

// **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**

Territoire du Val de Marne

Organiser les coopérations entre acteurs de la santé mentale afin d'améliorer l'accès à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Diagnostic Territorial Partagé

JANVIER 2020

Ce travail a été accompagné par le Conseil Territorial de Santé et la Délégation départementale de l'ARS du Val-de-Marne

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
INTRODUCTION	5
LE TERRITOIRE DU VAL-DE-MARNE	6
PRESENTATION DES GROUPES DE TRAVAIL	7
LA PERINATALITE	8
L'ENFANCE	14
L'ADOLESCENCE	15
LES PARCOURS D'ADULTES	20
L'HABITAT – LES ACTIVITES – L'EMPLOI–LA CITOYENNETE	26
LES PERSONNES AGEES	32
CONCLUSION	36
ANNEXES	38
COMPLEMENT (MARS 2020) : DIAGNOSTIC « ENFANCE »	40
CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS 2019 / 2020 DE PEDOPSYCHIATRIE PUBLIQUE DU VAL DE MARNE	50
REMERCIEMENTS	58

Préambule

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 27/07/2017 posent les bases d'une politique de santé mentale territorialisée et centrée sur l'accès de tous à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture.

Cette politique prend la forme d'un projet territorial de santé mentale (PTSM), élaboré avec l'ensemble des acteurs concernés :

- Les représentants des usagers : usagers et familles
- Les institutions : Préfecture, Agence Régionale de Santé (ARS), Conseil Départemental, communes, intercommunalité, l'Education Nationale, la Police, la Gendarmerie, la Justice...)
- Les structures sanitaires : EPSM, Centre 15, Hospitalisation à Domicile (HAD)...
- Les établissements et services sociaux et médico-sociaux : Foyer d'Accueil Spécialisée (FAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS ...), Service de protection des majeurs, Service d'aide à domicile
- Les bailleurs sociaux
- Les professionnels de santé libéraux

Comme le précise le décret, il doit :

- Favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médicosocial de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

La démarche accorde une importance particulière à l'implication de l'ensemble des acteurs de santé mentale, notamment les représentants des usagers et leur entourage.

En pratique, la mise en œuvre du PTSM se traduira par la signature d'un contrat territorial de santé mentale (CTSM) précisant pour chacune des actions, sous forme de fiche-actions :

- Les acteurs responsables
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Les moyens consacrés par les acteurs
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation

Le contrat, signé entre l'ARS et les acteurs concernés, se déroulera sur une période de cinq ans, à compter de sa signature.

Par ailleurs, le PTSM se déclinera également au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux soignants partagés (PMSP) des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et autant que de besoin, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements concernés.

Les communautés psychiatriques de territoire (CPT) dont l'un des membres est partie à un GHT s'assureront de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

D'autres outils permettent de décliner localement un PTSM : contrats de ville et contrats locaux de santé, mais aussi projets des conseils locaux de santé ou de santé mentale, projets des équipes de soins primaires ou des futures communautés professionnelles territoriales de santé.

La construction des parcours en psychiatrie et en santé mentale devra être réalisée avec tous les partenaires impliqués de manière horizontale et transversale.

Il doit s'agir d'une démarche sans prédominance ni cloisonnement sanitaire, avec la volonté de favoriser une continuité socio-sanitaire et les soins ambulatoires dans l'espace de vie des usagers, de limiter les hospitalisations inadéquates en optimisant les partenariats entre acteurs.

Introduction

Au-delà de la loi de modernisation de notre système de santé et son décret d'application qui fixe le cadre de ce PTSM pour le Val-de-Marne, de nombreuses études ou travaux ont donné lieu à publication de documents qui doivent servir également de cadre et de support à ce travail.

- Le Schéma régional de santé de l'ARS Ile-de-France 2018 – 2022
- La cadre d'orientation stratégique du PRAPS 2 de l'ARS Ile-de-France pour 2018 – 2022
- L'ensemble des documents officiels relatifs au projet de loi « Ma santé 2022 ».
- Le rapport ministériel « Renforcer l'accès territorial aux soins », Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse, octobre 2017.

De manière plus générale :

- Le rapport intitulé « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », Alain LOPEZ et Gaëlle TURAN-PELLETIER, l'Inspection générale des affaires sociales, novembre 2017.

Ainsi que des éléments factuels socio-économiques ou relatifs à l'offre de soins sanitaires et médicosociale de ce diagnostic territorial :

- Le Profil du territoire de coordination Val-de-Marne EST, septembre 2018, publié par l'ORS Ile-de-France.
- Le Profil du territoire de coordination Val-de-Marne OUEST, septembre 2018, publié par l'ORS Ile-de-France.
- Le diagnostic Territorial du PRAPS 2 pour le Val-de-Marne.
- 4e schéma en faveur des personnes en situation de handicap (2016-2020), Conseil départemental du Val-de-Marne.
- Le Guide santé mentale, soins, accompagnement et entraide dans le Val-de-Marne, édition 2018, publié par Psycom.

Ces cinq documents sont constitutifs de ce point d'étape de la démarche PTSM. Les liens pour y accéder figurent en annexes.

Le territoire du VAL-DE-MARNE

Le Val-de-Marne s'étend sur 245 km² ce qui en fait un des plus petits territoires départementaux de France. A titre de comparaison avec ces seuls voisins de la grande couronne francilienne, le Val-de-Marne est sept fois plus petit que l'Essonne, neuf fois plus petit que les Yvelines et vingt-quatre fois plus petit que la Seine-et-Marne.

Le territoire val-de-marnais, très largement urbanisé, compte près de 1,4 million d'habitants, dont un peu moins de 100 000 personnes de 75 ans ou plus.

Un territoire où la structure des familles diffère assez peu de ce qui est observé globalement en Île-de-France et qui est plutôt légèrement favorisé socialement sur le plan régional ou national.

On y constate une mortalité infantile de 3,3 pour 1 000 naissances vivantes inférieure à la moyenne régionale et une mortalité générale prématurée et prématurée évitable inférieure à la moyenne régionale.

Le territoire du Val-de-Marne est scindé en deux territoires de coordination des prises en charge qui constituent une maille territoriale d'analyse et d'action issue du programme régional de santé (PRS2) 2018-2022.

Identifiés par l'Agence régionale de santé (ARS) à partir de l'expérience et des propositions des acteurs et porteurs de projets de terrain, ces territoires infra-départementaux ont vocation à structurer l'observation et l'action à une échelle intermédiaire et cohérente avec les usages dans le but d'améliorer et de faciliter la structuration de la réponse aux besoins de proximité en santé.

Si la dichotomie en deux territoires de coordination reflète une réalité en termes de spécificité infra-territoriale, il n'a pas été jugé pertinent de les scinder pour ce qui est de la démarche de ce Projet Territorial de Santé Mentale. Pour autant, les groupes de travail ont tout de même mis en évidence des inégalités sociales et territoriales de santé qui correspondent à la partition EST/OUEST de ce département traversé par la Seine.

Deux études relativement récentes (septembre 2018) de l'Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France présentent de manière assez claire pour chacun des deux territoires les contextes sociodémographiques et les données les plus pertinentes relatives à l'état de santé général des populations ainsi que celles présentées par tranche d'âge ou par pathologie.

Ces deux études sont pertinentes pour servir de socle au diagnostic territoire de ce PTSM et sont jointes en annexes à ce présent document.

Présentation des groupes de travail

Pour élaborer le diagnostic territorial partagé, un groupe de pilotage chargé du suivi de la méthodologie et de la cohérence du PTSM a été constitué.

Cette instance opérationnelle est composée de :

- M. Pascal CACOT, Dr Bernard ELGHOZI et M. Didier HOTTE- co-présidents de la Commission Spécialisée en Santé Mentale
- M. Yves TALHOUARN -pilote des groupes de travail sur la Périnatalité et l'Enfance
- M. Andrew CANVA, chargé de mission recruté sur une mission temporaire de coordonnateur de ces travaux.
- Mme Han PHAN, chargée de mission, référente Santé Mentale, ARS DD 94.

Les missions de ce groupe de pilotage sont :

- Impulser la démarche territoriale
- Valider la démarche méthodologique et les outils
- Suivre l'avancement des travaux

4 groupes de travail animés par les membres du groupe de pilotage ont réalisé un diagnostic partagé à partir des thèmes suivants, représentant l'ordre chronologique des parcours de vie des patients :

- La périnatalité (1000 premiers jours) - L'enfance (de 2 à 11 ans)
- L'adolescence (de 11 à 19 ans)
- Les parcours d'adultes (le suivi des parcours et les urgences)
- L'habitat, l'inclusion sociale et professionnelle, la citoyenneté (avec deux sous-groupes : l'habitat et les activités et l'emploi).

Au travail de ces groupes, un travail de recensement a été réalisé sur d'autres thématiques ne faisant pas l'objet d'une approche aussi approfondie.

Les thèmes sont les suivants :

- Offre sanitaire 1^{er} niveau
- Offre sanitaire 2^{ème} niveau Offre de proximité
- Offre sanitaire 2^{ème} niveau Dispositifs spécifiques
- Psycho traumatismes
- Personnes placées sous-main de justice
- Conduites addictives
- Soins somatiques
- Psychiatrie du sujet âgé
- Handicap, précarité, personnes isolées
- Offre sociale et médico-sociale
- DAC, réseaux de santé et autres dispositifs de coopération
- Projets innovants / structurants

Par ailleurs deux rencontres en plénières ont été organisées pour présenter au Comité territorial de Santé (CTS), l'ensemble de la démarche, de l'avancée des travaux. Elles se sont tenues les 06 juin 2018 et 19 juin 2019 à l'auditorium du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

LA PERINATALITE

- **PILOTE** : M. Yves Talhouarn
- **CO-PILOTES** : Dr Isabelle Burési, Dr Ignacio Garcia-Orad

La période de la conception aux deux premières années de la vie après la naissance sont déterminantes pour le développement de l'enfant et la santé de l'adulte qu'il deviendra. C'est pourquoi il est nécessaire de s'engager en faveur de la santé du jeune enfant avant même sa naissance.

La période périnatale est définie dès cinq mois de grossesse aux deux ans de l'enfant.

L'Enfance est définie comme la période allant des deux ans au onze ans du sujet.

L'analyse de ces thématiques a fait l'objet de deux sous- groupes de travail distincts pour lesquels la participation de certaines institutions, comme l'Education Nationale, n'est pas impliquée sur l'un tout en étant un acteur majeur de l'autre. Un nombre important d'acteurs aura contribué aux deux.

Dans le champ de la périnatalité, on distingue deux types de situations :

- L'enfant exposé à la maladie mentale de son parent où les enjeux sont les suivants :
 - Une amélioration du repérage des pathologies maternelles en anténatal par les sages-femmes et les gynécologues de PMI et développer les articulations existantes entre la PMI et les CMP
 - Une évaluation du lien mère-enfant à la naissance (qui s'oppose aux contraintes des maternités qui doivent contraindre leurs durées de séjour)
 - Une reconnaissance des situations de danger ou de risque de danger et alerter de la façon la plus ajustée possible l'Aide sociale à l'Enfance
 - Une anticipation de la prise en charge sans attendre le moment de la sortie de maternité.
- L'enfant présentant un trouble envahissant du développement (TED) / trouble du spectre autistique (TSA) où les enjeux sont :
 - Une prévalence élevée estimée aux alentours de 1% (on peut évaluer à 200 enfants nouveau-nés par an potentiellement concernés par ces troubles dans le Val-de-Marne).
 - Des recommandations HAS/ANESM en 2009 et 2012 insistent sur l'importance d'un repérage et dépistage précoces (troubles souvent repérables au cours de la 2ème année de vie). Une prise en charge précoce des troubles identifiés avant l'établissement du diagnostic permet d'orienter les enfants et les familles vers un professionnel de 2ème ligne spécialisé en troubles du neuro-développement. Dans les phases précoces du développement, la plasticité cérébrale facilite l'efficacité de la

prise en charge. Cette prise en charge précoce limite les sur-handicaps, facilite un parcours de vie plus autonome de l'école à l'emploi.

Pour rappel, les recommandations de la HAS 2018 sont les suivantes : intervenir au plus tôt dès les premiers troubles sans attendre la confirmation du diagnostic (bilan complémentaire et premières interventions à initier). Le diagnostic doit être pluridisciplinaire et son annonce doit être accompagnée de la remise d'un projet d'interventions personnalisé. C'est la prise en charge précoce de l'autisme (dans les 3 mois qui suivent le dépistage) qui influe positivement le développement futur de l'enfant. Le dépistage précoce implique qu'un suivi précoce puisse être proposé. Les délais attendus entre le repérage d'anomalies du développement et le début des interventions (orthophonie, kinésithérapie ou psychomotricité et socialisation en Etablissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) devrait être inférieur à 3 mois du fait de l'urgence neuro-développementale.

Cependant, ce délai n'est souvent pas respecté en raison des difficultés d'accès aux structures spécialisées et l'absence de prise en charge par l'assurance maladie

Actuellement en France, le diagnostic est posé tardivement (45% des bilans sont faits pour des enfants de 6 à 16 ans), le diagnostic est long à établir, la formation initiale des médecins est insuffisante (50% des médecins généralistes et 20% des pédiatres n'ont reçu aucune formation sur les troubles autistiques). Les parents méconnaissent les interventions à engager voire sont dans le déni, les soins ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie dans l'attente du diagnostic (en moyenne 3000 € de reste à charge par an et par famille). Il est estimé que le délai d'attente moyen des familles pour accéder à un Centre Ressources Autisme (CRA) est > 1 an (446 jours). Le Val-de-Marne n'est pas épargné par ces difficultés.

Pour ces 2 types de situations, la Direction de la PMI et les inter-secteurs de pédopsychiatrie (CMP) ont pu identifier des ressources et des points forts mais aussi des difficultés et sont prêts à collaborer afin d'améliorer le passage de la période périnatale à l'enfance, en restant dans le champ de la prévention et du repérage pour la PMI et dans le champ de la prise en charge du soin pour les CMP.

Par ailleurs, les difficultés repérées par les acteurs sont les suivantes :

➤ en anténatal :

Les sages-femmes sont de plus en plus confrontées à des patientes dont elles ont le sentiment qu'elles pourraient être orientées vers un médecin psychiatre sans pouvoir clairement identifier les troubles. Elles ne savent pas si les patientes sont déjà suivies ou non. Elles font appel au psychiatre de PMI qui réalise une consultation d'information et d'orientation en centre de PMI ; l'articulation entre la PMI avec les secteurs de la pédopsychiatrie demande à être développée.

➤ au moment du séjour en maternité

Les familles sortent de plus en plus tôt des maternités (à J+2), ce qui rend l'évaluation du lien mère-enfant compliqué parfois impossible sur quelques jours et rend difficile les actions d'accompagnement à la parentalité. Le séjour en maternité peut être prolongé mais n'excède pas 9 jours (borne haute des séjours).

Lorsque les professionnels des maternités ont des doutes sur la mise en place du lien mère enfant, ils préconisent souvent « un accompagnement par la PMI » et font sortir la famille. Cependant, les professionnels de PMI peuvent être confrontés à un refus de la famille à les recevoir et à une perte de vue qui s'en suit. Le délai de réponse de la PMI est de quelques jours ce qui implique que la sollicitation de la PMI doit être anticipée et préparée en amont de la sortie. L'évaluation du danger et risque de danger n'est pas toujours faite selon les mêmes critères que ceux des services sociaux (de l'Aide Sociale à l'Enfance). L'insuffisance de lits de suite type Unité Mère- bébé (UMB 24H/24) complique les prises en charge et obligent les professionnels de la PMI et de l'ASE à demander aux hôpitaux de transmettre des informations préoccupantes à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) pour sécuriser les enfants.

Le dispositif PRADO (Programme de retour précoce à domicile) de la CPAM est parfois déclenché lorsqu'une évaluation a été qualifiée de bas risque en maternité alors qu'elle s'avère en fait à haut risque médico-psycho-social. Ces situations font que les familles entrent plus tard dans le dispositif PMI.

