

PROJET TERRITORIAL de SANTÉ MENTALE 93

SEINE-SAINT-DENIS

2020-2025

© Crédit photo Groupe Séquentiel
EPS Ville-Evrard – Tous droits réservés

Sommaire

AVANT-PROPOS : ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE SANTE MENTALE (PTSM-93) DE LA SEINE-SAINT-DENIS	3
LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES DE SSD.....	8
AXE 1 – RENFORCER, COORDONNER L’OFFRE DESTINEE AUX FAMILLES.....	14
AXE 2 – CONSTRUIRE UNE OFFRE SPECIFIQUE POUR ADOS JEUNES ADULTES	16
AXE 3 – CONNAITRE ET VALORISER LES MISSIONS DE COLLABORATION DE LA PSYCHIATRIE (PIJ ET PG) AVEC TOUS SES PARTENAIRES	29
AXE 4 – REDEFINIR ET RENFORCER LE ROLE DES ACTEURS DE LA PREVENTION DE PREMIERE LIGNE.....	38
AXE 5 – FAVORISER L’INCLUSION SCOLAIRE ET LUTTER CONTRE LE DECROCHAGE SCOLAIRE.....	44
L’ORGANISATION DE L’OFFRE EN REHABILITATION PSYCHOSOCIALE (RPS) ET EN RETABLISSEMENT EN SSD..	48
AXE 1 - IDENTIFIER LES RESSOURCES DU TERRITOIRE EN RPS ET/OU ORIENTEES RETABLISSEMENT DANS LE DOMAINE SANITAIRE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL	52
AXE 2 - QUALIFIER LES OFFRES EXISTANTES DE RPS ET/OU ORIENTEES RETABLISSEMENT	56
AXE 3 - REALISER ET COORDONNER UN DISPOSITIF TERRITORIAL DE RPS ORIENTEE RETABLISSEMENT	60
AXE 4 - FAIRE EVOLUER LES CONNAISSANCES, LES MENTALITES ET LES PRATIQUES QUI VISENT A L’INCLUSION ET AU RETABLISSEMENT	66
AMELIORER L’OFFRE D’HEBERGEMENT ET DE LOGEMENT EN SSD POUR LES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	74
AXE 1 - RENFORCER LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS DE L’HEBERGEMENT/ « LOGEMENT ADAPTE AVEC ACCOMPAGNEMENT » ET LES EQUIPES DE PSYCHIATRIE	84
AXE 2 - RENFORCER L’OFFRE DE « LOGEMENTS ADAPTES AVEC ACCOMPAGNEMENT » AUX BESOINS DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE	93
LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE DES PERSONNES AGEES EN SEINE-SAINT-DENIS.....	103
AXE 1 - FORMALISER LES LIENS ENTRE LES EQUIPES DE PSYCHIATRIE (SECTEURS ET EQUIPES MOBILES) ET LES FILIERES GERIATRIQUES	106
AXE 2 - RENFORCER L’OFFRE PSYCHIATRIE DU SUJET AGE	108
AXE 3 - METTRE EN PLACE DES FORMATIONS SPECIFIQUES	110
AXE 4. ORGANISER LE SOIN PSYCHIATRIQUE AUX PERSONNES AGEES.....	112
AXE 5 - PREVENIR LES PROBLEMES DE SANTE MENTALE CHEZ LES PERSONNES AGEES.....	114
L’ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES POUR LES MALADES PSYCHIATRIQUES AVEC OU SANS HANDICAP PSYCHIQUE EN SEINE-SAINT-DENIS	116
AXE 1 - CONFORTER LE POLE CRISTALES SOINS SOMATIQUES POUR HANDICAP PSYCHIQUE	123
AXE 2 - UTILISER LA TELEMEDECINE POUR FACILITER LES RELATIONS ENTRE POLES SOMATIQUES DES SERVICES OU ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES ET SES PARTENAIRES	128
AXE 3 - UTILISER RENDRE PLUS LISIBLES ET EFFICACES LES PARTENARIATS ENTRE PSYCHIATRIE ET ACTEURS DE PREMIERE LIGNE... ..	130
AXE 4 – AU SEIN DE CHAQUE SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTE, FAIRE CONNAITRE ET METTRE EN PLACE LES RECOMMANDATIONS DE L’HAS	133
AXE 5 - FAVORISER LA FORMATION ET LA MONTEE EN COMPETENCE DES PROFESSIONNELS	138
LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE EN SSD.....	141
AXE 1 - CREER DES POSTES DANS LES DISCIPLINES LIEES A LA SANTE MENTALE.....	144
AXE 2 - METTRE EN PLACE DES PROTOCOLES DE RECHERCHE ASSOCIANT LES PARTENAIRES DE LA SANTE MENTALE DEJA IDENTIFIEES	148
AXE 3 - METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF TERRITORIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION 93 (DTRF)	153

AXE 4 - PROMOUVOIR LA RECHERCHE PARAMEDICALE EN SANTE MENTALE	160
LA FORMATION EN SANTE MENTALE EN SEINE-SAINT-DENIS	166
AXE 1 - DEPLOYER LES FORMATIONS GENERALISTES EN SANTE MENTALE	169
AXE 2 - DEVELOPPER DES FORMATIONS PROFESSIONNELLES AVEC DES ORGANISMES RECONNUS EN SANTE MENTALE	172
AXE 3 - UTILISER LA FORMATION POUR DECLOISONNER LE SANITAIRE, LE MEDICO-SOCIAL ET LE SOCIAL	175
AXE 4 : DEVELOPPER LES PRATIQUES AVANCEES INFIRMIERES EN LIEN AVEC LES UNIVERSITES DU TERRITOIRE	179
AXE 5 – DEVELOPPER UN DISPOSITIF DE FORMATION TERRITORIAL	181
SANTE MENTALE ET PRISE EN CHARGE DES ENFANTS.....	182
AXE 1 – RENFORCER L’OFFRE DESTINEE AUX ENFANTS ET AUX FAMILLES.....	192
AXE 2 – RENFORCER L’OFFRE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE A DESTINATION DES ENFANTS	197
AXE 3 – RENFORCER LE REPERAGE DES TROUBLES PAR LES ACTEURS DE PREMIER NIVEAU ET FACILITER L’ORIENTATION	209
AXE 4 – ORGANISER LES PARCOURS ET EVITER LES RUPTURES DE PRISE EN CHARGE ET LES SITUATIONS D’ENFANTS SANS SOLUTION	217
AXE 5 – RENFORCER L’INCLUSION DES ENFANTS.....	223
PERINATALITE ET SANTE MENTALE.....	227
AXE 1 - RENFORCER L’OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE PERINATALE	239
AXE 2 - PREVENIR, REPERER, ÉVALUER ET ORIENTER.....	243
AXE 3 - CONSTRUIRE UNE OFFRE GRADUEE SUR LE TERRITOIRE	248
AXE 4 - RENFORCER ET DIVERSIFIER LES MODALITES DE SUIVI ET DE PRISE EN CHARGE EN PERINATALITE	252
AXE 5 - ELABORER DES PARCOURS SPECIFIQUES	258
ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CRISES ET DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EN SEINE-SAINT-DENIS	272
AXE 1 – PREVENIR LE PASSAGE AUX URGENCES	276
AXE 2 - PROPOSER UN SCHEMA ET UNE ORGANISATION DES SAU PSYCHIATRIQUES.....	285
AXE 3 – ORGANISER L’AVAL ET LE SUIVI DES URGENCES	293
AXE 4 – LUTTER CONTRE LA VIOLENCE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES.....	298
RENFORCER L’ATTRACTIVITE DE LA SSD	302
AXE 1 – FACILITER L’ACCES AU LOGEMENT POUR LES PERSONNELS	305
AXE 2 - FAVORISER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (QVT).....	308
AXE 3 – PROPOSER DES FORMATIONS AU PERSONNEL	314
AXE 4 – VALORISER ET FACILITER L’ACCES A LA RECHERCHE	315
L’ANIMATION TERRITORIALE EN SEINE-SAINT-DENIS	321
AXE 1 - RENFORCER LES ACTEURS DE LA COORDINATION ET DE L’ANIMATION TERRITORIALE	324
AXE 2 - DEVELOPPER DES ESPACES DE CONCERTATION ET DE COORDINATION LOCALES (CLSM, RESAD, ETC.)	333
AXE 3 : INFORMER, FORMER ET SENSIBILISER SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES POUR LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION	337

Avant-propos : Elaboration de la feuille de route santé mentale (PTSM-93) de la Seine-Saint-Denis

Docteur Sophie Cohen, médecin de santé publique, coordinatrice de la CPT93, coordinatrice du PTSM93

Le projet territorial de santé mentale de Seine-Saint-Denis (PTSM-93) a été élaboré entre janvier 2019 et septembre 2020. Son élaboration et sa rédaction ont respecté les éléments du décret, à savoir un diagnostic territorial partagé avec les acteurs suivi d'un envoi à l'ARS pour validation puis l'élaboration du projet. La rédaction du projet s'est inspirée de la méthode proposée par l'ANAP (fiches-actions rédigées et partagées entre les acteurs).

Les étapes ont été les suivantes :

Première phase : diagnostic territorial partagé

- 2018-2019 : collecte d'indicateurs et rapport descriptif du territoire par la Commission santé mentale du CTS93
- Janvier 2019 : mise en place d'un COPIL composé de cinq membres : Madame Sophie Albert (directrice générale de l'EPS Ville-Evrard), Madame Magali Thibaut (élue et vice-présidente du conseil départemental), Monsieur Paul Lambert (UNAFAM), Monsieur Noël Pommepuy (pédopsychiatre et président de la communauté psychiatrique de territoire (CPT)), Monsieur Jean-Jacques Merlin remplacé depuis par Monsieur Philippe Avez (directeur de Interlogement 93).
- 25 mars 2019 : journée de lancement au siège de la CPAM (programme en annexe 1)
- Quatre groupes de travail mis en place entre mars 2019 et juillet 2019 permettant de dégager 61 pistes d'actions :
 1. Enfance et parentalité : groupe de travail piloté par les Drs Clementine Rappaport (pédopsychiatre GHT-GPNE) et Roselyne Masson (chef de service petite enfance au Conseil Départemental)
 2. Transitions : groupe de travail piloté par madame Bao Hoa Dang (pilote MAIA Nord), monsieur Raymond Mendy (chargé de mission et développement bureau des personnes handicapées Conseil Départemental), Dr Thibaut Ernouf (psychiatre du secteur GO2)
 3. Recherche et formation : groupe de travail piloté par les Prs Castillo (Paris 8), Molinier (Paris 13) et Januel (EPS-VE)
 4. Inclusion ; groupe de travail piloté par Deborah Touati (CLSM Epinay sur Seine, Pierrefitte), Clarisse Monsaingeon (animatrice de la Trame) Bernard Topuz (CLSM Montreuil)
- Juillet 2019 : présentation devant le CTS 93 en séance plénière
- Juillet 2019 : présentation devant le COPIL
- Juillet 2019 : envoi au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France
- Novembre 2019 : validation du diagnostic par l'ARS (le document est mis en ligne sur le site du ministère de la santé)

Deuxième phase : feuille de route

- Novembre 2019-Juillet 2020 : élaboration des feuilles de route sur des thématiques prioritaires.
- 12 feuilles de route animées par différents acteurs (tableau 1) et présentées dans un tableau Excel partagé sur Google drive pendant la période Covid (tableau 2) :
 1. Ados et jeunes adultes

2. Rétablissement, inclusion et réhabilitation psychosociale
 3. Hébergement et logement
 4. Personnes âgées
 5. Accès aux soins somatiques
 6. Recherche
 7. Formation
 8. Santé mentale et prise en charge des enfants
 9. Périnatalité
 10. Prévention de la crise et organisation des urgences
 11. Attractivité du territoire
 12. Animation du territoire
- Méthode de travail
1. Un groupe restreint par thématique pour rédiger les axes (Tableau 2)
 2. Au sein de chaque axe, une ou plusieurs actions à mettre en place ont été définies
 3. Chaque action fait l'objet d'une fiche (fiche-action) présentant les objectifs, le calendrier, les indicateurs et les pilotes ; la rédaction et la relecture des fiches-actions sont réparties dans chaque groupe
 4. Une présentation a été faite dans un groupe spécifique CLS/CLSM en juillet 2020 lors d'une réunion Zoom organisée par Madame Elsa Micouraud (Profession banlieue).
 5. Une présentation devant le CTS 93 en juillet 2020 a été reportée le 14 octobre 2020 en raison de la crise sanitaire. Un courrier du CTS93 a été adressé au Directeur général de l'ARS suite à cette présentation.

Pendant la période COVID, les groupes de travail ont pu utiliser un espace collaboratif sur Google (Google Drive) afin de travailler sur les mêmes documents. Les réunions se sont déroulées pour la plupart avec l'application Zoom.

Si le point fort a été le volontariat, c'est également le point faible puisqu'un certain nombre d'acteurs n'ont pas participé aux deux phases.

Certains n'ont pas été repérés faute d'un annuaire exhaustif et/ou d'adresses erronées ; d'autres ont participé à la phase de diagnostic mais pas à celle de l'élaboration des feuilles de route ; d'autres enfin n'ont jamais contribué à la réflexion, certains étant pourtant des acteurs majeurs de la santé mentale.

Les membres de la commission santé mentale du CTS (CSSM) ont pour leur part participé à tous les groupes de travail quand ils ne les animaient pas.

La communauté psychiatrique de territoire (CPT93) mise en place en avril 2018 en Seine-Saint-Denis (convention signée avec l'ARS) a également participé à la rédaction des fiches actions et/ou à la relecture.

Remerciements

A Madame Sophie Albert, directrice générale de l'EPS-VE, présidente de la Commission santé mentale du CTS 93, vice-présidente du comité opérationnel (COMOP) de la CPT-93, pour avoir animé nos réflexions, pour avoir soutenu tout ce travail, pour avoir donné de judicieux conseils et enfin pour avoir accepté d'accueillir et de prendre en charge les deux jeunes chargés de mission et leur avoir donné envie de travailler dans le monde de la santé :

- A Floriane Payet : chargée de mission PTSM-93, rédactrice et relectrice du diagnostic et des feuilles de route
- A Ludovic Cacheux : chargé de mission CPT-93, a réalisé un audit des CMP-infanto juvéniles du département pour nourrir la réflexion de la commission pédopsychiatrique de la CPT et participé à la rédaction de la feuille de route santé mentale des enfants.

A tous les rédacteurs et relecteurs du diagnostic et des feuilles de route (tableau 1 par ordre alphabétique) :

Tableau 1 : rédacteurs et relecteurs du PTSM 93

Prénom	Nom	Appartenance	Feuille de route	Qualification
Sophie	Albert	EPSVE	attractivité	directrice générale
Nadia	Amrouche	UDAF	hébergement, logement	directrice UDAF93
Youssef	Bencherif	EPSVE	recherche	ARC
Jean-Pierre	Benoit	Delafontaine	santé mentale des enfants	pédopsychiatre
Ombline	Bollore	GO3	réhabilitation psychosociale	psychologue
Nathalie	Bompays	EPSVE	hébergement, logement	assistante sociale
Arnaud	Bontemps	CPAM	appui soins somatiques	responsable la mission organisation territoriale
Stéphanie	Bossin	EPSVE	recherche et formation	Responsable de la formation professionnelle
Fleur	Breil	Ballanger	périnatalité	pédopsychiatre
Manuela	Briand	réseau NEF	périnatalité	sage-femme
Marie-Carmen	Castillo	Paris 8	recherche et formation	professeure de psychologie
Cecile	Cazé	réseau NEF	périnatalité	sage-femme
Nadine	Chastagnol	EPSVE	recherche	directrice generale des soins
Manuela	Cheviot	CD	périnatalité	cheffe de service adjointe chargée du secteur programme de prévention et de santé publique
Bao-Hoa	Dang	MAIA	personnes âgées	chef de projet
Lucie	Debove	CD	périnatalité	cheffe de service de l'aide sociale à l'enfance
Maxence	Delaporte	Interlogement93	hébergement, logement	chef de projet un logement d'abord
Elise	Drain	AP-HP	périnatalité	pédopsychiatre Jean Verdier
Agnès	Ducré-Sie	Iris Messidor	réhabilitation psychosociale	directrice générale
Agnès	Ducré-Sie	Iris Messidor	hébergement, logement	directrice générale
Florence	Durand	GO3	réhabilitation psychosociale	psychologue
Thibaut	Ernouf	secteur GO2	ados-Jeunes adultes	psychiatre
Arnaud	Fevrier	EPSVE	attractivité	élève directeur
Pauline	Gouelibo	Bol d'air	relectrice	pair-aidante
Sarah	Halimi	EPSVE	périnatalité	pédopsychiatre
Veronique	Hongnard	EPSVE	tout	assitante de direction
Karine	Houvet	Ballanger	personnes âgées	cadre administratif de pole psychiatrie et pédopsychiatrie
Clemence	Isaac	GO3	réhabilitation psychosociale	psychologue
Dominique	Januel	GO3	réhabilitation psychosociale	professeur de psychiatrie
Dominique	Januel	EPSVE	recherche et formation	professeure de psychiatrie
Stephane	Jung	Plateforme jeunesse	ados-Jeunes adultes	sociologue
Stephane	Jung	EPSVE	animation territoriale	Sociologue
Vincent	Kaufman	MAIA	personnes âgées	chef de projet
Marie	Konig	Paris 8	réhabilitation psychosociale	Maitre de conférences
Antoine	Labriere	EPSVE	hébergement, logement	directeur adjoint chargé du médicosocial et du social
Jean-Paul	Le Bronnec	Bol d'air	hébergement, logement	UNAFAM
Corinne	Lorin	MDA Amica	ados-Jeunes adultes	adjointe directrice MDA
Ana	Marques	EPSVE	hébergement, logement	sociologue
Roselyne	Masson	CD	périnatalité	Directeur-trice adjoint-e à la DEF et Chef-fe du Service de la Protection Maternelle et Infantile
Sallim	Mehallel	AP-HP	crises et urgences	psychiatre Avicenne
Raymond	Mendy	CD	relecteur	Chargé de mission et développement dans le service personnes âgées et handicapées
Pascale	Molinier	Paris 13	recherche et formation	professeure de psychologie
Laurent	Mollien	Vivre et devenir	hébergement, logement	Directeur
Fayçal	Mouaffak	EPSVE	crises et urgences	psychiatre
Virginie	Moulier	EPSVE	recherche	ingenieur de recherche
Daniel	Pinede	EPSVE	animation territoriale	psychiatre
Noel	Pommepuy	EPSVE	santé mentale des enfants	pédopsychiatre
Benoit	Quirot	EPSVE	périnatalité	pédopsychiatre
Rabbah	Rahmani	CLSM Auvervilliers	animation territoriale	chargée de mission
Clémentine	Rappaport	Ballanger	santé mentale des enfants	pédopsychiatre
Raluca	Rosetti	GO9	réhabilitation psychosociale	psychiatre
Neil	Ross	Ballanger	personnes âgées	psychiatre équipe mobile gérontopsychiatrie
Anne	Savary	MDA Amica	ados-Jeunes adultes	directrice MDA
Toufik	Selma	Ballanger	crises et urgences	psychiatre
Geneviève	Serre	AP-HP	santé mentale des enfants	pédopsychiatre
Alain	Shoettel	Mission Locale Saint-Denis	relecteur	médecin
Julie	Talibon	MAIA	personnes âgées	chef de projet
Hilda	Teboul	Ballanger	personnes âgées	Infirmière équipe mobile gérontopsychiatrie
Bernard	Topuz	CLSM Montreuil	hébergement, logement	médecin
Deborah	Touati	CLSM Epinay Villetaneuse	animation territoriale	chargée de mission
Alexandre	Vaillant	La Trame	réhabilitation psychosociale	psychologue
Alexandre	Vaillant	La Trame	animation territoriale	psychologue
Wanda	Yekhlif	EPSVE	soins somatiques	médecin généraliste

Annexe 1

Journée de lancement du projet territorial de santé mentale de la Seine Saint Denis

« Accueillir l'autre chez lui »

Lundi 25 mars 2019 de 13h30 heures à 17 heures

Salle des conférences (CPAM) - 125 Avenue Paul Vaillant Couturier 93014 Bobigny

- 13h30 : Accueil par le **Comité de pilotage** du Projet territorial de santé mentale (93)
 - Madame Magalie Thibault, vice-présidente du conseil départemental en charge de l'autonomie et des personnes âgées
 - Madame Sophie Albert, directrice générale de l'EPS-VE et présidente de la CSSM93 du CTS93
 - Monsieur Paul Lambert, président UNAFAM 93
 - Monsieur Jean-Jacques Merlin, directeur général d'interlogement 93
 - Docteur Noel Pommepuy, chef de service de pédopsychiatrie (IO5) et président du collège médical de la communauté psychiatrique de territoire de Seine-Saint-Denis (CPT93)
- 14h00 : **Jean-Philippe Horréard**, Directeur de la délégation départementale de Seine-Saint-Denis
 - Le projet territorial de santé mentale (PTSM) : articulation avec le projet régional de santé, objectifs
- 14h15 : **Magalie Thibault**,
 - Futur schéma autonomie et inclusion
- 14h30-14h45 : Discussion du COPIL avec la salle
- 14h45 : **Noel Pommepuy**,
 - Présentation des principales données territoriales relatives à la santé mentale et travaux de la communauté psychiatrique de territoire (CPT)
- 15h : **Sophie Albert**,
 - Premiers états des lieux de la réflexion par la commission spécialisée en santé mentale (CSSM93)
- 15h15-15h45 : Présentation de quelques projets inspirants du territoire : 5 min pour convaincre
 - La commission technique d'urgences par le Dr **Sandrine Bonnel**, psychiatre - 5min
 - « Un logement d'abord » par **Maxence Delaporte**, Interlogement93 - 5 min
 - 15 ans de formation action sociale santé mentale par **Nathalie Bompays** - 5min
 - La plateforme jeunesse par le Dr **Robin Martin** - 5min
 - La trame / GEM - 5min
 - Le coaching d'entreprise pour accompagner les patients dans la réinsertion par **Agnès Ducre-Sie**, Directrice de Iris Messidor - 5min
- 15h45 : mise en place de quatre groupes de travail : **Noel Pommepuy** et **Sophie Cohen**
 - Méthode :
 - Un binôme de pilotage pour chaque groupe
 - 1^{er} temps : faire un diagnostic territorial partagé – Juillet 2019
 - 2^{ème} temps : proposer et rédiger des projets (1 à 3 maxi) – Mars-Avril 2020

