CAMPS (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) :  
4 établissements (CAE, IPP, Moulin Vert, Paris-Nord)
  - o CMPP (Centre Médico-Psycho Pédagogiques) :

- 14 établissements (Bellan, Delepine, Denise Weill, Etienne Marcel, Saint-Joseph, Gustave Eiffel, La Passerelle, Moulin Vert, MGEN, OSE, Pichon Rivière, Saint-Michel, Claude Bernard, Grange Batelière)
- BAPU (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire) :  
4 établissements (Claude Bernard, Grange Batelière, Luxembourg, Pascal)
- CAPP (Centre d'Adaptation Psycho-Pédagogique)  
10 établissements (Cavé, Convention, Bréchet, Gaston Tessier, Lamblardie, Mathurin Moreau, Omer Talon, Panoyaux, Paul Meurice, Théophile Gautier)
- IME (Institut Médico-éducatif) :  
42 établissements dont 12 spécialisés « autisme » (Agir et Vaincre l'Autisme, Alternance, Cap Autisme, Cognacq Jay, Cour de Venise, Les Petites Victoires, MAIA Autisme, Notre Ecole, Saint-Michel, Robert Doisneau, TEDyBEAR, SACS Pas à Pas)
- SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) :  
30 services dont 3 spécialisés « troubles du comportement » (AVVEJ, Jenny Aubry, Eveil) et 6 « autisme » (AUTREPAR, Robert Doisneau, PAI, SAS, Futuroschool, Saint-Michel)
- ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique) :  
2 établissements (Eveil-Aurore, IMPPEC-La Mayotte)
- CAFS (Centre d'Accueil Familial Spécialisé) :  
1 établissement spécialisé « troubles du comportement » (Jenny Aubry)
- ESMS pour personnes âgées
  - EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) :  
80 établissements (CASVP, Petites Sœurs des Pauvres, NDBS, COS, Fondation de Rothschild, KORIAN, ORPEA, DOMUS Vi...)
  - CAJ (Centre d'Accueil de Jour) :  
20 établissements (OSE, FOCSS, COS, NDBS, CASVP, Isatis, ...)
  - SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) :  
17 services (USSIF, CASVP, FOCSS, Léopold Bellan, DOMUS Vi...)
  - SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile) :  
11 services
- ESMS pour personnes en difficultés spécifiques (précarité/addictions)
  - ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique) :  
14 dispositifs dont les ACT spécialisés « Un chez soi d'abord-Paris » (GCSMS ACT-UCSA Paris) et les « OFEK » (Maavar)
  - CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues) :  
9 dispositifs
  - CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) :  
19 dispositifs (dont 6 hospitaliers)
  - CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) :  
12 dispositifs (dont 5 hospitaliers)
  - LHSS (Lits Halte Soins Santé) :  
2 dispositifs (Aurore et Samusocial de Paris)
  - LAM (Lits d'Accueil Médicalisés) :  
1 dispositif (Samusocial de Paris)

#### Etablissements et services sociaux (ESS)

- SIAO (Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation) de Paris :

- SIAO Urgence (Samusocial de Paris) (Emmanuelle Guyavarch)
- SIAO Insertion (GCSMS) (Patrick Rouyer)
- Numéro d'appel 115 du Samusocial de Paris
- Maraudes sociales
- ESI (Espace Solidarité Insertion)
- CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence)
- CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale)
- Maisons relais / Pensions de famille
- Résidences d'accueil
- PAEJ (Point Accueil Ecoute Jeunes)
- PSA (Permanence Sociale d'Accueil) : Bastille, Belleville, Gauthey

Autres ressources contribuant à la politique territoriale de santé mentale :

- Associations porteuses d'actions de prévention
- Dispositif « Réussite éducative à Paris »
- Dispositif « Réponse accompagnée pour tous »
- Acteurs impliqués dans l'accès au logement :
  - Bailleurs sociaux : Paris Habitat, Elogie SIEMP, Immobilière 3F, RIVP, Toit et Joie, ICF La Sablière...
  - AORIF (Association des Organismes hlm de la Région Ile-de-France)
  - « Equipes dédiées » pour les bailleurs sociaux des 13ème et 20ème arrdts
  - Dispositif « d'intermédiation locative » dans les 11ème, 17ème et 19ème arrdts.
- SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile)
- Services de tutelle aux majeurs protégés : UDAF 75, Ariane-Falret, Sainte-Anne, Maison Blanche, Perray-Vaucluse, Hôpitaux de Saint-Maurice, ASM13...
- Cap emploi et missions locales, AGEFIPH
- Acteurs du service de santé au travail
- Associations en charge de l'accès aux sports, aux loisirs et à la culture : Culture du cœur, FFSA (Fédération Française du Sport Adapté), ...

Autres ressources contribuant à la coordination territoriale :

- CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) :
  - Nacer Leshaf : coordonnateur des CLSM desservant les 17ème, 18ème, 19ème et 20ème arrdts

- Christine Dourdet : coordonnatrice des CLSM desservant les des 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> arrdts
- Emeric Blondeau : coordonnateur des CLSM desservant les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrdts
- PSYCOM (Information santé mentale et psychiatrie) (Aude Caria)
- CEAPSY (Centre Ressource Troubles Psychiques Ile-de-France) (Eve Tiszai)
- CRAIF (Centre de Ressources Autisme Ile-de-France) (Thomas Bouquet)
- Programmes PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) :
  - PAERPA 1 (9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> arrdts)
  - PAERPA 2 (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> arrdts)