➤ En post-natal

Les médecins de PMI savent repérer les troubles type TED et TSA précocement. Cependant, la PMI recrute régulièrement de nouveaux professionnels et la direction de la PMI souhaite que la question de la formation soit régulièrement posée.

Les délais de prise en charge des familles par les CMP sont très longs même s'il est possible d'obtenir un rendez-vous sous les 15 jours pour une première évaluation clinique. Dans l'attente d'un rendez-vous, la famille est suivie par les psychologues de PMI, ce qui les met en difficulté et aboutit par ailleurs à une saturation de leurs consultations.

La PMI et les CMP partagent également le constat suivant :

- Un déficit du territoire en orthophoniste
- Une avance des frais pour les actes de psychomotricienne supportée par les familles qui complique les prises en charge, ce qui conduit à l'idée de la création de plateforme pour l'orientation vers ce type de prise en charge. Dans le cadre du réseau des enfants vulnérables, l'ARS permet déjà le financement de 10 consultations de psychomotricien(ne)s pour les enfants mais qui s'avère insuffisant en particulier dans les troubles sévères pour lesquels la prise en charge s'inscrit dans la durée.
- Un déficit du territoire en pédopsychiatres et neuropédiatres.

La PMI du Val-Marne est particulièrement impliquée sur ce dossier et a présenté une note relative à ses missions et ses actions. Cette note figure en annexe 3 de ce document.

Par ailleurs, une note du Dr Christine Ruel - pédopsychiatre aux HSM - a été présentée et débattue lors de la rencontre du mois de juillet 2019 (en annexe 4 de ce document).

A l'issue de nombreux échanges, le groupe a défini les pistes d'action possibles :

- ✓ Il n'est pas obligatoirement nécessaire de créer de nouveaux dispositifs mais de chercher plutôt à adapter ceux qui existent déjà ou dont la création est envisagée.

Cette dialectique n'exonère pas cependant de poser explicitement la question des moyens sans lesquels une évolution positive aux besoins et à leur propre évolution serait

illusoire, y compris en termes de dispositifs nouveaux qui s'avèreront nécessaires comme de l'attractivité des différents métiers. Ceci a été fortement souligné lors des échanges.

Ce double aspect doit irriguer chacune des mesures proposées, en précisant la faisabilité concrète.

- ✓ Le « mille-feuille » territorial, au sens où chaque institution a un découpage territorial qui lui est spécifique, est à prendre en compte.

Si une harmonisation des territoires selon les différents partenaires est inenvisageable, du moins à court terme, une connaissance réciproque faciliterait la constitution d'un vrai maillage dans l'espace. Ce maillage doit reposer sur une approche contractuelle, seule garantie à l'effet pérenne des partenariats et donc à leur efficacité. Le Val-de-Marne dispose d'une offre sanitaire et sociale relativement importante au regard des moyennes nationales ou franciliennes, il n'en reste pas moins que les principaux besoins sont :

- ✓ Un repérage plus en amont possible durant la grossesse ou juste après l'accouchement des situations à risque, particulièrement complexes ou de vulnérabilité.

Donner les moyens pour mieux évaluer les situations à la naissance en allongeant les durées de prise en charge en maternité dès lors que les problèmes médico psycho sociaux sont détectés (durée moyenne de séjour trop courte imposée aux maternités ce qui est contraire à l'évaluation et à l'accompagnement), en diffusant une meilleure connaissance du dispositif soins urgents par toutes les maternités publiques du Val-de-Marne, en diffusant une meilleure connaissance de la valorisation financières des séjours en maternité par la prise en compte des pathologies psychiatriques et de la précarité (T2A).

- ✓ Un renforcement du travail collectif d'une façon générale.

Le besoin de travailler « en parallèle » plutôt qu'en « série » (approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelle), en développant la culture de l'écrit dans les transmissions d'informations entre les différents acteurs (dans le respect du secret partagé).

Il conviendrait, semble-t-il, de créer pour cela des espaces de consultations communs PMI-pédopsychiatrie et psychiatrie adulte-pédopsychiatrie et/ou télémédecine, tout en prenant en compte les différences de temporalité, entre les acteurs de premier niveau et de soin pour éviter les ruptures de parcours, en y associant sages-femmes et puéricultrices.

- ✓ Un renforcement, tant du point de vue des moyens que de la culture, des espaces de partenariat déjà existants (exemple : des staffs médico sociaux dans les maternités ou les réunions CLE de coordination dans les EDS du Conseil départemental).

- ✓ Une augmentation du nombre de places en « unité mère bébé » en Ile de France et notamment dans le Val-de-Marne.

D'autres pistes ont également été évoqués :

- Lutter contre la précarité de l'offre en pédopsychiatrie périnatale ambulatoire.
- Créer une unité de maternologie (type Vésinet).
- Veiller aux très préoccupantes disparités territoriales.

- Développer la formation permanente conjointe de l'ensemble des acteurs concernés.

Les participants ont également évoqué :

- La possibilité d'étudier les besoins en maternologie pour le Département du Val-de-Marne (la maternologie se définit comme une « démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère-enfant. ») / et de comparer à l'offre actuelle (offre de jour à Créteil et offre à Bicêtre) voire la possibilité de créer une offre complémentaire dans le Département.
- La possibilité d'imaginer des outils de dépistage, comme ceux permettant le dépistage de la dépression maternelle (voire créer de nouveaux outils dans le cadre d'une recherche), permettant aux professionnels de premier niveau (en particulier les sages-femmes) de faire une première évaluation devant des signes de repérage et de bien orienter les patientes vers les CMP.
- La possibilité d'imaginer des consultations communes expérimentales pour faciliter l'entrée dans une démarche de soins :
 - psychologues de PMI/ psychiatres CMP à l'image de la CICO de Saint-Anne (Dr Vacheron)
 - ou psychiatre PMI/ infirmière CMP
 - ou psychiatre PMI/psychomotricienne CMP
 - ou Sage-femme/ professionnels du CMP
 - ou médecins pédiatre/ professionnels CMP
 - ou psychologue PMI/ professionnels CMP

Pourraient être étudiées aussi des expérimentations de télé psychiatrie en particulier pour le premier contact dans le but de réduire les barrières géographiques et les freins psychiques, d'apporter un soutien aux équipes soignantes et d'améliorer l'accessibilité des soins psychiatriques. L'usage de la téléconsultation peut améliorer l'accès aux soins, servir à promouvoir l'éducation thérapeutique, éviter les déplacements inutiles au patient ou au thérapeute. La comparaison de l'évaluation clinique par télé psychiatrie versus consultation traditionnelle (méta-analyse de Hyler et al., 2005) ne montrerait aucune différence entre les deux.

L'amélioration des articulations entre PRADO et la PMI et définir leurs critères d'intervention respectifs. L'amélioration des articulations CMP/pédopsychiatres de maternité et ASE des puéricultrices de PMI dans 3 maternités publiques récemment recrutées pourrait faciliter ces articulations.

L'analyse d'expérimentation en cours : une expérimentation est en cours (issu d'un partenariat entre la PMI et le CMP de Champigny) l'objectif est le dépistage des TSA devant des signes d'alerte repérés pour des enfants à 4 mois et 9 mois (grille PREAUT). Si l'expérimentation paraît intéressante, elle pourrait être diffusée à d'autres centres en partenariat avec les CMP.

- La possibilité d'évaluer les délais de prise en charge des enfants présentant des TSA/TED.
- La possibilité d'étudier le besoin en psychiatres, neuropédiatres et orthophonistes.

Ont participé (au moins une fois) à la réflexion : 6 réunions - 64 participants

<p>acha.delaure@valdemarne.fr ; agnes.guerin@ch-les-murets.fr ; andres.irureta-goyena@ght94n.fr ; andrew.canva@gh-paulguiraud.fr ; ann.juhel@ght94n.fr ; anne.doussin@valdemarne.fr ; annie.elbez@chicreteil.fr ; antoine.pelissolo@aphp.fr ; armelle.guiraud@justice.fr ; barbara.alpern@valdemarne.fr ; benjamin.petrovic@ch-fondationvallee.fr ; benpss@club-internet.fr ; bernard.lachaux@gh-paulguiraud.fr ; brigitte.jeanvoine@valdemarne.fr ; cecile.lebeaux@chicreteil.fr ; cecile.lebeaux@chicreteil.fr ; celia.guenoun@gmail.com ; chantal.rimbault@valdemarne.fr ; christine.moulin@ac-creteil.fr ; christine.ruel@ght94N.fr ; clhoe.maury- aveline@chiv.fr ; coordinatrice.rpvm@gmail.com ; d.chatelain@wanadoo.fr ; denis.rousselin@fondationvallee.fr ; didier.hotte@psysudparis.fr ; DPerriot@ilvm.fr ; fabien.feuillede@valdemarne.fr ; fabienne.chambry@justice.fr ; fatiha.kheffarche@ght94n.fr ; gaelle.soutonfrombaum@ght94n.fr ; genest.philippe@neuf.fr ; gwenaelle.detoisien@aphp.fr ; Hajar.ZAID@ght94n.fr ;</p>	<p>Han.phan@ars.sante.fr ; inakigarcia@club-internet.fr ; Isabelle.Buresi@valdemarne.fr ; jeanlouis.lavaud@gh-paulguiraud.fr ; Jean-Marc.Baleyte@chicreteil.fr ; jeanpaul.bouvattier@ght94n.fr ; joan.tissier@valdemarne.fr ; jocelyne.grousset@ac-creteil.fr ; khadisatou.dia@ght94n.fr ; m.antoine@institut-renaudot.fr ; magali.tabarin-ferly@valdemarne.fr ; marcelle.delour@orange.fr ; marie-christine.cabiejacquemin@ght94n.fr ; missy2preaudet@orange.fr ; muriel.thalassinos@gh-paulguiraud.fr ; natacha.lion@valdemarne.fr ; nathalie.peynegre@ch-les-murets.fr ; nathalie.presme@chicreteil.fr ; olivia.kostoff@korian.fr ; p.cacot@vivre-asso.com ; patricia.belfis@ac-creteil.fr ; patrick.hardy@aphp.fr ; pierre.joseph@valdemarne.fr ; pierre.malherbe@ch-fondationvallee.fr ; pierrick.morel@ght94n.fr ; pole.94i03-04@ght94n.fr ; richard.buferne@ch-fondationvallee.fr ; sheila.viola@valdemarne.fr ; tina.padova@ac-creteil.fr ; tlebuhe@free.fr ; valerie.martin@valdemarne.fr ; yves.talhouarn@orange.fr ;</p>
--	---

L'ENFANCE

• **PILOTES** : M. Yves Talhouarn - Dr Jean-Paul Bouvattier

• **CO-PILOTE** : Dr Christine Ruel

La réflexion sur la prise en charge et le suivi des enfants de 2 à 11 ans était dans un premier temps envisagé dans le cadre d'un groupe commun avec la thématique de la périnatalité.

Il s'est rapidement avéré que les publics et les acteurs de la périnatalité et des approches infanto-juvéniles ne sont pas les mêmes et qu'il convenait donc de mettre en place deux groupes de travail distincts avec toutefois un pilotage partagé et des conclusions qui, pour certaines, seront communes aux deux thématiques.

Le diagnostic et les pistes de réflexion de ce groupe de travail, ayant engagé ses travaux bien après les autres, figurent en annexe sur un document rédigé durant l'été 2020, rajouté à ce document après sa publication.

Ont participé (au moins une fois) à la réflexion :4 réunions - 62 participants

Acha.DeLaure@valdemarne.fr agnes.guerin@ch-les-murets.fr andres.irureta-goyena@ght94n.fr Andrew.Canva@chicreteil.fr ann.juhel@ght94n.fr annie.elbez-rubiustein@laposte.net antoine.pelissolo@aphp.fr armelle.guiraud@justice.fr benjamin.petrovic@ch-fondationvallee.fr benpss@club-internet.fr bernard.lachaux@gh-paulguiraud.fr Brigitte.Jeanvoine@valdemarne.fr carlosparadapro@gmail.com carlosparadapro@gmail.com Catherine.Delmas@chicreteil.fr catherine.jousselman@ch-fondationvallee.fr cécilelebeaux@chicreteil.fr Celia.Guenoun@valdemarne.fr celine.gunther@assurance-maladie.fr chloe.maury-aveline@chiv.fr Christophe.Blesbois@valdemarne.fr d.chatelain@wanadoo.fr didier.hotte@psysudparis.fr DPerriot@ilvm.fr Elisabeth.Iraola@valdemarne.fr Fabien.Delouche@valdemarne.fr Fabien.Feuillade@valdemarne.fr florence.cazard@ch-fondationvallee.fr fouzi.ghlis@apajh94.fr genest.philippe@neuf.fr gwenaelle.detoisien@aphp.fr han.phan@ars.sante.fr	i.garciaorad@hopitaux-st-maurice.fr inakigarcia@club-internet.fr Isabelle.Buresi@valdemarne.fr isabelle.desportes@assurance-maladie.fr jeanlouis.lavaud@gh-paulguiraud.fr Jean-Marc.Baleyte@chicreteil.fr jeanpaul.bouvattier@ght94n.fr Joan.Tissier@valdemarne.fr jocelyne.grousset@ac-creteil.fr Khadisatou.DIA@ght94n.fr m.antoine@institut-renaudot.fr Magali.Tabarin-Ferly@valdemarne.fr marcelle.delour@orange.fr Marie.DuBouetiez@valdemarne.fr marie-christine.cabiejacquemin@ght94n.fr michel.ikka@wanadoo.fr missy2preaudet@orange.fr muriel.thalassinos@gh-paulguiraud.fr Nadia.Laporte-Phoeun@valdemarne.fr nathalie.peynegre@ch-les-murets.fr Nathalie.Presme@chicreteil.fr olivia.kostoff@korian.fr p.cacot@vivre-asso.com patrick.hardy@aphp.fr pierre.malherbe@ch-fondationvallee.fr richard.buferne@ch-fondationvallee.fr ruel.christine@ght94n.fr Sheila.Viola@valdemarne.fr sophie.thiout@afaser.org Stephanie.HAPIETTE@ght94n.fr thierry.le-buhe@ac-creteil.fr Valerie.Defoucault@valdemarne.fr yves.talhouarn@orange.fr
--	--

L'ADOLESCENCE

• **PILOTE** : M. Didier Hotte

L'adolescence (définie entre 10 à 19 ans dans le cadre de ce travail) est une période la vie unique et formatrice. Les multiples changements physiques, émotionnels et sociaux, y compris l'exposition à la pauvreté, à la maltraitance ou à la violence, peuvent rendre les adolescents vulnérables aux problèmes de santé mentale. La promotion du bien-être psychologique et la protection des adolescents contre les expériences néfastes et les facteurs de risque susceptibles d'avoir un impact sur leur potentiel d'épanouissement sont essentielles non seulement pour leur bien-être à l'adolescence, mais aussi pour leur santé physique et mentale à l'âge adulte ; d'où l'importance de s'assurer d'une approche qui priorise les axes de travail des PTSM.

Caractéristiques de l'offre en Val-de-Marne :

Une offre sanitaire plutôt importante au regard des moyennes nationales ou franciliennes mais plus problématique en ce qui concerne le médico-social.

Malgré cela, un manque de places particulièrement problématique est mentionné par de nombreux acteurs en ce qui concerne les besoins en « moyens séjours ». La disponibilité en termes d'accueil des structures de soin est limitée en particulier côté pédopsychiatrie.

L'accessibilité des structures est améliorable en particulier pour les premiers épisodes en termes de lisibilité tant du côté de la pédopsychiatrie (CMP, CS, ado point écoute, Maison de l'adolescent) que de la psychiatrie adulte.