Tableau 2 : les 12 feuilles de route et les axes de construction

N°	Projets 93	Axe1	Axe2	Axe3	Axe4	Axe5
1	Ados et jeunes adultes	Renforcer, coordonner l'offre destinée aux familles	Construire une offre spécifique pour adolescents-jeunes adultes	Connaître et valoriser les missions de collaboration de la psychiatrie (PUJ et PG) avec tous ses partenaires	Redéfinir et renforcer le rôle des acteurs de la prévention de première ligne	Favoriser l'inclusion scolaire et lutter contre le décrochage scolaire
2	Rétablissement, inclusion et Réhabilitation psychosociale	Identifier les ressources du territoire en RPS et/ou orientées rétablissement dans le domaine sanitaire, médico-social et social	Qualifier les offres existantes de RPS et/ou orientées rétablissement	Réaliser et coordonner un dispositif territorial de RPS orientée rétablissement	Faire évoluer les connaissances, les mentalités et les pratiques qui visent à l'inclusion et au rétablissement	
3	Hébergement et logement	Renforcer la coordination entre les acteurs de l'hébergement/logement adapté avec accompagnement et les équipes de psychiatrie	Renforcer l'offre de logements adaptés aux besoins des personnes en souffrance psychique			
4	Personnes âgées	Formaliser les liens entre les équipes de psychiatrie (secteurs et équipes mobiles) et les filières gériatriques	Renforcer l'offre psychiatrie du sujet âgé	Mettre en place des formations spécifiques	Organiser le soin psychiatrique aux PA	Prévenir les problèmes de santé mentale chez les PA
5	Accès aux soins somatiques	Conforter le pôle Cristales : soins somatiques pour handicap psychique	Utiliser la télémedecine pour faciliter les relations entre le pôle Cristales et ses partenaires	Rendre plus lisible les partenariats entre psychiatrie et acteurs de première ligne	Au sein de chaque secteur de psychiatrie adulte, faire connaître et mettre en place les recommandations de la HAS	Favoriser la formation et la montée en compétence des professionnels
6	Recherche	Créer des postes universitaires dans les disciplines liées à la santé mentale	Mettre en place des protocoles de recherche associant les partenaires de la santé mentale déjà identifiés	Mettre en place un Dispositif territorial de recherche et de formation en santé mentale (DTRF)	Promouvoir la recherche paramédicale en santé mentale	Construire et partager des outils d'évaluation adaptés aux réalités de terrain
7	Formation	Déployer les formations généralistes en santé mentale	Développer des formations professionnelles avec des organismes reconnus en santé mentale (Psycom, CEAPSY, UNAFAM, CRRPSA, CN2R)	Utiliser la formation pour décloisonner le sanitaire, le médicosocial et le social	Développer les pratiques avancées infirmières en lien avec les Universités du territoire	Développer un dispositif de formation territorial
8	Prise en charge des enfants	Renforcer l'offre destinée aux enfants et aux familles (groupes de parole, dispositifs de répit, dispositifs de soutien aux fratries, séjours thérapeutiques...)	Renforcer l'offre sanitaire et médico-sociale à destination des enfants	Renforcer le repérage des troubles par les acteurs de premier niveau et faciliter l'orientation	Organiser les parcours et éviter les ruptures de prise en charge et les situations d'enfants sans solution	Développer l'inclusion des enfants dans les structures de droit commun
9	Périnatalité	Renforcer l'offre de soins en psychiatrie périnatale	Prévenir, Repérer, évaluer et orienter	Développer une prise en charge graduée en psychiatrie périnatale	Renforcer et diversifier les modalités de suivi et de prise en charge	Elaborer des parcours spécifiques
10	Prévention de la crise et organisation des urgences	Prévenir le passage aux urgences	Proposer un schéma et une organisation des SAU psychiatriques	Organiser l'aval et le suivi des urgences	Lutter contre la violence aux urgences psychiatriques	
11	Attractivité	Faciliter l'accès au logement pour les personnels	Favoriser la Qualité de vie au travail (QVT)	Proposer des formations au personnel	Valoriser et faciliter l'accès à la recherche	
12	Animation territoriale	Renforcer les acteurs de la coordination et de l'animation territoriale	Développer des espaces de concertation et de coordination locales	Informier, former et sensibiliser sur les troubles psychiques pour lutter contre la stigmatisation		

La prévention et la prise en charge psychiatrique des adolescents et jeunes adultes de SSD

Introduction

La SSD est le département dont le taux de natalité est le plus important de France¹. Elle comprend également la **plus forte densité de jeunes de l'Île-de-France** : 43,4 % de la population a moins de 32 ans (contre 36,2 % pour la moyenne métropolitaine) et elle est en forte croissance (+ 9,7 % entre 2005 et 2015 contre + 3,7 % pour la France sur la même période)². Ce bassin de population comprend 80 000 collégiens, 60 000 lycéens, 55 179 étudiants³ (Source : Ministère de l'Enseignement supérieur, 2016) et un nombre de mineurs isolés ayant triplé en trois ans. L'adolescence et le jeune âge adulte constituent un moment de vie très singulier. Les limites précises de cette tranche d'âge sont sujettes à débat mais il est le plus souvent admis qu'elle s'étend de 12 à 25 ans. C'est l'âge de l'autonomisation par rapport aux parents, des expériences amoureuses, des transitions scolaires ou vers la vie active. Il s'agit de la tranche d'âge où apparaissent classiquement les pathologies psychiatriques adultes. **C'est également la période de la vie où le recours aux soins est le plus faible⁴ et où l'on observe une très forte proportion de ruptures de soins.** C'est donc une période sensible qui nécessite une coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) et la psychiatrie générale (PG) qui assure le relais, parfois dès l'âge de 16 ans, les structures de prévention (maison des ados, PAEJ par exemple) ou encore les autres acteurs impliqués dans les parcours de vie (médecine scolaire, Education nationale, Protection de l'enfance, MPU, associations, PJJ, associations de prévention spécialisée, CMPP, etc.). Citons entre autres l'AVVEJ (Association vers la vie pour l'éducation des jeunes) créé en 1977 à l'échelle nationale. En Seine-Saint-Denis, elle est présente à travers 3 structures : Centre Mère Enfant (CME) / Toit Accueil Vie, Rencontre 93 et SIOAE 93.

Les enjeux exprimés⁵ de la prise en charge de ces publics sont donc :

- De repérer les pathologies émergentes pour une prise en charge précoce,
- D'éviter les ruptures chez les jeunes qui ne sont pas demandeurs de soins,
- De repérer ce qui relève de la psychopathologie individuelle, de la psychopathologie familiale, du champ éducatif, des champs pédagogique ou professionnel etc., toutes ces dimensions étant souvent intriquées
- De s'articuler avec tous les acteurs de l'environnement du « jeune » (Education nationale, MDA, universités, etc.)
- De bénéficier d'une offre psychiatrique, addictologique, et somatique suffisante pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents et jeunes adultes.

L'offre en Seine-Saint-Denis :

• Lits non sectorisés :

- Unité Ados l'Escalade à Aubervilliers (Bâtiment Clos Bénard) secteur G02 : **6 lits** d'hospitalisation complète pour adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques aigus, à vocation départementale (fermée le week-end actuellement).
- Unité Ados au CHI André Grégoire à Montreuil, secteur I03 : **9 lits** d'hospitalisation complète pour adolescents à vocation départementale.

¹ Publication INSEE, 30 août 2017.

² Rapport parlementaire 2018 sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis, MM. FRANÇOIS CORNUT-GENTILLE et RODRIGUE KOKOUENDO, Députés

³ La SSD accueille sur son territoire un certain nombre de campus : les universités Paris 8 et Paris 13, 8 IFSI, l'Ecole 42, le CNAM, l'école d'ingénieurs SupMéca, un pôle d'enseignement supérieur de la musique. Par ailleurs s'est installé à Aubervilliers le campus Condorcet (12 000 étudiants supplémentaires attendus, dont 4 800 doctorants) en Septembre 2019, et le département accueillera le campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord à Saint-Ouen (Paris 7) d'ici 2027.

⁴ Selon l'Observatoire de la vie étudiante (OVE), un tiers des étudiants déclare avoir renoncé à des soins ou examens médicaux pour des raisons financières.

⁵ A l'occasion de la phase de diagnostic territorial partagé du PTSM 93.

- Lits Ados au CHI Robert Ballanger, secteur I04 : **10 lits** en hospitalisation complète pour des adolescents souffrant de troubles psychiatriques
- Le CAC « Les Cèdres » à Neuilly-sur-Marne, peut accueillir des adolescents de 15 ans et 3 mois, pour une durée qui peut dépasser 72 heures voire aller jusqu'à une à deux semaines à défaut de places dans des structures spécialisées.
- Une structure particulière : l'IHSEA (Institut Hospitalier Soins Etudes pour Ados), secteur I02 à Aubervilliers (bâtiment Charles Tillon) : **10 lits de soins études (7 ouverts)** pour adolescents stabilisés dont les troubles psychiatriques entravent la scolarisation, à vocation régionale.
- UCA (Unité Clinique pour Adolescents), secteur I02 à Aubervilliers (Bâtiment Tillon) : 7 lits d'hospitalisation de nuit pour adolescents.

- **Places/HDJ :**

- IHSEA Hôpital de Jour (I02) : 26 places de soins études à vocation régionale.
- UFITAA (Unité Familiale Inter-hospitalière pour les Troubles du comportement Alimentaire de l'Adolescent) à l'Hôpital Jean Verdier à Bondy : des locaux de pédiatrie et pédopsychiatrie (consultations, accueil de jour) pour la prise en charge conjointe des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les adolescents du département.
- L'Hôpital de Jour Adolescents du Clos Bénard (93G02) à Aubervilliers dispose de 3 places pour adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques
- Pour les jeunes souffrant de troubles graves du spectre de l'autisme qui débutent dans l'enfance et se poursuivent en continuum à l'adolescence (Troubles du spectre autistique - TSA) il existe :
 - L'Hôpital de Jour Salneuve à Aubervilliers : 28 places d'hospitalisation de jour pour enfants et adolescents souffrant de trouble du spectre de l'autisme (TSA) associés à un déficit sensoriel, à vocation régionale.
 - L'HDJ du Clos Bénard : 7/8 places d'hospitalisation de jour séquentielle pour adolescents (12-18 ans) souffrant de TSA.
 - L'HDJ les 3 jardins à Robert Ballanger.
 - Les Hirondelles à l'EPS-VE site Neuilly-sur-Marne.

- **L'offre (spécifique comme non spécifique) ambulatoire.**

- Offre non sectorisée :
 - Consultations et centre de jour pour adolescents à l'Hôpital Avicenne à Bobigny
 - Secteur I02 : UCA – CATTP : centre d'activités thérapeutiques pour adolescents en après-midis ou soirées
- Offre sectorisée :
- Les CMP, CMP infanto-juvéniles et CMPP reçoivent des adolescents. Plus spécifiquement :
 - CMP et CATTP de Bondy 93105 : consultations et activités thérapeutiques pour adolescents, certaines activités se font en co-sectorialité avec le secteur adulte pour favoriser une transition harmonieuse des équipes de soins.
 - CMP et CATTP Ados Neuilly à Neuilly-sur-Marne 93G16 : structure intersectorielle proposant des consultations et activités thérapeutiques pour adolescents domiciliés à Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance, Villemomble, Gagny, Noisy-le-Grand, Rosny-sous-Bois, Le Raincy, Coubron, Clichy-sous-Bois, Montfermeil.
 - Consultations au CMP Ados de la MDA CASADO à Saint-Denis (I01)⁶.
 - Accueil Jeune au CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois 93104 : consultations pour adolescents sur place et activité de liaison dans les services du CHI Robert Ballanger

- **Offre de prévention et de première ligne :**

⁶ A différencier de l'accueil inconditionnel de la MDA CASADO pour les 12-21 ans, qui n'est pas sectorisée.

- **3 Maisons des adolescents** (MDA), lieux ressources qui accueillent, accompagnent, orientent et prennent en charge les jeunes entre 11 et 21 ans voire 25 ans, avec une couverture du territoire en révision : **Casita** à Bobigny, **Casado** à Saint-Denis et **l'Amica** à Clichy-sous-Bois.
- **8 PAEJ**⁷ : et un « Tête-à-tête » installé au centre commercial de Rosny-sous-Bois.
- **6 consultations jeunes consommateurs** (CJC)
- Un **Relais collégien-lycéen**, porté par la Fondation Santé des Etudiants de France à La Courneuve, dont les missions d'évaluation et d'orientation sont proches de celles des MDA
- **14 missions locales**⁸ qui couvrent tout le territoire, et proposent aux jeunes entre 16 et 25 ans un suivi personnalisé et un accompagnement global en termes d'emploi, de formation, de logement et de santé. Certaines missions locales ont des vacations de psychologue mais leur liste n'est pas disponible.
- **8 BIJ/PIJ**⁹
- L'offre de soin à destination des étudiants du territoire : **2 Services de Médecine Préventive Universitaire** (MPU) :
 - Un service à l'Université Paris Nord (Dr PERIGNON),
 - Un service à l'Université Paris Saint-Denis (Dr IATCHEV, Paris 8), pour les actions de prévention et de dépistage. Ces services souffrent d'une difficulté à orienter leurs étudiants en aval du dépistage (problème de l'absence de services dédiés, problème culturel, problème de connexions intercommunales).

Les conclusions du groupe de travail transitions lors de la phase de diagnostic partagé ont été :

- Des difficultés pour hospitaliser un jeune en dehors des services adultes.
- La sortie d'hospitalisation temps plein, et/ou la prise en charge des adolescents avec des troubles les plus sévères pour lesquels des places supplémentaires de HDJ seraient nécessaires.
- La prise en charge ambulatoire connaît des délais longs, peu compatibles avec la temporalité des adolescents. A «ADO NEUILLY¹⁰» les délais d'attente sont entre 4 et 5 mois et la liste d'attente d'une cinquantaine de jeunes.
- Des ruptures surviennent parfois dans le parcours de soin des jeunes lors du passage de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie adulte, faute de consensus entre les équipes.
- Un jeune de moins de 16 ans nécessitant une prise en charge en urgence est un « casse-tête ». Verbatim « on respire presque quand le jeune a plus de 16 ans car il pourra aller en psychiatrie adulte » !
La prise en charge des crises et des urgences ne disposent pas de dispositif spécifique en dehors de certaines organisations en CMP ou de dispositif de liaison avec la pédiatrie.
- Les jeunes pris en charge par l'ASE constituent une population particulièrement nécessitante de suivi mixte par les éducateurs, les pédopsychiatres et les psychiatres adultes. Quelques dispositifs récents réalisent ce suivi mixte (Plateforme Jeunesse et santé mentale qui se déplace à l'ASE, dans les établissements scolaires, les services municipaux de la jeunesse, les missions locales etc. ; Relais collégien-lycéen qui se déplace dans les écoles), mais ils ne couvrent pas tout le territoire. La MDA AMICA réfléchit à la création d'une équipe mobile qui intervienne à l'école, dans les structures de l'ASE, auprès

⁷ Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents : AMICA (Clichy-sous-Bois), Association Santé mentale et culture (Saint-Denis), Iris (Bondy), 2 PAEJ « Léa » (Montreuil), Mosaïque (Aubervilliers), Saddaka (Aulnay-sous-Bois), Le Kiosque (Les Lilas).

⁸ Epinay-sur-Seine, Saint-Denis, La Courneuve, Aubervilliers, Bobigny, Pantin, Montreuil, Bondy, Rosny-sous-Bois, Aulnay-sous-Bois, Villemomble, Sevran, Montfermeil, Noisy-le-Grand.

⁹ Structures d'information jeunesse ayant vocation à délivrer une information généraliste en lien avec les loisirs, les études, l'insertion dans le monde professionnel, l'accès aux droits, la vie pratique, la santé... Leur rôle est également d'orienter les jeunes vers des structures pouvant répondre à leurs besoins. Le label PIJ / BIJ prévoit un accueil de tous les jeunes de 15 à 29 ans.

¹⁰ADO NEUILLY est un CMP pour adolescents basé à Neuilly-sur-Marne.

des Missions locales, des acteurs de prévention spécialisée (sur le modèle de l'équipe mobile du Dr Pelon, à Maison Blanche).

- Absence de dispositif de soins somatiques dédié aux étudiants.
- Absence de dispositif de soins psychologiques dédié aux étudiants : aucun BAPU¹¹, pas de consultation dédiée dans les secteurs de psychiatrie générale, pas de lits dédiés dans les services d'hospitalisation de psychiatrie générale, CMP engorgés et peu de CMP dédié aux adolescents et jeunes adultes.

Les 3 MDA¹², les 8 PAEJ¹³, les 6 Consultations jeunes consommateurs, et le Relais collégien-lycéen sont des dispositifs de prévention et de repérage précoce qui ne couvrent pas tout le département et s'articulent de manière différente avec les autres acteurs du territoire :

– **Les PAEJ :**

- Ont des missions qui se confondent avec celles des MDA (cahiers des charges similaires), ce qui rend peu lisible leur offre auprès du public et de leurs partenaires.
- Sont très inégalement répartis sur le territoire. Il existe 8 PAEJ en SSD, mais un seul sur le territoire de la MDA AMICA (9 communes), alors que les PAEJ sont des acteurs de proximité.
- Risquent de voir leur nombre baisser en raison du retrait des financements du Conseil départemental pour un certain nombre d'entre eux – les co-financements de la DDCS, voire des municipalités pour certains, pouvant ne pas suffire à préserver la structure.

– **Les MDA :**

- Rencontrent des difficultés face à la croissance de la population : peu de moyens pour répondre à leurs missions d'accueil, d'orientation, de formation et d'animation de réseau, locaux trop petits et peu adaptés pour recevoir les publics.
- Suggèrent une augmentation importante de la violence et du décrochage scolaire chez les adolescents, et de plus en plus tôt.
- Ne couvrent pas tout le territoire. La **MDA Casado couvre 6 communes** (Ile-St-Denis, St-Ouen, St-Denis, Epinay, Villetaneuse, Pierrefitte), la **MDA Casita 5 communes** (La Courneuve, Aubervilliers, Pantin, Bobigny, Drancy), et la **MDA Amica actuellement 9 communes** (Vaujours, Coubron, Livry-Gargan, Clichy-sous-Bois, Montfermeil, Pavillons-sous-Bois, Le Raincy, Gagny, Villemomble) avec pour **projet de s'étendre à 10 communes supplémentaires**¹⁴. A Montreuil, zone non couverte par les MDA, les jeunes vont consulter à la MDA de Robert Debré (Paris 19^e).
- Ont des relations très hétérogènes avec leurs partenaires :
 - Les **liens avec la psychiatrie** sont très secteur-dépendants, les MDA font état d'un manque de relais par les équipes sanitaires qui sont elles-mêmes saturées (pour du soin classique, des psychothérapies, de l'HDJ, ou du soins-études), ce qui embolise leur structure. Ceci est d'autant plus vrai avec les services d'urgence pédopsychiatrique (absence de relais, peu de contacts fréquents).
 - Les **liens avec l'Education nationale** mériteraient d'être renforcés afin de mieux prendre en charge les jeunes dans la globalité de leur parcours, ce qui englobe leur scolarité.
 - Les liens avec les **acteurs de l'addictologie** : la question de l'addiction est peu présente dans la prise en charge sanitaire des jeunes, or 40% d'entre eux sont en situation d'addiction.

- Le **Relais collégien-lycéen** est une consultation médico-psycho-pédagogique ambulatoire et mobile basée à La Courneuve.

¹¹ A contrario il existe 4 BAPU à Paris et 3 en Val-de-Marne.

¹² Deux MDA sont portées par le sanitaire (CASADO et CASITA) avec des financements DAF, et la 3e, AMICA, est associative (financement FIR).

¹³ Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents.

¹⁴ Le Blanc-Mesnil, Aulnay-sous-Bois, Sevran, Villepinte, Tremblay-en-France, Rosny-sous-Bois, Neuilly Plaisance, Neuilly-sur-Marne, Gournay-sur-Marne, Noisy-le-Grand.

Les axes de la feuille de route « adolescents – jeunes adultes »

Les 3 **priorités** des pilotes du groupe de travail parmi les 16 actions préconisées figurent en rouge dans le tableau ci-dessous.