### **Institutionnels :**

- Ville de Paris :
  - DASES (Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé) (Jean-Paul Raymond – Dr Muriel Prudhomme)
    - ✓ Sous-Direction de la Santé (Arnaud Gauthier)
      - CEPTS (Cellule d'expertise des politiques territoriales de santé) constituée de deux pôles :
        - pôle « santé mentale et résilience » (Véronique Istria)
        - pôle « promotion de la santé et réduction des inégalités » (SalimaDeramchi)
      - 4 équipes territoriales de santé (ETS) composées d'un coordonnateur, d'un chef de projet « santé mentale et résilience » (Nacer Leshaf, Christine Dourdet, Emeric Blondeau, x à recruter), d'un chef de projet « promotion de la santé » et d'un ou deux coordonnateur(s) « atelier santé ville » :
        - Territoire Est (11-12-20) (Anne-Lise Pollack)
        - Territoire Nord (1-2-3-4-9-10-19) (Nora Belizidia)
        - Territoire Ouest (7-8-15-16-17-18) (Sarah Meneleck)
        - Territoire Sud (5-6-13-14) (Emilie Bissette)
    - ✓ Sous-Direction de l'Autonomie (Gaël Hilleret)
    - ✓ Sous-Direction des Actions Familiales et Educatives (Jeanne Seban) → ASE (Aide Sociale à l'Enfance) (Eugénie Hammel)
    - ✓ Sous-Direction de l'Insertion et de la Solidarité (Léonore Belghiti)
  - DFPE (Direction des Familles et de la Petite Enfance) (Philippe Hansebout) → PMI (Protection Maternelle et Infantile) (Dr Elisabeth Hausherr)
  - CASVP (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris) (Florence Pouyol)
  - DLH (Direction du Logement et de l'Habitat) (Blanche Guillemot)
- MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) de Paris (Fabrice Masi directeur, Dr Alain-Pierre Peyraud médecin conseiller technique)
- DD75 (Délégation départementale de Paris) de l'ARS Ile-de-France (Marie-Noëlle Villedieu) :
  - pôle « établissements de santé » (Mathilde Chapet)
  - pôle « autonomie » (Laure Le Coat)
  - pôle « prévention et promotion de la santé » (Corinne Chouraqui)
  - pôle « ambulatoire, innovation et démocratie sanitaire » (Alain Beauvois)
  - pôle « santé environnement » (Sylvie Dugeon)
  - référents « santé mentale » (Dr Brigitte Guiraudie/Iona Tcholakian)
  - référents « handicap psychique » (Laure Le Coat/Hannifa Mechehar)

- Services de l'Etat :
  - o Rectorat de l'Académie de Paris (Gilles Pecout)
    - ✓ Mission Académique pour la Scolarisation des Elèves Handicapés (MASESH) (Franck Peyrou)
    - ✓ Service médical en faveur des élèves (Dr Ivan Cartacheff)
    - ✓ Service infirmier en faveur des élèves (Nicole Rieu)
    - ✓ Service social en faveur des élèves (Sophie Sarazin)
  - o DT 75 (Direction Territoriale de Paris) de la PJJ (Protection judiciaire de la Jeunesse)
  - o SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) de Paris
  - o UD 75 (Unité départementale de Paris) de la DRIHL (Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement) Ile-de-France (Philippe Mazenc)
    - ✓ Service accueil hébergement (Patrick Guionneau)
    - ✓ Service logement (Christine Richard)
  - o DDCS 75 (Direction Départementale de la Cohésion Sociale de Paris) (Frank Plouviez)
  - o UD 75 (Unité départementale de Paris) de la DIRRECTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, du travail et de l'Emploi) Ile-de-France
  - o OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) de Paris
- CPAM de Paris
- CAF de Paris

## Annexe 3. Lettre d'initiative – Courrier de la réponse 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](mailto:philippe.guinard@ars.sante.fr)  
Tél : 01.44.02.05.29.

Docteur Annie MSELLATI  
Présidente de la Commission spécialisée  
en santé mentale de Paris  
EPS Maison Blanche  
6-10 rue Pierre Bayle  
75020 Paris

Paris, le **03 DEC. 2018**

Objet : Réponse à votre courrier du 12 septembre 2018 concernant le projet territorial de santé mentale de Paris

Madame la Présidente,

Par courrier du 12 septembre 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 département de Paris. Vous avez défini une gouvernance de ce projet, avec un comité de pilotage de 21 membres chargé de superviser la démarche qui associe des acteurs intervenant dans les 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 :

- Madame le docteur Annie AMSELLATI, présidente de la commission spécialisée santé mentale du Conseil territorial de santé, au titre de l'EPS Maison Blanche
- Monsieur Bernard JABIN, vice-président de la commission spécialisée santé mentale du Conseil territorial de santé, au titre de la FNMF

C'est bien volontiers que j'accepte cette proposition et vous encourage à poursuivre la dynamique engagée avec l'installation de cette commission spécialisée. Vous veillerez à associer l'ensemble des acteurs qui peuvent contribuer au projet, en particulier les acteurs de la prévention et les professionnels de santé de premier recours.

J'attire votre attention sur le nouveau Schéma Régional de Santé 2018-2022 qui a été publié le 23 juillet 2018. 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](http://www.ars.iledefrance.sante.fr)

---

L'Agence régionale de santé est 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 l'EPS Maison Blanche, en fonction des besoins que le groupe projet aura défini avec la Délégation Départementale de Paris. En tant que correspondant 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 du 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.

*Bien cordialement,*

Le Directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
Ile-de-France



Aurélien ROUSSEAU

Copie envoyée par courriel :  
Monsieur Bernard JABIN

### **Groupe de travail « Prévention & déstigmatisation »**

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Comme vous le savez, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a créé les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Cette loi a par la suite été précisée par le décret du 27 juillet 2017 et l'instruction ministérielle du 5 juin 2018, tous deux relatifs aux PTSM. Cet ensemble législatif et réglementaire précise que dans chaque territoire retenu, un projet organise les conditions d'accès de la population à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, ainsi qu'à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Parallèlement, la « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » publiée par le Ministère des solidarités et de la santé le 28 juin 2018, préconise, dans son action n°8, de mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, dans le cadre des PTSM.

Le PTSM se concrétise sous la forme d'un document opérationnel décrivant les projets et actions retenus par les acteurs et s'inscrivant dans les missions du PRS IDF et du CLS Parisien. Une fois rédigé, il doit être soumis pour avis au Conseil territorial de santé de Paris. Le PTSM est valable 5 ans. Le public ciblé par le projet comprend à la fois les usagers du système de soins en santé mentale, leurs proches et aidants, et la

Dans ce contexte, plusieurs groupes de travail ont été proposés à la suite du lancement officiel du PTSM de Paris le 15 janvier 2019. Le rôle de chaque groupe de travail est de proposer un programme d'actions pour le thème concerné, en prenant en compte un territoire aux nombreuses particularités. Pour le moment, des groupes ont été mis en place sur les thématiques suivantes : adolescents, articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques, accès et maintien dans le logement, prévention et déstigmatisation.