La question des relais de prise en charge reste complexe dans le champ sanitaire, entre pédopsychiatrie et psy adulte même si chacun propose des prises en charge de qualité répondant plutôt bien dans l'ensemble aux besoins en santé mentale, au moins en ambulatoire.

Les lieux d'hospitalisations sont insuffisants en volume, et le plus souvent inadaptés ou insatisfaisants côté psy adulte pour recevoir le public adolescent.

Principaux besoins :

- Un repérage et des prises en compte précoces des troubles, une évaluation rapide, une orientation adaptée.
- Eviter une psychiatisation des troubles lorsqu'elle n'est pas nécessaire.
- Des structures dédiées, le développement de structures souples et adaptatives (Cs, HDJ pour ado et jeunes adultes, lits dédiés).
- Des prises en charge prenant en compte sur un même lieu l'ensemble des besoins, mixant les réseaux de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie adulte et de l'addictologie.
- Une prise en compte des besoins en réinsertion scolaire, professionnelle.

Selon les représentants de l'UNAFAM, pour assurer une prise en charge aussi précoce de possible et améliorer ainsi le pronostic, un centre de dépistage et d'interventions précoces pour troubles psychotiques émergents par territoire serait un nécessaire.

Forces de l'offre en Val de Marne :

- Une offre sanitaire et médico-sociale importante.
- Une MDA, des points écoute, des consultations spécialisées, des secteurs investis, des lits dédiés, un HDJ intersectoriel pour adolescents et jeunes adultes.
- Des expériences innovantes comme le dispositif Pass'âge, un GHT psy.
- Une préoccupation partagée des différents acteurs (PMSP du psy sud Paris, collège des psychiatres du Val de Marne, etc.) des CLSM.

Faiblesses de l'offre en Val de Marne :

- Le repérage précoce du côté des acteurs de première ligne (familles, éducation nationale, médecins traitants, pédiatres) est parfois tardif et l'évaluation souvent retardée (cfpb de disponibilité, d'accessibilité, lisibilité) pouvant entraîner une aggravation symptomatique et des risques accrus (troubles du comportement, risque suicidaire, déscolarisation, perte de chance, etc.).
- Les capacités de prise en charge hospitalière sont limitées et tout particulièrement pour les 11 / 13 ans. Il est également mentionné que trop souvent les jeunes de la tranche d'âge 15 / 17 ans sont, faute de place en unité de pédopsychiatrie, hospitalisés dans des services d'adultes ce qui est totalement inapproprié.
- Le manque de ponts entre les différents types de prises en charge, pédopsychiatrie/ psychiatrie adulte/ addictologie, champ éducatif /social /sanitaire.
- Les solutions d'aval dans les établissements médico-sociaux appropriés sont très insatisfaisantes.
- Les relations partenariales entre professionnels de santé et l'Éducation nationale ou la MDPH sont trop faibles.
- Les familles des adolescents ne sont pas suffisamment accompagnées et une place trop limitée leur est accordée dans les systèmes ou dispositifs de prise en charge.
- Les médecins généralistes sont globalement insuffisamment impliqués dans le suivi des patients adolescents.
- Il existe quelques CLSM sur le territoire mais ils ne prennent pas en charge les situations des mineurs.

Préconisations :

- Renforcer les liens entre les acteurs du sanitaire et du médico-social avec les acteurs de l'Éducation nationale.
- Permettre aux médecins généralistes de plus et mieux intervenir dans les suivis de ces patients particuliers, ce qui suppose des collaborations, de la formation et une réflexion sur le financement de cette intervention complexe.
- Développer une consultation mobile avancée faisant intervenir ensemble les acteurs pédopsychiatrie /psychiatrie adulte/addictologie facilitant le repérage, l'évaluation, l'orientation et l'accès aux soins.
- Développer des actions d'information de psycho-éducation intervenant très en amont auprès du jeune public, de leur famille ainsi que des différents professionnels concernés

Il semblerait pertinent au regard de la complexité des parcours de tester une forme d'accompagnement des patients adolescents et de leur famille par des référents de type « gestionnaires de cas ».

Le développement d'un volume plus important de lits dédiés à ce public particulier est considéré comme un préalable pour de nombreux acteurs.

Les débats ont permis de préciser les principaux éléments de ce constat. Les échanges ont porté sur :

- Une forte demande des familles autour de la réponse à la crise et aux ruptures de parcours, des délais d'attente en CMP.
- Une insuffisance de coordination pérenne et structurée entre les différents acteurs qu'ils soient institutionnels (Éducation Nationale, ASE, DPP), sociaux, médico-sociaux, sanitaires (psychiatres et médecine de ville). L'absence de lieux d'échanges est soulignée.
- Un questionnement sur le rôle et les missions de chacun au regard des moyens disponibles et de la diversité des structures au sein des territoires.
- Une insuffisance du repérage et / ou de réponses face à des situations de troubles.
- Des difficultés dans la construction de parcours individualisé.
- Une trop grande hétérogénéité des moyens en fonction des infrastructures.
- Une insuffisance de structures de prises en charge séquentielles.
- Une forte demande de place en internat médico-social.
- Un problème dans la transmission pédopsychiatrie / psychiatrie adulte notamment pour les jeunes gens souffrant de Trouble du Spectre de l'Autisme.

Ces réflexions ont conduit les intervenants à aborder cette thématique globale au travers de problématiques spécifiques que sont :

- **Le repérage précoce et la coordination des prises en charge**

La question de la réponse directe des CMP, voir des CMPP à des sollicitations des professionnels de ville (pédiatres, généralistes...), du secteur social ou des institutionnels (Éducation Nationale, DPEJ, PJJ) devra être traitée. Concernant ce point, une proposition facile à mettre en œuvre a émergé du groupe : instituer une réunion obligatoire au début de chaque année scolaire entre les équipes des CMP et les équipes éducatrices des structures environnantes. Peut-être faudrait-il étendre cette proposition à d'autres acteurs, tant les difficultés générées par le turn-over des professionnels ont été soulignées par les participants du groupe.

Malgré la diversité des moyens, il semble qu'un consensus se dégage pour faire des PAEJ (Points Accueil Écoute Jeunesse) rattachée à la MDA, les vecteurs principaux du repérage. A l'heure actuelle il existe quatre PAEJ rattachée à la MDA (Cachan, Fontenay, Créteil, Champigny) ce qui pose le problème d'un maillage complet du territoire et de la place des PAEJ d'Ivry et de Vitry dans un dispositif unifié.

Concernant les réponses complémentaires, la nécessité de développer « aller vers » a été également plébiscité reste à en définir les besoins prioritaires, les modalités à promouvoir (consultation avancée dans les lieux stratégiques, équipes mobiles...).

Enfin la proposition de la mise en place de gestionnaire de cas a fortement émergé mais pose là encore nombres de questions complémentaires : ses missions, son champ territorial, son rattachement à une entité coordinatrice, etc...

▪ **Les ruptures de parcours**

Les ruptures de parcours concernent 3 types de situations bien distinctes :

Les jeunes souffrants depuis l'enfance de troubles précoces ou du neuro-développement.

Une demande très forte émane du groupe de travail concernant la création de place d'IME en internat tournée vers des jeunes gens souffrant de TSA et qui ne trouvent pas leur place dans les IME existant. Il s'agit d'une des raisons des orientations vers la Belgique, reste à déterminer le besoin en nombre de place.

Un autre point est soulevé, celui de l'absence de données concernant les besoins d'orientations non pourvues ou non adaptées. La mise en œuvre d'un système d'information à l'échelon départemental pourrait être utile.

Les difficultés de la MDPH sont également soulevées à orienter et à suivre les demandes, à voir comment améliorer ou soutenir le dispositif MDPH (commission ou réseau pluri-professionnels)

L'intervention d'un gestionnaire de cas est de nouveau proposée, mais question complémentaire comment l'intégrer avec les futures plateformes de diagnostic et d'orientation pour les jeunes enfants souffrant de TSA étendre le dispositif jusqu'à l'adolescence ou généraliser la proposition d'un gestionnaire de cas par infra territoire et sans spécialisation sur les profils des patients.

Les troubles inauguraux à l'adolescence.

Le problème majeur semble être celui de l'accès aux soins, la rapidité de la prise en charge. Faute de réponse adaptée, le jeune est accueilli en pédiatrie ou en médecine générale de ville, dans les SAU avec des réponses qui tardent ou qui sont mal adaptées.

Il semble donc qu'il faudrait proposer une véritable filière de prise en charge sur le département ou sur des infra-territoire avec une réponse graduée en matière de suivi intégrant les dispositifs existants, ceux à créer pour les compléter, l'aspect formation des professionnels et réseau avec la médecine de ville et les pédiatres.

De ce point de vue la proposition d'une expérimentation avec une CPTS intéressée serait à développer.

Les troubles passagers préoccupants et graves.

Quelques questions générales remontent des discussions :

- Comment structurer les collaborations en matière de repérage, de coordination, de parcours..., sur quel territoire (2 ou 3 infra territoire), avec quels outils communs...).
- Pour ce qui est d'éventuels gestionnaires de cas :
 - Sur quels fondements de coordination (charte entre les différents acteurs) ;
 - Sur quelles missions ;
 - Sur des filières ou des infra territoire, voir les deux.

Les représentants de l'UNAFAM se réjouissent à l'idée que des projets de développement d'une activité de gestionnaires de cas (case management) puissent être imaginés sur les territoires L'exemple du dispositif Passvers déployé sur les Yvelines avec ses coordinateurs de parcours sanitaire et social est pour eux un exemple à suivre. Par ailleurs il semble

important de prévoir la mise en œuvre d'une commission de suivi des projets du PTSM avec tous les acteurs en se dotant d'un observatoire (cas non traités, ...).

Ont participé (au moins une fois) à la réflexion :4 réunions - 46 participants

agnes.guerin@ch-les-murets.fr ; andrew.canva@gh-paulguiraud.fr ; nne.Chace@chiv.fr ; anne.doussin@valdemarne.fr ; anne.rauzy@gh-paulguiraud.fr ; antoine.pelissolo@aphp.fr ; armand.brun@mairie-vitry94.fr ; bjolivet@ivry94.fr ; brigitte.tironneau@gmail.com ; Ce.94med@ac-creteil.fr ; chantal.rimbault@valdemarne.fr ; christine.moulin@ac-creteil.fr ; clara.merchin@chicreteil.fr ; cmpp.accueil@mairie-vitry94.fr ; d.chatelain@wanadoo.fr ; daniel.courtois@valdemarne.fr ; Daniela.POPA@ght94n.fr ; darmonfabrice@espoir-cfdj.fr ; didier.hotte@gh-paulguiraud.fr ; direction.cerpp@ecoledebonneuil.org ; dPestana@charentonlepont.fr ; emilie.georget@chiv.fr ; florence.costes@ac-creteil.fr ;	han.phan@ars.sante.fr ; I.GARCIA-ORAD@ght94n.fr ; jeanluc.distefano@ecoledebonneuil.org ; Jean-Marc.Baleyte@chicreteil.fr ; JeanPaul.BOUVATTIER@ght94n.fr ; jocelyne.grousset@ac-creteil.fr ; laurence.bruyere@ecoledebonneuil.org ; marc.duvalarnould@aphp.fr ; Marie- Christine.CABIEJACQUEMIN@ght94n.fr ; martine.aioutz@orange.fr ; o.ribardiere@inicea.fr ; paej.creteil@espoir-cfdj.fr ; patricia.nsana@justice.fr ; patrick.hardy@aphp.fr ; Pauline.MUFFANG@ght94n.fr ; poleressource@maisondeladolescent94.org ; ralph.epaud@chicreteil.fr ; richard.buferne@ch-fondationvallee.fr ; serge.duconget@apajh94.fr ; therese.dahan@mairie-vitry94.fr ; Oana.GEOROCEANU@ght94n.fr ; docteur.abadie@maisondeladolescent94.org ; fabienne.chambry@justice.fr ; sjung@maisondeladolescent94.org ;
---	--

LES PARCOURS D'ADULTES

- **PILOTES** : Dr Bernard Elghozi
- **CO-PILOTE** : M. Daniel Chatelain (UNAFAM)

Sous l'intitulé « parcours d'adultes » deux thématiques précises et incontournables ont été abordées. Il s'agit de l'organisation des urgences pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et de la manière dont la psychiatrie peut et doit mieux travailler avec les médecins de ville notamment pour mieux gérer les prises en charges sur la durée et lors des crises qui trop souvent débouchent sur les urgences alors que cela pouvait être évitable.

L'approche du sous-groupe de travail s'inscrit dans la poursuite de la réflexion précédemment effectuée par le groupe de travail « urgences psychiatriques » animé par la DD de l'ARS 94 (Présentation Dr Agnès GUERIN)

Cette thématique visait plus particulièrement à penser les coopérations futures quant aux points clés suivants :

- Organisation de la réponse aux urgences (auditions Pr Antoine PELISSOLO, Dr Dominique CARAGE, Présidente de la CSSM du Val d'Oise).
- Articulation ville-hôpital notamment relation MG et CMP (audition Dr Catherine RICHARD, MG et Dr Aurélia MONDOLONI, Psychiatre CMP Médecin généraliste, Paris 14^{ème}).
- Développement des outils de coordination (audition Damien MICCOLINI, ENTR'ACTES)
- Place des usagers dans les différentes instances, dispositifs ou organisations.

➤ **Caractéristiques de l'offre en Val de Marne :**

Une offre sanitaire plutôt importante au regard des moyennes nationales ou franciliennes, notamment en ce qui concerne les services hospitaliers mais faible comme ailleurs pour ce qui est du suivi des patients sur le long terme.

- Psychiatrie : 15 secteurs répartis sur 3 GHT et 2 sites AP-HP, 3 cliniques, services HU non sectorisés.
- SAU : Psychiatre H24 : Bicêtre, Henri-Mondor, Villeneuve-Saint-Georges CHIC, Sainte-Camille.
- SAMU : centre 15 à Mondor.

Le recensement réalisé par Psycom dans son ouvrage « Guide santé mentale, soins accompagnement et entraide dans le Val-de-Marne » réalisé en 2018 est considéré comme une référence pour ce travail. Le document est référencé en annexe.

➤ **Principaux besoins :**

- La mise en place d'un dispositif pertinent de prise en charge des situations de crise, notamment la nuit et le week-end.
- Le repérage et prise en charge le plus en amont possible des risques de crises pour ne pas avoir à les gérer dans l'urgence et éviter ainsi d'avoir à mettre en œuvre ce qui est évoqué dans la phrase précédente.

Le représentant de l'UNAFAM, co-pilote de ce groupe de travail aura particulièrement insisté, au nom de son association, sur le fait que la question de la prise en charge de la crise et de l'urgence vient clairement en tête de leur préoccupation.

Pour eux, « avant le dernier stade de l'urgence où l'hospitalisation va devenir incontournable, trop souvent sans consentement et parfois remplacée par la prison, les familles assistent impuissantes à la montée de la crise » : une prise en charge de la crise débutante éviterait tant d'aggravations, d'hospitalisations et de souffrances : « Amenez-le-nous » est la réponse habituelle de l'institution psychiatrique mais comment faire avec une personne qui est souvent dans le déni de ses troubles ?

Le souhait de l'UNAFAM est que soit protocolisée dans les services de psychiatrie, une réponse adaptée de l'équipe de soins lorsque l'entourage (famille, hébergement, institution...) d'un patient signale la détérioration de son état et appelle pour qu'on lui vienne en aide ; des équipes mobiles de crise organisées à un niveau intersectoriel sont une solution moins « opératoire dépendante ». A ce jour, seuls quelques rares secteurs d'IDF en bénéficient et ce n'est pas le cas du Val-de-Marne.

Il manque de leur point de vue une organisation forte avec un professionnel spécialisé au SAMU connaissant la maladie psychique et les offres du territoire, afin d'apporter la meilleure réponse possible à chaque situation et quand nécessaire la possibilité d'envoyer auprès de la personne une équipe sanitaire suffisamment spécialisée.