16 FA	AXE1	AXE2	AXE3	AXE4	AXE5
1) Adolescents - jeunes adultes	Renforcer, coordonner l'offre destinée aux familles	Construire une offre spécifique pour adolescents-jeunes adultes	Connaitre et valoriser les missions de collaboration de la psychiatrie (PIJ et PG) avec tous ses partenaires	Redéfinir et renforcer le rôle des acteurs de la prévention de première ligne	Favoriser l'inclusion scolaire et lutter contre le décrochage scolaire
action 1	1.1.1. Construire, renforcer et coordonner les moyens à l'échelle du territoire	1.2.1. Renforcer l'offre d'hospitalisation (HC, HDJ), en distinguant les besoins des 11-15 ans, 16-21 ans, et 22-25 ans	1.3.1. Réfléchir à la mise en place d'une « équipe Ressource du Continuum » afin d'assurer la transition entre PG et PIJ	1.4.1. Clarifier, valoriser et renforcer le rôle des acteurs de première ligne, pour améliorer la prévention, la promotion en santé mentale et le repérage des jeunes en souffrance psychique	1.5.1 Identifier les dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire sur le territoire et encourager les collaborations entre l'Education nationale et les acteurs concernés
action 2		1.2.2. Renforcer les moyens et les partenariats des CMP-IJ Ludovic	1.3.2. Renforcer le lien entre la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) et l'ensemble des acteurs qui accompagnent les adolescents	1.4.2. Evaluer les besoins et les moyens des MDA, pour prendre en charge l'augmentation de la population	1.5.2. Renforcer les capacités de prise en charge soins-études en hôpital de jour ou en internat, à destination des collégiens et/ou des lycéens des filières professionnelles
action 3		1.2.3. Poursuivre les actions en faveur du repérage précoce des troubles émergents, en particulier des sujets dits "à ultra haut risque" de développer des troubles bipolaires ou des troubles du spectre de la schizophrénie	1.3.3. Identifier et évaluer les dispositifs actuels de prise en charge des enfants de l'ASE par les équipes de psychiatrie	1.4.3 Construire une offre articulant les acteurs de proximité et les acteurs de recours (CMP, MDA, etc), pour prendre en charge les situations de crise.	
action 4		1.2.4. Mettre en place une filière de soins spécifique pour les adolescents et jeunes adultes présentant un trouble psychotique débutant	1.3.4. Mettre en place des collaborations avec des équipes de recherche pour développer la recherche multidisciplinaire sur les adolescents et les jeunes adultes		
action 5		1.2.5. Implanter une structure dédiée aux soins psychologiques, addictologiques, et/ou somatiques des étudiants dans la partie Ouest du territoire de SSD			
action 6		1.2.6. Poursuivre et renforcer les actions en faveur de la prise en charge des troubles psychotraumatiques chez les adolescents et les jeunes adultes			

Axe 1 – Renforcer, coordonner l’offre destinée aux familles

FICHE ACTION N°1.1.1 : Construire, renforcer et coordonner les moyens à l'échelle du territoire

1. **Pilotage** : ARS, MDPH, UNAFAM, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, CPT93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Plus de 40% de la population de SSD a moins de 30 ans. L’adolescence au sens large (12-25 ans) est la période où la majorité des troubles psychiatriques émergent. C’est également la période de la vie où le recours aux soins est le plus faible ; par ailleurs 70% de malades psychiques sévères sont hébergés au domicile ou dans un logement à part, mais à la charge d’un proche familial (UNAFAM). Cette situation a des conséquences considérables dans la vie de chacun des membres des familles concernées. Les familles découvrent ces maladies avec le temps, car elles n’ont aucune information à ce sujet. Elles peuvent se montrer maltraitantes tout en pensant bien faire. Elles n’ont aucune des compétences requises pour un accompagnement professionnel. Par ailleurs, cette proximité avec la personne est préjudiciable à l’autonomisation de celle-ci. En RESAD, on constate un grand nombre de situations où l’intrication personne malade/aidant familial est toxique, et avec le temps parfois dramatique. C’est le constat également partagé des bénévoles de l’UNAFAM qui ont pratiqué des centaines d’accueils de familles. Lorsque la famille est épuisée, trop âgée ou simplement défaillante, la personne vulnérable se retrouve à un âge avancé, seule pour affronter sa vie ayant été trop protégée. A cette situation s’ajoute en SSD la précarité et l’isolement de certaines familles.

Si le projet territorial de santé mentale a pour priorité le repérage précoce des troubles psychiques, la facilitation de l’accès aux soins, l’organisation de parcours sans rupture il a aussi pour objet de renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l’éducation et de la parentalité. (Décret PTSM de juillet 2017).

Les réseaux d’entraide sont peu développés, ou existent à des échelles très locales ou familiales, de même que les associations de familles. L’UNAFAM est l’association de familles la plus implantée dans le département. Orientée historiquement vers l’accompagnement des adultes avec des troubles psychiques, elle est de plus en plus sollicitée par les familles ayant un enfant avec des troubles psychiques. Elle participe à la mise en place de groupes de paroles à destination des parents dans certaines communes, et facilite les relations entre les familles et les soignants, parfois très distendues. Une expérimentation a également été lancée par l’Association Les Funambules - Œuvre Falret, dispositif global de prévention en faveur de l’entourage jeune (fratrie) des personnes souffrant d’un trouble psychiatrique.

Soutenues par de nombreux rapports sur la santé mentale et essentielles à l’efficacité des soins des adolescents et des jeunes adultes, l’implication des familles dans les parcours de soins, et leur soutien, sont donc disparates et peu coordonnées à l’échelle du département, dépendant des initiatives des familles notamment et des pratiques locales. Un autre enjeu porte sur le soutien et l’articulation des interventions auprès des familles accompagnées par la Protection de l’enfance (ASE).

L’initiative gouvernementale de mettre en place un numéro national (le 360) qui décliné par territoire permet aux aidants (familles, proches) de trouver une solution et donc éviter des ruptures de soins est en cours de déploiement en SSD. Ce projet dit « communauté 360 » qui regroupent les acteurs intervenant dans le handicap (physique et psychique), piloté par la MDPH, connaît un coup d’accélérateur depuis la COVID19.

4. **Objectif général de l’action** : Construire et coordonner une offre de soutien diversifiée à destination des familles des jeunes de 12 à 25 ans en SSD.
5. **Objectifs spécifiques de l’action**
 - Réduire les clivages entre les soignants et les familles
 - Favoriser l’alliance thérapeutique

- Reconnaître et développer les compétences des familles à la communication et à la résolution de problèmes, dans une optique de rétablissement par des programmes de formation et de psychoéducation
- Réduire l'impact des dysfonctionnements familiaux sur la santé mentale des adolescents
- Participer à l'amélioration de l'état de santé global de tous les membres de la famille
- Soutenir la pair-aidance

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Mobiliser les acteurs du territoire (secteurs de psychiatrie, associations représentantes de patients et des familles) pour répondre à l'AMI de l'ARS-IDF sur l'offre intégrée de soutien aux familles d'enfants ou adolescents souffrant de troubles psychiques.
- Répertoire tous les dispositifs de soutien et de soins à destination des familles des adolescents et jeunes adultes disponibles dans le département (y compris développés par la Protection de l'enfance et/ou les MDA), et en faire la cartographie : guidance parentale, psychoéducation, groupes de paroles, thérapies familiales, soutien aux fratries, thérapies multifamiliales¹⁵...
- Contribuer à la mise en place d'une « communauté 360 » en SSD
- Mettre en place des forums, café-débats, cafés-rencontres, SISM, fêtes locales, rencontres associatives, actions médiatiques, participation active aux CLSM, etc.
- Rédiger et diffuser une charte de bonnes pratiques concernant l'articulation des soignants prenant en charge les jeunes, avec les familles
- Former de nouveaux professionnels, notamment de l'ASE, aux différents outils impliquant les familles dans les prises en charge
- Renforcer les équipes existantes et créer de nouvelles équipes en fonction des besoins du territoire
- Soutenir les travaux de recherche et d'évaluation des dispositifs de soutien et de soins destinés aux familles (pour exemple : LTP¹⁶, Les Funambules) (cf. fiche action 1.3.5)
- Réfléchir aux moyens de valoriser les prises en charge familiales dans le recueil de l'activité des institutions
- Renforcer l'articulation entre l'ASE et la psychiatrie notamment dans le suivi des situations complexes et lors des phases de transition
- Renforcer l'articulation entre la psychiatrie et les dispositifs d'accompagnement (Ex : La Plateforme « La Trame ») afin d'assurer un meilleur étayage autour des situations

7. Publics concernés : jeunes de 12 à 25 ans et leurs familles

8. Acteurs impliqués : MDA, ASV, CLSM, CCAS, Municipalités, Police, Justice, Associations, Soignants, RESAD, ASE, ASV, MJC, Académie de Créteil, Enseignants, Pôle Emploi, CCI, AFPA, Bailleurs sociaux, Educateurs, Soignants, CMP, etc.

9. Indicateurs de résultats :

- Diffusion d'une charte de bonnes pratiques concernant l'articulation des soignants prenant en charge les jeunes, avec les familles
- Nombre de personnels formés à des outils impliquant les familles dans les prises en charge
- Nombre de familles suivies en thérapie familiale ou thérapie multi-familiale
- Nombre de familles ayant participé à un groupe de parole
- Nombre de familles ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation
- Nombre de secteurs où des offres, de thérapie familiale, psychoéducation, guidance parentale, sont accessibles
- Nombre de projets de recherche concernant des dispositifs à destination des familles
- Indicateurs de partenariat
- Indicateurs de formation

10. Moyens nécessaires : à définir selon le projet et le dimensionnement

¹⁵ Thérapie multifamiliale : nées de la nécessité de trouver de nouvelles manières d'aborder les situations psycho-sociales complexes, ces dispositifs, qui consistent à réunir plusieurs familles partageant les mêmes difficultés, sont des cadres propices à la collaboration, à la mobilisation des compétences des familles et à la lutte contre l'isolement

¹⁶ LTP : Lausanne Trilogic Play.

Axe 2 – Construire une offre spécifique pour ados jeunes adultes

FICHE ACTION N°1.2.1 : Renforcer l'offre d'hospitalisation (HC, HDJ), en distinguant les besoins des 12-15 ans, 16-21 ans, et 22-25 ans

1. **Pilotage** : ARS, CPT (collège médical et COMOP notamment)
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La jeunesse constitue un enjeu majeur en SSD car plus de 40% de la population de SSD a moins de 30 ans. L'adolescence au sens large (12-25 ans) est la période où la majorité des troubles psychiatriques émergent. C'est également la période de la vie où le recours aux soins est le plus faible (Eléments du diagnostic, page 30). Quand l'hospitalisation d'un adolescent dans un service de psychiatrie ne peut être évitée à la faveur d'une prise en charge ambulatoire intensive, les conditions d'une première hospitalisation (la « rencontre » initiale avec la psychiatrie) influencent fortement l'alliance thérapeutique, initiale, puis au long cours, du sujet avec les soins psychiques et les soignants. C'est ce qui a amené le COPIL du PTSM-93 à se prononcer en faveur de modalités de soins « youth friendly », moins traumatisantes qu'une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte. Des petites unités réservées aux troubles apparaissant à l'adolescence ou aux troubles psychiques apparus dans l'enfance et se poursuivant à l'adolescence ont été suggérées (Annexe 2 au courrier au DG de l'ARS, juillet 2019).

L'offre d'hospitalisation des unités pour adolescents de SSD reste disparate et insuffisante avec 14 places d'hospitalisations à temps complet et 10 places à temps partiel pour la totalité du département, auxquelles il faut ajouter 10 places d'hospitalisation à temps complet et 26 places à temps partiel en soins-études.

Une étude portant sur la base régionale de 2016-2018, montre que le nombre de lits occupés par des jeunes entre 12 et 25 ans domiciliés en Seine -Saint-Denis est de 144 lits ; 40% sont à VE et 21% à Robert Ballanger ; 48,5 lits sont occupés par des jeunes du 93 mais hors du 93 ; principalement entre 16 et 25 ans. (Eléments du diagnostic, pages 31-32)

Plus largement, la SSD, cumulant à la fois les facteurs de risque en matière de santé mentale et une faiblesse de l'offre de soins privée, est paradoxalement sous-dotée en termes de capacités d'hospitalisation dans les établissements publics. L'EPS de Ville-Evrard ne dispose par exemple que de 15 lits pour 1000 patients, pour une moyenne de 20 lits pour 1000 patients en IdF et 23 pour 1000 au niveau national (source : direction de la stratégie médico-économique, EPS Ville-Evrard).

Le renforcement de la capacité d'hospitalisation en psychiatrie pour adolescents du département est une nécessité.

1. Objectif général de l'action

Adapter les moyens en hospitalisation psychiatrique aux besoins des jeunes de 12-25 ans de SSD.

2. Objectifs spécifiques de l'action

- Analyser quantitativement et qualitativement les besoins en psychiatrie des 12-25 ans de SSD
- Limiter les hospitalisations des adolescents et des jeunes adultes dans les UHTP et les HDJ de psychiatrie adulte
- Renforcer l'alliance thérapeutique et l'engagement des jeunes dans les soins
- Disposer des moyens nécessaires pour soutenir la mise en place des parcours de soins spécifiques et précoces pour les adolescents et jeunes adultes présentant un trouble psychotique débutant (cf fiche action 1.2.4)
- Mettre en place la prise en charge précoce des jeunes entrant dans la psychose selon les recommandations de bonnes pratiques (case management, réhabilitation etc)

3. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Analyser les besoins du département en termes de places d'hospitalisation pour les trois classes d'âge : 12-15 ans, 16-21 ans, 22-25 ans, domiciliés dans le 93 et hospitalisés hors du 93 sur une période stable (2016, 2017, 2018, 2019)
- Différencier les missions des hospitalisations complètes et des hospitalisations à temps partiel
- Mettre en place un groupe de travail pour définir la ou les localisations des moyens en tenant compte de l'existant et de la répartition géographique.
- Ecrire les projets médicaux, organisationnels et financiers des différentes unités, extension ou création *de novo* (appels à projets ? mesures nouvelles ? à définir avec l'ARS).
- Former les soignants de ces unités aux spécificités des prises en charge à l'adolescence, y compris somatiques et addictologiques ; soutenir la création d'une filière de la médecine de l'adolescent
- Organiser l'articulation avec les MDA, les services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, les équipes de repérage précoce des troubles à l'adolescence (cf fiche Action 1.2.3)
- Soutenir un travail spécifique et parallèle concernant les besoins et capacités d'hospitalisation complète et à temps partiel en soins études (cf fiche action 1.5.2)

4. Publics concernés : jeunes de 12 à 25 ans

5. Acteurs impliqués : ARS, CPT, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, MDA, UNAFAM, Université Paris 13

6. Indicateurs de résultats :

- Nombre de places d'hospitalisations créées, à temps complet et à temps partiel
- Nombre de personnels formés aux spécificités des prises en charge à l'adolescence
- Nombre de jeunes hospitalisés
- Nombre de séjours hospitaliers
- Durées moyennes de séjour
- Nombre de jeunes perdus de vue au décours de l'hospitalisation

7. Moyens nécessaires :

- Accès aux bases de données,
- Étude épidémiologique,
- Moyens financiers pour investissement et exploitation

FICHE ACTION N°1.2.2 : Renforcer les moyens et l'offre des structures ambulatoires prenant en charge des adolescents (CMP et CATTP ados, CMP-IJ, CMPP...)

1. **Pilotage** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, MDA
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Plusieurs types de structures participent à la prise en charge ambulatoire des adolescents (CMP, CATTP, CMPP, unités hospitalières de consultations ambulatoires, CMPP, MDA). Si certaines d'entre elles sont spécifiques aux adolescents (CMP/CATTP adolescents de Bondy rattachés au secteur I05, CMP/CATTP Ados Neuilly rattachés au secteur G16, CMP Ados de la MDA CASADO à Saint-Denis rattaché au secteur I01, accueil jeunes au CHI Robert Ballanger, RCL93 à La Courneuve...), d'autres accueillent un public d'enfants plus large tout en participant à la prise en charge de la population adolescente (CMP infanto-juvéniles, CMPP, CMP adultes).

La structuration d'une filière d'accueil et de soins destinée aux adolescents a largement contribué à favoriser l'accès rapide des jeunes à des structures adaptées, en permettant une réduction des délais d'attente et une prise en charge par une équipe de professionnels dédiée, familière des problématiques adolescentes. Toutefois, si la situation des structures spécialisées sur cette tranche d'âge diffère par certains aspects de celles des structures ambulatoires ayant vocation à accueillir tous les enfants (nature différente des troubles, durée de suivi souvent plus faible, problématique de gestion de la crise et de prise en charge en urgence en lien avec les unités d'hospitalisation ou des services de pédiatrie...), une mise en tension des capacités d'accueil de ces structures est également constatée depuis plusieurs années. Celle-ci est à mettre en lien avec l'augmentation de la demande, les délais d'attente pouvant selon les périodes atteindre 2 à 3 mois dans certains CMP ados,¹⁷ cette croissance de la demande étant attribuable à des facteurs multiples¹⁸ : intérêt sociétal accru pour la question du bien-être des jeunes, « *revendication émergente du bien-être comme condition de la réussite scolaire ou universitaire de chacun* », besoins nouveaux (intégration d'une dimension de bien-être et de santé mentale au traitement de la question du décrochage scolaire et des troubles du comportement) et émergence de problématiques de santé mentale propres aux jeunes, précocité du repérage et amélioration de la prise en compte des signes de souffrance psychique chez les jeunes, meilleure orientation des jeunes vers les structures spécialisées par les partenaires, déstigmatisation du recours à des soins de santé mentale. En fonction de la nature de la demande et du contexte, les structures non spécialisées dans le suivi des adolescents les orientent ou non vers ces lieux de prise en charge ; elles sont parfois également amenées à les suivre directement (l'adolescence constituant dans ce cas généralement un motif de priorisation de la demande), avec des délais plus ou moins importants selon les centres.

Pivot de la prise en charge du secteur infanto-juvénile, les CMP sont des « *unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile mises à la disposition de la population* »¹⁹. Ils offrent une prise en charge ambulatoire par une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue, éducateur spécialisé, orthophoniste, psychomotricien, assistante sociale, IDE...) comprenant des consultations individuelles et des groupes thérapeutiques, qui peuvent prendre plusieurs formes (groupes de parole, activités artistiques, culturelles ou sportives, débats...) et permettent un recours de proximité au sein d'un modèle sectoriel dont la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 avait réaffirmé la pertinence. Également rattachés au secteur de pédopsychiatrie, les CATTP disposent d'une offre de prise en charge pour un nombre plus réduit d'enfants qui comprend des groupes thérapeutiques. Les CMPP, qui relèvent du secteur médico-social, offrent une prise en charge organisée selon des modalités proches, et disposent de certaines spécificités liées à leur mission pédagogique. La prise en charge à l'accueil jeunes du CHI Robert Ballanger combine quant à elle une offre de consultations et de groupes.

Il faut par ailleurs souligner l'importance de ce travail de réseau mené avec les différents partenaires, central dans la prise en charge des adolescents : établissements scolaires, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la

¹⁷ En 2019, le délai moyen entre la demande et le premier RDV s'établissait à 41 jours au CMP de Bondy-ados, avec un minimum de 0 jour et un maximum de 133 jours (sur 41 demandes de RDV honorées).

¹⁸ Rapport de la mission « bien-être et santé des jeunes », présenté par Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, novembre 2016.

¹⁹ Arrêté du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

jeunesse, service social polyvalent, programme de réussite éducative, autres structures du secteur sanitaire (HDJ, unités d'hospitalisation à temps plein / lits ados dans les secteurs où ils existent, CMP adulte, service de pédiatrie des hôpitaux généraux), associations, éducateurs de rue...

Il convient ainsi d'intégrer ces structures ambulatoires à la réflexion sur les moyens et aux demandes de renforcement des structures (cf. fiche-action 8.2.1 de la feuille de route « enfants » sur le renforcement de l'offre ambulatoire de pédopsychiatrie) afin de préserver l'accès des adolescents à une offre ambulatoire de qualité et de permettre à ces centres d'assumer l'ensemble de leurs missions, y compris le travail de prévention qui leur incombe, en lien avec les autres partenaires du territoire.

4. **Objectif général de l'action** : Permettre l'accès effectif de tous les adolescents qui le nécessitent à une offre de prise en charge ambulatoire de nature et d'intensité adaptées à leurs besoins.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Améliorer l'accès des enfants à l'offre ambulatoire, en réduisant les listes d'attente et les délais de RDV, afin de permettre l'évaluation et la prise en charge précoce des troubles ;
- Permettre l'accès à une offre thérapeutique adaptée et l'intensification de la prise en charge des enfants qui le nécessitent ;
- Permettre l'accès à une offre de groupes thérapeutiques ;
- Favoriser le travail de réseau avec l'ensemble des partenaires, au travers du développement de liens institutionnels et en facilitant la présence aux réunions de coordination pour les situations complexes ;
- Renforcer l'alliance thérapeutique avec les familles ;
- Donner les moyens de développer « l'aller-vers » ;
- Confirmer les CMP dans leur rôle-pivot au sein du secteur en leur permettant d'exercer toutes leurs missions, en lien avec les partenaires.

6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**

- Sous la responsabilité de la commission pédopsychiatrie de la CPT-93, et en lien avec l'étude prévue sur les CMP infanto-juvéniles (cf. fiche-action 8.2.1), réaliser une étude afin de disposer d'un état des lieux de la situation des structures ambulatoires de prise en charge de l'adolescent.
 - Cette enquête évaluera l'activité, les moyens et les organisations des structures accueillant des adolescents à partir d'indicateurs quantitatifs (données sociodémographiques, données d'activité du RIM-P, dotation en ressources humaines) et d'entretiens qualitatifs (organisation des structures, modalités de prise en charge des nouvelles demandes et de gestion de la liste d'attente, insertion dans l'environnement local et relations avec les partenaires, adéquation des locaux à l'activité, difficultés rencontrées).
- Mettre en place des indicateurs de saturation des capacités de prise en charge ambulatoire permettant un suivi rapproché des déséquilibres entre l'offre et les sollicitations ;
- Renforcer l'offre thérapeutique disponible au sein des structures (psychothérapie individuelle, thérapie familiale, activités groupales), en valorisant la pluralité des approches, et l'offre de soutien destinée aux familles (cf. fiche-action spécifique) ;
- Sur la base de cet état des lieux, renforcer les équipes en personnels médicaux et non médicaux afin de prendre en compte le changement dans le profil des adolescents suivis et de pouvoir assurer une prise en charge de qualité et conforme à leurs besoins ;
 - Fidéliser les personnels, y compris dans les corps de métiers où la démographie est défavorable (en lien avec les actions de la feuille de route « attractivité territoriale ») ;
- Développer les activités visant à renforcer l'inclusion des adolescents dans leur environnement ;
- Permettre aux équipes des CMP d'exercer pleinement leur mission d'animation au sein du secteur et de renforcer l'interconnaissance avec les partenaires sur leur rôle (cf. fiche-action spécifique) ;
- Engager des travaux avec les communes afin d'identifier des locaux adaptés à l'accueil des enfants et des familles ;

- Soutenir la réflexion de chaque équipe sur les modalités de prise en charge des nouvelles demandes et sur son organisation, en encourageant les échanges sur les pratiques.
 - Améliorer l’articulation avec les services de PG et la transition des adolescents entre les services de PIJ et de PG pour ceux qui nécessitent des soins prolongés à l’âge adulte (cf. fiche action 1.3.1)
7. **Publics concernés** : adolescents
8. **Acteurs impliqués** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, MDA, CMP et secteurs de PIJ, CMPP
9. **Indicateurs de résultats** :
- Evolution en temps de professionnels par adolescent pris en charge
 - Nombre d’enfants sur la liste d’attente, nombre de sollicitations
 - Délai de premier RDV
 - % d’adolescents vus à 3, 6, 9, 12 mois de la demande initiale
 - File active des CMP/CATTP/CMPP
 - Evolution qualitative et quantitative de l’activité des structures
10. **Moyens nécessaires** :
- Chargé d’étude pour la réalisation de l’état des lieux de la situation des CMP
 - Renforcement en personnels médicaux (pédopsychiatres) et non médicaux (psychologues, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, IDE, psychomotriciens...)
 - Locaux adaptés

FICHE ACTION N°1.2.3 : Poursuivre et développer les actions en faveur du repérage précoce des troubles émergents et de l'accès aux soins, en particulier des sujets dits "à ultra haut risque" de développer des troubles psychotiques

1. **Pilotage** : ARS, services de psychiatrie, MDA, CLSM
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La jeunesse constitue un enjeu majeur en SSD car plus de 40% de la population a moins de 30 ans. L'adolescence au sens large (12-25 ans) est la période où la majorité des troubles psychiatriques émergent. C'est également la période de la vie où le recours aux soins est le plus faible (Eléments du diagnostic, page 30). Or le délai entre l'apparition des 1ers symptômes des maladies psychiques et l'introduction du premier traitement (DUI – duration of untreated illness) a émergé dans la littérature comme un facteur pronostic majeur de l'évolution des troubles psychiques. Les interventions précoces qui réduisent ce délai de mise en place des soins ont un impact positif sur le pronostic au long cours des troubles, sur le rétablissement, et réduisent l'impact de ces troubles sur le fonctionnement (Malla et McGorry, 2019). De plus, des outils (CAARMS²⁰, PQ-16 etc.) ont été mis au point pour détecter parmi des jeunes sujets en souffrance mais indemnes de maladie, ceux qui présentent un état mental à risque, susceptible dans le futur d'évoluer vers un trouble psychotique. La détection et la prise en charge spécifique de ces sujets à Ultra Haut Risque de psychose pourrait non seulement retarder l'apparition de la maladie, mais aussi l'enrayer (McFarlane et al, 2015). Les acteurs principaux du repérage et de la prise en charge sont : psychologues scolaires, médecins traitants, MDA, Pédopsychiatre et psychiatres pour adultes, CLSM...