Vous vous êtes portés volontaires pour participer au groupe de travail portant la prévention et déstigmatisation en matière de santé mentale et nous vous remercions vivement de votre implication.

En effet, la cinquième priorité du PTSM, en vertu du décret du 27 juillet 2017, porte sur 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 de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles. A cette fin, le PTSM veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et de leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs.

Parallèlement, la Feuille de route ministérielle recommande dans son action n°3, de faire évoluer les missions des CLSM vers la promotion de la santé mentale et dans son

action n° 34, d'amélioration des dispositifs visant à l'inclusion des personnes dans la cité, notamment en développant la paire-aidance.

De même, le PTSM poursuit l'objectif d'agir sur les déterminants sociaux, environnementaux, et territoriaux de la santé mentale. A ce titre, le PTSM vise à renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs favorisant le bien-être mental et prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. La Feuille de route ministérielle préconise ainsi, dans son action n°2, de développer des actions en prévention de la souffrance psychique au travail. De même doivent être développés les 1<sup>ers</sup> secours en santé mentale, notamment par les professionnelles de santé au contact des populations vulnérables.

De la même manière, le contrat local de santé de Paris prévoit dans son objectif n° 2.5 de développer les compétences psycho-sociales des enfants et des jeunes, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Bien entendu, le groupe de travail peut également choisir de travailler des actions complémentaires à celles-ci et adaptées à la particularité du territoire parisien. Il peut de plus s'appuyer sur les initiatives locales prometteuses ou les expérimentations intéressantes en cours, pour proposer leur modélisation, leur extension ou leur pérennisation. Un certain nombre d'initiatives partenariales existent déjà et le groupe de travail peut s'appuyer sur celles-ci.

En termes de méthodologie, les échanges du groupe de travail pourront s'articuler en trois étapes : « identification des difficultés et dysfonctionnements », « recherche des causes », « pistes d'amélioration ». L'objectif ne vise pas à l'exhaustivité des réponses mais à la priorisation de quelques actions réalisables. Le groupe projet pourra être sollicité pour tout conseil ou aide méthodologique. La contribution finale du groupe de travail est attendue, au plus tard pour la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2020.

Vous remerciant par avance vivement de votre engagement, nous restons à votre entière disposition pour toute question ou complément d'information.

Madame le Docteur Annie Msellati



Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale de Paris

## **Groupe de travail « Accès et maintien dans le logement »**

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Comme vous le savez, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a créé les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Cette loi a par la suite été précisée par le décret du 27 juillet 2017 et l'instruction ministérielle du 5 juin 2018, tous deux relatifs aux PTSM. Cet ensemble législatif et réglementaire précise que dans chaque territoire retenu, un projet organise les conditions d'accès de la population à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, ainsi qu'à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Parallèlement, la « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » publiée par le Ministère des solidarités et de la santé le 28 juin 2018, préconise, dans son action n°8, de mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, dans le cadre des PTSM.

Le PTSM se concrétise sous la forme d'un document opérationnel décrivant les projets et actions retenus par les acteurs et s'inscrivant dans les missions du PRS IDF et du CLS Parisien. Une fois rédigé, il doit être soumis pour avis au Conseil territorial de santé de Paris. Le PTSM est valable 5 ans. Le public ciblé par le projet comprend à la fois les usagers du système de soins en santé mentale, leurs proches et aidants, et la

Dans ce contexte, plusieurs groupes de travail ont été proposés à la suite du lancement officiel du PTSM de Paris le 15 janvier 2019. Le rôle de chaque groupe de travail est de proposer un programme d'actions pour le thème concerné, en prenant en compte un territoire aux nombreuses particularités. Pour le moment, des groupes ont été mis en place sur les thématiques suivantes : adolescents, articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques, accès et maintien dans le logement, prévention et déstigmatisation.

Vous vous êtes portés volontaires pour participer au groupe de travail portant sur l'accès et le maintien dans le logement et nous vous remercions vivement de votre implication.

En effet, la deuxième priorité du PTSM, en vertu du décret du 27 juillet 2017, porte sur l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et durables, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. Pour permettre de répondre à cette priorité, le PTSM prévoit le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, en visant le plus possible l'insertion puis le maintien en milieu ordinaire.

Parallèlement, la Feuille de route ministérielle précitée recommande, dans son action n° 36, d'améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné en déployant l'offre de logement pour les personnes ayant des troubles psychiques (habitat inclusif ; stratégie quinquennale pour le logement d'abord et lutte contre le sans-abrisme et l'habitat insalubre en renforçant

l'accompagnement adéquat dans le logement, notamment par la formation des professionnels intervenant au domicile.

De la même manière, le contrat local de santé de Paris prévoit, dans son objectif 1.7, de prendre en compte les enjeux de santé mentale dans la politique du logement, en mobilisant des solutions innovantes pour maintenir les personnes présentant une pathologie mentale dans leur logement ; en favorisant l'accès à un logement adapté des personnes présentant une maladie mentale ; en développant l'offre du secteur médico-social pour apporter des réponses adaptées ; et en facilitant l'accès au logement social des personnes présentant des troubles psychiques, via notamment l'intermédiation locative.

Bien entendu, le groupe de travail peut également choisir de travailler des actions complémentaires à celles-ci et adaptées à la particularité du territoire parisien. Il peut de plus d'appuyer sur les initiatives locales prometteuses ou les expérimentations intéressantes en cours, pour proposer leur modélisation, leur extension ou leur pérennisation. Un certain nombre d'initiatives partenariales existent déjà et le groupe de travail peut s'appuyer sur celles-ci.

En termes de méthodologie, les échanges du groupe de travail pourront s'articuler en trois étapes : « identification des difficultés et dysfonctionnements », « recherche des causes », « pistes d'amélioration ». L'objectif ne vise pas à l'exhaustivité des réponses mais à la priorisation de quelques actions réalisables. Le groupe projet pourra être sollicité pour tout conseil ou aide méthodologique. La contribution finale du groupe de travail est attendue, au plus tard pour la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2020.

Vous remerciant par avance vivement de votre engagement, nous restons à votre entière disposition pour toute question ou complément d'information.