En dehors des périodes de crises ou des situations d'urgences à gérer au mieux, la question des soins somatiques dont doivent bénéficier les personnes vivant avec des troubles psychiques est de toute première importance aussi pour les représentants de l'UNAFAM. Partant du fait que leur espérance de vie est dramatiquement réduite, ils se posent la question des marges de progression à l'hôpital psychiatrique et encore plus en CMP pour ce qui est de la collaboration médecine générale et psychiatrie, du suivi annuel systématique des principales comorbidités somatiques et complications des traitements psychotropes et de la prise en charge intégrée des addictions : par exemple, être en capacité de prescrire des dérivés nicotiniques au CMP.

➤ **Forces de l'offre en Val de Marne :**

L'Offre sanitaire est plus importante comparativement à d'autres territoires nationaux ou franciliens (cf Guide 2018 de Psycom mentionné plus avant).

➤ **Faiblesses de l'offre en Val de Marne :**

Le partenariat est à renforcer entre les différents intervenants des prises en charge (médecine de ville / secteurs psychiatriques / établissements hospitaliers).

Le dispositif de prise en charge des crises est trop souvent défaillant. Le dispositif d'évaluation à distance des situations est à repenser.

Par ailleurs, il avait été clairement défini comme préalable à la réflexion collective que celle-ci devait s'inscrire dans la continuité des travaux du groupe de travail qui s'est réuni à plusieurs reprises durant les deux années qui ont précédé les travaux de ce PTSM sous l'égide du CTS 94 et de la délégation départementale de l'ARS.

Ces travaux portaient sur les points suivants qui ont été débattus dans le cadre du PTSM :

- Assurer un diagnostic de l'état des lieux
- étude quantitative sur l'activité des urgences psychiatrique
- état des lieux de l'offre d'urgence et de post urgence

- Assurer un diagnostic fonctionnel qualitatif et repérer les difficultés
- premier recours
- interventions psychiatriques en amont de l'urgence
- évaluation de l'adéquation entre l'organisation du travail et l'activité d'urgences
- fonctionnement dans les services d'urgence
- modalités d'interventions des services d'aval

- Déterminer les leviers d'amélioration
- en amont des urgences
- dans le temps de l'urgence
- en aval de l'urgence

- Fluidifier la capacité d'hospitaliser avec pour objectif de réduire
- Les difficultés des familles et des professionnels de premier recours
- Les attentes aux urgences
- Les entrées en soins sans consentement
- Les jours d'hospitalisation évitables en aigu
- Les séjours inadéquats

- Impliquer tous les acteurs dans la résolution du problème
- créer une instance de réflexion sur la gestion des urgences psychiatriques dans le territoire avec l'objectif d'un accord sur le diagnostic, d'un consensus sur les actions à entreprendre, et la mise en place d'un pilotage des actions et une veille partagés

- Repérer les points critiques du système :
- permanence des soins
- accueil de crise et de soins non programmés
- temps du recours aux services d'urgence
- règles d'orientation post urgence

Organiser l'hospitalisation en urgence pour lui (re)donner son véritable rôle de soins intensifs en période aiguë et/ou d'évaluation critique.

Prioriser les efforts sur quelques populations cibles ou situations fréquentes.

➤ **État des lieux des urgences psychiatriques 94**

Suite à l'envoi de questionnaires vers secteur et vers SAU : tous ont répondu sauf Vitry et HVSG

Une première analyse fait ressortir une sous-estimation du nombre de passages aux urgences pour motifs psychiatriques, émergence de l'idée d'une permanence psy au SAMU, la permanence psychiatrique dans les SAMU très inégal.

Les points évoqués : transport en urgence, hétérogénéité des réponses des secteurs (ex : Centre d'Accueil et de Crise de Choisy-le-Roi et CMP cadran 7/7), besoin d'un examen somatique.

Les points clés recensés sont les suivants :

- Répondre à la crise et fluidifier le parcours des urgences pré-hospitalières
 - Rôle des CMP
 - Interventions au domicile des personnes dans les situations potentiellement urgentes
 - Appui à la régulation médicale du Samu-Centre 15 d'une compétence psychiatrique
- Améliorer le parcours hospitalier d'urgence
Présence psy dans les SU (sur ce point une proposition intitulée Aide à la régulation du SAMU présentée par le Pr Antoine Pélissolo a été largement débattue, elle est annexe à ce document).
 - Harmonisation du fonctionnement des structures de type centre d'accueil permanent et centre de crise
- Assurer la continuité en post urgence et limiter le retour aux urgences

Par ailleurs, il semble important de rappeler l'existence d'un document de référence pour les élus des communes, intitulés « SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT : Guide à l'attention des maires et des services communaux ».

Les conclusions et les points forts.

Les participants s'accordent sur le fait qu'il convient de poursuivre le travail sur les points suivants :

- Renforcer les partenariats pluri-professionnels et pluri-disciplinaires.
- Renforcer les compétences en matière d'évaluation des situations de crise par téléphone par le SAMU (disponibilité 24/24 d'un poste d'infirmier psychiatrique expérimenté pouvant à tout moment épauler le médecin régulateur).
- Améliorer les partenariats visant à permettre aux médecins généralistes de plus et mieux intervenir dans le suivi des patients concernés (cf présentation du binôme MG/PSY du 14ème
 - construire des articulations entre les médecins traitants et les psychiatres (permanences pour les MG dans les consultations de CMP et ou services hospitaliers/participation des psychiatres à des consultations ambulatoires, analyse partagée de situations complexes ...)
 - former et appuyer les intervenants de ville (travailleurs sociaux, paramédicaux et médecins) à l'accompagnement des patients atteints de maladie mentale
 - Repenser ce mode d'intervention complexe dont la temporalité et la reconnaissance pose problème.
- Développer le maillage du territoire en CLSM (démarche préventive).
- Prévoir des dispositifs de consultations rapides adressées en CMP (périmètre pré et post urgence) avec une charte commune pour tous les secteurs
- Améliorer la prise en charge de la crise en pré-urgence
- Travailler avec les équipes mobiles précarité-psychiatrie
- Organiser des équipes mobiles de crise pour couvrir tout le département
- Développer des lits d'urgence : CRUP/U72
- Développer des SI compatibles entre SU, services psy et médecine de ville (ex : Terr-eSanté ou Entr'Actes)
- Généraliser l'expérimentation du rappel systématique post tentative de suicide Vigilens.

Par ailleurs, un travail avait été engagé au sein du groupe sur les urgences mis en place par la DD ARS 94 et le CTS 94 avant le lancement de la démarche de ce PTSM et avait produit un certain nombre de fiches proposant des logigrammes recensant les démarches à engager face à diverses situations. Elles concernent :

- Les addictions
- Les crises suicidaires
- Les recrudescences délirantes
- Les troubles neurodégénératifs
- Les urgences majeures

Une des actions de ce PTSM sera vraisemblablement de poursuivre ce travail collectivement pour finaliser la conception de ces fiches et de mettre en place un plan de communication pour leur diffusion la plus large possible.

Ce travail est susceptible de contribuer à une meilleure prise en charge des situations de crises avant que celle-ci ne deviennent des urgences majeures relevant de la dernière fiche. (Les cinq logigrammes figurent en annexe de ce document).

La plupart de ces points forts sont tout particulièrement important aux yeux des représentants de l'UNAFAM. Il s'agit notamment de la nécessité de mieux s'appuyer et être à l'écoute de l'entourage pour améliorer la prise en charge. Sur ce point, la reconnaissance du rôle de l'entourage familial est primordiale. Il y a trop souvent un vrai problème de communication famille – soignants (notamment pas de personne contact pour la famille et pas de réponse quand la famille assiste impuissante à la montée de la crise). Pourtant la triple alliance thérapeutique patient- soignants -proches est une recommandation de l'HAS ALD 23 schizophrénie juin 2007. Certains chefs de pole et leurs équipes ont intégré dans leur pratique un partenariat avec l'entourage de la personne. D'autres refusent toujours tout contact avec l'entourage, souvent sous prétexte de secret médical. Or, celui-ci n'empêche en aucun cas d'écouter ce que les proches ont à dire à propos du malade. Dans le sens de la communication du soignant vers le proche, le secret limite bien sûr ce qui peut être dit mais article L1110-4 du code de la santé publique dispose: « En cas de diagnostic ou de pronostic grave, la famille, les proches ou la personne de confiance peuvent recevoir les informations nécessaires pour soutenir le malade, sauf si celui-ci s'y est opposé ».

Ont participé (au moins une fois) à la réflexion :6 réunions- 50 participants

andrew.canva@gh-paulguiraud.fr ; agathe.ces@chicreteil.fr ; agnes.guerin@ch-les-murets.fr; alain.cantero@ght94n.fr ; antoine.pelissolo@aphp.fr ; sylvie.brault@ville-creteil.fr ; ibenpss@club-internet.fr ; bertrand.lahutte@intradef.gouv.fr ; bjolivet@ivry94.fr ; brigitte.tironneau@gmail.com ; c.even@mairie-champigny94.fr ; c.vilder@fmdc.fr ; carlosdevoe@gmail.com ; catherine.renaut@choisyleroi.fr ; chrystelle.berthon@ars.sante.fr ; cpam.mprouheze@gmail.com ; d.chatelain@wanadoo.fr ; didier.hotte@psysudparis.fr ; dpeстана@charentonlepont.fr ; Eleonora.capretti@choisyleroi.fr ; emmanuel.loeb@aphp.fr ;	h.narboni@fmdc.fr ; Han.phan@ars.sante.fr ; helene.vidal@aphp.fr ; jeanlouis.lavaud@gh-paulguiraud.fr ; julien.vaux@aphp.fr ; liova.yon@aphp.fr ; marie-christine.cabiejacquemin@ght94n.fr ; marion.monville@ght94n.fr ; marta.font-planes@mairie-vitry94.fr ; Mathieu.bounouh@valdemarne.fr ; maxence.laroye@chicreteil.fr ; mddarche@orange.fr ; missy2preaudet@orange.fr ; myriam.hureau@gmail.com ; nadine.malavergne@psysudparis.fr ; p.cacot@vivre-asso.com ; patrick.hardy@aphp.fr ; sgorand@charenton.fr ; smaj@charenton.fr ; thierry.guerout@ght94n.fr ; _fliou@yahoo.fr ;
---	--

// **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) Territoire du Val de Marne**

emmanuelle.corruble@aphp.fr ; eric.lecarpentier@aphp.fr ; fernandez.visa94@orange.fr ; fhodan.maisonprevention@gmail.com ; Florence.aminhandjani@gh-paulguiraud.fr ; genestphi@gmail.com ;	secretariat.samu94@aphp.fr ; morgane.chevallier@ville-creteil.fr ;
---	---

L'HABITAT – LES ACTIVITES – L'EMPLOI–LA CITOYENNETE

- **PILOTE** : M. Pascal Cacot

La citoyenneté concerne l'ensemble de l'activité et des lieux d'existence des êtres humains. Elle ne saurait induire d'externalité : où que l'on soit on est citoyen. Certaines conditions de l'existence telles que la maladie, le handicap, la pauvreté, l'emprisonnement semblent s'opposer à ce fait de droit. Il devient alors indispensable de mener différentes actions pour que la citoyenneté soit une réalité vécue en tant que source de droit et d'entraide.

Toutes les actions d'accompagnement vers les droits et beaucoup d'actions d'entraide trouvent là leur justification : la citoyenneté se construit entre concitoyens.

Le pari de ce groupe de travail est que le partage de ces expériences pourra conduire à formaliser un certain nombre d'axes de travail réunissant des acteurs qui se connaissent et d'autres qui ne se connaissent pas encore permettant de faire progresser dans le Val de Marne la question de l'habitat, de l'insertion professionnelle et de la participation sociale des personnes vivant avec un trouble psychique ou confrontées à la souffrance psychosociale.

Les personnes vivant avec un trouble de santé mentale connaissent des difficultés importantes pour accéder à un logement, à une vie culturelle, sportive, sociale...et s'y développer en harmonie d'échange avec l'environnement ou pour accéder à l'emploi et y développer leur expérience et leurs compétences.

Les obstacles sont multiples. Le recensement de ces obstacles et des solutions qui ont pu déjà être mises au point dans le territoire et plus largement en Ile de France peut constituer une véritable ressource de changement et d'espoir dès lors que ce recensement sera porté à la connaissance des Val de Marnais, notamment par l'intermédiaire des professionnels de santé mentale.

Le pari de ce groupe de travail est que le partage de ces expériences pourra conduire à formaliser un certain nombre d'axes de travail réunissant des acteurs qui se connaissent et d'autres qui ne se connaissent pas encore permettant de faire progresser dans le Val de Marne la question de l'habitat, de l'insertion professionnelle et de la participation sociale des personnes vivant avec un trouble psychique ou confrontées à la souffrance psychosociale.

On cherchera à inscrire ce plan d'action dans les politiques de logement, d'emploi, de vie culturelle et plus globalement de santé du territoire, tant dans leur composante inclusive que dans leur dynamique générale.

Il a été proposé de travailler en trois temps

1. État des lieux :

Un temps de rassemblement des données existantes, des besoins et des problèmes rencontrés ainsi que des ressources et services disponibles en insistant sur ce qui apparaît comme de vrais succès partagés !

2. Analyse des problématiques et facteurs de succès

Ce travail méthodique sur les besoins et les différents types d'obstacles ainsi que sur les solutions qui ont été expérimentées devra être contextualisé dans un environnement Val de Marnais lui-même en mutation.

Il s'appuiera sur les données et analyses quantitatives disponibles, fournies notamment par l'ARS, la MDPH, la direction de l'autonomie, etc...

Parallèlement, la connaissance des évolutions des pratiques sous-tendues par des expérimentations (Housing first, habitat inclusif, emploi accompagné...) ainsi que l'évolution des textes réglementaires (par exemple, l'instruction sur l'organisation des soins de réhabilitation

psychosociale...) et l'évolution des politiques (particulièrement, mais pas uniquement, le PRS) apportera un contexte d'informations à prendre en compte pour les propositions à établir ensemble.

Les représentants de l'UNAFAM insistent sur ce point en rappelant que l'instruction DGOS du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psycho-sociale sur les territoires marque une réelle avancée. Ces nouveaux outils thérapeutiques sont porteurs de sens et d'espoir pour les patients et leurs proches mais encore trop peu nombreux, en Val-de-Marne comme ailleurs. A ce jour, savoir qu'ils existent et ne pas pouvoir y avoir accès faute de place est difficile à vivre pour les personnes concernées et leurs proches avec un sentiment aigu de perte de chance.

3. Préconisations et indicateurs de suivi

Il s'agira de souligner les perspectives à soutenir et qui pourront servir de base aux propositions du PTSM dès lors qu'elles auront un caractère transversal, engageant de nombreux acteurs qui se connaissant mieux, inventeront plus facilement avec les personnes concernées de nouvelles façons de construire une société plus inclusive avec l'ensemble de la cité (des entreprises aux bailleurs sociaux et propriétaires immobiliers, en passant par les nombreuses composantes de la vie sociale et culturelle).