4. Objectif général de l'action

Permettre que tout jeune de 12 à 25 ans présentant un état de souffrance psychologique puisse être repéré, évalué de manière personnalisée et globale (individuelle, contextuelle et familiale) et orienté conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Repérer et évaluer de manière globale la souffrance psychologique des jeunes
- Orienter et accompagner vers les soins, si nécessaire, ou vers une prise en charge plus adaptée comme une prise en charge éducative
- Articuler dans la proximité les interventions des différents professionnels étant au contact de jeunes et participant au repérage
- S'appuyer sur des innovations que ce soit en termes de pratiques ou de technologies

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Organiser le maillage territorial du département pour le repérage des jeunes en souffrance en coordonnant les acteurs de première ligne avec les services de soins (cf axe 3 et 4)
- Soutenir la création et/ou le développement des dispositifs d'accompagnement (Ex : La Plateforme « La Trame ») pour faciliter le repérage des jeunes en souffrance
- Poursuivre les actions de formation, de sensibilisation des professionnels de première ligne visant notamment à la dé-stigmatisation
- Soutenir le renforcement des moyens des MDA (cf fiche Action 1.4.3)
- Soutenir la formation des familles (cf Axe 1)
- Renforcer/ Créer les équipes mobiles de consultation ayant la vocation d'aller à la rencontre de jeunes ne consultant pas spontanément dans les MDA ou les CMP (pour exemple : Plateforme Jeunesse et Santé Mentale et projet d'une équipe mobile MDA AMICA)
- Mettre en place des outils de repérage précoce s'appuyant sur les nouvelles technologies (applications sur smartphone, téléconsultations...)

²⁰ Comprehensive assesment of at risk mental state.

- Poursuivre la formation de professionnels aux outils standardisés de repérage et d'évaluation des sujets dits "à ultra haut risque" de développer des troubles bipolaires ou des troubles du spectre de la schizophrénie.
7. **Publics concernés** : jeunes de 12 à 25 ans et leurs familles
 8. **Acteurs impliqués** : ARS, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie adulte, pédiatres et médecins généralistes, MDA, PAEJ, Education Nationale (CIO, médecine scolaire, assistante de service social scolaire), MPU, UNAFAM, associations de prévention spécialisées, services jeunesse, PRE, missions locales
 9. **Territoires** : Secteurs de psychiatrie ou coopérations intersectorielles, département de SSD.
 10. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre de dispositifs mobiles créés
 - Nombre de personnels formés aux outils de repérage des sujets à Ultra Haut Risque de psychose
 - Part du territoire de SSD maillé par les équipes de repérage précoce
 - Nombre de jeunes et de familles rencontrés par les équipes mobiles
 - Nombre de téléconsultations
 - Nombre d'interventions à domicile ou à l'école
 - Taux de décrocheurs pendant la période = nombre de perdus de vue/ nombre de jeunes pris en charge
 - Nombre de jeunes et de familles orientés vers les soins
 11. **Moyens nécessaires**

Les moyens demandés seront dimensionnés à la taille du territoire pris en charge par l'équipe, et tiendra compte des mutualisations avec les équipes de santé mentale existantes.

FICHE ACTION N°1.2.4 : Mettre en place une filière de soins spécifique pour les adolescents et jeunes adultes présentant un trouble psychotique débutant

1. **Pilotage** : ARS, CPT
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'adolescence est la période où la majorité des troubles psychiatriques émergent. C'est également la période de la vie où le recours aux soins est le plus faible avec une très forte proportion de ruptures de soins (Eléments du diagnostic, page 30). Les spécificités et les complexités des prises en charge des adolescents ont amené les soignants à spécialiser et affiner leurs outils, et l'émergence d'une véritable « médecine de l'adolescence ». Celle-ci s'appuie sur la pluridisciplinarité avec une perspective de santé globale. Or, après l'éclosion d'un trouble psychotique, des symptômes séquellaires deviennent chroniques et sont à l'origine d'un handicap cognitif et social d'installation progressive mais durable. Ceci explique qu'un trouble avec une relativement faible prévalence puisse être la 6^e cause de perte d'années de vie en bonne santé en Europe (Schultze-Lutter et al., 2015). Le handicap social et cognitif des troubles psychotiques s'installant essentiellement lors des premières rechutes, les premières années de la maladie sont cruciales.

Le taux et la rapidité des rechutes psychotiques après un premier épisode bien traité en sont des facteurs pronostics essentiels. Si la grande majorité des personnes qui vivent un Premier Episode de Psychose (PEP) connaît une rémission des symptômes au cours de l'année qui suit le début du traitement, dans un contexte de soins psychiatriques courants, 30% des patients abandonnent leur traitement dans la même année (Doyle et al., 2014). Et le taux de rechute suivant l'interruption du traitement est extrêmement élevé (77% à 1an, 90% à 2 ans ; Zipursky et al., 2014).

On désigne sous le terme d'« intervention précoce » l'ensemble des stratégies thérapeutiques (quelles soient médicamenteuses, psychothérapeutiques, ou de réhabilitation sociale), ciblées sur le début de la maladie et visant à réduire l'impact de ces premières années de maladie. Elles ont montré leur supériorité par rapport aux soins psychiatriques usuels sur la diminution du taux de rechute après rémission du premier épisode. Le principe clinique central en est de travailler activement sur l'engagement de la personne à s'impliquer dans des soins axés vers le rétablissement et la réhabilitation, l'insertion ou la réinsertion scolaire, universitaire ou professionnelle, et plus globalement les aspects fonctionnels et l'autonomie.

Le développement de l'intervention précoce en santé mentale est une priorité du SRS 2018-2022.

4. Objectif général de l'action

Mettre en place une filière de soin ambulatoire spécifique à l'adolescent – jeune adulte qui permette un parcours de soins optimal, personnalisé, sans rupture et sans perte de chance, conforme aux données de la science et soutenant l'engagement des jeunes usagers dans les soins.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Articuler le repérage précoce des troubles émergents et leurs prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation si nécessaire
- Réduire les ruptures de soins des jeunes patients après leur premier contact avec les soins psychiques et le nombre de « perdus de vue »
- Diminuer les ré-hospitalisations
- Prévenir l'installation du handicap social et cognitif
- Travailler avec les jeunes et leurs familles dans une optique de rétablissement et envisager pour chaque adolescent – jeune adulte un programme de réhabilitation psychosociale dans son parcours
- Soutenir l'appropriation du pouvoir de l'utilisateur et l'alliance thérapeutique

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Créer ou renforcer les équipes spécialisées dans la prise en charge des psychoses émergentes (pour exemple : équipes de case management ou hôpitaux de jour spécialisés)
 - Mettre en place des standards internationaux en matière d'offre de soins, individuellement et/ou en groupe : case management, traitement pharmacologique, thérapie cognitive et comportementale, interventions familiales, éducation thérapeutique, remédiation cognitive, prise en charge des addictions...
 - Développer, sur la base des standards internationaux, l'accompagnement des familles, y compris lors de visites à domicile
 - Faire communiquer les équipes impliquées dans le repérage des troubles, les unités d'hospitalisation et les acteurs de la réinsertion et du rétablissement. et conventionner les parcours de soins
 - Soutenir le développement et l'articulation en particulier avec les unités d'hospitalisation prenant en charge les 16-25 ans (cf fiche Action 1.2.1) et les équipes de repérage précoce à destination de la même population (pour exemple : Plateforme Santé Mentale et Jeunesse, projet du dispositif mobile de la MDA de Clichy-sous-Bois, cf fiche Action 1.2.3)
 - Soutenir le développement de l'offre médico-sociale à destination des 16-25 ans, en particulier par la création d'une structure d'accompagnement et de réhabilitation psychosociale, type SAMSAH pour jeunes adultes
 - Porter la réflexion sur les apports de la pair-aidance à l'engagement des jeunes usagers dans les soins
7. **Publics concernés** : jeunes de 16 à 25 ans présentant un trouble psychotique débutant et leurs familles
8. **Acteurs impliqués** : ARS, psychiatrie adulte et infanto-juvénile, MDA, PAEJ, MPU, toute équipe impliquée dans le repérage des troubles psychotiques à l'adolescence, UNAFAM, structures médicosociales et sociales de réinsertion, missions locales
9. **Territoires** : secteur de psychiatrie ou coopérations intersectorielles, département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre de dispositifs ou d'équipes créés
 - Nombre de personnels formés aux prises en charge spécifiques des psychoses émergentes (dont la réhabilitation psychosociale pour les adolescents et jeunes adultes)
 - Nombre de secteurs de SSD où l'offre est disponible
 - Nombre de jeunes admis dans les parcours de soin
 - Pourcentage des familles prises en charge
 - Nombre et pourcentage de perdus de vue
 - Pourcentage d'hospitalisations chez les jeunes admis dans les programmes
 - Nombre de partenariats avec les équipes d'amont et d'aval
 - Nombre de jeunes orientés vers des structures de réinsertion
11. **Moyens nécessaires**

Les moyens demandés seront dimensionnés à la taille du territoire pris en charge par l'équipe, et tiendra compte des mutualisations avec les équipes de santé mentale existantes. Les données issues de la littérature recommandent d'implanter un programme dédié à la prise en charge des psychoses débutantes pour un bassin de population allant de 200 000 à 500 000 habitants. A titre indicatif, les recommandations de mise en place des programmes au Canada sont de 8,4 ETP non-médicaux pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans. En ce qui concerne le temps médical, le ratio recommandé est de 1,7 ETP psychiatre pour 100 000 personnes de 12 à 35 ans.

FICHE ACTION N°1.2.5 : Implanter une structure dédiée aux soins psychologiques, addictologiques, et/ou somatiques des étudiants dans la partie Ouest du territoire de SSD

1. **Pilotage** : ARS, FSEF, psychiatrie adulte, services de MPU, CPT
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Département le plus jeune de France métropolitaine, la SSD héberge près de 60 000 étudiants, ce chiffre étant appelé à augmenter encore du fait de l'installation de nouveaux établissements. Or, les troubles psychiatriques sont la 1^{ère} cause de morbidité de la tranche d'âge 19-25 ans et les enquêtes épidémiologiques mettent en évidence la massivité des problématiques de santé mentale chez les étudiants. Pour exemple, selon l'OVE en 2018, 15% des étudiants présentent les critères d'un Épisode Dépressif Majeur contre 8% en population générale. 8% ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois contre 3% des 15-30 ans en population générale. Par ailleurs, 15% des étudiants reconnus en situation de handicap le sont pour des motifs psychiatriques. Ces difficultés sont multifactorielles. L'inconfort psychologique lié à la transition enseignement secondaire/enseignement supérieur peut-être aggravé par des problématiques variées, socioculturelles, des vulnérabilités spécifiques à l'anxiété et à la dépression, l'apparition des pathologies psychiatriques chroniques ou encore la décompensation des troubles psychologiques préexistants dans un contexte d'autonomisation et/ou de rupture du parcours de soins. Chez les étudiants étrangers, les situations de traumatismes antérieurs nécessitent une vigilance particulière.

Parallèlement, selon l'OVE, un tiers des étudiants déclare avoir renoncé à des soins ou examens médicaux dans les douze derniers mois pour des raisons financières. C'est particulièrement préoccupant pour l'accès aux soins en matière de psychothérapie, compte tenu des inégalités territoriales quant à la répartition des psychiatres libéraux (et conventionnés en secteur 1) et du non-remboursement des consultations avec les psychologues.

Le département ne dispose à ce jour d'aucun dispositif de soins psychologiques dédié aux étudiants. Les dispositifs de soins psychologiques et psychiatriques existants, déjà engorgés, sont en difficulté pour répondre à la demande, d'autant que certaines spécificités ne sont pas toujours possibles dans l'offre existante : prise en charge souple et non sectorisée du fait de la mobilité des étudiants, gratuité impérative du fait de la précarité économique des étudiants, liens nécessaires avec les services dédiés de l'université (mission handicap, Médecine préventive universitaire (MPU), services du Crous...).

Au total, en aval du dépistage assuré par les services de MPU, une carence de filières de soins existe pour cette population. (Éléments du diagnostic, pages 35 à 37 ; Rapport Moro-Brison, page 63).

4. **Objectif général de l'action**

Construire avec la FSEF un dispositif de soins adapté à la population étudiante vivant et/ou étudiant en SSD.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Réduire le non-recours des étudiants aux soins, notamment en s'articulant avec les services de MPU pour le repérage
- Permettre un meilleur accès des étudiants à des soins précoces et conformes aux données de la science, quelles que soient leurs conditions socioéconomiques et socioculturelles
- Améliorer l'état de santé mentale et globale de la population étudiante du département
- Réduire les conduites à risque
- Limiter l'impact des troubles psychologiques sur les études supérieures
- Soutenir l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique à l'université

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Installer un groupe de travail composé d'acteurs locaux du 93 et de la FSEF pour :
 - Définir un modèle administratif et économique : gouvernance, organisation, tarification.
 - Écrire le projet médical et détailler l'offre de soins à proposer : psychiatrie, psychothérapies, addictologie en incluant le recours à des outils numériques (applications sur smartphone, téléconsultations...)

- Réfléchir à l'intérêt et la faisabilité d'adosser une dimension somatique au dispositif (médecine générale, gynécologie, chirurgie dentaire, planning familial...)
 - Répondre à un appel à projet et/ou proposer une mesure nouvelle
 - Communiquer et conventionner les parcours de soins avec les MPU, les équipes et les dispositifs de repérage précoce des troubles psychologiques des 16-25 ans, dont les MDA, les unités d'hospitalisation et les acteurs de soins du territoire
 - Soutenir le développement d'unités d'hospitalisation prenant en charge les 16-25 ans (cf fiche Action 1.2.1) et les projets de recherche portant sur la santé mentale des étudiants (cf fiche action 1.3.5)
7. **Publics concernés** : étudiants de Seine-Saint-Denis
8. **Acteurs impliqués** : MDA, MPU, missions handicap des universités, UNAFAM, CROUS
9. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre d'étudiants reçus par an
 - Nombre d'étudiants suivis en situation de handicap
 - Nombre d'actes médicaux et non-médicaux par an
 - Nombre moyen d'actes par étudiant suivi
 - Nombre d'actes de téléconsultation
 - Diagnostics CIM10
 - Pourcentage d'étudiants suivis décrochant de leurs études
10. **Moyens nécessaires** : à chiffrer

FICHE ACTION N°1.2.6 : Poursuivre et renforcer les actions en faveur de la prise en charge des troubles psycho-traumatiques chez les adolescents et les jeunes adultes

1. **Pilotage** : ARS, Centre régional psycho-traumatisme Paris nord, Conseil départemental 93
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Plusieurs phénomènes, dont les attentats, les parcours de migration, l'évolution des relations dans le monde du travail, la survenue de catastrophes naturelles, contribuent à augmenter l'exposition à des violences d'une partie de la population notamment celle des adolescents/jeunes adultes. Or, les violences subies, quelle qu'en soit l'origine (violences familiales, sexuelles, catastrophes, attentats, violences dans le monde du travail...) ont de multiples conséquences, aujourd'hui largement reconnues, sur la santé psychique et physique des individus (...) La prise en charge la plus précoce possible des victimes de violences constitue à ce jour un enjeu majeur de santé publique, en plus d'un enjeu médico-économique non négligeable ». En Ile de France, comme le souligne le PRS 2018-2022, la conscience des enjeux liés au psycho-traumatisme est très aigüe. C'est particulièrement le cas en SSD, du fait des spécificités du département : part des migrants dans la population, importance des phénomènes de violences gratuites et violences crapuleuses, importance des violences conjugales... (Eléments du diagnostic, page 21).

La création en 2019 du Centre régional psycho-traumatisme Paris nord, porté par le CHU Paris Seine-Saint-Denis et le CH Robert Ballanger, ainsi que son implication au sein du Centre national ressources et résilience (CN2R)²¹ ouvre la voie à une meilleure articulation des différents acteurs locaux impliqués dans la prise en charge des victimes, et à la diffusion de bonnes pratiques. Ces efforts, que les professionnels du département prenant en charge des jeunes appellent de leurs vœux, doivent être amplifiés.

4. Objectif général de l'action

Permettre que tout jeune de 12 à 25 ans présentant un trouble psycho-traumatique dans le département puisse être pris en charge conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Réduire les délais de prise en charge
- Améliorer la coordination entre les professionnels spécialisés dans la prise en charge du psycho-traumatisme sur le territoire
- Améliorer les pratiques et les standards de prise en charge, s'appuyer sur les innovations que ce soit en termes de pratiques ou de technologies
- Améliorer la sensibilisation aux conséquences des psycho-traumatismes
- Renforcer les efforts de recherche et de formation
- Promouvoir l'implication des associations de victimes dans la définition des bonnes pratiques

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Organiser un réseau de professionnels spécialisés dans la prise en charge du psycho-traumatisme et coordonné par le Centre régional psycho-traumatisme Paris Nord
- Articuler le réseau avec les professionnels de la jeunesse, l'Education Nationale, les MDA, les équipes et dispositifs de repérage précoce, police, Justice...
- Articuler le réseau avec les associations de victimes
- Poursuivre les actions de formation des professionnels amenés à rencontrer des victimes, notamment les commissariats de police
- Créer et diffuser des outils de sensibilisation
- Renforcer la communication autour de la création du Centre régional psycho-traumatisme et du Centre nationale ressources et résilience

²¹ <http://cn2r.fr/>

- Soutenir les projets de recherche portant sur les troubles psycho-traumatiques des 12-25 ans
 - Impliquer le CRIAVS dans le développement des prises en charge des auteurs
7. **Publics concernés** : jeunes de 12 à 25 ans
 8. **Acteurs impliqués** : ARS, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie adulte, MDA, PAEJ, Education Nationale, MPU, UNAFAM, services de prévention spécialisées, CLSM, Maison des femmes, associations de victimes, CRIAVS, Police (services d'aide aux victimes), Justice
 9. **Territoires** : département de SSD
 10. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre d'équipes impliquées dans le réseau
 - Nombre de personnels formés
 - Nombre de jeunes (file active) de 12 à 25 ans pris en charge par le réseau par an
 - Nombre de familles reçues
 - Nombre et type d'outils de sensibilisation créés
 11. **Moyens nécessaires** : A chiffrer

Axe 3 – Connaître et valoriser les missions de collaboration de la psychiatrie (PIJ et PG) avec tous ses partenaires

FICHE ACTION N°1.3.1 : Réfléchir à la mise en place d'une « Équipe Ressource du Continuum » afin d'assurer la bonne transition entre PG et PIJ, en particulier dans les cas les plus complexes

1. **Pilotage** : ARS, CPT, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie adulte
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Plus de 40% de la population de SSD a moins de 30 ans. La jeunesse constitue un enjeu majeur dans ce département. L'adolescence est la période de la vie où la majorité des troubles psychiatriques émergent et où le recours aux soins est le plus faible avec une très forte proportion de ruptures de soins. Mais de nombreux adolescents présentent également des troubles apparus dans l'enfance et qui se poursuivent. C'est donc une période sensible qui nécessite une grande coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile (PIJ), la psychiatrie générale (PG) qui est amenée à assurer le relais, parfois dès l'âge de 16 ans, les structures de prévention (maison des ados, et PAEJ par exemple) ou encore la médecine scolaire, protection de l'enfance, la PJJ, etc.

Dans le système sanitaire, la collaboration entre PIJ et PG est souvent entravée par un manque de coordination. Ainsi, 50% des suivis sont marqués par une discontinuité de près de 6 mois entre la transition PIJ vers PG, et cette période est caractérisée par près de 50% de perdus de vue. Il n'existe pas de consensus sur les adolescents/jeunes adultes qui bénéficieraient d'une continuité de suivi en PIJ et sur d'autres qui auraient un plus grand intérêt à passer précocement en PG.