Madame le Docteur Annie Msellati



Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale de Paris

## **Groupe de travail « Santé mentale des adolescents »**

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Comme vous le savez, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a créé les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Cette loi a par la suite été précisée par le décret du 27 juillet 2017 et l'instruction ministérielle du 5 juin 2018, tous deux relatifs aux PTSM. Cet ensemble législatif et réglementaire précise que dans chaque territoire retenu, un projet organise les conditions d'accès de la population à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, ainsi qu'à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Parallèlement, la « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » publiée par le Ministère des solidarités et de la santé le 28 juin 2018, préconise, dans son action n°8, de mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, dans le cadre des PTSM.

Le PTSM se concrétise sous la forme d'un document opérationnel décrivant les projets et actions retenus par les acteurs et s'inscrivant dans les missions du PRS IDF et du CLS Parisien. Une fois rédigé, il doit être soumis pour avis au Conseil territorial de santé de Paris. Le PTSM est valable 5 ans. Le public ciblé par le projet comprend à la fois les usagers du système de soins en santé mentale, leurs proches et aidants, et la population générale.

Dans ce contexte, plusieurs groupes de travail ont été proposés à la suite du lancement officiel du PTSM de Paris le 15 janvier 2019. Le rôle de chaque groupe de travail est de proposer un programme d'actions pour le thème concerné, en prenant en compte un territoire aux nombreuses particularités. Pour le moment, des groupes ont été mis en place sur les thématiques suivantes : adolescents, articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques, accès et maintien dans le logement, prévention et déstigmatisation.

Vous vous êtes portés volontaires pour participer au groupe de travail portant sur les adolescents et nous vous remercions vivement de votre implication.

En effet, la première priorité des projets territoriaux de santé mentale, en vertu du décret du 27 juillet 2017, porte sur l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques. Pour permettre de répondre à cette priorité, le PTSM peut notamment s'appuyer sur la mobilisation et la sensibilisation des acteurs du repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'ASE ou de la PJJ.

Parallèlement, la Feuille de route ministérielle précitée recommande notamment, dans ses actions n°3 et n°5, de déployer des actions de promotion de la santé mentale et de prévention des conduites suicidaires chez les adolescents, et de mener une action volontariste en direction des étudiants, notamment par la généralisation de formations aux « premiers secours en santé mentale » dans une logique d'aide par les pairs (action n°4).

De la même manière, le contrat local de santé de Paris prévoit dans son objectif n° 2.5 de développer les compétences psycho-sociales des enfants et des jeunes, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Bien entendu, le groupe de travail peut également choisir de travailler des actions complémentaires à celles-ci et adaptées à la particularité du territoire parisien. Il peut de plus d'appuyer sur les initiatives locales prometteuses ou les expérimentations intéressantes en cours, pour proposer leur modélisation, leur extension ou leur pérennisation.

En termes de méthodologie, les échanges du groupe de travail pourront s'articuler en trois étapes : « identification des difficultés et dysfonctionnements », « recherche des causes », « pistes d'amélioration ». L'objectif ne vise pas à l'exhaustivité des réponses mais à la priorisation de quelques actions réalisables. Le groupe projet pourra être sollicité pour tout conseil ou aide méthodologique. La contribution finale du groupe de travail est attendue, au plus tard pour la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2020.

Vous remerciant par avance vivement de votre engagement, nous restons à votre entière disposition pour toute question ou complément d'information.

Madame le Docteur Annie Msellati



Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale de Paris

## **Groupe de travail « Articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques »**

Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Comme vous le savez, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a créé les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Cette loi a par la suite été précisée par le décret du 27 juillet 2017 et l'instruction ministérielle du 5 juin 2018, tous deux relatifs aux PTSM. Cet ensemble législatif et réglementaire précise que dans chaque territoire retenu, un projet organise les conditions d'accès de la population à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, ainsi qu'à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Parallèlement, la « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » publiée par le Ministère des solidarités et de la santé le 28 juin 2018, préconise, dans son action n°8, de mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, dans le cadre des PTSM.

Le PTSM se concrétise sous la forme d'un document opérationnel décrivant les projets et actions retenus par les acteurs et s'inscrivant dans les missions du PRS IDF et du CLS Parisien. Une fois rédigé, il doit être soumis pour avis au Conseil territorial de santé de Paris. Le PTSM est valable 5 ans. Le public ciblé par le projet comprend à la fois les usagers du système de soins en santé mentale, leurs proches et aidants, et la

Dans ce contexte, plusieurs groupes de travail ont été proposés à la suite du lancement officiel du PTSM de Paris le 15 janvier 2019. Le rôle de chaque groupe de travail est de proposer un programme d'actions pour le thème concerné, en prenant en compte un territoire aux nombreuses particularités. Pour le moment, des groupes ont été mis en place sur les thématiques suivantes : adolescents, articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques, accès et maintien dans le logement, prévention et déstigmatisation.

Vous vous êtes portés volontaires pour participer au groupe de travail portant sur l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques et nous vous remercions vivement de votre implication.

En effet, la troisième priorité des projets territoriaux de santé mentale, en vertu du décret du 27 juillet 2017, porte sur l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins. A ce titre, le PTSM devra être attentif à ce que soient prévus, d'une part, l'accès au suivi somatique de ces personnes, coordonné entre tous les médecins psychiatres, généralistes et éventuels spécialistes qui participent à la prise en charge. Devront également être prévus, en cas d'hospitalisation en service de psychiatrie, une organisation pour assurer l'accès aux soins somatiques y compris spécialisés et, en cas de prise en charge en services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) un accueil spécifique pour les personnes présentant des troubles psychiques.

Parallèlement, la Feuille de route ministérielle précitée prévoit dans ses actions n° 11, 14 et 15, de mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques en les incitant à avoir un médecin traitant et en soutenant les actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) visant à promouvoir une meilleure

hygiène de vie et le dépistage des maladies chroniques. La Feuille de route prévoit également des actions pour le développement de partenariats entre secteurs de psychiatrie, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), plateformes territoriales d'appui (PTA) et établissements et services médico-sociaux en vue de l'accès aux soins somatiques et aux mesures de prévention des personnes présentant des troubles psychiques.