A l'issue de rencontres réunissant soit l'ensemble du groupe soit les membres des sous-groupes Habitat-Logement ou Activité-Emploi, il en ressort les éléments d'analyses suivants :

• **Les obstacles :**

- Offre construite du point de vue des professionnels, structure par structure, brossant un labyrinthe d'acronymes
Conséquence : absence d'appui sur l'apport de la personne concernée dans la définition des besoins liés à son parcours et la construction de réponses appropriées
- Méconnaissance-Ignorance de la diversité de l'offre et des opportunités qu'elle crée
Conséquence : perte de chances, appauvrissement des parcours, chronicité,
- Organisation des orientations à priori et dans cette méconnaissance des possibilités
Conséquence : passivation, échec des orientations « à côté de la plaque », hors des priorités de la personne
- Méconnaissance des informations utiles à la construction de l'orientation par la MDPH (caricature : demande de toutes les prestations et certificat médical étiquette)
Conséquence : absence ou retard des réponses
- Non recours aux services à porte d'entrée MDPH en raison des risques de stigmatisation
Conséquence : refus d'accompagnement, particulièrement chez les jeunes
- Turn-over des professionnels
Conséquence : délitement des relations facilitant la construction des parcours
- Auto-centrisme des structures, via notamment la définition de leur activité (système d'information centré structure et non parcours)
Conséquence : appauvrissement et ralentissement des parcours

- Complexité des systèmes de solidarité, crainte des diminutions de ressources consécutives aux étapes du parcours
Conséquences : consommation de temps de professionnels, stress des personnes accompagnées, immobilisme.
 - Cloisonnement historique des systèmes d'intervention (sanitaire, médico-social, social)
Conséquence : isolement, méconnaissance et non usage du droit commun,
 - Absence de culture santé mentale de la population générale (du logement à l'entreprise !)
Conséquence : repli, diminution des solidarités élémentaires, intervention tardive et en urgence, stigmatisation
 - Connaissance insuffisante des soins de réadaptation psychosociale
- **Les points d'appui ou opportunités :**
 - Faire évoluer l'offre dans une logique centrée rétablissement par le parcours
 - a. En équilibrant sa connaissance et son pilotage avec les personnes porteuses d'un savoir expérientiel (appui sur les GEM, le club-house, le conseil d'entraide Vivre, les médiateurs de santé pairs ...)
 - b. En facilitant le dialogue des parties prenantes (ex : équipes mobiles pluri-institutionnelles)
 - c. En permettant à chaque personne de choisir dans sa « constellation relationnelle » son référent de parcours, même non professionnel
 - Agrandir le cercle des parties prenantes (organisme de formation, culture et sports, entreprises ...) en s'appuyant sur le projet politique de construction d'une société plus inclusive et en construisant des initiatives en réponse aux besoins exprimés par chacun trouvant écho dans les ressources disponibles (ex : formation aux premiers secours en santé mentale pour les gardiens d'immeuble ou les entreprises, usage des méthodes de recrutement par simulation (MRS) de Pôle emploi)
 - Mener des programmes expérimentaux territoriaux permettant de lever un certain nombre des obstacles repérés
 - Diversifier les formes de logement ou d'emploi accompagnés
 - S'appuyer sur des écosystèmes porteurs (ex : territoire zéro-chômeurs, SIAE liées aux travaux du Grand Paris, Établissements publics territoriaux...)

Au final, les participants souhaitent s'investir dans des projets collectifs visant à :

- Renforcer prioritairement le travail sur l'évolution des représentations sociales sur les troubles psychiques notamment pour les « professionnels relais » tel que les gardiens d'immeubles ou les personnels des DRH en entreprises... avec pour finalité une déstigmatisation des personnes concernées.
- Renforcer partout la culture du travail collectif de prise en charge et ce, toujours en parallèle plutôt qu'en série (ce qui suppose un décroisement institutionnel).
- Renforcer l'accompagnement des personnes à qui l'on propose un logement. Les aider à « habiter » le lieu (le postulat est que conserver son logement est parfois plus difficile que d'en obtenir un).

- Favoriser l'émergence de projets de logements de droit commun de type « habitat inclusif ».
- Renforcer davantage encore l'offre d'équipes mobiles pour intervenir rapidement au domicile des personnes.
- Participer au déploiement des actions de formation aux premiers secours en santé mentale.
- Rendre possible les expérimentations micro-territoriales qui germent sur le terrain.
- Développer les GEM et les postes de médiateurs en santé pairs (proposition qui fait partie des priorités de l'UNAFAM).
- Repenser les circuits d'orientation des personnes vers la formation et l'emploi.
- Renforcer l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans l'emploi (accompagnement des personnes et des entreprises).
- Promouvoir une communication positive sur la santé mentale auprès du grand public et à destination du marché du travail.

Ces orientations sont tout à fait en phase avec les attentes et propositions des personnes directement concernées que sont les usagers ou les familles d'usagers. Plusieurs usagers ont participé aux rencontres des différents groupes ou sous-groupe et les représentants de l'UNAFAM se sont publiquement exprimés sur ces sujets.

Ces derniers insistent plus particulièrement sur la nécessité de passer d'une logique de prise en charge à une logique d'accompagnement. Ils attendent le déploiement de dispositifs d'accompagnement en quantité suffisante et adaptée au handicap psychique (accompagnement dans le logement, le travail ou les activités sociales).

Pour utiliser la formulation qui est la leur, ils demandent aux différents acteurs de passer de « Je te soigne et je décide pour toi » à « tu suis ton parcours de rétablissement et à plusieurs nous t'accompagnons ».

Ils précisent néanmoins que le « nous t'accompagnons » nécessite un « nous », donc un soutien à plusieurs du sanitaire et du social, donc une coordination,

Par ailleurs, les acteurs engagés dans les travaux de ce groupe ont parfaitement conscience de l'importance d'articuler au mieux les actions qui seront envisagées dans le cadre de ce PTSM avec celles qui découleront de deux initiatives majeures engagées sous l'impulsion du Conseil départemental que sont la démarche de « Réponse Accompagnée Pour Tous » ainsi que celle liée au schéma départemental de l'autonomie ou des solidarités dont la 5ème édition est à l'étude et doit faire suite à la 4ème dont le terme arrive en 2020.

Pour plus de précision, l'engagement des territoires dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est porté en particulier par les MDPH, les conseils départementaux, les agences régionales de santé et les représentants de l'Éducation nationale. La conduite de la démarche impulse de nouvelles façons de travailler entre acteurs institutionnels, mais surtout avec les personnes en situation de handicap (dont le handicap mental) et leur entourage.

L'enjeu est d'apporter une réponse accompagnée véritablement élaborée avec la personne et son entourage. Pour répondre à cet objectif, les MDPH doivent notamment faire évoluer leurs pratiques d'évaluation en équipe pluridisciplinaire de manière à ce qu'elles permettent la prise en compte du projet de vie (souhaits et possibilités de chacun) ; la centralisation des informations nécessaires à la description des situations et à l'évaluation des besoins ; une orientation adaptée vers une solution mobilisable rapidement ; l'implication des personnes tout au long du processus.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » implique un important travail de concertation pour permettre la mobilisation, mais aussi l'évolution des réponses proposées à l'échelle du département et de la région, notamment par le développement de réponses modulaires. Ces objectifs de diversification et de modularité sont portés par les programmes régionaux de santé que pilotent les agences régionales de santé, mais aussi par les schémas départementaux de l'autonomie ou des solidarités des conseils départementaux. Ils trouvent

également un appui dans l'action menée par les représentants de l'Éducation nationale au sein des groupes techniques départementaux, par exemple en matière d'accompagnement à la scolarisation en milieu dit ordinaire ou en établissement médico-social.

Le projet « Une réponse accompagnée pour tous » est une mise en mouvement progressive et concertée de l'ensemble des acteurs d'un territoire. Elle se généralise ainsi dans une dynamique de coresponsabilité des acteurs afin d'être au rendez-vous de la réponse aux situations sans solution.

Ces quelques lignes montrent clairement à quel point les deux démarches « RAPT » et PTSM » ne peuvent être qu'intimement liées. Une partie des actions proposées dans le cadre de ce PTSM porteront donc vraisemblablement sur cette articulation.

Il en sera de même en ce qui concerne le futur schéma en faveur des personnes en situation de handicap qui sera proposé et déployé par la Direction de l'Autonomie dont le programme d'action répondra dans sa quasi-totalité à des problématiques communes avec celles de ce groupe de travail de ce PTSM.

La cohérence entre tous ces dispositifs ou démarches devra être un axe majeur des actions PTSM sur les années 2020 – 2024.

Ont participé (au moins une fois) à la réflexion : 8 réunions 71 participants

Amandine.Rochet@logial-oph.fr	;	karine.gros@u-pec.fr ;
andrew.canva@gh-paulguiraud.fr	;	l.saadna@vivre-asso.com ;
annie.cadel@gmail.com	;	laurence.busi@pemb.fr ;
Audrey.BONIN@ville-creteil.fr	;	lmathias@medef9394.org ;
aurelie.compain@valdemarne.fr	;	m.antoine@institut-renaudot.fr ;
b.torregrossa@aurora.asso.fr	;	m.crochard@vivre-asso.com ;
Bertrand.LIEVRE@ght94n.fr ;	;	m.monville@ght94n.fr ;
brigitte.fages@gh-paulguiraud.fr	;	m.munozduque@vivre-asso.com ;
brigitte.jeanvoine@valdemarne.fr	;	maissoun.khazen@croix-rouge.fr ;
c.pressard@mlplainecentrale.org	;	ma-octavius@elan-retrouve.org ;
c.vilder@fmdc.fr ;	;	marielle.petitdemange@aphp.fr ;
cdelavaloire@oeuvre-falret.asso.fr	;	matthieudevilmorin@orange.fr ;
cecilia.boisserie@psysudparis.fr	;	mc.cabie@orange.fr ;
CHEYREAU.myriam@bonneuil94.fr	;	melanie.fournie@valdemarne.fr ;
christine.avril@bpifrance.fr	;	Miljana.Dejanovic@valdemarne.fr ;
corinne.bocabeille@pole-emploi.fr	;	missy2preaudet@orange.fr ;
d.junqua@vivre-asso.com ;	;	murielle.bondje@ght94n.fr ;
d.mougin@vivre-asso.com ;	;	nicolas.francois@aphp.fr ;
dnguemboc@e-hlab.com	;	nicolas.law-wa@direccte.gouv.fr ;
dPestana@charentonlepont.fr	;	p.cacot@vivre-asso.com ;
DPestana@charentonlepont.fr	;	p.gibon@vivre-asso.com ;
eleonora.capretti@choisyleroi.fr	;	p.ichou@vivre-asso.com ;
fhodan.maisonprevention@gmail.com	;	pfoure@cci-paris-idf.fr ;
francoise.el-rhabi@developpement-durable.gouv.fr	;	pie.jourdan@hotmail.fr ;
frederique.marquet@pemb.fr	;	psychologue-act94@fmdc.fr ;
frederique.thiriot@apec.fr	;	raphaelledeneergaard@gmail.com ;
gbourdaud@simpon.com ;	;	s.gorand@charenton.fr ;
@cci-paris-idf.fr ;	;	s.melnikoff@fondationface.org ;
	;	sandrine.haetty@logial-oph.fr ;

// **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) Territoire du Val de Marne**

gilles.valet@valdemarne.fr ;	smaj@charenton.fr ;
guillot@essilor.fr ; g-veloso@agefiph.asso.fr ;	stephanie.perceval@sameth94.fr ;
han.phan@ars.sante.fr ;	TPerezVetillard@cma94.com ;
iguerin@gpsea.fr ;	valerie.mauray@grandorlyseinebievre.fr ;
jeanlouis.lavaud@gh-paulguiraud.fr ;	virginie.dailliez@pole-emploi.fr ;
jeanPaul.BOUVATTIER@ght94n.fr ;	claire.fornaro@ght94n.fr
jleroch@oeuvre-falret.asso.fr ;	

LES PERSONNES AGEES

Pilotes : Dr Malvoisin, St Maurice
Dr Houbin, Paul Guiraud

Participants

Dr Lefebvre des Noettes, APHP Emile Roux
Dr Bouché, APHP Charles Foix
Dr Martin, APHP KB
Dr Elfassi, réseau Partage 94
Dr Lazarovoci, réseau Onco 94 Ouest
Dr Lievre, GHT94n Les Murets
Dr Lebras, GHT94n Les Murets

Il n'y a pas eu de groupe de travail à proprement parler pour travailler sur la thématique « personnes âgées » dans le cadre de ce PTSM, mais un groupe s'est constitué sur ce sujet dans le cadre de la démarche de diagnostic territorial. Au final les éléments d'analyse produits par ce groupe méritent d'être présentés à part. De plus, l'approche globale par type de population concernée s'en trouve largement renforcée, la thématique « santé mentale et personnes âgées » venant compléter celle qui traversait tous les âges de la vie de la périnatalité aux parcours d'adultes en passant par l'enfance et l'adolescence. De plus elle se trouve elle aussi concernée par la thématique transverse « habitat, activité emploi, citoyenneté ».

• **État des lieux :**

Le Val-de-Marne compte 1 372 389 habitants dont 18,3% > 60 ans

On y trouve 71 EHPAD pour 6241 places

Ce taux d'équipement en places est inférieur à la moyenne nationale : 130 vs 148 / 1000 PA > 75 ans ainsi qu'à la moyenne de l'Île de France : 130 vs 140 / 1000 PA > 75 ans

Les bénéficiaires du minimum vieillesse représentent 3,3 % de la population (3,4% IDF - 3,1% national)

• **Présentation de l'offre de soins graduée : de la proximité au niveau régional**

- Niveau 1: proximité (CMP, libéraux)
- Niveau 2: territorial
 - 1 Unité d'hospitalisation spécialisée (Charles Foix)
 - 1 HDJ (Charles Foix)
 - 1 USLD
 - 2 Équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée
 - CLIC/MAIA/ réseaux de soins
- Niveau 3: régional
 - Centre Ressource psychiatrie du SA (Corentin Celton)
- Structures psychiatriques spécifiques du sujet âgé
 - Equipes mobiles :

- EMPPA (Paul Guiraud) *5 secteurs*
- UMGP (St Maurice) *1 secteur*

- Service de psychiatrie de la personne âgé (Charles Foix) : 19 lits + 15 places HDJ + 1 service hors département (Joffre Dupuytren APHP GHT Mondor)

- 1 USLD : Marie Cazin, CH des Murets

- Psychiatrie de liaison spécifique PA
 - Émile Roux
 - Charles Foix
 - St Maurice
 - Kremlin Bicêtre
 - Paul Brousse

- Structures psychiatriques non spécifiques
 - Psychiatrie universitaire non sectorisée CHU Mondor et Bicêtre (ECT)
 - Cliniques privées: Maison de santé de Nogent, Clinique Jeanne d'Arc St Mandé

- **Liens avec la filière gériatrique** :(*) = Présence de psychiatre de liaison
 - **Unités de Gériatrie Aigüe :**
 - Mondor*
 - Chennevier*
 - Ste Camille*
 - Paul Brousse*
 - Emile Roux*
 - KB*
 - Charles Foix*
 - Villeneuve St Georges

 - **Équipes mobiles gériatriques**
 - Bicêtre (intra hosp et SAU)
 - Mondor (EHPAD)
 - CHIC (intra hosp et SAU)

 - **Équipes Spécialisées Alzheimer**
 - Age et vie
 - ACSMD
 - Santé Service
 - Abbaye bord de marne
 - ESA

 - **Hôpital de jour / diagnostiques et thérapeutiques**
 - St Maurice*
 - Chennevier
 - Emile Roux
 - Paul Brousse
 - Charles Foix*

 - **SSR public**
 - Emile Roux*

- CHIC*
 - Chennevier*
 - Paul Brousse*
 - St Maurice*
 - CH les Murets*
 - Charles Foix*
 - Mondor*
 - Villeneuve St Georges
- **SSR Privé**
 - Les Tournelles l'Hay les roses
 - Clinique Gaston Métivet
 - **Unités Cognitivo-Comportementales**
 - St Maurice*
 - Émile Roux*
 - Paul Brousse*
 - **Unités de Soins de longue Durée**
 - Émile Roux*
 - Paul Brousse
 - Charles Foix*
 - Dupuytren 91* GH Mondor
 - Champcueil 91 GH Mondor

Projets en cours : quelques dispositifs innovants :

- Développement télémédecine/ télé-expertise avec les EHPAD sur l'Ouest 94 (EMPPA)
- Extension DPSP, en appui au médecin généraliste, secteur 94G17 puis 94G13

Des besoins de soins croissants :

- Évaluation psychiatrique à domicile ou institution (secteur social et médico-social)
- Expertise lors de réunions partenaires
- Bilans cognitifs (HDJ)
- Suivi psychothérapeutique
- Formations
- Questions des « jeunes vieux » (60-70 ans)
- Devenir des patients psychiatriques vieillissants

Forces :

- Une filière complète:
 - Service universitaire de psychiatrie de la personne âgée sur le territoire
 - 2 équipes mobiles
 - 1 USLD à orientation géro-psycho-geriatrique
 - Ensemble du territoire couvert par les MAIA/CLIC/ESA
 - 2 réseaux plurithématiques bien organisés et d'accès facile : Onco 94 Ouest et Partage 94

Faiblesses :

- Disparité territoriale Est/Ouest
- Filière incomplète au niveau infra territorial
- Territoires non couverts par les équipes mobiles
- Peu de médecins généralistes, de moins en moins se déplacent à domicile

- Non recoupement entre cartographie secteur psy et celle des filières gériatriques
- Délai de réponse ++ MAIA/CLIC
- Articulation avec la filière gériatrique difficile pour la tranche d'âge 60-75 ans
- Manque de formation du personnel soignant en EHPAD

Les préconisations à ce stade de la réflexion sont les suivantes :

- Compléter et/ou équilibrer la filière sur le territoire
- Création de places supplémentaires en USLD à orientation géronto-psychiatrique
- Extension du territoire UMGP, création d'autres équipes mobiles
- Création de lits supplémentaire de psychiatrie du sujet âgé
- Création de places supplémentaires en UCC
- Formaliser la prise en charge des sujets âgés par le secteur psychiatrique
- Désignation de référents médicaux et paramédicaux PA au sein de chaque CMP
- Formaliser le relais de suivi lors de l'entrée en EHPAD
- Adapter les locaux de consultation (rampes, accessibilité fauteuil roulant...)
- Appui des équipes mobiles/DPSP aux pratiques psychiatriques des médecins généralistes
- Développer la télé expertise/télé consultation
- Favoriser l'accès aux psychothérapies (prise en charge financière, déplacement à domicile des professionnels libéraux)
- Développer la prise en charge des sujets âgés souffrant de troubles psychiques par le secteur médico-social
- Création de places supplémentaires en FAM, MAS...
- Etendre l'âge d'inclusion des SAMSAH, SAVS ou SAVS avec une spécificité gériatrique...