Les enfants présentant des troubles du développement suivis en PIJ et qui vont bénéficier d'une orientation vers le secteur médico-social, voient également souvent leur suivi en PIJ s'interrompre, ne permettant pas un relai en PG satisfaisant. Quand les établissements médico-sociaux peuvent être amenés ultérieurement à solliciter les services de PG pour diverses difficultés, ceux-ci ne connaissent pas le patient ou n'ont pas notion de ses antécédents. C'est là une perte de chance pour les patients souffrant de handicap et une source d'incompréhension entre sanitaire et médico-social.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 a préconisé d'éviter les ruptures de prises en charge aux âges de transition et de mener une politique d'identification, prévention et résolution partagées entre PIJ et PG des situations complexes et/ou sans solution, et cette préconisation se retrouve dans le rapport Laforcade (2016) et dans le PTSM (juillet 2017). (Éléments du diagnostic, page 30 et 31)

La continuité de prise en charge entre PIJ et PG a été l'objet d'un travail à l'occasion de la rédaction du projet médical de l'EPS Ville-Evrard, travail qui a abouti à la rédaction d'une Charte du Continuum, validée ensuite par la CPT de SSD. La création d'une « Équipe Ressource du Continuum » doit prolonger ces travaux.

4. Objectif général de l'action

Assurer la transition entre prise en charge à l'adolescence et prise en charge adulte sans rupture

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Réduire le temps de discontinuité qui accompagne la transition entre PIJ et PG
- Réduire le taux d'adolescents perdus de vue à l'occasion de la transition entre PIJ et PG
- Diminuer l'impact des transitions entre PIJ et PG sur l'état de santé mentale des jeunes
- Améliorer la coordination et les relations entre PIJ, PG, MDA, les acteurs du médico-social, les acteurs de la protection de l'enfance, l'Education Nationale, la MDPH... (cf fiche action 1.3.2)
- Mobiliser les dispositifs existants comme la « Réponse accompagnée pour tous » pour prévenir les départs non souhaités vers le Belgique des jeunes en situations complexes et/ou en rupture de parcours
- Favoriser le partage de connaissances et de bonnes pratiques entre professionnels de la PIJ et de la PG, en particulier en ce qui concerne les sujets adultes présentant des troubles du développement

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Valider auprès de la CPT, diffuser et poursuivre la mise en œuvre de la Charte du Continuum dans les services de psychiatrie du département
- Constituer un comité de pilotage composé de l'UNAFAM (ou autres représentants des usagers), de personnels de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie adulte et d'établissements médico-sociaux pour définir les missions de l'Équipe ressource et fixer ses modalités d'action. Ces missions pourraient, par exemple, être de :
 - o Avoir un rôle d'expert et de conseil auprès des équipes confrontées à une situation complexe ou à une impasse thérapeutique quant à la prise en charge d'un adolescent.
 - o Informer sur les structures et dispositifs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, pédagogiques... mis en place pour la prise en charge des adolescents suivis dans le département.
 - o Coordonner les référents adolescents désignés dans chaque pôle, conformément à la Charte du Continuum.
 - o Garantir, en collaboration avec les Formations Continues des établissements concernés, une formation concernant la psychiatrie des adolescents aux professionnels de ces établissements.
 - o Participer au développement des parcours de professionnalisation.
 - o Recenser les nouveaux projets concernant la prise en charge des adolescents du département.
- Préciser les critères constituant les « cas complexes »
- Recruter un coordinateur du continuum qui aidera à la mise en place et à l'action de l'équipe, et dont les missions seront précisées dans une fiche de poste à rédiger
- Recruter les personnels composant « l'Équipe Ressource du Continuum »
- Communiquer sur la mise en place de l'Équipe, ses missions et définir des modalités de saisine
- Articuler les actions de l'Équipe à vocation départemental avec celles d'autres dispositifs du territoire pouvant être amenés à être saisis de cas complexes (RESAD, réunions de concertation etc...)

7. **Publics concernés** : adolescents, professionnels de la jeunesse

8. **Acteurs impliqués** : ARS, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, MDA, CMPP, UNAFAM, IME, SESSAD, ITEP, médecine scolaire, ASE, PJJ, MDPH

9. **Territoire** : département de SSD

10. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'institutions recevant des jeunes dans lesquelles la Charte du Continuum est affichée
- Nombre de réunions du comité de pilotage
- Recrutement effectif du coordinateur
- Nombre de personnels recrutés pour intégrer l'Équipe Ressource
- Nombre de situations de jeunes étudiées par l'Équipe Ressource
- Nombre et typologie des professionnels de la jeunesse faisant appel à l'Équipe Ressource
- Taux d'adolescents perdus de vue en SSD à l'occasion de la transition entre PIJ et PG
- Temps moyen de discontinuité qui accompagne la transition entre PIJ et PG

11. Moyens nécessaires

Un poste de coordinateur : mission et fiche de poste à définir.

FICHE ACTION N°1.3.2 : Renforcer le lien entre la psychiatrie (générale et infanto-juvénile) et l'ensemble des acteurs qui accompagnent les adolescents

1. **Pilotage** : ARS, CD, Education nationale (DSDEN), DD-PJJ93, CPT, MDA, pédiatres
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La jeunesse constitue un enjeu majeur en SSD : plus de 40% de la population a moins de 30 ans. L'adolescence est la période de la vie où la majorité des troubles psychiatriques émergent et où le recours aux soins est le plus faible avec une très forte proportion de ruptures de soins. De nombreux adolescents présentent également des troubles apparus dans l'enfance et qui se poursuivent. C'est donc une période sensible qui nécessite une grande coordination entre les structures de prévention (maison des ados, et PAEJ par exemple) ou encore la médecine scolaire (EN), la protection de l'enfance (ASE), la PJJ, etc. et la psychiatrie infanto-juvénile et adulte qui sont amenées à assurer le relais (Eléments du diagnostic, page 30). Les travaux de la phase diagnostique du PTSM ont souligné que, malgré un travail continu de réseau mené par chaque CMP et les trois MDA du territoire, persistent des clivages ou des difficultés d'articulation avec l'ASE, les structures médico-sociales, la PJJ et l'éducation nationale.

Les MDA reçoivent et font l'évaluation clinique de jeunes de 12 à 21 voire 25 ans qui nécessitent parfois des soins multidisciplinaires au long cours et une orientation vers les structures sanitaires. Elles permettent l'articulation entre l'éducatif, le social et le sanitaire. Elles ont fait l'objet en 2018 d'une nouvelle rédaction de leur cahier des charges, qui n'est pas toujours bien connu de la psychiatrie et des autres partenaires.

La PJJ et l'ASE sont surchargés et en difficulté dans les accompagnements de jeunes en souffrance. L'arrivée à l'âge adulte signifie pour beaucoup de jeunes suivis par l'ASE la fin de l'accompagnement, la rupture de prise en charge sociale aggravant une éventuelle rupture de la prise en charge sanitaire lors de la transition entre PIJ et PG. Les déménagements, du fait de la sectorisation des structures sanitaires, peuvent également être sources de rupture.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, tout comme le rapport Laforcade (2016) et le décret de juillet 2017 concernant les PTSM, ont souligné l'importance d'éviter des ruptures de prises en charge aux âges de transition et de mener des politiques d'identification, prévention et résolution partagées des situations complexes. Le travail sur les parcours de soins et la coordination entre la psychiatrie et ses partenaires est essentiel.

4. **Objectif général de l'action**

Améliorer l'organisation et la fluidité des parcours entre les partenaires et la psychiatrie

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Améliorer l'interconnaissance entre la psychiatrie et ses partenaires (missions, fonctionnements, contraintes et limites...).
- Améliorer les délais d'évaluation et de prise en charge par la psychiatrie des jeunes accompagnés par ses partenaires.
- Eviter les ruptures dans les parcours de soins induites par les changements de lieux de vie des jeunes accompagnés par les partenaires (foyers, familles d'accueil, domiciles des parents sur différents secteurs...).
- Permettre l'interpellation, les échanges et la coordination entre la psychiatrie et ses partenaires afin de garantir des orientations cohérentes, rapides et accompagnées des jeunes en souffrance psychique.
- Valoriser le rôle intermédiaire des MDA (porte d'entrée) entre psychiatrie et acteurs de première ligne, hors situation de crise.

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Rédiger et diffuser, en lien avec le Psycom, un livret présentant les missions, l'organisation et le fonctionnement des acteurs de la psychiatrie et de ses partenaires au niveau départemental

- Apporter de la flexibilité dans les questions de sectorisation afin d'éviter les ruptures de prise en charge (changements de lieux de vie, prise en considération des différents espaces de vie du jeune : domiciles des parents, lieu de formation...).
 - Formaliser les modalités de concertation et de coordination entre la psychiatrie et ses partenaires (établissement de conventions de partenariat, protocoles, cahier des charges de travail en réseau, journées institutionnelles...). Ces conventions, élaborées au niveau intersectoriel/territorial, pourront, par exemple, instaurer un système d'accueil / d'évaluation facilité et plus rapide pour les jeunes orientés par les partenaires impliqués et pour lesquels l'orientation a fait l'objet d'une concertation préalable, et encourager le recours aux MDA en première intention, avant orientation vers les structures sanitaires, si nécessaire
 - Impliquer dans chaque secteur de psychiatrie (adulte et IJ) un référent « partenaires réseau »
7. **Publics concernés** : jeunes de 12 à 25 ans et leurs familles
8. **Acteurs impliqués** : ARS, CD, Education nationale (DSDEN), DD-PJJ93, CPT, MDA, pédiatres, Psycom
9. **Indicateurs de résultats** :
- Un livret rédigé et diffusé par hôpital de référence pour chaque inter-secteur, en lien avec le Psycom
 - Nombre de partenaires ciblés par la diffusion
 - Nombre de conventions et de protocoles signés
 - Nombre de situations de jeunes accueillis en PIJ et PG et ayant fait l'objet d'une concertation préalable
 - Nombre de jeunes pris en charge hors secteurs
 - Nombre de situations orientées vers les MDA par les partenaires de la psychiatrie
10. **Moyens nécessaires** : A définir

FICHE ACTION N°1.3.3 : Evaluer et renforcer les dispositifs actuels de prise en charge des adolescents et des jeunes adultes de l'ASE par les équipes de psychiatrie

1. **Pilotage** : ARS, CPT, MDA, CD93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Comme tous les départements, l'ASE de la Seine-Saint-Denis doit faire face à l'accompagnement de jeunes dont les troubles importants du comportement sont associés à une rupture, voire un échec, de leur prise en charge dans toutes ses dimensions (santé, éducation, scolarité, socialisation, culture), et à des mises en danger répétées, réitérant en boucle les situations de rejet et d'abandon et impactant les processus de socialisation. Si ces situations existent hors de l'ASE, celle-ci est particulièrement concernée du fait même de la superposition entre les causes et les conséquences de ces troubles et les situations de danger ou de risque de danger impliquant la Protection de l'enfance.

Ces adolescents présentent globalement, en lien avec leur histoire de vie, des facteurs de risque et un moins bon état de santé que les enfants du même âge en population générale. Les évolutions récentes du cadre légal de la Protection de l'enfance viennent d'ailleurs renforcer la place de la santé dans la prise en charge des services de l'ASE. Parce que « la plupart des facteurs de risque des troubles mentaux chez l'enfant sont les mêmes que ceux conduisant à l'implication de la Protection de l'enfance : dysfonctionnements familiaux durables et sévères, ruptures de liens précoces et répétés, grossesses à risque, maltraitements et abus,... », les troubles mentaux sont au premier plan des problèmes de santé. Il n'existe pas d'étude nationale récente sur cette population mais les chiffres d'études locales sont très illustratifs, à titre d'exemple :

- L'étude CREAMI-ORS en Haute-Savoie (2010-2012) fournit des taux comparatifs entre enfants confiés à l'ASE et population générale : suivi psychiatrique, 32% versus 2,6% (uniquement secteur public donc légère sous-estimation) ; traitement par neuroleptiques, 7,2% vs 0,3% ; traitement par antidépresseurs, 1,6% vs 0,2%
- Dans une étude CREAMI-ORS en Languedoc- Roussillon, quasiment un enfant placé sur 2 (49 %) bénéficie d'une prise en charge psychiatrique et/ou rééducative (psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien)
- Dans les Bouches-du-Rhône, une étude sur des adolescents et jeunes en foyers révèle que 50 % ont au moins un problème de santé mentale, 25% en ont 2, et les taux des troubles mentaux sont 5 fois plus élevés qu'en population générale, surtout chez les filles
- Les chiffres concernant la MDPH sont aussi éloquents : 13 à 25 % des enfants placés bénéficient d'une notification de la MDPH, soit 7 fois plus qu'en population générale. Parmi les motifs, les handicaps psychiques ou mentaux et les troubles du comportement sont surreprésentés : 66 % des situations d'enfant présentées en commission des cas critiques sont suivies en Protection de l'enfance (Rapport du Défenseur des droits).

A ces constats s'ajoute celui d'une prise en charge souvent insuffisante ou inadaptée, voire inexistante. Tous les services de l'ASE sont confrontés à ces enfants dont les situations sont décrites par des termes comme « complexes », « incasables », « critiques », « à problèmes multiples », mais qui ne forment pas un ensemble homogène. Chaque situation est singulière et les recherches montrent qu'il n'existe pas de structure, de solution unique idéale. La compréhension psychique de ces adolescents, des manifestations qu'ils donnent à voir, la nécessité de leur assurer protection, accès et continuité des soins, imposent de croiser et multiplier les regards, les approches, les hypothèses et les méthodes, et ce dans un cadre institutionnel et organisationnel le permettant.

Or les lieux de placement, fragilisés par la gravité de ces situations individuelles, comme les hospitalisations répétées mais courtes ne proposent pas à ces jeunes des environnements suffisamment contenant, mais aussi tolérants, stables dans la durée. En effet, le dispositif de soins classique en psychiatrie est également souvent inadapté. Ces jeunes ont fait ou font l'objet de soins psychiatriques mais la continuité de ces soins est souvent

difficile à assurer, du fait même des manifestations de leur troubles (non demande, fugue, errance,...), du fait des fragilités familiales, et du fait des logiques territoriales propres aux secteurs de psychiatrie et aux circonscriptions de l'ASE.

Les recherches évoquées ci-dessus, qu'elles viennent de la sphère socio-éducative ou de la pédopsychiatrie, s'accordent globalement sur la nécessité de s'appuyer sur un cadre institutionnel, administratif et opérationnel permettant de dépasser les logiques de cloisonnement des missions. Ce cadre doit porter une responsabilité partagée sanitaire et sociale, permettre une rencontre opérationnelle des professionnels et le développement d'une culture partagée. L'enjeu est de simultanément protéger, reconnaître et soigner la souffrance, l'un ne pouvant se faire sans l'autre.

Ces préconisations sont reprises dans les recommandations de l'ANESM publiées en 2017. Celles-ci prônent, entre autres, de mobiliser les ressources territoriales, avec le soutien des autorités de décision pour, notamment, engager des partenariats avec l'ensemble des acteurs nécessaires à l'accompagnement de l'adolescent. Sont citées, dans le champ de la santé mentale, les équipes mobiles en pédopsychiatrie ou mixtes, et les maisons des adolescents. Les maisons des adolescents ont une mission de coordination et d'appui aux acteurs, leur nouveau cahier des charges identifiant leur expertise pour participer à la création de réponses à des situations sans solution. Elles doivent contribuer « au traitement des situations complexes notamment celles vécues par des adolescents en situation d'incapacité » (ANESM).

De leur côté, les unités/équipes mobiles pédopsychiatriques ou mixtes médico-sociales peuvent :

- Éviter les ruptures, prévenir les crises et les situations de blocage
- Proposer une aide au diagnostic et à l'évaluation des troubles afin d'adapter le projet d'accompagnement de l'enfant
- Répondre aux besoins d'accompagnement des équipes éducatives
- Faciliter et pérenniser les liens avec les différents acteurs afin de mettre en cohérence leurs modalités d'action autour du projet de l'enfant
- Offrir un réseau pour favoriser la résolution des difficultés et l'aménagement des accompagnements

4. **Objectif général de l'action**

Construire et coordonner une offre de soins spécifique à destination des jeunes vulnérables accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance de la Seine-Saint-Denis.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Réduire les difficultés d'articulation et les clivages entre l'ASE et les services de soins. Éviter les ruptures, prévenir les crises et les situations de blocage
- Réduire les stigmatisations plurielles dont souffrent les jeunes suivis par l'ASE et présentant des difficultés psychologiques
- Faciliter et/ou assurer une formalisation des collaborations entre les services de l'ASE, les CMP, les HDJ et les établissements psychiatriques pour garantir une meilleure efficacité des interventions sur les situations
- Renforcer le soutien de la psychiatrie autour des situations complexes faisant l'objet de réunions pluri-professionnelles (RPP) par les services du Conseil départemental (ASE, Service social, PMI) et leurs partenaires
- Améliorer la prise en charge psychologique des jeunes suivis par l'ASE, en particulier des situations complexes/incapables
- Soutenir les équipes éducatives
- Améliorer les connaissances sur les spécificités des difficultés psychologiques des jeunes suivies par l'ASE en SSD

6. Objectifs opérationnels/ Sous-actions

- Construire un diagnostic des besoins et de l'offre
- Rédiger une convention articulant les accompagnements éducatifs de l'ASE et les prises en charge médicales des secteurs de psychiatrie
- Réfléchir à la pertinence d'actions partenariales innovantes de type équipes mobiles, conjointes à l'ASE et aux équipes de psychiatrie
- Former les nouveaux professionnels de l'ASE à la santé mentale
- Renforcer les partenariats existants (MDA par exemple) et créer de nouvelles offres de soin en fonction des besoins du territoire
- Soutenir les travaux de recherche et d'évaluation des dispositifs de soutien et de soins destinés aux jeunes vulnérables de la Protection de l'enfance

7. **Publics concernés** : Jeunes de 12 à 21 ans accompagnés par l'ASE 93 et leurs familles

8. **Acteurs impliqués** : Circonscriptions ASE, Etablissements et services de Protection de l'enfance (MECS, Prévention spécialisée...), CPT, Psychiatrie adulte, Psychiatrie infanto-juvénile, CMPP, FSEF, MDA

9. **Territoires** : département de SSD

10. Indicateurs de résultats :

- Rédaction d'un diagnostic
- Rédaction et mise en place d'une convention ASE/CPT 93/MDA 93
- Nombre de circonscriptions ASE, de MDA et de secteurs Psy mettant en œuvre ou renforçant des collaborations
- Nombre de projets partenariaux développés à l'échelle du département

11. Moyens nécessaires :

- Financement d'une mission d'évaluation des besoins et de l'offre disponible
- Financement du renforcement des partenariats ASE/MDA
- Financement de projets partenariaux innovants

FICHE ACTION N°1.3.4 : Mettre en place des collaborations avec des équipes de recherche pour développer la recherche multidisciplinaire sur les adolescents et les jeunes adultes

1. **Pilotage** : URC, Universités Paris 13 et Paris 8
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La promotion de la recherche en psychiatrie et santé mentale permet de développer le potentiel d'innovation des soins, de sensibiliser et former les jeunes psychiatres à une démarche de recherche de qualité et de faire travailler ensemble tous les acteurs de la santé mentale intervenant dans les parcours. Depuis plusieurs années de nombreux rapports sur la santé mentale soulignent le contraste entre l'ampleur et l'impact sociétal des troubles mentaux et « *la sous-dotation persistante de la recherche en psychiatrie* » qui reçoit moins de 3 % des crédits publics de recherche en santé. Pour autant, la nécessité d'investir dans la recherche afin d'améliorer les pratiques, innover dans les prises en charge et diminuer le coût et les répercussions des troubles psychiatriques est reconnue. La recherche intéresse également l'ensemble des **professionnels de la santé mentale**, du champ sanitaire : infirmiers (un CNU infirmier est en cours de mise en place), orthophonistes, psychologues (...), du champ médico-social et du champ social. La recherche en psychiatrie devrait être intégrative, articulant les approches réalisées à plusieurs niveaux, des travaux les plus fondamentaux, en biologie moléculaire ou en imagerie cérébrale, aux niveaux les plus intégrés : individuel, sociétal et culturel. Or, le cloisonnement entre les équipes de recherche et les équipes cliniques reste important, et les projets translationnels allant du laboratoire à la cité ou de la cité au laboratoire sont encore peu nombreux. Le regroupement des forces de recherche des secteurs sanitaire, médicosocial et social constitue la condition nécessaire au développement d'une politique de recherche en Psychiatrie et Santé Mentale fédérative et mobilisatrice.

Pendant la phase de diagnostic, les acteurs de la recherche et les acteurs de terrain ont souhaité s'associer pour collaborer autour de projets de recherche sur les populations de SSD et sur les dispositifs innovants mis en place en SSD. La population des ados jeunes adultes, qui constitue la population majoritaire au sein du département, et pour laquelle des dispositifs innovants ont été mis en place récemment (plateforme jeunesse financée par appel d'offres, équipe mobile MDA AMICA en cours de montage, ...) devrait faire l'objet d'une collaboration prioritaire entre équipes de recherche et acteurs de terrain.

L'exemple de l'évaluation de la Trame par les équipes de Paris 13 est un modèle de coopération, évaluation et recherche action.