Enfin, l'une des 7 priorités d'actions du volet santé mentale du projet régional de santé (PRS) 2018-2022 d'Ile de France est de « *faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques* ». Cela implique de faciliter l'accès aux soins somatiques car, selon les études, les malades psychiques ont une espérance de vie diminuée de 5 à 10 ans du fait de facteurs combinés : mauvaise observance, difficultés relationnelles, pauvreté, iatrogénie... Ainsi, les efforts pour améliorer la prise en charge somatique doivent porter sur la continuité du suivi par un médecin traitant, l'accès aux campagnes de dépistage, la santé bucco-dentaire, la prise en charge des comorbidités addictives et l'accès des personnes handicapées à des bilans périodiques et aux soins techniques.

Bien entendu, le groupe de travail peut également choisir de travailler des actions complémentaires à celles-ci et adaptées à la particularité du territoire parisien. Il peut de plus d'appuyer sur les initiatives locales prometteuses ou les expérimentations intéressantes en cours, pour proposer leur modélisation, leur extension ou leur pérennisation.

En termes de méthodologie, les échanges du groupe de travail pourront s'articuler en trois étapes : « identification des difficultés et dysfonctionnements », « recherche des causes », « pistes d'amélioration ». L'objectif ne vise pas à l'exhaustivité des réponses mais à la priorisation de quelques actions réalisables. Le groupe projet pourra être sollicité pour tout conseil ou aide méthodologique. La contribution finale du groupe de travail est attendue, au plus tard pour la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2020.

Vous remerciant par avance vivement de votre engagement, nous restons à votre entière disposition pour toute question ou complément d'information.

Madame le Docteur Annie Msellati

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Annie Msellati', written in a cursive style.

Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale de Paris

## Groupe de travail addictions et santé mentale

Madame, Monsieur, Docteur,

Comme vous le savez, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 créé, à son article 69, les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Cet article a par la suite été précisé par le décret du 27 juillet 2017 et l'instruction ministérielle du 5 juin 2018, tous deux relatifs aux PTSM. Cet ensemble législatif et réglementaire précise que dans chaque territoire retenu, un projet organise les conditions d'accès de la population à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, ainsi qu'à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ; et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. Ce projet doit être rédigé pour le 28 juillet 2020. Le PTSM est ensuite valable 5 ans. Le public ciblé par le PTSM, très vaste, comprend à la fois les usagers du système de soins en santé mentale, leurs proches et aidants, et la population générale.

Parallèlement, la « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » publiée par le Ministère des solidarités et de la santé dans le cadre du Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, fixe 37 actions, regroupées en 3 axes : promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ; garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ; améliorer les conditions de vie et d'inclusion et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique. Cette Feuille de route ministérielle préconise, dans son action n°8, de mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, dans le cadre des PTSM.

Le PTSM se concrétise sous la forme d'un document opérationnel décrivant les projets et actions retenus par les acteurs. Une fois rédigé, le PTSM doit être soumis pour avis au Conseil territorial de santé de Paris.

Dans ce contexte, plusieurs groupes de travail (adolescents, logement et santé mentale, articulation entre soins somatiques et psychiatriques, et prévention & déstigmatisation) ont été proposés à la suite du lancement officiel du PTSM de Paris le 15 janvier 2018. Le rôle de chaque groupe de travail est de proposer, en lien avec le groupe-projet, un programme d'actions pour le thème concerné, en prenant en compte un territoire aux nombreuses particularités.

Le groupe-projet a constaté qu'aucun groupe thématique ne s'était spontanément constitué pour le moment sur l'addictologie et la santé mentale, à partir des remontées des acteurs de terrain.

Pourtant, les conduites addictives demeurent un problème majeur de santé publique, en particulier sur le territoire parisien, où la mission métropolitaine de prévention des conduites à risque a souligné le caractère mouvant des modes de consommation et d'approvisionnement. Le Projet régional de santé IDF met aussi en évidence un territoire fortement concerné par les consommations de substances illicites ou encore la poly-consommation. Si l'offre de soins et d'accompagnement en addictologie est historiquement riche et diversifiée à Paris tant dans les champs sanitaires que médico-social, cette densité appelle des efforts de coordination et une mobilisation pour articuler le champ de l'addictologie avec celui de la santé mentale. Projet territorial de santé mentale de Paris

Pour cette raison, le groupe-projet souhaite mettre en place un groupe de travail thématique sur les questions de l'addictologie et de la santé mentale à Paris, réunissant les acteurs pertinents en la matière. Vous êtes convié à la première réunion de ce groupe de travail qui aura lieu le :

**Mardi 26 novembre 2019**

Salle du Conseil de surveillance, site Sainte-Anne, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, 1 rue Cabanis, 75014.

L'objet sera d'échanger sur l'état d'avancement du PTSM de Paris, la méthodologie de travail, la composition du groupe, la désignation d'un ou deux pilotes et les liens possible avec les autres groupes de travail thématiques.

Pour rappel, le Plan national de lutte contre les addictions 2018-2022 recommande (priorité 6), de construire des parcours de santé à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée, notamment en systématisant le repérage, en renforçant l'implication des professionnels de santé dans l'accompagnement, et en développant des recommandations de bonnes pratiques.

De même, le Plan régional de santé (PRS) 2018-2022, prévoit de prévenir l'entrée dans les pratiques addictives, et poursuivre la politique de réduction des risques et des dommages, et d'améliorer la transversalité des parcours en addictologie en intégrant les conduites addictives aux politiques de santé, notamment en favorisant les prises en charges conjointes avec la psychiatrie en cas de comorbidités.

Bien entendu, le groupe de travail peut également choisir de travailler des actions complémentaires à celles-ci et adaptées à la particularité du territoire de projet. Il peut de plus s'appuyer sur les initiatives locales prometteuses ou les expérimentations intéressantes en cours, pour proposer leur modélisation, leur extension ou leur pérennisation.

La contribution finale du groupe de travail est attendue pour le mois de mai 2020. Tout au long de l'année à venir, vous pourrez vous appuyer sur le groupe-projet pour tout conseil ou aide méthodologique.

Vous remerciant par avance vivement de votre engagement, nous restons à votre entière disposition pour toute question ou complément d'information.