Conclusion

La démarche de PTSM visait trois objectifs principaux :

Objectif n° 1 : Réunir autour de la santé mentale et la psychiatrie, pour une réflexion collective dans la durée et sur des thématiques ciblées par eux-mêmes, les différents intervenants et acteurs du sanitaire, du médicosocial et du social, qui ne se connaissent pas toujours et ne travaillent souvent pas ensemble. Ce premier objectif est largement atteint.

Objectif n° 2 : Produire un état des lieux en repérant les points forts et les points faibles en santé mentale et psychiatrie sur le département, principalement sur quelques axes prioritaires. Ce second objectif est atteint pour ce qui est des cinq thématiques prioritaires retenues.

Objectif n° 3 : imaginer et formaliser pour les quelques années à venir des projets partagés, intégrant des partenariats interprofessionnels et interinstitutionnels susceptibles d'améliorer le repérage, le diagnostic précoce et l'accompagnement sans rupture des publics concernés. Ce troisième objectif est en chantier et fera l'objet des rencontres prévues au cours des prochains mois.

Pour ce qui est de la poursuite de cette démarche, le bureau de la Commission Spécialisée Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé s'est réuni début janvier et a étudié les travaux déjà réalisés par les 9 groupes de travail ayant réuni à ce jour 278 participants. Le bureau en a dégagé un certain nombre de principes d'actions ou « éléments de méthodes » communs aux démarches mises en œuvre et qui renforcent leur cohérence et leur capacité de transformation.

Ces principes d'actions sont aux nombres de cinq :

- 1- Le maintien de la démarche de mobilisation des acteurs par des rencontres régulières et un travail partenarial en « cercles ouverts » capable de donner accès à des actions partenariales « transformantes ».
- 2- L'engagement formalisé des institutions dans le soutien de ces transformations, au-delà de celui des personnes physiques qui les représentent dans les différents groupes de travail.
- 3- La représentation la plus large possible des personnes concernées par les actions envisagées afin de nourrir la réflexion de leurs expériences, de leurs analyses et de leurs propositions, notamment en termes de définition des priorités.
- 4- L'idée de passer résolument et concrètement d'une logique de prise en charge ponctuelle, institutionnelle et fractionnée à une logique de parcours ouverts, dont l'organisation pourrait s'appuyer sur des logiques de proximité, au sein de deux ou trois infra-territoires en Val de Marne. Ceci suppose de penser :
 - Un système d'information support de ces parcours.
 - Des modes de financement et de mesure d'activité adaptés.
 - Des équipes pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles.
 - Des accompagnants de parcours choisis ou agréés par les personnes elles-mêmes.
- 5- La construction systématique d'une démarche d'évaluation avec des outils dédiés garants de la traçabilité des actions et des résultats.

Ces cinq éléments de méthode n'ont bien évidemment de sens que s'ils s'inscrivent sur les dynamiques territoriales existantes ou en projet.

// **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) Territoire du Val de Marne**

La finalisation de ce premier PTSM suppose donc que les différents acteurs impliqués depuis une année déjà dans la réflexion collective s'engagent chacun sur l'un ou plusieurs de ces chantiers afin de participer concrètement à l'amélioration de la situation pour ce qui est de l'un ou plusieurs des points clés cités, en s'inscrivant dans la démarche définie par les principes d'actions évoqués.

ANNEXES

État des lieux sociodémographiques du Val-de-Marne :

- Le Profil du territoire de coordination Val-de-Marne EST, septembre 2018, publié par l'ORS Ile-de-France.
https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2019/territoireCoordination/94_est_2019.pdf
- Le Profil du territoire de coordination Val-de-Marne OUEST, septembre 2018, publié par l'ORS Ile-de-France.
- https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2019/territoireCoordination/94_ouest.pdf

Offre de sanitaire et médico-sociale en Santé mentale du Val-de-Marne :

- Le Guide santé mentale, soins, accompagnement et entraide dans le Val-de-Marne, édition 2018, publié par Psycom.
- <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/07/Psycom-GS94-2018-web-small.pdf>

Groupes périnatalité :

- Présentation de la cartographie de l'offre de périnatalité en Val de Marne et du Réseau périnatal en Val de Marne, Dr Ignacio Garcia-Orad et Dr Annie Elbez, mai 2019.
- Notes pour le groupe PTSM périnatalité « Les espaces de partenariats en périnatalité: articulations, coordinations ? », Dr Christine Ruel, juillet 2019.
- Présentation des actions de la PMI en direction des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans, direction de la PMI.
- Note technique définissant le dispositif de protection de l'enfance, Pôle Enfance et Solidarités, Direction de la protection de l'enfance et de la jeunesse, Cellule de recueil des informations préoccupantes, Créteil, septembre 2019.

Groupe Parcours Enfants :

- Présentation du diagnostic territorial et de l'analyse stratégique du " Parcours de vie et de soins des enfants âgés de 2 à 12 ans " (Dr JP Bouvattier, mars 2019).
- Présentation de la cartographie de l'offre de soins de pédopsychiatrie Val de Marnaise pour les enfants âgés de 2 à 12 ans (Dr JP Bouvattier, 2019/2020).
- Présentation Note technique définissant le dispositif de protection de l'enfance, DDPEJ 94 (M Fabien Feuillade, septembre 2019).
- " Accueil au CMP des Enfants Présentant des Troubles du Spectre Autistique " (Dr Christine Ruel, Monsieur Gilles Vidal, Décembre 2019).
- Rapport d'Activités 2017-2019 des personnels de santé infirmiers, médecins et secrétaires sur la " Promotion de la santé en faveur des élèves ".
- Synthèse complémentaire au rapport d'Activités des personnels de santé.

Groupe Parcours d'adultes :

- Présentation de la proposition « d'aide à la régulation du SAMU », Pr Antoine Pelissolo, mars 2019.
- Présentation « entr'Actes - Plateforme Numérique de Coordination de parcours de soins primaires », Medica Concept, septembre 2019.

- Logigrammes sur : Les addictions - Les crises suicidaires - Les recrudescences délirantes - Les troubles neurodégénératifs - Les urgences majeures

Groupe Habitat, Insertion, Citoyenneté :

- 4e schéma en faveur des personnes en situation de handicap (2016-2020), Conseil départemental du Val-de-Marne.
- Note sur la « Participation des Acteurs du Logement d'Insertion aux Conseils locaux de santé mentale - Apporter une réponse adaptée aux personnes en souffrances psychiques logées dans le parc des ALI du Val de Marne », Les Acteurs du Logement d'Insertion du département du Val-de-Marne, janvier 2018.
- Note sur « L'offre de logement des ALI dans le Val-de-Marne », Les Acteurs du Logement d'Insertion, janvier 2018.
- Présentation « Premiers secours en santé mentale », PSSM France, novembre 2019.
- Présentation de « l'articulation entre démarche RAPT et PTSM », Mme Roselyne Touroude – UNAFAM, juin 2018.

COMPLEMENT (mars 2020) : Diagnostic « Enfance »

Projet Territorial de Santé Mentale du Val-de-Marne

Groupe de travail

« Parcours de vie et de soins des enfants âgés de 2 à 12 ans »

Diagnostic territorial et analyse stratégique

Né des échanges et de la réflexion en cours au sein du groupe de travail « Périnatalité », le groupe de travail « Parcours de vie et de soins des enfants âgés de 2 à 12 ans » a commencé ses travaux au cours du deuxième trimestre de l'année 2019, c'est-à-dire avec un semestre de retard avec les autres groupes thématiques du Projet Territorial de Santé Mentale du Val de Marne.

Le pilotage de ce groupe est assuré par Jean-Paul BOUVATTIER avec le soutien d'Yves TALHOUARN qui pilote le groupe périnatalité afin d'assurer la cohérence entre les deux groupes de travail

Les thématiques abordées au sein de ce groupe de travail concernent le parcours de vie des enfants entre la périnatalité et l'adolescence. C'est la raison pour laquelle la tranche d'âge concernée a été définie de 2 à 12 ans.

Le thème proposé suppose un abord pluri-partenarial des thématiques situés au cœur du parcours en santé mentale des enfants de cette tranche d'âge. Les principaux partenaires concernés se sont fortement mobilisés et ont participé aux réunions de ce groupe qui ont eu lieu dans les locaux de la direction départementale de la PMI à Créteil :

- Le 20 septembre 2019,
- le 18 octobre 2019,
- le 22 novembre 2019,
- et le 20 décembre 2019.

Les échanges ont été riches et dynamiques entre ces différents partenaires qui sont :

- Les 5 secteurs et/ou pôles de psychiatrie infanto-juvénile du Val-de-Marne, les CMPP et CMP municipaux, les pédiatres et services de PMI.
- Les services de l'éducation nationale, les établissements scolaires (école maternelle, école élémentaire et collèges) et les services de santé scolaire.
- Les services départementaux qui contribuent à la protection de l'enfance, la Direction de la Protection de l'Enfance et de la Jeunesse (DPEJ), la Direction de la Protection Maternelle et infantile (DPMI), la Direction de l'Action sociale (DASo), ainsi que des

services de l'Etat que sont la Protection judiciaire de la jeunesse et le Tribunal pour enfants de Créteil.

- La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et les établissements médico-éducatifs.

L'apparition de troubles psychiques chez l'enfant suppose la mobilisation de différents professionnels. Cette mobilisation concourt au repérage des troubles, puis à leur prise en compte par l'accompagnement de l'enfant et de ses parents vers les structures spécialisées adaptées et à même d'évaluer chaque situation dans une appréhension de l'enfant individuelle et dans son environnement, familial essentiellement.

C'est de cette évaluation que découle le projet de soins et le parcours de vie de l'enfant, le plus souvent à l'école.

« La politique de santé des élèves s'inscrit dans les objectifs généraux de l'école et vise à réduire les inégalités sociales, d'éducation et de santé afin de permettre la réussite de tous les élèves et promouvoir une école plus juste et plus équitable. »

Le repérage des troubles :

Le repérage des troubles peut se faire dans le milieu familial, à l'occasion d'une consultation médicale à la PMI ou chez le médecin de famille ou le pédiatre, ou bien dans le milieu où l'enfant est accueilli : mode d'accueil collectif avant l'entrée à l'école ou à l'école à partir de l'âge de 3 ans. Plus des trois quarts des enfants accueillis en consultation médico-psychologique ont vu leurs troubles repérés à l'école.

Le repérage fait lors de l'entrée à l'école maternelle est symptomatique du défaut de repérage dans la petite enfance. Ces situations semblent fréquentes.

Il peut avoir lieu :

- A l'occasion de manifestations symptomatiques ou "clignotants" que peuvent être les troubles des apprentissages, les troubles du comportement et/ou les troubles du développement.

- A l'occasion d'un bilan de santé ou d'une évaluation programmée :

- Bilan de santé pour les 3-4 ans en moyenne section pratiqué par la PMI à l'école maternelle.

- Visite médicale obligatoire de la sixième année à l'école et dépistage infirmier obligatoire de fin de cycle 1 (GS).

- Consultation infirmière en fin de cycle 2 (CE2).

- Visite de dépistage infirmier de la douzième année.

Ce repérage repose sur l'évaluation faite par le ou les professionnels des services de l'éducation nationale :

- L'enseignant, qu'il soit ou non spécialisé,

- l'infirmière scolaire :

- 141 postes sont affectés en EPLE, 56,5 postes en établissement, 85,5 postes en inter-degrés.

- 151 établissements du second degré bénéficient de l'expertise d'un personnel infirmier.

- Le service médical de santé scolaire :

Le service médical de santé scolaire se compose d'un pilotage départemental et de 33 centres médico-scolaires répartis sur le département.

Pour 30 postes de titulaires budgétés, ne sont actuellement présents que 7 médecins répartis de la façon suivante : 1 médecin conseiller technique, 5 médecins titulaires et 1 médecin vacataire ou contractuel. (Il y a une dizaine d'années, il y avait 50 postes, tous pourvus...).

Sont également présentes dans ce service 25 secrétaires pour 22,4 ETP dont 1 secrétaire à temps plein à la DSDEN, une secrétaire à mi-temps pour le dossier des aménagements d'examen.

- Le psychologue scolaire :

Avec la raréfaction des réseaux d'aide spécialisés aux élèves en difficulté (RASED), les psychologues scolaires se retrouvent en première ligne avec les maîtres spécialisés.

Situation des enfants repérés précocement et qui arrivent à l'âge de l'entrée à l'école maternelle.

Cette question mérite d'être abordée en amont de la scolarisation au travers d'un travail pluri-partenarial qui associe lieux d'accueil anté-scolaire (crèches, ...), services de soins (PMI, pédiatrie, pédopsychiatrie, ...) et services de l'éducation nationale.

Organisation et suivi de la scolarité des élèves dits à besoins spécifiques :

- Pour ce qui est des élèves à besoins spécifiques qui bénéficient d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

Le PAI est une démarche concertée, initiée par la famille. Il implique une coordination de l'ensemble des intervenants notamment des personnels de santé.

6 255 PAI sont recensés soit 2,8% de la population renseignée. Les PAI nouveaux ou ceux ayant nécessité une intervention du médecin s'élèvent à 44% des PAI déclarés.

- Pour ce qui est de ces plans d'accompagnement personnalisé (PAP) :

Les médecins ont donné un avis sur la mise en place d'un PAP pour 729 dossiers et ont participé à 135 réunions d'équipe éducative dans ce cadre.

- Pour ce qui est des élèves relevant du handicap :

Les infirmier-ères et les médecins de l'éducation nationale peuvent être amenés à intervenir à différents moments de la prise en charge. Ce bilan retient 2 816 dossiers d'élèves relevant du handicap, 42% ont bénéficié d'une visite médicale. Les médecins ont participé, pour 37%, à une

réunion d'équipe de suivi de la scolarisation (RESS). Les infirmier-ères ont participé à 171 RESS dans le second degré.