4. **Objectif général de l'action**

Mettre en place dans le cadre du DTRF-93 (Dispositif territorial de recherche et de formation de Seine-Saint-Denis) une équipe associant chercheurs et acteurs travaillant sur les questions de prise en charge des ados et jeunes adultes.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Identifier les équipes de recherche du territoire ayant travaillé sur des sujets relatifs aux ados et jeunes adultes, ainsi que leurs principales collaborations
- Favoriser l'interconnaissance facilitant les collaborations futures
- Faire le point des connaissances sur cette population
- Valoriser le temps de travail consacré à la recherche

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Disposer de postes universitaires (PU-PH, MCU, CCA) en PIJ et PG (voir fiche-action 6.1.1. de la thématique recherche)
- Mettre en place, dans le cadre du DTRF-93, un groupe de travail associant chercheurs et acteurs de la santé mentale pour développer de la recherche clinique et en sciences sociales pour la population ados jeunes adultes

- Identifier des critères d'évaluation quantitatifs et qualitatifs des dispositifs de prise en charge des ados jeunes adultes
 - Flécher des budgets et du temps de travail vers des activités de recherche (création de postes universitaires, y compris partagés entre plusieurs institutions, inclusion de demi-journées dédiées à la recherche dans le profil des postes non-universitaires, rémunération des stagiaires dans les institutions...)
 - Financer des recherches-actions pour améliorer la connaissance des besoins, de l'offre et des dynamiques existantes sur le territoire
 - Dédier un projet de recherche à l'évaluation des dispositifs innovants, de type dispositifs mobiles pluridisciplinaires (ex Plateforme jeunesse, projet de dispositif mobile MDA AMICA)
7. **Publics concernés** : adolescents, professionnels de la jeunesse
8. **Acteurs impliqués** : Universités (Paris 8, Paris 13), EHESS, CPT-93, DTRF-93, acteurs du champ de l'adolescence : psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, MDA, FSEF, CMPP, UNAFAM, IME, SESSAD, ITEP, médecine scolaire, MPU, ASE, PJJ, MDPH,
9. **Territoires** : département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre de protocoles de recherche
 - Nombre de réponses aux appels d'offre
11. **Moyens nécessaires** : A définir

Axe 4 – Redéfinir et renforcer le rôle des acteurs de la prévention de première ligne

FICHE ACTION N°1.4.1 : Clarifier, valoriser et renforcer le rôle des acteurs de première ligne, pour améliorer la prévention, la promotion en santé mentale et le repérage des jeunes en souffrance psychique

1. **Pilotage** : ARS, MDA, Conseil départemental 93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Plus de 40% de la population de SSD a moins de 30 ans. La jeunesse constitue un enjeu majeur dans ce département. L'adolescence est la période de la vie où la majorité des troubles psychiatriques émergent et où le recours aux soins est le plus faible et la proportion de ruptures de soins la plus forte. De nombreux jeunes faisant face à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle sont difficiles à repérer et ne vont pas spontanément vers le soin. A l'inverse, des difficultés psychiques impactent l'insertion professionnelle. C'est donc une période sensible qui nécessite une grande coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile (PIJ), la psychiatrie générale (PG) qui est amenée à assurer le relais, parfois dès l'âge de 16 ans, mais aussi avec de nombreuses structures qui sont amenées à rencontrer des jeunes : maisons des adolescents, PAEJ, CJC, mais aussi services de prévention spécialisée, BIJ, missions locales ... (Eléments du diagnostic, page 30). Ces acteurs qui ont un rôle à jouer dans le repérage des jeunes en souffrance, ont des niveaux variables de compétences et de connaissances en santé mentale, et les ressources à leurs disposition sont également très variables (peu de vacations de médecins, psychologues, éducateurs spécialisés dans les missions locales, et sans harmonisation de l'une à l'autre, par exemple...)

Trois Maisons des Adolescents, huit PAEJ et cinq CJC existent en Seine-Saint-Denis. D'autres lieux d'écoute et d'accueil pour jeunes sont essentiellement portés par des municipalités ou des associations. Des carences importantes persistent, ne permettant pas le maillage complet du territoire. Il n'existe par exemple aucun Espace Santé Jeune sur le département et un appel à projet pour la création de nouveaux PAEJ est porté annuellement par la DDCS du CD93. Les lieux d'écoute existants sont parfois peu connus et sans lien avec les structures de prévention et les structures sanitaires.

Il est donc essentiel de mieux organiser la coordination entre la psychiatrie, les acteurs de la prévention et tous les professionnels amenés à rencontrer des jeunes pour mieux s'appuyer sur les structures de première ligne et les renforcer.

4. Objectif général de l'action

Favoriser la prévention et la promotion de la santé mentale, le repérage et l'accès aux soins des adolescents et des jeunes en souffrance psychique en s'appuyant sur tous les acteurs de la prévention et de 1^{ère} ligne intervenant auprès d'eux (MDA, PAEJ, CJC, lieux d'accueil et d'écoute, Prévention spécialisée, PRE, Missions locales, Centres municipaux de santé, Points et Bureaux d'Information Jeunesse, les centres sociaux, les acteurs du soutien à la parentalité...).

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Permettre l'interconnaissance entre les acteurs de différents niveaux intervenant auprès des adolescents et des jeunes afin de favoriser les échanges et les collaborations en matière de prévention, de repérage et d'accompagnement vers le soin des jeunes en souffrance psychique.
- Mobiliser et soutenir les capacités des acteurs de la prévention et de 1^{ère} ligne en matière de promotion de la santé mentale, de prévention, de repérage et d'orientation vers le soin des jeunes en souffrance psychique. Renforcer l'offre existante.
- Promouvoir l'existence d'un espace d'accueil et d'écoute dédié aux jeunes et à leurs parents dans chaque commune du département (PAEJ, Espaces santé jeune, lieux d'accueil et d'écoute...).
- Promouvoir le développement des CJC sur l'ensemble du territoire

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Identifier et répertorier les acteurs / structures de la prévention et de 1ere ligne intervenant auprès des adolescents, des jeunes et de leurs parents dans le département. Préciser les rôles de chacun
 - Réaliser et diffuser une cartographie de ces acteurs et des différentes sectorisations à l'échelle départementale, et infra-départementale (réfléchir à l'échelon partenarial adéquat).
 - Mettre en place des réseaux animés par les MDA pour permettre l'interconnaissance, les échanges et soutenir les capacités de repérage et d'orientation des adolescents et des jeunes en souffrance des acteurs de prévention et de 1ere ligne.
 - Créer des postes de coordinateur réseau dans chaque MDA
 - Formaliser les collaborations des MDA avec les acteurs de la prévention et de 1ere ligne.
 - Développer ou pérenniser les postes dédiés à l'écoute des jeunes (ex. psychologues, éducateurs spécialisés, infirmiers...) dans les structures de prévention et de 1ere ligne (Missions locales, Lieux d'accueil et d'écoute, CMS, acteurs du soutien à la parentalité...).
 - Mobiliser l'ARS, le CD93, les municipalités, l'Etat et les EPT pour rendre possible l'existence d'un espace d'accueil et d'écoute sans rendez-vous dédié aux jeunes et à leurs parents dans chaque commune du département.
 - Soutenir les missions de prévention pluri-partenariale des réunions pluri-professionnelles (RPP) des services du Conseil départemental (ASE, PMI, Service social)
7. **Publics concernés** : jeunes de 12 à 25 ans et leurs familles
8. **Acteurs impliqués** : ARS
9. **Territoires** : département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
- Diffusion de la cartographie réalisée des différents acteurs de prévention et de 1ere ligne en lien avec les adolescents et les jeunes
 - Nombre de réseaux mis en place par les MDA et nombre d'acteurs de la prévention et de 1ere ligne y participant.
 - Nombre de postes de Coordinateur réseau MDA créés
 - Nombre et profil des structures de prévention et de 1ere ligne participant aux réseaux MDA et nombre de rencontres organisées
 - Nombre d'espaces accueil et d'écoute soutenus ou créés
 - Nombre de postes dédiés soutenus ou créés.
 - Nombre de CJC soutenues ou créés
11. **Moyens nécessaires** :
- Pérennisation du financement des postes existants dédiés à l'écoute des jeunes
 - Financement de postes de coordination de réseaux dans les MDA et autres structures de prévention
 - Financement du travail de cartographie

FICHE ACTION N°1.4.2 : Evaluer les besoins et les moyens des MDA, pour prendre en charge l'augmentation de la population

1. **Pilotage** : ARS, MDA, CD93, PJJ, Education nationale
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La jeunesse constitue un enjeu majeur en SSD : plus de 40% de la population de SSD a moins de 30 ans. L'adolescence est la période de la vie où la majorité des troubles psychiatriques émergent et où le recours aux soins est le plus faible et la proportion de ruptures de soins la plus forte. De nombreux jeunes faisant face à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle sont difficiles à repérer et ne vont pas spontanément vers le soin. A l'inverse, des difficultés psychiques impactent l'insertion sociale et professionnelle. C'est donc une période sensible qui nécessite une grande coordination entre les acteurs de la prévention et du repérage (maisons des adolescents, PAEJ, CJC, mais aussi services de prévention spécialisée, BIJ, missions locales, Education nationale : par exemple, 51% des jeunes adressés à l'AMICA, le sont par l'Education nationale...) et la psychiatrie infanto-juvénile (PIJ), la psychiatrie générale (PG) pour les plus de 16 ans. Les Maisons des Adolescents (MDA) sont des structures pluridisciplinaires et des lieux ressources à destination des adolescents (12 à 25 ans), des familles et des professionnels. Leur cahier des charges, récemment revisité, définit de larges missions, tant en terme d'accueil généraliste et sans rendez-vous des adolescents et leur famille, de prévention et promotion à la santé que de coordination, d'animation de réseau et d'appui aux acteurs du territoire. Ces missions sont parfois mal connues des partenaires.

En Seine-Saint-Denis, il existe 3 MDA : Casado à ST Denis, Casita à Bobigny et Amica à Montfermeil. Malgré ce fait (en principe il n'y a qu'une seule MDA par département) le territoire n'est pas entièrement couvert. L'ARS a mis en place un groupe de travail en 2019 pour retravailler la couverture géographique, le modèle de fonctionnement et les missions. En raison des difficultés de transport dans le département, il est difficile pour de nombreux jeunes de se rendre dans une MDA. La MDA de Robert Debré à Paris reçoit même un nombre relativement important de jeunes du 93, et ce sans financement dédié. Par ailleurs, certaines MDA rencontrent des difficultés ne leur permettant pas d'accueillir davantage de public notamment des problèmes de locaux très exigus. (Eléments du diagnostic, pages 30 et 33).

4. **Objectif général de l'action**

Adapter l'offre des MDA aux besoins et contraintes de la population du département afin que les MDA puissent jouer pleinement leur rôle d'articulation et d'animation auprès des acteurs de la prévention et de 1ère ligne (PAEJ, CJC, lieux d'accueil et d'écoute, Prévention spécialisée, Missions locales, Education nationale...) et leur rôle de partenaires des structures sanitaires.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Garantir la couverture de chaque commune du département par une MDA.
- Soutenir la création d'antennes MDA pour permettre l'accès de tous les jeunes du territoire au service des MDA (MDA Amica)
- Répondre aux problématiques rencontrées par les MDA en termes de capacités d'accueils (locaux et personnels).
- Promouvoir le rôle des MDA pour l'animation territoriale, la coordination de réseaux d'acteurs de la prévention et de 1ère ligne, la formation des professionnels, et la promotion de la santé mentale (conformément au cahier des charges des MDA).
- Promouvoir le rôle des MDA comme structure intermédiaire d'évaluation des situations cliniques nécessitant une orientation vers les structures sanitaires
- Renforcer et formaliser les liens entre MDA et psychiatrie pour optimiser l'évaluation, l'orientation et le suivi des situations prises en charge par la psychiatrie

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Evaluer la file active annuelle actuelle des MDA, y compris le nombre de jeunes fréquentant la MDA de Robert Debré, afin d'établir les besoins présents et à venir

- Organiser une concertation autour de la question du maillage territorial des MDA, notamment du bassin allant de Montreuil au Pré-Saint-Gervais qui n'est rattaché à aucune MDA du 93.
 - Recenser en détails les besoins des différentes MDA du département
 - Soutenir l'identification et le financement de nouveaux locaux pour les MDA le nécessitant.
 - Financer la création de deux antennes MDA Amica afin de rendre possible son extension au nord-est et au sud-est du département.
 - Etablir des conventions de partenariat entre les MDA et les secteurs de PIJ et PG pour faciliter l'orientation, l'évaluation, et la prise en charge des jeunes en situation de souffrance psychique par les services de psychiatrie. (Cf fiche 1.3.2)
7. **Publics concernés** : jeunes de 12 à 25 ans et leurs familles, professionnels de 1^{ère} ligne
8. **Acteurs impliqués** : ARS, CD93, PJJ, Education nationale, MDA
9. **Territoires** : département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre de communes du département couvertes par une MDA
 - Nombre de jeunes et de parents de SSD accueillis dans une MDA du 93.
 - Nombre de jeunes de SSD accueillis en MDA hors département
 - Nombre d'antennes MDA créées
 - Nombre de conventions signées entre MDA et PIJ/PG
 - Nombre de jeunes orientés vers les MDA par des acteurs de la prévention et de 1^{ère} ligne.
11. **Moyens nécessaires** :
- A définir pour les locaux, les antennes, et le renforcement des équipes

FICHE ACTION N°1.4.3 : Construire une offre articulant les acteurs de proximité et les acteurs de recours (CMP, MDA, etc.), pour prendre en charge les situations de crise

1. **Pilotage** : Fédération des urgences, CPT-93,
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En plus de la clinique du sujet, de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille qui demeure leur cœur de métier, les équipes de pédopsychiatrie sont interpellées aussi pour des situations frontalières, médico-psychosociales, se manifestant à travers des troubles du comportement bruyants, violents, des phénomènes groupaux dans les institutions (scolaires, éducatives, médicosociale etc.) mais aussi lors des traumatismes collectifs. C'est dans la disponibilité et dans la qualité de l'accueil en urgence que se manifestent les disparités entre les territoires et souvent au sein d'un même territoire.

Les équipes de PIJ et PG prenant en charge des adolescents et des jeunes adultes font face à des demandes de soins non programmées qui se différencient en deux catégories : l'urgence ou décompensation d'une pathologie psychiatrique sévère et la crise définie par l'affleurement d'une symptomatologie psychiatrique dans un contexte psycho-traumatique. PIJ et PG, devraient pouvoir déployer un dispositif coordonné de réponse graduée en fonction de la nature urgente ou critique de la demande. Ce dispositif doit s'appuyer sur les ressources existantes et avoir la capacité d'adaptation nécessaire à la prise en charge de situations complexes et souvent compliquées par les contingences familiales et environnementales.

Le rapport Moro-Brisson proposait, en matière d'adolescence, la mise en avant des MDA en tant que dispositif d'accueil généraliste et d'orientation de première ligne des jeunes et de formation des professionnels. Si ce type de « plate-forme » peut-être une réponse afin d'accéder plus vite aux soins, on ne peut pas actuellement le qualifier de dispositif d'urgence. Selon l'AFPP²², deux types de situation doivent être distinguées : la réponse à la crise « moment périlleux et décisif » et la prise en charge des urgences.

EN SSD, l'organisation des urgences et la prise en charge des situations de crise chez les ados jeunes adultes, notamment la crise suicidaire, varient d'un inter secteur à l'autre.²³ Le détail des organisations est présenté dans le document diagnostic (pages 49 et 50) avec des différences concernant la psychiatrie de liaison (IO2 n'en a pas), l'existence ou non d'un protocole suicide, et l'accès ou pas facilité à des lits d'hospitalisation. La CUMP du 93 a pour sa part la charge de coordonner les réponses à apporter aux situations de crises associées à une situation psycho-traumatique.

1. Objectif général de l'action

Assurer à chaque adolescent/jeune adulte une prise en charge en urgence adaptée à sa situation clinique et à son âge.

2. Objectifs spécifiques de l'action

- Mettre en place un dispositif qui permet aux acteurs de première ligne et aux familles d'obtenir une réponse rapide en cas de repérage d'une situation d'urgence chez un ado jeune adulte
- Permettre que chaque jeune de 12 à 25 ans puisse bénéficier d'une évaluation en urgence quand cela est nécessaire, voire l'orientation vers des soins
- Porter une réflexion sur les âges de prise en charge en pédiatrie ou en psychiatrie adulte

3. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Réunir des groupes de travail à l'échelle de plusieurs territoires intersectoriels et déterminer les pilotages appropriés (MDA ? services des urgences ?). Il s'agira de s'assurer que l'intégralité du département

²² Association Française des Psychiatres du service Public

²³ La pédopsychiatrie en Seine Saint Denis comprend cinq secteurs : trois à l'EPS-VE (IO2, IO3 et IO5), un secteur à Robert Ballanger (IO4), un secteur à Delafontaine (IO1) et un service de pédopsychiatrie non sectorisé (HUPSSD- site Avicenne).

bénéficie du travail, sans que les réponses apportées aux problématiques soient nécessairement identiques d'un territoire à l'autre

- Déterminer, dans chaque territoire, un numéro d'appel à destination des familles et des professionnels permettant à chacun d'obtenir rapidement des conseils et une conduite à tenir devant le repérage d'une situation nécessitant des soins en urgence chez un adolescent.
- Créer des outils de diffusion de ce numéro d'appel aux professionnels amenés à rencontrer des adolescents
- Déterminer, dans chaque territoire, un protocole de consultation sans rendez-vous le jour et la nuit, à destination des jeunes et de leurs familles.
- Déterminer, dans chaque territoire, un protocole d'hospitalisation en urgence adaptée à l'âge de l'adolescent (services de pédiatrie, CAC, services de psychiatrie ...) quand cela est nécessaire
- Articuler les structures d'urgence (SAU et lieux d'hospitalisation en urgence) avec les structures sanitaires, y compris d'hospitalisation programmée afin de déterminer une filière de soins post-urgence
- Réfléchir à l'utilité d'un protocole de suivi post-hospitalier suite à une tentative de suicide (cf feuille de route urgence) et aux outils nécessaires (recours potentiel aux nouvelles technologies).

4. Publics concernés : jeunes de 12 à 25 ans

5. Acteurs impliqués : ARS, CPT, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, MDA, UNAFAM, SAMU, CUMP, UMJ

6. Indicateurs de résultats :

- Nombre de groupes de travail réunis et part du département où ce travail sur les parcours de soins en urgence est mené à terme
- Diffusion de numéros de téléphone dédiés aux conseils et à la guidance des familles et des professionnels dans les situations d'urgence
- Nombre de parcours de soins établis permettant la consultation sans rendez-vous le jour et la nuit des adolescents et de leurs familles
- Nombre d'adolescents hospitalisés en urgence par an
- Délai de prise en charge dans les structures sanitaires après une consultation ou une hospitalisation dans une structure d'urgence
- Taux de perdus de vue après une consultation ou une hospitalisation dans une structure d'urgence

7. Moyens nécessaires : A définir

Axe 5 – Favoriser l'inclusion scolaire et lutter contre le décrochage scolaire

FICHE ACTION N°1.5.1 : Identifier les dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire sur le territoire et encourager les collaborations entre l'Education nationale et les acteurs concernés

1. **Pilotage**: ARS, DSDEN93, MDA, CLSM, CD93
2. **Calendrier** : 2020
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Plus de 40% de la population de SSD a moins de 30 ans. La jeunesse constitue un enjeu majeur dans ce département. Le département est également marqué par un cumul de fragilités socioéconomiques. Le taux de chômage moyen y est de 18,9%, contre 13,5% au niveau national et 12,6% en Ile-de-France. S'agissant de l'éducation, dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus, seuls 24,5% ont un diplôme de l'enseignement supérieur, et la part des personnes n'ayant aucun diplôme ou pas plus d'un BEPC ou DNB est la plus importante de la région, soit 40,2% (Eléments du diagnostic, page 14). La sortie du système éducatif avant d'avoir achevé une formation secondaire complète, définit le décrochage scolaire. Être issu d'une famille monoparentale, d'un milieu défavorisé, être orienté dans l'enseignement professionnel, en sont des facteurs de risque. (Cren, 2015)

Ces ruptures sont souvent, mais pas toujours, accompagnées par des signes psychologiques. Les dispositifs de prévention du décrochage et de réinscription dans un parcours de formation doivent intégrer la dimension du mieux-être et de la santé. Il y a par ailleurs des décrochages qui se manifestent par des ruptures brutales. On estime que 4 à 5 % des élèves entre 6 à 11 ans présentent des troubles anxieux préoccupants. 1 % manifeste une phobie scolaire dès l'école primaire : non pas ne plus vouloir aller à l'école, mais ne plus le pouvoir... Cela se traduit par des troubles psychologiques et physiques importants (Rapport Moro-Brison, page 22).

Le parcours éducatif de santé soutient le parcours scolaire et le parcours scolaire porte le parcours éducatif de santé : les deux parcours sont étroitement liés et se renforcent d'autant, tout particulièrement pour les jeunes ayant des besoins spécifiques (grande difficulté scolaire, handicap). Ainsi, un élève en grave échec scolaire ne peut être en parfaite santé. Il convient également de ne pas négliger certains élèves qui accèdent à l'excellence, au prix d'un investissement qui s'accompagne d'un mal-être important. Et inversement, un adolescent malade aura bien du mal à être heureux à l'école et à réussir (Rapport Moro-Brison, page 38)

L'échec et le décrochage scolaires sont donc de puissants déterminants de la santé mentale de l'adolescent et du jeune adulte. Agir sur ces déterminants, sociaux, environnementaux et territoriaux, est l'une des priorités du PTSM. Par ailleurs les acteurs de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes, qu'ils soient sanitaires ou sociaux, peinent à établir des liens avec l'Education nationale.

4. Objectif général de l'action

Connaître les dispositifs de lutte contre l'échec et le décrochage scolaire mis en place par l'Education nationale en SSD.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Orienter les jeunes en décrochage scolaire vers des dispositifs existants
- Soutenir la scolarisation des jeunes à besoins éducatifs particuliers par des prises en charge partenariales adaptées et concertées
- Diminuer le nombre de jeunes sortant du système scolaire sans diplôme
- Augmenter le nombre de jeunes accédant aux études supérieures et aux filières d'excellence
- Améliorer l'état de santé mentale des élèves
- Améliorer l'identification/la compréhension des facteurs de décrochage scolaire (harcèlement, problèmes d'apprentissage ou de développement non repérés, élèves HP, usage excessif des écrans,

problématiques familiales.....) et de leurs conséquences (problèmes comportementaux, dépression, phobie scolaire, tentatives de suicide...).