Madame le Docteur Annie Msellati



Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale de Paris

## Annexe 5. Composition des groupes de travail

### **Prévention et déstigmatisation**

Prénom	Nom	Institutions
Anne Sylvie	Pelloux	GHT 94
Arnaud	Gheysen	ORPEA
Aude	Caria	PSYCOM
Bernard	Jabin	MUTALITE FRANCAISE
Brigitte	Ouhayoun	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Catherine	Pilot	Foyer Logement PLOUGASNOU
Christophe	Debeugny	Ville de Paris
Dominique	Monchablon	Fondation Santé Etudiant de France
Emilie	Malbec	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Hélène	Labre	Groupe SOS
Isabelle	Salmona	SPASM
Jacques	Rotalier	NOOS
Jean Jacques	Yepjo	GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences
Jean Louis	Leca	
Jean Marie	Dedeyan	CLSM 8 <sup>ème</sup>
Jean Philippe	Cavroy	Club House
Jessica	Delobelle	Association Adped94
Josselin	Simard	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Lisa	Bouvier	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Maëlla	Chapeau	Association Œuvre Falret
Maguy	Beau	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Marie Anne	Bergeon	Groupe SOS
Nadia	Ghazal	Association Œuvre Falret
Olivier	Canceil	Hôpitaux de Saint Maurice
Pierre	Martin	MGEN

### **Santé mentale des adolescents**

Prénom	Nom	Institutions
Alexandre	Serdar	Ville de Paris
Anne	Delbende	Fondation Santé des Etudiants de France
Anne Sylvie	Pelloux	GHT 94
Armelle	Boisivon	UNAFAM 75
Bénédicte	Chenu	Association du collectif Schizophrénies
Catherine	De Kervenoël	
Cécile	Bellot	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Christophe	Debeugny	Ville de Paris
David	Cohen	AP-HP
Dominique	Monchablon	Fondation Santé Etudiant de France
Emmanuelle	Boë	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Emmanuelle	Philippe	Mission Locale de Paris

Fabrice	Monneyron	Fondation Santé Etudiant de France
Fabrice	Rivollier	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Francis	Rouam	SPASM
François	Delacourt	Mutuelle La Mayotte
Françoise	Moggio	ASM 13
Isabelle	Amado	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Laurence	Lillie	CNAM
Marie Odile	Krebs	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Mirentxu	Bacquerie	EPE-IDF
Muriel	Prudhomme	Ville de Paris
Sandrine	Dorsimont	Clinique medico universitaire Georgres Heuyer
Tewfek	Youyou	Mutuelle La Mayotte
Valentine	Morin	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Vanessa	Milhiet	AP-HP

### Accès et maintien au logement

Prénom	Nom	Institutions
Annie	Cadel	Association Agate
Béatrice	Rivière	Bailleur : Elogie Siemp
Bruno	Torregrossa	Un Chez Soi D'abord
Catherine	Boiteux	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Catherine	Soulet	Association Agate
Claire	Mazier	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Clement	Bonnet	CLSM 20 <sup>ème</sup>
Delphine	Verien	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Geoffrey	Roubehie	ORPEA
Hélène	Cervello	ORPEA
Hélène	Pham Van	Région Ile de France
Hélyette	Lefèvre	UNAFAM
Isabelle	Gobe	Hôpitaux de Saint-Maurice
Jean Jacques	Yepjo	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Josselin	Simard	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Laurence	Lillie	CNAM
Lisa	Bouvier	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Marie Nadine	Valax	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Martine	Fraget Berlet	UNAFAM
Nacer	Lesahaf	Ville de Paris
Olivier	Callet	SPASM
Sarah	Maillard Lagrue	ARS
Véronique	Istria	Ville de Paris
Xavier	Bonnemaison	ASM 13

## Soins somatiques et soins psychiatriques

Prénom	Nom	Institutions
Agop	Kahvedjian	AP-HP
Alain	Beaupin	Fondation Richerand
Arnaud	Torne	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Brigitte	Courcot	Médecin généraliste
Cedric	Lemogne	AP-HP
Claude	Finkelstein	Association FNAPSY
Edouard	Bertaud	Association Œuvre Falret
Jean Yves	Rotgé	AP-HP
Lotfi	Mehtar Tani	Ville de Paris
Marie Liesse	de Lanversin	Hôpitaux de Saint-Maurice
Michel	Courcot	Médecin généraliste
Nabil	Hallouche	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Renald	Asvazadourian	SPASM
Saena	Arbazadeh-Bouchez	Psychiatre libérale

## Addiction et santé mentale

Prénom	Nom	Institutions
Catherine	Boiteux	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Elisabeth	Avril	GAIA Paris
Xavier	Laqueille	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Carmen	Bach	Ville de Paris
Mario	Blaise	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Cléa	Bloch	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Delphine	Bourdeau	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Floriane	Cadrot	
Charles	Daure	AP-HP
Pauline	Dewitt	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Helyette	Lefevre	Vice-Présidente - UNAFAM
Nacer	Leshaf	Ville de Paris
Chloé	Lucet	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Michel	Moulin	Fondation l'Élan retrouvé
Annie	Msellati	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Laure	Nguyen	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Sylvia	Nguyen-Dang	ARS
Hassan	Rahoui	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Clément	Vansteene	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Bernard	Jabin	Mutualité Française
Florence	Thibaut	AP-HP
Florence	Vorspan	AP-HP
An hung Nguyen	An hung	AP-HP

Laurence Rolland Burger	Rolland Burger	AP-HP
Raphael	Gourevitch	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Gerard	Shadili	INSERM
Thierry	Jouet	AP-HP
Alain	Mercuel	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Léon	Gomberoff	Association Aurore
Franck	Questel	AP-HP
Frédéric	Limosin	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Philip	Gorwood	GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
Béatrice	Dalesky	GAIA Paris
Caroline	Gaudion	Groupe SOS

[Annexe 6. Vidéo](#)