Le travail des ERSEH (enseignants référents à la scolarisation des enfants handicapés) est évoqué, ils sont une trentaine sur le département. Ils font le lien entre les enfants, les parents et la MDPH. Le rôle des AVS/ AESH est aussi présenté comme important.

Ces enfants qui sont nombreux (plus de 20 % de la file active des enfants suivis en consultation médico-psychologique présentent des troubles du spectre autistique).

La mobilisation clinique et partenariale que justifie leur situation est très chronophage (plus de 40 % du temps de travail de l'équipe pluri-professionnelle d'un CMP (cf. annexe « Accueil au CMP de enfants souffrant de TSA »).

Troubles psychiques de l'enfant et accès aux soins

Lorsque les troubles ont été repérés chez l'enfant et qu'ils nécessitent une prise en charge spécialisée, les parents sont alertés et il leur est proposé de prendre rendez-vous dans une consultation spécialisée (CMP ou CMPP, le plus souvent). Cela suppose un accompagnement vigilant par les services de santé scolaire, psychologue scolaire en particulier.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile est organisé de façon à apporter aux enfants repérés en difficulté, une réponse adaptée et spécifique, tenant compte de l'âge de l'enfant, et graduée en fonction de la nature des troubles présentés (cf. l'annexe « cartographie de l'offre de soins de psychiatrie infanto-juvénile dans le Val de Marne »).

L'accueil en consultation se fait au centre médico-psychologique ou CMP. Les CMP sont répartis sur le territoire de façon à faciliter l'accès aux soins à proximité géographique raisonnable du lieu de domiciliation des enfants et de leurs parents. D'autres structures concourent dans le département à cet accueil en consultation : les CMPP et les structures municipales.

Le travail en consultation médico-psychologique se fait en équipe pluri-professionnelle : pédopsychiatres, psychologues, cadres de santé, soignants infirmiers et éducateurs, psychomotriciennes et orthophonistes, assistantes sociales, ...

Il repose sur une évaluation de la situation individuelle de chaque enfant, toujours appréhendée dans son environnement (famille, école, ...). Il se situe toujours au cœur d'un travail pluri-partenarial avec l'ensemble des professionnels intervenant auprès de l'enfant et de ses parents (école, services de soins somatiques, services sociaux, ...) et pose la question de l'accompagnement de l'enfant et de sa famille et des passages.

Si l'importance des troubles présentés par l'enfant le justifie, celui-ci peut être admis dans d'autres structures de soins qui travaillent également dans un esprit pluri-partenarial, en particulier avec l'école qui accueille l'enfant. Ces structures peuvent être sollicitées pour des temps courts ou plus longs. C'est la situation de chaque enfant et les besoins spécifiques qui en découlent qui définissent les modalités de cet accueil.

Certains enfants qui présentent des troubles sévères du développement psychique (TSA, déficience intellectuelle) peuvent être orientés, à la demande de leurs parents et en fonction des besoins de l'enfant, par la MDPH vers un établissement médico-éducatif.

Les structures de pédopsychiatrie qui accueillent les enfants âgés de 2 à 12 ans sont :

- Les CMP, CMPP et structures municipales qui accueillent en consultation médico-psychologique, pratiquent bilans et évaluation à visée diagnostique et organisent suivis et accompagnements à la faveur d'un travail pluri-partenarial.
- Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ou CATTP.
- Les hôpitaux de jour.
- Les structures d'hospitalisation complète de la fondation Vallée à Gentilly
- les lieux d'accueil des urgences pédopsychiatrique au CHIC et au Kremlin-Bicêtre.

Les demandes d'accueil à temps plein sont nombreuses affluent et les temps d'attente sont longs. Actuellement, un enfant autiste doit attendre plusieurs années avant d'avoir un lit à la Fondation Vallée.

Le constat a été fait lors des échanges qui ont eu lieu dans ce groupe de travail, d'une connaissance insuffisante par l'ensemble des partenaires des structures et dispositifs existants ainsi que de leurs modalités d'accès et de fonctionnement. Ceci peut être source de confusion pour les professionnels qui adressent et pour les patients.

Modalités d'accès aux soins :

La demande de consultation doit être faite par les parents ou, le cas échéant, par le détenteur de l'autorité parentale.

Dans nombre de situations, le repérage des troubles de l'enfant ne suffit pas pour que les parents alertés, le plus souvent par l'école, prennent rendez-vous en consultation. Certains psychologues scolaires constatent qu'il faut parfois plusieurs années avant que les parents n'acceptent de faire cette démarche qui doit être faite conjointement par les deux parents.

Ceci souligne une fois encore, la nécessité du travail pluri-partenarial qui, le plus souvent, s'engage à partir de la situation d'un enfant repéré en difficulté, et qui s'installe pour le temps que durera le suivi de l'enfant par le secteur de pédopsychiatrie.

Lorsque la demande de consultation est faite, les parents se heurtent à un nouvel obstacle : les structures de consultations sont saturées de demande dont nombre concernent des enfants en grande difficulté (TSA, par exemple), et le délai d'attente est long, de quelques mois dans le meilleur des cas à près d'un an dans d'autres, ce qui est difficilement acceptable, ce d'autant que la situation de l'enfant peut être critique.

On remarque également que les moyens alloués sont très inégalement répartis sur le territoire du Val de Marne. Ceci explique la variabilité du délai d'attente en fonctions du lieu de domiciliation du patient.

- Parcours de vie et de soins - entre secteur sanitaire et secteur médico-social - des enfants présentant des troubles graves du développement psychique, TSA en particulier.

Le repérage et l'annonce chez un enfant d'un trouble grave du développement psychique inaugure un long parcours de soins où le travail pluri-partenarial entre structure de soins, école et milieu médo-col social prends tous son sens.

Pour nombre d'enfants, la question du passage de la consultation médico-psychologique vers un établissement spécialisé du type EMP ou IME est posée et l'enfant et sa famille doivent être accompagnés dans ce parcours souvent chaotique. Les assistantes sociales de pédopsychiatrie jouent un rôle important dans cet accompagnement. Les démarches faites vers la MDPH sont longues et le délai entre le dépôt de la demande et la notification de la décision adressée aux parents peut excéder une année.

L'orientation de chacun de ces enfants est soumise à la décision de la MDPH qui statue sur la demande faite par les parents et qui propose le ou les établissements susceptibles de répondre aux besoins spécifiques de l'enfant concerné.

Malgré la mobilisation de tous, le délai entre le moment où les parents adressent le dossier de leur enfant aux établissements proposés par la MDPH et le moment où une réponse leur est apportée est anormalement long (parfois plusieurs années).

Cette réponse se révèle trop souvent être négative sans que, dans la plupart des cas, aucune motivation ne vienne étayer ce refus. Les refus peuvent être nombreux.

Les enfants qui sont admis dans un établissement attendent eux aussi souvent bien trop longtemps et il n'est pas rare qu'il s'écoule 2 ou 3 ans, voire davantage, entre le moment de la demande et l'admission de l'enfant dans un établissement.

Ceci souligne le cruel manque de moyens permettant dans le Val-de-Marne l'accueil des enfants souffrant de troubles sévères du développement.

Ce manque de moyens concerne les places en externat, mais également les places en internat dont le manque oblige à éloigner les enfants concernés de leur environnement familial, jusqu'à la Belgique pour nombre d'entre eux.

Ceci a aujourd'hui pour effet que les enfants sont maintenus au-delà du raisonnable dans leur milieu d'accueil (maintien en crèche jusqu'à l'âge de 6 ans, à l'école maternelle jusqu'à 8 ans, ...), ou sont orientés vers des dispositifs qui ne sont pas à même de répondre à leurs besoins spécifiques, collège ULIS pour les enfants arrivant à l'âge du collège).

Cette situation est à l'origine de nombreuses ruptures de parcours pour des enfants qui sont en très grande difficultés et qui sont confiés à la charge de leurs parents, et à leur domicile, pendant plusieurs années avant qu'une solution ne leur soit proposée. Certains d'entre eux, souvent les plus en difficulté, sont laissés pour compte et arrivent à l'âge adulte sans qu'aucune solution ne leur ait été proposée.

Dans tous les cas, le travail des professionnels impliqués est conditionné par les moyens alloués, qu'il s'agisse du travail auprès des enfants et de leur famille ou du travail partenarial.

Il dépend aussi de la possibilité de recruter des professionnels qualifiés et de leur formation.

La difficulté de l'exercice professionnel dans ces conditions est source d'insatisfactions et de mouvements. Il est difficile dans certains quartiers de fidéliser les professionnels alors que l'on sait que le travail partenarial repose pour grande partie sur les échanges, souvent dépendant des personnes, et la connaissance du terrain.

Le constat est fait d'un manque de moyens pour tous - école et éducation nationale, secteur sanitaire, MDPH et établissements médico-éducatifs, ... -, qui vient obérer la capacité à répondre à toutes les situations de façon adaptée et satisfaisante dans un délai raisonnable.

- Protection de l'enfance dans le parcours de vie et de soins des enfants âgés de 2 à 12 ans :

« Un enfant est considéré en danger au titre de l'article 375 du code civil, si la santé, la sécurité ou la moralité du mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ».

Lorsque certains éléments connus peuvent faire craindre que la situation d'un enfant l'expose à une mise en danger, deux procédures peuvent être utilisées afin d'informer les professionnels en charge de la protection de l'enfance de cette situation :

- L'information préoccupante :

Il s'agit d'une information transmise à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de soutien et de protection dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

La CRIP réalise, en amont du mandatement, un travail de qualification de l'information préoccupante et de recherche d'antériorité connue, pour chaque écrit reçu.

Pour ce qui est des suites données ; après analyse des éléments transmis, la CRIP décide des suites à donner pour chaque information entrante :

- Classement sans suite :
 - Si l'information ne revêt pas le caractère d'une information préoccupante.
 - Si la CRIP oriente l'information vers le service territorialement compétent.
- Demande d'évaluation à l'espace départemental des solidarités (EDS) :
 - Évaluation classique (délai légal de 3 mois).
 - Évaluation rapide (1ers éléments attendus sous 7 à 15 jours).
 - Évaluation urgente (1ers éléments attendus en moins de 72h).
- Signalement au parquet des mineurs

L'évaluation a pour objet :

- D'apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, de développement, du bien-être, et des signes de souffrance éventuels du mineur.
- De proposer les réponses de protection les mieux adaptées en prenant en compte et en mettant en évidence notamment la capacité des titulaires de l'autorité parentale à se mobiliser pour la protection du mineur, leurs ressources, et celles des personnes de leur environnement.

Cette évaluation porte sur :

- L'existence, la nature, et la caractérisation du danger ou risque de danger encouru par le mineur.
- La capacité des titulaires de l'autorité parentale et des personnes de l'environnement du mineur à se mobiliser pour répondre à ses besoins.
- Les aides et le soutien mobilisables pour le mineur et sa famille, et leur aptitude à s'en saisir.

En ce qui concerne l'évolution du nombre d'enfants concernés par une IP entre 2014 et 2018, les chiffres sont préoccupants :

- Forte hausse de +54% en 4 ans
- La tendance s'est accentuée en 2018
- Tout en restant à la hausse, elle semble toutefois s'atténuer en 2019
- Parmi les enfants sujets d'une IP, Les 6-10 ans sont les plus nombreux depuis 3 ans.

Les participants conviennent que dans bien des situations les regards croisés pluri professionnels sont importants mais que cela ne se fait pas sans tension parfois car les avis, diagnostics ou préconisations entre les professionnels de santé et les acteurs du champ médico-social peuvent être très divergents. Ils regrettent les réunions de concertation pluri-partenariales qui étaient bien plus nombreuses et fréquentes il y a quelques années. Ils plaident pour la mise en place, en dehors des situations d'urgence, d'espaces institutionnels permettant l'abord pluri-partenarial concerté de chaque situation.

Provenance des IP en 2018 :

- Education nationale : 40 %
- Services départementaux (EDS, PMI, crèches, assistantes mat.) : 14%
- La Justice (Parquet et JE) et les établissements médicaux : part comparable de 12%
- Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED) : 7% (+ 3 points)

- Le signalement :

Acte professionnel qui diffère de l'information préoccupante et qui est transmis au parquet des mineurs, soit par la CRIP, soit directement par un professionnel impliqué dans le suivi d'un enfant (article L224-6 du code de l'action sociale et des familles).

Le signalement est adressé au Procureur de la République (parquet), dans les hypothèses suivantes :

- A réception d'une information préoccupante :
 - Si l'enfant apparaît en danger grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance.
 - Si l'enfant révèle des faits susceptibles de relever d'une qualification pénale.
- Après évaluation :
 - Si un danger est caractérisé pour l'enfant et que les parents s'opposent à une mesure éducative administrative, en vue de la saisine du juge des enfants en assistance éducative.
 - Si un enfant est présumé être en danger et qu'il est impossible d'évaluer la situation dans le cadre administratif.

Le procureur de la République dispose de la possibilité de placer un mineur dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire, en application des dispositions de l'article 375-5 du Code civil en cas de danger grave pour la santé, la sécurité, la moralité et l'éducation du mineur et/ou encore lorsque les conditions de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont compromises, et dans l'hypothèse où il y a urgence à prendre une telle mesure, en lieu et place d'un juge des enfants.

Le Procureur de la République doit préciser les éléments concrets motivant le danger grave pour le mineur.

Le magistrat du Parquet peut confier le mineur :

- A l'autre parent, à un membre de la famille ou à un tiers digne de confiance.

- A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ». Le choix de la structure relève exclusivement de la DPEJ.

L'ordonnance de placement provisoire est suivie dans les 8 jours de sa signature, d'une saisine d'un juge des enfants en assistance éducative dans laquelle il peut être requis toute mesure utile (MJIE, AEMO, placement). Le juge des enfants, dès réception de la requête, a alors 15 jours pour convoquer les parties, faute de quoi le mineur doit être remis, sur leur demande, à ses parents, tuteur, personne ou service à qui il était confié.

Le placement n'est pas la seule solution, le recueil provisoire en est une autre :

Il s'agit d'une décision administrative prise par le conseil départemental, sur le fondement de l'article L 223-2 alinéa 1^{er} et alinéa 2 du code de l'action sociale et des familles, permettant le recueil en urgence d'un mineur dont le représentant légal est dans l'impossibilité de donner son accord pour le placement de son enfant, alors que ce dernier apparaît en risque de danger immédiat.

Deux cas de figures sont susceptibles d'être rencontrés :

- L'impossibilité pour le service de recueillir l'accord de l'autorité parentale.
- L'impossibilité pour le parent d'exprimer sa volonté.

Le mineur peut alors être recueilli 5 jours, sous réserve pour le conseil départemental d'en informer, sans délai, les parents ou toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, ainsi que le Procureur de la République.

Le mineur ayant abandonné le domicile familial peut également être recueilli 72 heures par la DPEJ, lorsqu'il apparaît en risque de danger immédiat, sous réserve d'en informer sans délai les parents ou toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, ainsi que le Procureur de la République.

A l'échéance de sa signature, le recueil provisoire peut être suivi de :

- La remise de l'enfant à ses représentants légaux, souvent accompagnée d'une évaluation en protection de l'enfance.
- La contractualisation d'une mesure d'accueil provisoire entre la DPEJ et les représentants légaux.
- La demande d'une ordonnance de placement provisoire au parquet.

- Santé des enfants confiés présentant des troubles graves du développement (TSA) :

La situation des enfants présentant des troubles graves du développement psychique placés en usant des différents modes d'accueil des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance a été également abordée.

Le manque important de prise en charge institutionnelle semble être une des premières causes des " explosions familiales " qui conduisent au placement des enfants. Le manque de prise en charge précoce suffisante, malgré l'existence d'un diagnostic, peut être un facteur important de fragilisation du milieu familial.