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Identifier des personnes ressources à l'Education nationale pour connaître les dispositifs existants de lutte contre le décrochage scolaire de la prévention à la remédiation (GPDS, Ateliers, Classes et Internat Relais, dispositifs Nouvelles chances, MLDS), et l'enseignement adapté et spécialisé (UE, ULIS, SEGPA, cartographie à réaliser)
- Renforcer et/ou contribuer, avec l'Education nationale et l'Enseignement privé, à tous les dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire, notamment en soutenant la sensibilisation et la formation des personnels
- Mettre en place des stratégies de repérage précoce et de soutien concertées entre EN et acteurs du médico-social (MDA, CMP...)
- Porter une réflexion/recherche sur l'impact sur la santé mentale du désengagement des études après le secondaire (CPGE, université...)
- Encourager un AMI pour mettre en place des collaborations entre l'Éducation nationale et les acteurs concernés par le décrochage scolaire
- Renforcer la coordination entre le sanitaire, le médico-social et l'Education nationale, notamment en renforçant le rôle des SESSAD, les efforts de repérage des troubles psychologiques émergent en milieu scolaire (cf fiche action 1.2.3), le détachement de personnels de l'EN dans des structures de prévention et/ou de soins (MDA, CMPP, RCL, IME/ITEP...), et en soutenant le rôle des psychologues de l'EN et des CIO, de la médecine scolaire et du service de l'assistance sociale scolaire
- Soutenir l'implication des familles dans les parcours scolaires des jeunes
- Soutenir les efforts de recherche multidisciplinaires portant sur l'échec et la réussite scolaires (cf fiche action 1.3.4)

7. Publics concernés : élèves de SSD et leurs familles

8. Acteurs impliqués : ARS, Education nationale, CPT, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, MDA, UNAFAM, associations, CMPP, FSEF, PAEJ, CLSM, CD93.

9. Territoires : département de SSD

10. Indicateurs de résultats :

- Cartographie des dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire
- Nombre de collaborations établies entre l'EN et ses dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire, et les acteurs de la prévention et de la prise en charge de la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes
- Nombre et profils des jeunes sortants du système scolaire sans diplôme par an en SSD
- Nombre et profils des jeunes diplômés du supérieur par an en SSD
- Nombre de réponses à un AMI

11. Moyens nécessaires : A définir

FICHE ACTION N°1.5.2 : Renforcer les capacités de prise en charge « Soins-Etudes » en hôpital de jour ou en internat, à destination des collégiens et/ou des lycéens des filières professionnelles

1. **Pilotage** : ARS, CPT, FSEF, DSDEN93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial**

Plus de 40% de la population de SSD a moins de 30 ans. La jeunesse constitue un enjeu majeur dans ce département. Le département est également marqué par un cumul de fragilités socio-économiques. Le taux de chômage moyen y est de 18,9%, contre 13,5% au niveau national et 12,6% en Ile-de-France. S'agissant de l'éducation, dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus, seuls 24,5% ont un diplôme de l'enseignement supérieur, et la part des personnes n'ayant aucun diplôme ou pas plus d'un BEPC ou DNB est la plus importante de la région, soit 40,2% (Eléments du diagnostic, page 14). La sortie du système éducatif avant d'avoir achevé une formation secondaire complète définit le décrochage scolaire. Être issu d'une famille monoparentale, d'un milieu défavorisé, être orienté dans l'enseignement professionnel, en sont des facteurs de risque. (Cren, 2015). Parallèlement, les troubles psychiques perturbent la scolarité et réduisent les perspectives d'emploi. Le taux d'activité des personnes souffrant de psychose en Europe est par exemple très faible, proche de 10% (Knapp et al., 2014). Les jeunes de SSD présentant des difficultés psychiques sont donc particulièrement à risque en termes d'échec scolaire, avec de graves conséquences en ce qui concerne leur intégration sociale et leur accès ultérieur à l'emploi.

Selon MR Moro et JL Brison (Rapport Moro-Brison 2016), « la scolarité revêt une importance fondamentale. Un jeune malade perd son identité. Sa maladie l'accapare. Elle tend à le définir tout entier. Elle le tient tout autant qu'il la contient. (...)La scolarité relie aux autres. C'est à ces titres divers que l'on peut avancer que, pour les élèves qui souffrent de grandes difficultés psychologiques ou psychiques, elle participe étroitement à la thérapie. »

Ils appellent le développement du modèle du « Soins-Etudes », tel que développé au sein des établissements de la Fondation Santé des Étudiants de France, bien que non exclusif, permettant à des jeunes en difficulté psychologique de poursuivre une scolarité adaptée, selon des modalités variées, l'aide pédagogique et l'aide thérapeutique se renforçant l'une l'autre.

Le département de SSD bénéficie de 10 places d'hospitalisation à temps complet et 26 places à temps partiel en « Soins-Etudes », permettant à des lycéens présentant un trouble psychique de préparer un bac général (certaines spécialités uniquement) ou un bac technologique (filiale STMG uniquement). (Eléments du diagnostic, page 31). Aucune offre de soins-études n'est destinée aux collégiens. Or la SSD comptait en 2019, 89 256 collégiens ainsi que 19063 lycéens professionnels parmi les 59981 lycéens recensés par la DSDEN93, soit près d'1/3 (32%) contre 10% sur l'Académie de Paris, 25% sur celle de Versailles et 28% sur toute l'Académie de Créteil (source : DSDEN93 et Académie de Créteil). Il faut donc souligner la relative inadéquation de l'offre actuelle en soins-études avec les besoins des jeunes de SSD. Très peu de jeunes du 93 sont par ailleurs pris en charge en « soins-études » en dehors du département : 35 en 2019, 41 en 2018 (soit 12 équivalents lits). Pour exemple, 7% des jeunes hospitalisés à temps plein en 2018 à la Clinique Dupré (92, FSEF) étaient originaires du 93 contre 21% de Paris et 19% du 92 (source : rapport d'activité 2018).

Le renforcement des capacités de prise en charge en soins-études en SSD est inscrit aux feuilles de route tant du PTSM que de la CPT de SSD.

4. Objectif général de l'action

Adapter les capacités de prise en charge des jeunes de SSD dans des dispositifs « Soins-Etudes » aux besoins du territoire.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Permettre aux jeunes de SSD présentant des troubles psychiques de poursuivre leurs études en « soins-études » si cela est indiqué, sans être limités par leur filière d'études
- Réduire l'échec et le décrochage scolaire des jeunes présentant des troubles psychiques
- Participer à réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale

- Soutenir les innovations pédagogiques, en termes de pratiques ou de recours aux nouvelles technologies

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Réunir un groupe de travail associant des professionnels de la santé mentale de SSD, de la FSEF et de l'Education Nationale
- Etudier les besoins de la population du département selon les classes d'âge
- Préciser les missions de l'hospitalisation complète et de l'hospitalisation à temps partiel
- Réfléchir aux spécificités pédagogiques nécessaires aux lycéens des filières professionnelles. Proposer un modèle d'articulation « soins » et « études » en conséquence
- Réfléchir aux besoins de diversification des spécialités et filières proposées aux lycéens des filières générales et technologiques
- Réfléchir à la place des nouvelles technologies dans les prises en charge « soins-études »
- Rédiger le projet médical et financier d'un nouvel établissement « soins-études »
- Définir les articulations entre les nouvelles unités, les dispositifs existants et les établissements scolaires du territoire
- Répondre à un appel à projet et/ou proposer une mesure nouvelle

7. Publics concernés : collégiens et lycéens présentant des troubles psychiques

8. Acteurs impliqués : ARS, CPT, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, MDA, UNAFAM, FSEF, CG93, DSDEN93

9. Territoires : département de SSD

10. Indicateurs de résultats :

- Composition du groupe de travail (notamment présence des acteurs hors psy)
- Nombre de filières, en particulier professionnelles, accessibles en « soins-études » aux jeunes de SSD
- Nombre de places de « soins-études » ouvertes en HC et en HDJ
- Nombre et profils des jeunes hospitalisés sur une année scolaire
- Taux de réussite au DNB, aux CAP et aux baccalauréats des jeunes pris en charge en « soins-études »
- Taux d'absentéisme scolaire et de décrochage des jeunes pris en charge en « soins-études »

11. Moyens nécessaires : A définir

L'organisation de l'offre en réhabilitation psychosociale (RPS) et en rétablissement en SSD

Introduction

La Réhabilitation PsychoSociale (RPS) renvoie à un ensemble d'interventions cliniques (remédiation cognitive, psychoéducation, éducation thérapeutique, approches psychocorporelles, entraînement aux habiletés sociales...) visant à aider les personnes vivant avec des troubles psychiques à se rétablir, à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant. Associée aux soins classiques (médicaments, psychothérapie...), la RPS favorise le rétablissement en développant les compétences individuelles et améliore l'autonomie (« empowerment ») permettant l'inclusion des patients dans la société.

La RPS comprend, au-delà des soins cliniques, des interventions de réadaptation et de réinsertion par des accompagnements sociaux et médico-sociaux adaptés : case-management et médiateurs de santé-pairs, job coaching, logement accompagné etc.



« Ma Santé 2022 » élève la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité et fixe parmi les objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale.

Le projet régional de santé 2018-2022 (PRS-2) fixe la santé mentale comme l'un des 8 objectifs prioritaires de l'Île-de-France. La fiche-action n°18 est consacrée à l'organisation dans chaque territoire d'une plateforme compétente en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale avec des déclinaisons pour personnes avec autisme et pour la réadaptation à l'emploi.

L'instruction DGOS R4/2019/10, datée du 16 Janvier 2019, vise à accompagner les ARS dans l'organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Elle prévoit par ailleurs un appel à candidature régional (début 2020 ?) destiné à accompagner le financement du ou des centres supports, et de l'offre de soin de RPS existante.

Enfin l'ANAP, en mars 2019, a publié un guide de mise en place de la réhabilitation psychosociale dans les territoires.

Les conclusions de la phase de diagnostic du PTSM 93 :

A l'occasion de la phase de diagnostic du PTSM 93, **les groupes de travail « Inclusion sociale et déstigmatisation » et « recherche et formation » ont souhaité voir traiter la question de la réhabilitation psychosociale** des publics avec trouble psychique. Les groupes ont toutefois constaté que si l'offre de soins existe dans le territoire elle semble insuffisante, non structurée et organisée²⁴, et ne s'inscrit pas dans une démarche de parcours avec un travail conjoint avec le patient autour d'un projet personnalisé de soin. Il en est de même pour l'accompagnement social, et médico-social sur le territoire, qui ne s'articule pas toujours avec les équipes soignantes de RPS. Pour autant, ont été identifiés :

Dans le secteur sanitaire :

- Le recours à la remédiation cognitive dans un secteur de l'EPS-VE (G03)²⁵ est répertorié sur le site de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC), porté par le CMP d'Epinais-sur-Seine (G03), l'Unité de Recherche Clinique (G03, intersectoriel) et le Centre de Psychothérapie et de Psychotraumatologie (G03, intersectoriel).
- Des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont mis en place à l'EPS Ville Evrard, notamment un programme médicaments (G16), et un programme pro-famille, dans les secteurs G03 et G13.
- Une « Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du patient » (UTET) rattachée administrativement au Pôle 93 G16 est envisagée dans le projet médical de l'EPS Ville-Evrard.
- Depuis Septembre 2019, une unité d'hospitalisation (Paul Sivadon/Béarn) (16 lits), rattachée au secteur G09, est ouverte à VE et propose une prise en charge orientée réhabilitation psychosociale à travers un panel d'outils type remédiation cognitive, psychoéducation, entraînement aux habilités sociale, psychomotricité, à des patients avec des pathologies psychiques résistantes et ayant des symptômes résiduels, provenant de 4 secteurs (G01, G02, G06 et G13).
- Un Diplôme Universitaire de réhabilitation psychosociale est mis en place à Paris 13 depuis Janvier 2020, organisé par l'URC de l'EPS Ville-Evrard (G03) en collaboration avec l'UFR Santé Médecine Biologie Humaine de l'Université Paris 13.
- Une formation à la remédiation cognitive comprenant un premier niveau d'initiation à la pratique de la remédiation cognitive et un second niveau de formation spécifique est mise en place depuis 2013 par les psychologues et une infirmière de l'URC.
- Un Projet de Maison des Usagers est envisagé à l'EPS-VE sur le site de Neuilly-sur-Marne, avec un volet « offre psychothérapique ».
- R.Ballanger : une rencontre avec le Dr Jean Louis Maurel, psychiatre, montre que la RPS est au stade de projet. Un plan d'action est à construire à commencer par une identification des ressources et un programme de formation.

Dans le secteur médico-social, on identifie : 5 SAMSAH²⁶, 7 SAVS²⁷, et 21 ESAT²⁸ qui en principe proposent un accompagnement social (emploi, logement, étude...). Une enquête menée par les psychologues de l'URC de l'EPS VE pour identifier les prestations fournies par les établissements MS n'a pas permis de décrire les différents programmes proposés. Seule l'association Iris Messidor est identifiée dans la phase de diagnostic comme proposant une prestation de Job Coaching. Les associations gestionnaires de logement adapté (ex Vivre et

²⁴ Absence de coordination entre les secteurs par exemple.

²⁵ Ces initiatives s'inscrivent dans le projet médical de l'établissement 2018-2022, notamment son axe 1 « Formation, enseignement, recherche et information médicale » (Fiche 4 : réhabilitation psychosociale), et son axe 5 « Prévention secondaire et tertiaire des pathologies psychiatriques invalidantes et réhabilitation psychique, sociale et familiale ».

²⁶ Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

²⁷ Service d'accompagnement à la vie sociale.

²⁸ Etablissement et service d'aide par le travail.

Devenir, AEDE) accompagnent les personnes dans le logement. Les programmes « Un chez soi d'abord » et un « Logement d'abord » sont des dispositifs médico-sociaux s'adressant à des personnes en voie d'inclusion.

Dans le domaine social, la pair-aidance professionnelle, entendue comme le partage d'expérience et l'entraide entre personnes vivant avec un trouble psychique se développe notamment avec la création du métier de Médiateur de Santé couplé à un programme de formation universitaire à Paris 13. Elle vise à permettre à l'individu de sortir du statut de « patient » pour devenir acteur de son rétablissement²⁹.

La Licence Sciences Sanitaires et Sociales parcours Médiateurs de Santé-Pairs est une formation inédite en France qui souhaite accorder une plus grande légitimité aux savoirs expérientiels des personnes, acquis à travers un parcours en tant qu'utilisateurs des services de santé mentale, afin de faire évoluer les pratiques de soins vers une plus grande prise en considération des usagers des services de santé mentale. Cette Licence vise à former de nouveaux professionnels dans le champ de la santé mentale, des professionnels de l'aide et de la médiation, permettant d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans le but de favoriser l'insertion et la reconnaissance professionnelle des étudiants MSP, ce parcours s'inscrit dans une Licence 3, ce qui permet aux étudiants le souhaitant de poursuivre leurs études en s'inscrivant par exemple en Master 1 et d'accéder à des postes plus décisionnaires dans le secteur de la santé. Ce cursus est développé sur un modèle professionnalisant : les participants sont recrutés comme salariés rémunérés au début de la formation dans une structure hospitalière ou médico-sociale à temps partiel ou à temps plein selon leur convenance. Les étudiants MSP peuvent exercer dans différentes régions de France, et pour faciliter l'organisation personnelle et professionnelle, les enseignements sont concentrés sur 8 semaines en présentiel, 4 au premier semestre et 4 au second semestre. Un mémoire professionnel proposant un retour réflexif sur l'évolution de leur pratique en tant que MSP dans la structure qui les emploie est à rédiger en fin d'année universitaire. Le volume horaire de la formation est de 240h, complété par la réalisation de travaux personnels évalués par les différents enseignants intervenant au sein de la Licence.

- L'ARS IDF apporte, pour deux années, à compter de 2019, son soutien financier aux établissements souhaitant recruter des médiateurs de santé-pairs dans le cadre du programme du CC-OMS, à hauteur de 8 postes (45 000 €/poste/an) sous réserve de la pérennisation du poste par l'établissement. Bol d'Air, la plateforme Bol d'Air implantée à Montreuil, a recruté un pair-aidant dans ce cadre.
- Il existe par ailleurs de la pair-aidance bénévole, notamment au sein des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) et de la Trame. La Trame propose des accompagnements individuels et des expériences collectives. Elle rémunère certains usagers pour des missions spécifiques (permanences, interventions). La Trame, expérimentation soutenue par l'Université Paris 13, voit ses financements pérennisés grâce à l'Appel d'offre Innovation en psychiatrie.
- A signaler également, une formation professionnalisante de pair-aidance à l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) d'Ile-de-France, dont une antenne est implantée à Neuilly-sur-Marne.

²⁹ <http://www.psychom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Pair-aidance>

Les axes de la feuille de route

14 FA	AXE1	AXE2	AXE3	AXE4
2) Rétablissement, inclusion et Réhabilitation psychosociale	Identifier les ressources du territoire en RPS et/ou orientées rétablissement dans le domaine sanitaire, médico-social et social	Qualifier les offres existantes de RPS et/ou orientées rétablissement	Réaliser et coordonner un dispositif territorial de RPS orientée rétablissement	Faire évoluer les connaissances, les mentalités et les pratiques qui visent à l'inclusion et au rétablissement
action 1	2.1.1. Identifier les ressources principales de RPS et/ou orientées rétablissement	2.2.1. Constituer un groupe d'acteurs pour co-construire des indicateurs de la RPS et du rétablissement	2.3.1. Mettre en place une équipe ressource et/ou un centre référent de RPS orienté rétablissement	2.4.1. Faire coopérer les acteurs de terrain et les acteurs de la recherche autour de recherches-action
action 2	2.1.2. Compléter l'identification des offres de RPS et/ou orientées rétablissement par des enquêtes	2.2.2. Elaborer une cartographie qualitative renseignant les champs d'action et réseaux des structures de proximité de RPS et de rétablissement	2.3.2. Définir un projet pour l'unité Paul Sivadon de l'EPS Ville Evrard s'insérant dans le dispositif territorial de RPS	2.4.2. Former les acteurs du territoire aux pratiques de RPS visant à l'inclusion et au rétablissement
action 3	2.1.3. Cartographier les dispositifs de RPS et/ou orientées rétablissement existants	2.2.3. Diffuser la cartographie aux différents acteurs du territoire	2.3.3. Etablir un plan d'action de fonctionnement en réseau pour les dispositifs de RPS et actions rétablissement du territoire	2.4.3. Sensibiliser les professionnels et les usagers de la santé mentale du territoire au rétablissement et à l'inclusion
action 4				2.4.4. Impliquer les proches aidant dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de RPS orienté par les principes du rétablissement et de l'inclusion sociale en santé mentale
				2.4.5. Impliquer les usagers dans le développement de dispositifs de rétablissement et d'inclusion sociale

Les **3 priorités** des pilotes du groupe de travail parmi les 14 actions préconisées figurent en rouge dans le tableau ci-dessus.

Axe 1 - Identifier les ressources du territoire en RPS et/ou orientées rétablissement dans le domaine sanitaire, médico-social et social

FICHE ACTION N°2.1.1 : Identifier les ressources principales de RPS et/ou orientées rétablissement

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS et rétablissement du PTSM-93
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

A l'occasion de la phase de diagnostic du PTSM 93, les groupes de travail « Inclusion sociale et déstigmatisation » et « recherche et formation » ont souhaité voir traiter la question de la réhabilitation psychosociale des publics souffrant d'une maladie psychiatrique. Les groupes ont toutefois constaté que si l'offre de soins existe dans le territoire mais semble insuffisante, elle n'est pas structurée et organisée, et ne s'inscrit pas dans une démarche de parcours avec un travail conjoint avec le patient autour d'un projet personnalisé de soin. Il en est de même pour l'accompagnement social, et médico-social sur le territoire, qui ne s'articule pas toujours avec les équipes soignantes de RPS et les différents acteurs du rétablissement. Plusieurs offres ont été identifiées au cours de ce diagnostic partiel :

Dans le secteur sanitaire, à l'EPS de Ville-Evrard (qui regroupe 80% du territoire de Seine Saint Denis) :

- Le secteur G03 propose de la remédiation cognitive dans 3 unités (CMP, Unité de Recherche, Centre de Psychothérapie), répertoriée sur le site de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC).
- Les hôpitaux de jour des secteurs G03 et G05 proposent des programmes d'entraînement aux habiletés sociales et de remédiation de la cognition sociale.
- Des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont mis en place, notamment un programme médicaments (G16), et un programme pro-famille, dans les secteurs G03 et G13. Par ailleurs, le secteur G16 a ouvert une Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du patient (UTET).
- Depuis Septembre 2019, l'unité d'hospitalisation de 16 lits Paul Sivadon (G09), est ouverte et propose un panel d'outils de RPS à des patients aigus ou chroniques de 4 secteurs (G01, G02, G06 et G13).
- Un Projet de Maison des Usagers est envisagé sur le site de Neuilly-sur-Marne, avec un volet « offre psychothérapeutique ».

Dans le secteur médico-social (MS), on identifie : 5 SAMSAH, 7 SAVS et 21 ESAT qui en principe proposent un accompagnement social (emploi, logement, étude...). Une enquête menée par l'URC de l'EPS-VE pour identifier les prestations fournies par les établissements MS n'a pas permis de décrire les différents programmes proposés. Seul Iris Messidor est identifié dans la phase de diagnostic comme proposant une prestation de Job Coaching. Les associations gestionnaires de logement adapté (ex Vivre et Devenir, AEDE) accompagnent les personnes dans le logement. Les programmes « Un chez soi d'abord » et un « Logement d'abord » sont des dispositifs médico-sociaux s'adressant à des personnes en voie d'inclusion.

Dans le domaine social, la Seine Saint Denis est dotée de 6 groupes d'entraides mutuelles (G.E.M) pour personnes en souffrance psychique et d'un G.E.M destiné aux personnes cérébro-lésées. Deux des associations marraines de ces G.E.M portent également 2 dispositifs d'accueil et d'accompagnement (La trame et la plateforme Bol d'air) en lien avec l'association gestionnaire la Mutuelle la Mayotte. La pair-aidance entendue comme le partage d'expérience et l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie psychique, se développe notamment avec la mise en place à l'université Paris 13 d'un programme de formation universitaire des médiateurs de santé-pair intitulé « Licence Sciences Sanitaires et Sociales parcours Médiateurs de Santé-Pairs ». Elle vise à reconnaître la légitimité des savoirs expérientiels des personnes, en tant qu'utilisatrices des services de santé mentale, et à permettre à l'individu de sortir du statut de « patient » pour devenir acteur de son rétablissement.