<https://www.youtube.com/watch?v=ivSZMigz9JM>

**Références :**

1. Hjørthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. avr 2017;4(4):295-301.
2. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. févr 2011;10(1):52-77.
3. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. WHO. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/fr/](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/)
4. Lemogne C, Nabi H, Melchior M, Goldberg M, Limosin F, Consoli SM, et al. Mortality associated with depression as compared with other severe mental disorders: a 20-year follow-up study of the GAZEL cohort. *J Psychiatr Res*. juill 2013;47(7):851-7.
5. Ha C, Decool E, Chan Cjee C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(23):500-8.
6. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. févr 2017;16(1):30-40.
7. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. sept 2009;24(6):412-24.
8. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. juin 2011;10(2):138-51.
9. Younès N, Lemogne C. Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux. *Après-demain*. 9 mai 2017;N° 42, NF(2):24-6.
10. Lemogne C, Guittény M, Sauvaget A, Vanelle J-M. Objectif généraux. In: Lemogne C, Cole P, Consoli SM, Limosin F *La psychiatrie de liaison*. Paris, France: Lavoisier; 2018. p. 91-9.
11. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 20 nov 2012;345:e7191.
12. Mitchell AJ, Lawrence D. Revascularisation and mortality rates following acute coronary syndromes in people with severe mental illness: comparative meta-analysis. *Br J Psychiatry*. juin 2011;198(6):434-41.
13. Ishikawa H, Yasunaga H, Matsui H, Fushimi K, Kawakami N. Differences in cancer stage, treatment and in-hospital mortality between patients with and without schizophrenia: retrospective matched-pair cohort study. *Br J Psychiatry*. mars 2016;208(3):239-44.
14. Kisely S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry*. févr 2013;70(2):209-17.
15. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 15 août 2014;218(1-2):35-8.
16. Note sur les projets territoriaux de santé mentale – janvier 2020, Syndicat des psychiatres français et Syndicat des médecins généralistes

### Références :

1. Enquête Samenta : Laporte A., Vandentorren S., Détrez M.A., et al. » « Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France » Int J Environ Res Public Health 2018
2. Étude GHU Paris 2018 sur 4005 patients. Perquier F et al. Conditions de vie et de logement des patients pris en charge par les établissements de psychiatrie de secteur parisiens : recueil un jour donné. L'Encéphale 2018 (sous presse)
3. Enquête par questionnaire effectuée auprès de 338 adhérents de l'UNAFAM en 2019
4. Chiffre issu d'une enquête effectuée auprès des adhérents de l'UNAFAM en 2019
5. L'association Agate, un Chez soi d'abord, Dispositif de Logement Accompagné pour l'Inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques (DLAI)
6. Enquête par questionnaire effectuée auprès de 338 adhérents de l'UNAFAM en 2019
7. Perquier F. et coll. « «Conditions de vie et de logement des patients pris en charge par les établissements de psychiatrie de secteur parisiens : recueil un jour donné.» L'Encéphale (novembre 2018)
8. Ibid. UNAFAM 2019

**Références :**

1. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2015 Oct;25(5):824-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv078.
2. Bonaldi C, Hill C. MORTALITÉ ATTRIBUABLE À L'ALCOOL EN FRANCE EN 2015. *BEH n°5-6* (19 février 2019). <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire> , accédé le 04/04/19
3. Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenuf M, Delage N, Ardid D, Eschalier A, Authier N. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. *Eur J Pain*. 2019 Jan;23(1):124-134. doi: 10.1002/ejp.1291.
4. Hedegaard H, Chen LH, Warner M. Drug-poisoning deaths involving heroin: United States, 2000-2013. *NCHS Data Brief*. 2015 Mar;(190):1-8
5. Chen LH, Hedegaard H, Warner M. Drug-poisoning Deaths Involving Opioid Analgesics: United States, 1999-2011. *NCHS Data Brief*. 2014 Sep;(166):1-8.
6. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1923-1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
7. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, Giovino GA, West R, Hall W, Griffiths P, Ali R, Gowing L, Marsden J, Ferrari AJ, Grebely J, Farrell M, Degenhardt L. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*. 2018 Oct;113(10):1905-1926. doi: 10.1111/add.14234.
8. Degenhardt L, Singleton J, Calabria B, McLaren J, Kerr T, Mehta S, Kirk G, Hall WD. Mortality among cocaine users: a systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Jan 15;113(2-3):88-95. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.026.
9. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, McLaren J. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011 Jan;106(1):32-51. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x.
10. Pfau G, Cadet-Tairou A. USAGES ET VENTES DE CRACK À PARIS. Un état des lieux 2012-2017. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacy3.pdf>
11. Janssen E, Cadet-Tairou A, Gérome C, Vuolo M. Estimating the size of crack cocaine users in France: Methods for an elusive population with high heterogeneity. *Int J Drug Policy*. 2020 Feb;76:102637. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.102637.
12. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
13. GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. 2018 Dec;5(12):987-1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
14. Schwarzing M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J; QalyDays Study Group. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2018 Mar;3(3):e124-e132. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30022-7.
15. Harris MG, Bharat C, Glantz MD, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas de Almeida JM, Cia AH, de Girolamo G, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hinkov H, Karam EG, Karam G, Lee S, Lépine JP, Levinson D, Makanjuola V, McGrath J, Mneimneh Z, Navarro-Mateu F, Piazza M, Posada-Villa J, Rapsey C, Tachimori H, Ten Have M, Torres Y, Viana MC, Chatterji S, Zaslavsky AM, Kessler RC, Degenhardt L; World Health Organization's World Mental Health Surveys collaborators. Cross-national patterns of substance use disorder treatment and associations with mental disorder comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. *Addiction*. 2019 Aug;114(8):1446-1459. doi: 10.1111/add.14599.

## Glossaire

**ACT** : Appartement de Coordination Thérapeutique

**AP-HP** : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASE** : Aide Sociale à l'Enfance

**ATIH** : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

**BSPP** : Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris

**CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

**CAC** : Centre d'Accueil et de Crise

**CAF** : Caisse d'Allocation Familiale

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**CCOMS** : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

**CDOM** : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

**CES** : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

**CH** : Centre Hospitalier

**CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé

**CLS** : Contrat Local de Santé

**CLSM** : Conseil Local de Santé Mentale

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CMPP** : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

**CODAMUPS** : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPOA** : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

**CRA** : Centre de Ressource Autisme

**CRUP** : Centre Renforcé d'Urgences Psychiatriques

**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSP** : Code de la Santé Publique

**CUMP** : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

**DASES** : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé

**DDCS** : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DIRP** : Domicile Indéterminé en Région Parisienne

**DMH** : Durée Moyenne d'Hospitalisation

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**DRIHL** : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