Cette population spécifique est très difficile à orienter et peut parfois rester très longtemps dans des structures d'accueil d'urgence et d'évaluation. Alors que l'orientation d'un enfant prend

habituellement en moyenne six mois, elle peut prendre plus de deux ans pour les enfants atteints d'un TSA, et cela, même si le département du Val-de-Marne a l'habitude de faire appel à des familles d'accueil d'autres départements, la Nièvre en particulier.

Toutefois, les troubles de l'enfant ne sont pas la seule cause de fragilité du milieu familial.

Ces enfants sont suffisamment nombreux pour que soit proposée la mise en œuvre dans le département de dispositifs sanitaires et/ou médico-éducatifs prenant le relais, dans la journée, des foyers d'accueil dont les équipes sont saturées et ne sont pas formées aux modalités spécifiques qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour accueillir ces enfants.

D'autres problématiques ont été soulevées dans ce groupe de travail, elles méritent d'être abordées de façon plus approfondie et seront l'objet d'auditions des partenaires concernés.

Il s'agit des :

- Liens avec la MDPH.
- Liens avec le secteur libéral.
- Soins somatiques des enfants présentant des troubles psychiques.

Cartographie de l'offre de soins 2019 / 2020 de Pédopsychiatrie Publique du Val de Marne

L'organisation territoriale de psychiatrie infanto-juvénile a été définie par la circulaire du 16 mars 1972 dans une perspective de prévention et d'organisation de soins adaptés et de qualité, organisés à proximité, afin de répondre aux besoins des populations concernées.

Les 5 services et/ou pôles de pédopsychiatrie du Val de Marne proposent une offre de soins graduées - consultations médico-psychologiques au CMP et dans les unités de périnatalité, prises en charge à temps partiel au CATTP et à l'Hôpital de Jour, hospitalisation complète à la Fondation Vallée, services d'urgences pédopsychiatriques au CHU du Kremlin-Bicêtre et intervention d'un pédopsychiatre aux urgences pédiatriques du CHIC de Créteil,... à même de répondre de façon adaptée aux difficultés psychiques présentés par leurs jeunes patients.

D'autres structures participent à cette organisation territoriale de l'offre de soins : CMPP du secteur médico-social et CMP municipaux essentiellement.

C'est dans la même perspective que ces secteurs de psychiatrie infanto-juvénile organisent des actions de prévention et d'éducation sanitaire afin de répondre aux besoins de leurs jeunes patients et de leurs familles.

L'organisation de ces secteurs et de leurs structures de soins est faite dans une perspective de réseau qui favorise les liens avec les équipes des différents services intervenant dans le secteur de l'enfance (pédiatrie et centre de P.M.I., crèche, éducation nationale, espaces départementaux des solidarités (EDS), aide sociale à l'enfance (ASE), protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), tribunal pour enfants, Médico-social : IME, EMP, IMPRO, secteurs de psychiatrie générale, CLSM et municipalités,...) et qui permet des actions coordonnées en termes de prévention, d'organisation des soins et de devenir des patients.

Ces secteurs organisent et/ou participent également à des actions d'enseignement et de recherche, en particulier les services universitaires du CHIC et de la Fondation Vallée.

Organisation de l'offre de soins territoriale dans le Val-de-Marne pour les enfants âgés de 2 à 12 ans:

Les soins s'organisent donc selon plusieurs filières : soins ambulatoires au CMP, CMPP et au CATTP ; Accueil à temps partiel à l'hôpital de jour ; Hospitalisation ; Interventions transversales, en psychiatrie de liaison dans les services de soins somatiques par exemple.

I - Secteur 94i01 – Champigny sur-Marne :

1 - Soins ambulatoires :

1.1 - 4 Centres médico-psychologiques (CMP)

- CMP de Nogent-sur-Marne – 77 rue Théodore Honoré 94130 Nogent-sur-Marne.

Tél : 01 48 73 76 82. Communes de Nogent, Bry et Le Perreux.

- CMP de Champigny : Commune de Champigny

- CMP de Villiers sur Marne – 10 route Bry. 94350 Villiers-sur-Marne. Tél : 01 49 30 11 29.

- CMP du Plessis-Trévisé : Communes du Plessis, Ormesson, Noisieu, La Queue en Brie et Chennevières.

1.2 – Un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)

Accueil deux matinées par semaine de 10 enfants atteints de TSA ; Les enfants sont accueillis pour une durée de deux à trois ans selon l'âge à l'admission

Groupe hebdomadaire parent-enfant pour une durée de 1 an qui vise à travailler la séparation pour des enfants atteints de TSA ou de Pathologie limite grave . Ce groupe peut accueillir des enfants à partir de deux ans.

2 - Soins à Temps Partiel :

- L'Hôpital de Jour du Perreux-sur-Marne :

Il accueille des enfants souffrant de TSA âgés de 4 à 12 ans.

Ils y sont soignés à temps partiel et vont presque tous à l'école.

Il existe un gros travail de lien pour cette tranche d'âge avec l'école, l'ASE, et les établissements médico-sociaux.

Il est à noter depuis deux ans une augmentation d'enfants de cette tranche d'âge présentant des troubles psychiatriques francs qui nécessitent une hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie de courte durée type USO Dolto à la Fondation Vallée.

En 2018, 13 enfants d'âge école primaire ont été hospitalisés.

II - Pôles 94i02-CCASA et 94i03/04 des Hôpitaux de Saint-Maurice(HSM) :

Inscrits dans la Dynamique du Groupement Hospitalier de Territoire 94 Nord, les pôles 94i02-CCASA et 94i03/04, participent à l'offre de soins pédopsychiatriques du GHT 94 Nord.

Ils répondent, par leur organisation territoriale, aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents de 16 communes du Val de Marne (Alfortville, Ablon, Charenton-le-Pont, Choisy-le-Roi, Fontenay-sous-Bois, Ivry-sur-Seine, Joinville-le-Pont, Maisons-Alfort, Orly, Saint-Mandé, Saint-Maur-des-Fossés, Saint-Maurice, Thiais, Villeneuve-le-Roi, Vincennes et Vitry-sur-Seine), soit une population de plus de 150 000 enfants et adolescents.

Pôle 94i02-CCASA :

Le pôle 94i02-CCASA regroupe les communes de Fontenay-sous-Bois, Joinville-le-Pont, Saint-Mandé, Saint-Maur-des-Fossés et Vincennes, soit une population de près de 44300 enfants et adolescents. Chaque année, près de 1800 patients sont suivis par ce pôle.

Outre ses unités à vocation sectorielle, le pôle 94i02-CCASA, organise l'hospitalisation des adolescents au CCASA de Montreuil.

Le Pôle 94i02 CCASA a une organisation spécifique : il a été créé à partir d'une convention qui lie les HSM à l'UDSM depuis 1989. Cette convention a été réactualisée en 2008 à l'occasion de la création du pôle et revue régulièrement.

L'UDSM gère les 4 centres médico-psychologiques où travaillent certains personnels des HSM, mais des personnels UDSM sont également amenés à travailler dans les structures gérées par les HSM.

Pôle 94i03/04 :

Créé en octobre 2010 par la réunion des secteurs 94i03 et 94i04, Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile 94i03/04 est un pôle urbain à forte densité de population. Il regroupe les villes d'Alfortville, Ablon, Charenton-le-Pont, Choisy-le-Roi, Ivry-sur-Seine, Maisons-Alfort, Orly, Saint-Maurice, Thiais, Villeneuve-le-Roi et Vitry-sur-Seine, ce qui représente une population de plus de 400 000 habitants dont plus de 110 000 enfants et adolescents.

Les pôles 94i02-CCASA et 94i03/04 interviennent au sein de l'équipe pluridisciplinaire enfants de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Val-de-Marne.

Organisation de l'offre de soins des HSM pour les enfants âgés de 2 à 12 ans:

1 - Soins ambulatoires :

1.1 - Centres médico-psychologiques (CMP)

Pôle 94i02-CCASA :

4 CMP à Vincennes, Fontenay S/Bois, Joinville le Pont et St Maur des Fossés ;

- **CMP : 7 rue Monmory – 94300 Vincennes. Tél. : 01 43 28 26 83**
- **CMP : 24, rue Emile Roux – 94120 Fontenay-S/Bois. Tél. : 01 48 75 19 00**
- **CMP : 18, avenue Joyeuse – 94340 Joinville. Tél. : 01 42 83 53 84**
- **CMP : 42 avenue Victor Hugo – 94100 Saint-Maur-des-Fossés. Tél. : 01 48 86 03 88**

Pôle 94i03/04 :

5 centres médico-psychologiques (CMP), à Charenton-le-Pont, Alfortville, Maisons-Alfort et Choisy-le-Roi :

- **CMP Alfortville : 52, rue Jules Guesde – 94140 Alfortville. Tél. : 01 45 21 04 80**

- **CMP Anatole France : 33, av. Anatole France – 94220 Charenton-le-Pont. Tél. : 01 48 93 29 29**

- CMP Maisons-Alfort : 9, rue Victor Hugo – 94700 Maisons-Alfort. Tél. : 01 43 76 90 30

- **CMP Choisy Gambetta : 16, av. Gambetta – 94600 Choisy-le-Roi. Tél. : 01 48 52 44 44**

- **CMP Choisy Marco Polo : 8, rue Marco Polo - 94600 Choisy le Roi. Tél. : 01 48 53 45 69**

1.2 - Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Pôle 94I02-CCASA :

- CATTP Jeunes enfants (2- 6 ans)« La Marelle »

7 rue Monmory – 94300 Vincennes. Tél. : 01 43 28 77 78

- CATTP Entr'Autres (3-12 ans)

42 av. Victor Hugo - 94100 Saint-Maur-des Fossés. Tél. : 0148860388

Pôle 94i03/04 :

- **CATTP Jacques Prévert 2/12 ans**

52, rue Jules Guesde – 94140 Alfortville. Tél. : 01 45 18 78 60

- **CATTP "La Petite Maison"**

65, rue de la République - 94290 Villeneuve-Le-Roi. Tél. : 01 45 97 73 18

- CATTP "La clairière" 6/12 ans

16, av. Gambetta – 94600 Choisy-le-Roi. Tél. : 01 48 52 44 44

2 - Soins à Temps Partiel :

Pôle 94I02-CCASA :

- **Hôpital de Jour "Le 124"**

8-10 rue de Neuilly – 94120 Fontenay-Sous-Bois. Tél. : 01 43 98 10 24

Pôle 94i03/04 :

- Hôpital de jour François Truffaut :

54-56, rue Édouard Vaillant – 94140 Alfortville. Tél. 01 45 18 26 85

- Hôpital de jour « Un Jour Bleu » :

19 rue Pasteur 94600 Choisy-le-Roi. Tél. : 01 41 65 49 10

Actions transversales :

Pôle 94i02-CCASA :

Consultation transculturelle :

CMP de Vincennes - 6 rue Dohis. Tél : 01 43 28 25 85.

Consultation de thérapie familiale :

CMP de Saint-Maur au 42 av. Victor Hugo (01 48 86 03 88).

Interventions en ULIS à Fontenay-sous-Bois :

- ULIS maternelle : école élémentaire Pierre Demont

- ULIS primaire : école élémentaire Henri Wallon

Pôle 94i03/04 :

Consultation de thérapie familiale :

CMP Alfortville : 52, rue Jules Guesde – 94140 Alfortville. Tél. : 01 45 21 04 80

Pédopsychiatrie de liaison dans les trois services et au CSI du pôle SSR enfants des Hôpitaux de Saint-Maurice.

III – Secteur 94i05 – Créteil : Non renseigné.

IV - Secteur 94i06 – Fondation Vallée – Gentilly :

- Soins ambulatoires :

- CMP :

- CMP de Gentilly - 73 avenue Raspail 94 250 Gentilly. Tel : 01 45 47 80 40. Communes de Gentilly, Arcueil et Cachan.

- CMP du Kremlin-Bicêtre - 16 avenue Charles Gide 94 270 le Kremlin-Bicêtre.

Tel : 01 46 58 25 30.

- (CMP) de Chevilly Larue – 71 bis avenue Franklin Roosevelt. 94 550 Chevilly-Larue.

Tel : 01 46 86 01 00. Communes de Chevilly Larue, L'Hay les Roses, Fresnes, Rungis.

1.2 – Unité d'accueil des urgences- Hôpital Bicêtre - 78 avenue du Général Leclerc 94270 Le Kremlin Bicêtre.

- CATTP 4/12 ans - 10 rue Julien Bonnot 94 250 Gentilly. Tel: 01 49 69 11 41

2 - Soins à Temps Partiel :

- Hôpital de Jour Chaslin - 7 rue Benserade 94 250 Gentilly. Tel : 01 41 24 81 00. 24 places

pour enfants de 4 à 12 ans

3 - Hospitalisation à temps complet :

- Unité de Liaison en Psychiatrie Infanto-Juvenile (ULPIJ) - CHU du Kremlin-Bicêtre

Tel : 01 45 15 47 80.

- Unité de Soins et d'Observation (USO) F. Dolto - 7 rue Benserade 94 250 Gentilly.

Tel : 01 41 24 81 00. 10 lits d'hospitalisations de 3 semaines pour enfants de 4 à 12 ans.

- Unités de Soins Intégratifs (USI) DW. Winnicott - 7 rue Benserade 94 250 Gentilly.

Tel : 01 41 24 81 00. 2 x 10 lits pour enfants de 6 à 12 ans. Hospitalisations en long séjour.

4 - Service d'Accueil Familial Thérapeutique (SAFT) - 7 rue Benserade 94 250 Gentilly.

Tel : 01 41 24 81 00. 6 places jusqu'à 18 ans.

5 - Centre Diagnostic Autisme et Troubles du développement L'Entretemps :

Hôpital Bicêtre - 78 avenue du Général Leclerc. 94270 Le Kremlin Bicêtre.

Tel : 01 49 08 53 30.

A cette offre de soins de pédopsychiatrie publique, viennent s'ajouter d'autres lieux de consultations médico-psychologiques :

-Les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP)municipaux :

- CMPP d'Ivry-sur-Seine - 8 avenue Spinoza. Tél : 01 49 60 25 77.

- CMPP d'Orly - 4 rue du Docteur Calmette. Tél : 01 48 84 11 68.

- CMPP de Vitry-sur-Seine – 8 allée du Puits-Farouche. Tél : 01 46 80 13 77.

- Les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP) gérés par l'APSI (Association de Prévention, Soins et Insertion) :

Au nombre de dix, ces CMPP sont installés sur l'ensemble du territoire du Val-de-Marne :

- Boissy-Saint-Léger - 4 bis rue de Paris. Tél : 01.45.69.75.88.

- Bonneuil-sur-Marne - 16, avenue du Docteur Emile Roux. Tél : 01.43.39.63.19.

- Charenton-le-Pont - 5 rue de Conflans. Tél : 01.48.93.01.28

- Chennevières-sur-Marne - 1 villa Champagne - « Bois l'Abbé ». Tél : 01.45.76.02.77.

- Choisy-le-Roi - 13 boulevard des Alliés. Tél : 01.48.52.99.71.

- Fontenay-sous-Bois - 46 bis, rue Roger Salengro, Bâtiment « Aravis ». Tél : 01.48.75.06.01.

- Fresnes - 14/16 place Pierre et Marie Curie (Face à la Mairie). Tél : 01.49.84.07.05.

- Sucy-en-Brie - Place de la Gare, 1 résidence Montaleau. Tél : 01.45.90.06.43.

- Thiais - 6 rue Jean Jupillat (près de la Mairie et de la Poste). Tél : 01.48.52.93.43.

- Villeneuve-Saint-Georges – 122 avenue de Valenton. Tél : 01 43 89 26 24

Remerciements

- Pascal Gibon, chargé de communication de l'Association d'entraide VIVRE pour la mise en page