**EA** : Entreprises Adaptées

**EHPAD** : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**ELSA** : Equipe de Liaison en Addictologie

**EMPP** : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

**EPS** : Etablissement Public de Santé

**ES** : Etablissements de Santé

**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

**ESSMS** : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**ETPH** : Education Thérapeutique du Patient Handicapé

**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé

**FHTH** : Foyer D'hébergement pour Travailleurs

**FIR** : Fond d'Intervention Régional

**FV** : Foyer de Vie

**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire

**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

**GEM** : Groupement d'Entraide Mutuelle

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**GHU PPN** : Groupe Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie & Neurosciences

**GMP** : Garde Médicale de Paris

**HC** : Hospitalisation Complète

**HDJ** : Hôpital De Jour

**HSM** : Hôpitaux de Saint-Maurice

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**IPA** : Infirmier en Pratique Avancée

**IPPP** : Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris

**IME** : Institut Médico-Educatif

**MAS** : Maison d'accueil spécialisée  
**MDA** : Maison des Adolescents  
**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**MNA** : Mineurs Non Accompagnés  
**MSP** : Maisons de Santé Pluri-professionnelles  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PASS** : Permanences d'Accès aux Soins de Santé  
**PCC** : Plan de Crise Conjoint  
**PDLAHPD** : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées  
**PDSA** : Permanence Des Soins Ambulatoires  
**PIJ** : Psychiatrie Infanto-Juvenile  
**PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse  
**PMI** : Protection Maternelle et infantile  
**PRS** : Projet Régional de Santé  
**PRISMe** : Pôle Psychiatrie Réhabilitation – Insertion Sociale – Soins à Médiation  
**PTA** : Plateforme Territoriale d'Appui  
**PTSM** : Projet Territoriale de Santé Mentale  
**RBP** : Recommandations de Bonne Pratique  
**RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  
**ROR** : Répertoire Opérationnel des Ressources  
**RRAPS** : Réseau Régional d'Appui à la Prévention et à la Promotion de la Santé

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
**SAU** : Service d'Accueil des Urgences  
**SAVS** : Service d'Accompagnement à la vie sociale  
**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile  
**SISM** : Semaine d'Information de la Santé Mentale  
**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
**SPDRE** : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat  
**SPDT** : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers  
**SPPI** : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent  
**SRS** : Schéma Régional de Santé  
**SSC** : Soins Sans Consentement  
**TCC** : Thérapie Comportementale et Cognitive  
**TSA** : Troubles du Spectre de l'Autisme  
**UDAF** : Union Départementale des Associations Familiales  
**UNAFAM** : Union Nationale des Familles et Amis de Personnes Malades

**UMP** : Urgences Médicales de Paris  
**VAD** : Visite A Domicile

FORMATION ENSEIGNANTS, INFORMATIONS, SENSIBILISER LES ÉLUS, DÉSTIGMATISATION, SENSIBILISER, COMPAGNES D'INFORMATION, INFORMER LES ÉLUS, CHANGER LES REPRÉSENTATIONS, COMMUNICATION, CAMPAGNES D'INFORMATION, PAROLE, PRÉVENTION, TROUVER DES SOLUTIONS, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, SÉCURITÉ, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, COORDINATION, PARTICIPATION DES USAGERS, CONDITION D'HOSPITALISATION, CHANTIERS PSYCAPABLES, ACCÈS AU NUMÉRIQUE, ÉDUCER LES JEUNES, GROUPES DE PAROLE, DESTIGMATISER, FORMATION ENSEIGNANTS, INFORMATIONS, SENSIBILISER LES ÉLUS, DÉSTIGMATISATION, SENSIBILISER, COMPAGNES D'INFORMATION, INFORMER LES ÉLUS, CHANGER LES REPRÉSENTATIONS, COMMUNICATION, CAMPAGNES D'INFORMATION, PAROLE, PRÉVENTION, TROUVER DES SOLUTIONS, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, SÉCURITÉ, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, COORDINATION, CONDITION D'HOSPITALISATION, CHANTIERS PSYCAPABLES, CURATELLES ET TUTELLES, GROUPES DE PAROLE, DESTIGMATISER, INFORMATIONS, SENSIBILISER LES ÉLUS, COMPAGNES D'INFORMATION, INFORMER LES ÉLUS, CHANGER LES REPRÉSENTATIONS, SÉCURITÉ, COMMUNICATION, CAMPAGNES D'INFORMATION, PAROLE, PRÉVENTION, TROUVER DES SOLUTIONS, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, SÉCURITÉ, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, PARTICIPATION DES USAGERS, D'HOSPITALISATION, CHANTIERS PSYCAPABLES, ACCÈS AU NUMÉRIQUE, ÉDUCER LES JEUNES, GROUPES DE PAROLE, DESTIGMATISER, FORMATION ENSEIGNANTS, INFORMATIONS, SENSIBILISER LES ÉLUS, DESTIGMATISATION, SENSIBILISER, COMPAGNES D'INFORMATION, INFORMER LES ÉLUS, CHANGER LES REPRÉSENTATIONS, COMMUNICATION, CAMPAGNES D'INFORMATION, PAROLE, PRÉVENTION, TROUVER DES SOLUTIONS, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, SÉCURITÉ, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, PARTICIPATION DES USAGERS, D'HOSPITALISATION, CHANTIERS PSYCAPABLES, ACCÈS AU NUMÉRIQUE, ÉDUCER LES JEUNES, GROUPES DE PAROLE, DESTIGMATISER, FORMATION ENSEIGNANTS, INFORMATIONS, SENSIBILISER LES ÉLUS, DÉSTIGMATISATION, SENSIBILISER, CAMPAGNES D'INFORMATION, INFORMER LES ÉLUS, CHANGER LES REPRÉSENTATIONS, COMMUNICATION, CAMPAGNES D'INFORMATION, PAROLE, PRÉVENTION, TROUVER DES SOLUTIONS, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, SÉCURITÉ, LISIBILITÉ DES RESSOURCES, PARTICIPATION DES USAGERS, ACCÈS AU NUMÉRIQUE, ÉDUCER LES JEUNES, GROUPES DE PAROLE, DESTIGMATISER, CURATELLES ET TUTELLES, FORMATION,

## PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DE PARIS 2021-2025