3. Objectif général de l'action

Récolter par une recherche numérique une liste de structures et dispositifs territoriaux de RPS et/ou orientées rétablissement dans le champ sanitaire, médico-social et social.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Lister les structures référencées de RPS et/ou orientées rétablissement en Seine-Saint-Denis
- Lister les structures référencées de RPS et/ou orientées rétablissement dans les départements limitrophes de la Seine-Saint-Denis, pouvant accueillir des publics de Seine-Saint-Denis.
- Pour chaque structure, obtenir un descriptif succinct des activités de RPS et/ou orientées rétablissement permettant de justifier de son inscription dans le champ de la RPS et du rétablissement.
- Obtenir une première identification des champs d'action (logement, emploi, autonomie, inclusion sociale, droit des usagers) et actions spécifiques (psychoéducation, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, thérapies motivationnelles, case management, évaluation pluridisciplinaire) de RPS et de rétablissement existants sur le territoire

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Consulter le fichier Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)
- Consulter les bases de données Céapsy / Crépsy
- Consulter le répertoire FINESS
- Consulter les pages spécialisées sur les réseaux sociaux (Facebook pour les associations, LinkedIn pour les professionnels indépendants) et sites web.
- Pour chaque structure identifiée, rédiger un descriptif documenté des activités.
- Pour chaque structure identifiée, étiqueter un ou plusieurs champ(s) d'action et/ou action
- Soumission de la liste obtenue à des acteurs clés du territoire de professions et secteurs d'activité différents (nommé ci-après « Groupe élargi »)
- Consulter l'observatoire du rétablissement (CH Le Vinatier, Lyon) pour un accompagnement à l'orientation rétablissement

6. **Publics concernés** : Structures et professionnels accueillant des usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS et/ou orientées rétablissement

7. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS et/ou orientées rétablissement du territoire, Universités Paris 8 et 13.

8. **Territoire** : Département de la Seine-Saint-Denis ; départements limitrophes dont des structures accueillent un public de la Seine-Saint-Denis.

9. Indicateurs de résultats

- Accord du groupe projet et du groupe élargi sur la liste des structures de RPS et/ou orientées rétablissement du territoire.
- Répartition sur le territoire des structures identifiées en accord avec les diagnostics territoriaux de l'offre de soin précédemment établis
- Exploration particulièrement scrupuleuse des potentielles « zones blanches » (territoire sans proposition de RPS et/ou orientées rétablissement)

10. Calendrier : 2020-2021

11. Moyens nécessaires

Moyens humains mobilisés pour la recherche sur internet, les échanges avec Céapsy et le Psycom (Groupe projet) et la validation du listing (groupe élargi).

Pas de moyens financiers ou matériels nécessaires.

FICHE ACTION N°2.1.2 : Compléter l'identification des offres de RPS et/ou orientées rétablissement par des enquêtes

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS/Rétablissement du PTSM-93, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En consultant le fichier ROR afin d'identifier les prestations. Il s'avère que le fichier ROR est très peu informatif sur les prestations et ne propose pas d'entrer avec des mots clés. Il faudra consulter les « fiches identités » de chaque établissement afin de déterminer si dans leurs activités figurent l'un des mots clés suivants : travail, hébergement, accompagnement, accès aux droits. En consultant le fichier CEAPSY il s'avère que peu de structures sont référencées par le Céapsy comme pratiquant de la RPS.

3. **Objectif général de l'action** : Affiner le référencement de l'action 2.1.1. En contactant directement et systématiquement les structures et professionnels de santé.

4. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Repérer les structures naissantes ou de petite taille n'ayant pas de présence ou de visibilité sur internet.
- Identifier particulièrement les acteurs du rétablissement en auto-entreprise (travailleurs sociaux, psychologues, pair-aidants professionnels, orthophonistes etc).
- Identifier les structures ne se reconnaissant pas comme actrices de RPS
- Identifier particulièrement les acteurs de RPS exerçant dans une structure non spécialisée en RPS.
- Compléter le descriptif des structures déjà répertoriées par l'action 2.1.1.
- Identifier les structures travaillant dans une optique du rétablissement

5. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Réaliser des enquêtes en ligne ciblées, en partenariat avec le Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard (disposant de l'autorisation MR004 afin de réaliser de telles enquêtes).
- Identifier une personne pouvant renseigner ou relayer l'enquête pour chaque secteur (sanitaire, médico-social, social), cible/dispositif de RPS, et/ou zone géographique de Seine-Saint-Denis
- Réaliser des entretiens complémentaires auprès des professionnels de RPS lorsque cela est possible afin de compléter les informations récoltées.
- Soumission de la liste obtenue à des acteurs clés du territoire de professions et secteurs d'activité différents (nommé ci-après « Groupe élargi »)

6. **Publics concernés** : Structures et professionnels accueillant des usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS.

7. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Psycom, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

8. **Territoire** : Département de la Seine-Saint-Denis ; départements limitrophes dont des structures accueillent un public de la Seine-Saint-Denis.

9. **Indicateurs de résultats**

- Accord du groupe projet et du groupe élargi sur la liste des structures de RPS et de rétablissement du territoire.
- Répartition sur le territoire des structures identifiées en accord avec les diagnostics territoriaux de l'offre de soin précédemment établis
- Exploration particulièrement scrupuleuse des potentielles « zones blanches ».

10. **Calendrier : 2020-2021**

11. **Moyens nécessaires**

- Moyens humains mobilisés pour la recherche, les entretiens (groupe projet) et la validation du listing (groupe élargi).
- Pas de moyens financiers ou matériels nécessaires.

FICHE ACTION N°2.1.3 : Cartographier les dispositifs de RPS et/ou orientées rétablissement existants

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS et de rétablissement du PTSM93.
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les actions précédemment citées, réalisées au cours des actions n°2.1.1 et n°2.1.2. permettront de générer une base de données servant à la réalisation d'une cartographie. Cette carte interactive aura pour objectif une identification simple et rapide à destination des usagers de la santé mentale et des différents acteurs du sanitaire, médico-social et social. Ainsi une meilleure connaissance des dispositifs sur le département de Seine-Saint-Denis et des zones limitrophes permettra de faciliter l'accès à des outils de la RPS et/ou orientées rétablissement et de faciliter la coordination des soins tout au long du parcours des usagers en particulier entre les structures sanitaires, médicosociales et sociales.

3. Objectif général de l'action

Obtenir une cartographie interactive des dispositifs de RPS et/ou orientées rétablissement simple d'utilisation pour les acteurs du territoire, susceptible d'être aisément actualisée ou amendée.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Créer un outil simple d'utilisation, consultable depuis tout navigateur et smartphone.
- Créer un outil interactif, avec la possibilité de filtrer les informations selon les champs d'action (logement, emploi, autonomie, inclusion sociale, droit des usagers) et actions spécifiques (psychoéducation, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, thérapies motivationnelles, case management, évaluation pluridisciplinaire) de RPS
- Créer un outil actualisable, par un groupe restreint de personnes en charge de la cartographie.

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Lister les thématiques (e.g. avoir une vie sociale, travailler et se former, améliorer ses fonctions cognitives (mémoire, attention etc)
- Produire un calque papier par thématique indiquant chaque structure proposant ces thématiques, ainsi que spécifier pour chaque structure les thérapies proposées.
- Recrutement d'un ingénieur informaticien
- Création de la carte interactive pouvant être aisément actualisée ou amendée

6. **Publics concernés** : Structures et professionnels accueillant des usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS, Usagers de la santé mentale et proches des usagers.

7. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire, CLSM, Psycom

8. **Territoire** : Département de la Seine-Saint-Denis ; départements limitrophes dont des structures accueillent un public de la Seine-Saint-Denis.

9. Indicateurs de résultats

- Création de la carte interactive modifiable
- Recours des usagers et professionnels de la santé mentale à la carte interactive
- Diffusion de la carte interactive auprès des différents services, structures et instances du territoire.

10. Calendrier : 2020-2021

Janvier 2021 : Première cartographie complétée.

Mars 2021 : Validation finale de la cartographie.

11. **Moyens nécessaires** : Recrutement d'un ingénieur informaticien pour une mission de quelques mois (création d'un site web, implémentation de la cartographie interactive).

Axe 2 - Qualifier les offres existantes de RPS et/ou orientées rétablissement

FICHE ACTION N°2.2.1 : Constituer un groupe d'acteurs pour co-construire des indicateurs de la RPS et du rétablissement

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS et rétablissement du PTSM-93
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La réhabilitation psychosociale (RPS) rassemble un ensemble de pratiques mais aussi une posture qui peut favoriser le rétablissement, *l'empowerment* (autonomisation) ainsi que l'inclusion dans la société des individus présentant des troubles mentaux sévères. Les principaux outils psychothérapeutiques de la RPS sont la psychoéducation, la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales ou encore les techniques de gestion des symptômes résiduels. La mise en place de ces techniques de RPS passe également par des évaluations cliniques pour mettre en évidence pour chaque patient les capacités préservées ou améliorées, les limitations et les ressources au travers d'évaluations appropriées.

Le rétablissement en santé mentale (« recovery ») est une notion théorique et pratique issue de mouvements de personnes ayant eu affaire à la psychiatrie. Parmi les valeurs importantes du rétablissement, on retrouve le fait de mener une vie satisfaisante telle que la personne la définit, avec ou sans symptômes, le fait de prendre le contrôle de sa propre vie (empowerment) ou encore l'auto gestion. Le rétablissement insiste sur les savoirs non institués issus de l'expérience des personnes, les savoirs expérientiels. Peuvent émerger des dynamiques d'entraide entre pairs (GEM, associations d'usagers), les travailleurs pairs, le travail d'inclusion dans la cité. La relation d'aide offerte par le clinicien évolue d'expert à partenaire au cours du cheminement vers la découverte de soi. Les cliniciens sont là pour « être disponibles, sans être dans une position de supériorité » (« on tap, not on top »), et avant tout pour écouter la personne.

Au côté des évaluations et interventions psychothérapeutiques, la RPS et le rétablissement comprennent donc des interventions visant une inclusion dans la société (emploi, logement, activité associative, tissu social dans la cité). Cet accompagnement social et médico-social peut être réalisé sous des formes diverses, telles que : les G.E.M, le job coaching, le travail en ESAT, les dispositifs d'accompagnement à la vie sociale, l'accompagnement par un pair-aidant professionnel, l'accompagnement à la reprise d'études, ou encore le logement accompagné.

A ce jour, il est difficile de connaître les structures qui proposent ou non de la RPS ou une offre liée au rétablissement, ainsi la création d'une carte interactive aura pour objectif de repérer les différents acteurs de RPS et de rétablissement en Seine Saint Denis et de connaître leurs activités quel que soit leur secteur d'activité (sanitaire, médico-social, social ou associatif).

4. Objectif général de l'action

Déterminer les indicateurs déterminants la pratique de la RPS et/ou orientée rétablissement au sein de structures ou services.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Déterminer des indicateurs de pratique (ex : pratique de la remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation, éducation thérapeutique du patient, participation des usagers, dynamique de pair-aidance, présence de médiateur en santé pair etc.)
- Déterminer des indicateurs de dimension (ex. : autonomie, logement, emploi, etc.)
- Déterminer des indicateurs en termes d'articulation des pratiques (ex. : plusieurs pratiques ciblant l'emploi, au moins un programme de remédiation cognitive articulé avec une démarche de retour à l'emploi)
- Déterminer des indicateurs en termes de réseau pluridisciplinaire permettant de pallier aux manquements de la structure ou du service.
- Déterminer des pratiques orientées rétablissement à travers des indicateurs pré-existants ou nouveaux.

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Etablir des indicateurs selon le groupe restreint
- Proposition des indicateurs choisis par le groupe restreint au groupe élargi
- Compléter les indicateurs par le groupe élargi, s'il y a manquement

7. Publics concernés : Structures et professionnels accueillant des usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS et/ou orientées rétablissement.

8. Acteurs impliqués : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

9. Territoire : Département de la Seine-Saint-Denis ; départements limitrophes dont des structures accueillent un public de la Seine-Saint-Denis.

10. Indicateurs de résultats

- Constitution de la liste des indicateurs selon le groupe restreint
- Liste finale d'indicateurs validée par le groupe élargi

11. Moyens nécessaires

- Moyens humains mobilisés pour la recherche, les entretiens (groupe projet) et la validation du listing (groupe élargi)
- Pas de moyens financiers ou matériels nécessaires.

FICHE ACTION N°2.2.2 : Elaborer une cartographie qualitative renseignant les champs d'action et réseaux des structures de proximité de RPS et de rétablissement

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS et de rétablissement du PTSM-93
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Certaines structures proposent des outils labellisés comme étant de la RPS, c'est le cas de la Remédiation cognitive ou encore de l'ETP. D'autres structures proposent des accompagnements qui ont pour objectif *l'empowerment*, l'inclusion sociale ou encore le rétablissement personnel en s'appuyant notamment sur une approche systémique, dont les techniques liées aux pratiques d'intervention en réseau, aux dynamiques de groupe et aux savoirs expérientiels. Ainsi, une évaluation qualitative de l'ensemble des structures impliquées dans le suivi des usagers de la santé mentale en Seine Saint Denis est essentielle afin de mettre en évidence la présence de structure de RPS ou travaillant au rétablissement, sur le territoire. Cette action est la poursuite de l'action 2.1.3.

4. Objectif général de l'action

- Déterminer des indicateurs qualitatifs (ex : posture et pratiques visant le rétablissement personnel, *l'empowerment* et l'inclusion sociale), en partant du pré existant
- Mettre en place un système d'évaluation de la présence de RPS (posture et pratique), utilisant les indicateurs préalablement établis (voir fiche action 2.1.1.)

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Réflexion autour des indicateurs d'intérêt
- Réflexion autour de la création du système d'évaluation global et qualitatif par structure
- Calcul des scores pour chaque structure (par exemple : indicateur visuel, pondération en fonction du nombre d'intervention RPS)

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Mise en place du système d'évaluation
- Intégration de ces scores qualitatifs à la carte interactive

7. **Publics concernés** : Structures et professionnels accueillant des usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS. Usager et aidants.

8. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire, Observatoire du rétablissement.

9. **Territoire** : Département de la Seine-Saint-Denis ; départements limitrophes dont des structures accueillent un public de la Seine-Saint-Denis.

10. Indicateurs de résultats

- Indicateurs qualitatifs par structure
- Intégration des indicateurs à la carte interactive

11. Moyens nécessaires

- Moyens humains mobilisés pour la recherche, les entretiens (groupe projet) et la validation du listing (groupe élargi).
- Pas de moyens financiers ou matériels nécessaires.

FICHE ACTION N°2.2.3 : Diffuser la cartographie aux différents acteurs du territoire

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS du PTSM-93.
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Lors de l'identification des ressources principales de RPS en Seine-Saint-Denis (Fiche Action 2.1.1), nous nous sommes confrontés à des difficultés pour connaître quelles structures du 93 proposent de la RPS.

De plus, une récente étude visant à évaluer l'accessibilité de la remédiation cognitive et plus généralement de la pratique de RPS en Île-de-France a permis de mettre en évidence, entre autres, cette difficulté pour obtenir des informations sur l'offre de soin de RPS en Ile de France (Moualla et al., 2016). Ce manque de communication concernant ces pratiques est préjudiciable pour les usagers de la santé mentale, et pour les soignants qui ne peuvent indiquer ces outils par manque de connaissance. Ainsi, diffuser un outil simple d'utilisation, documenté et actualisé (cf. fiches action 2.1.3. et 2.2.2.) aux acteurs du territoire, pourrait permettre de pallier ce manque.

4. Objectif général de l'action

Communiquer et diffuser la carte interactive regroupant l'ensemble des structures proposant de la RPS aux différents acteurs intervenant auprès de personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Diffuser la carte auprès :
 - Des structures psychiatriques de Seine-Saint-Denis
 - Des structures médico-sociales de Seine-Saint-Denis
 - Des structures sociales, et psychosociales de Seine-Saint-Denis
 - Auprès des centres municipaux, départementaux et des associations de la psychiatrie de Seine-Saint-Denis
 - Auprès des professionnels du soin et de l'accompagnement exerçant en activité libérale.

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Mettre en place des groupes de réflexion afin de développer des moyens de diffusion de cette carte
- Solliciter les partenaires (Ceapsy, Crepsy, Psycom, UNAFAM, associations d'usagers et de pairs-aidants etc)
- Communiquer directement avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès de personnes vivant avec une pathologie psychiatrique
- Tisser des partenariats avec les CLSM, et CLS

7. Publics concernés : Structures et professionnels accueillant des usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS, usagers et aidants.

8. Acteurs impliqués : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

9. Territoire : Département de la Seine-Saint-Denis ; départements limitrophes dont des structures accueillent un public de la Seine-Saint-Denis.

10. Indicateurs de résultats

- Recours des usagers et professionnels de la santé mentale à la carte interactive
- Diffusion de la carte interactive auprès des différents services, structures et instances du territoire.

11. Moyens nécessaires : Moyens humains à chiffrer

Axe 3 - Réaliser et coordonner un dispositif territorial de RPS orientée rétablissement

FICHE ACTION N°2.3.1 : Mettre en place une équipe ressource et/ou un centre référent de RPS orienté rétablissement

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS et rétablissement du PTSM-93, CAIRE-93
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

D'une part, le développement de l'utilisation des techniques de RPS est soutenu et préconisé au niveau national, régional et territorial, à la fois par le ministère de la Santé, par l'Agence Régionale de Santé (ARS), ainsi que par le PTSM (décret du 27 juillet 2017). Ces instances préconisent le développement d'outils thérapeutiques de RPS et de coordination permettant la prévention et la limitation du handicap tout au long du parcours du patient.

D'autre part, notre enquête de terrain en 2019 dans le domaine de la RPS corrélant les résultats de l'étude de Moualla et al. (2016) confirme la rareté de l'offre de ce soin de RPS et le manque d'équipes formées à la remédiation cognitive et plus généralement aux techniques de RPS, en particulier dans le département de Seine Saint Denis.

1. Objectif général de l'action

Soutenir le développement et la coordination de l'offre de soins et d'accompagnement en psychiatrie en Seine-Saint-Denis, en termes de réhabilitation psychosociale.

2. Objectifs spécifiques de l'action

- Créer un centre support de coordination d'action pour l'inclusion, le rétablissement et l'empowerment : CAIRE-93
- Analyser les besoins du territoire en termes de coordination (voir axe 2.3.3), communication, formation, recherche et documentation portant sur la RPS et définir les champs d'action du centre support CAIRE-93 dont les objectifs sont les suivants :
 - Améliorer la coordination, la communication entre les différents acteurs de RPS en Seine Saint Denis et les structures régionales et nationales
 - Augmenter la connaissance sur la RPS à destination du grand public et des professionnels de santé ainsi qu'augmenter l'offre de formation pour les professionnels de santé
 - Soutenir la mise en place de protocoles de recherche en lien avec la RPS, le rétablissement, l'empowerment et l'inclusion sociale
 - Diffuser les informations portant sur la RPS auprès des usagers et professionnels
 - Développer le travail sur les outils d'auto support,
 - Sensibiliser aux droits des usagers,
 - Favoriser la construction d'un projet de vie en lien avec ses propres valeurs

3. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Identifier et collaborer avec les structures de RPS, régionales, nationales et de proximité pour améliorer la coordination de celles-ci et développer les connaissances et les projets de recherche de RPS sur le département de Seine Saint Denis.
- Identifier et soutenir les événements portant sur la RPS, le rétablissement *l'empowerment* et l'inclusion sociale pour sensibiliser le grand public et les acteurs de RPS, ainsi que au travers de la formation aux professionnels de santé.
- Faciliter la connaissance et l'accès aux différentes structures et techniques de RPS pour les différents acteurs du parcours de santé de l'utilisateur
 - Identification et actualisation d'un répertoire de structures proposant des actions de RPS en Seine-Saint-Denis et départements limitrophes

- Communications sur les dispositifs existants (site internet, flyers, rencontres autour de la pratique de la RPS et des bonnes pratiques)
- Accompagnement et soutien au développement des structures sanitaires et médico-sociales proposant de la RPS en Seine-Saint-Denis ou désireuses de développer cette activité
- Augmenter le nombre de professionnels de santé formés aux techniques de RPS
 - Organisation de journées pour le grand public
 - Organisation de colloques et de journées recherche annuelle centrés sur la RPS
 - Formations pour les professionnels de santé
- Identifier et soutenir la recherche clinique et la documentation sur la RPS dans 93
- Augmenter le nombre de protocole de recherche sur la RPS, le rétablissement, *l'empowerment* et l'inclusion sociale
 - Soutenir la mise en place de protocole de recherche en lien avec les outils de RPS, le rétablissement et *l'empowerment*
- Recruter des employés de CAIRE-93
- Rechercher un local

4. Publics concernés : Acteurs du parcours de soin des usagers de la santé mentale, usagers de la santé mentale

5. Acteurs impliqués : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

6. Indicateurs de résultats

- Création du centre CAIRE93 et Recrutement du personnel
- Création d'un répertoire/cartographie regroupant l'ensemble des acteurs de RPS en Seine Saint Denis
- Nombre de communication sur la RPS
- Nombre de personnels formés à la RPS
- Nombre de structures proposant de la RPS
- Nombre de colloques et de journées grand public et recherches annuelles centrées sur la RPS
- Nombre de protocoles de recherche portant sur la RPS
- Nombre d'usagers de la santé mentale bénéficiant de la RPS

7. Moyens nécessaires : Moyens à chiffrer pour le fonctionnement du centre support CAIRE 93 :

- En personnels (Responsable du centre, Secrétaire, psychologue, assistant social, webmaster-graphiste, ingénieur statisticien, attaché de recherche clinique, pair-aidants/MSP)
- Financiers pour les locaux du Centre support CAIRE 93
- Matériel informatique et de bureau (ordinateur, accès à internet, imprimante etc.)

FICHE ACTION N°2.3.2 : Définir un projet pour l'unité Paul Sivadon de l'EPS Ville Evrard s'insérant dans le dispositif territorial de RPS

1. **Pilotage** : Groupe-projet de réhabilitation et rétablissement du PTSM93
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'un des trois grands axes de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de Juin 2018 concerne l'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des usagers de la psychiatrie. La troisième action de cette feuille de route insiste sur la nécessité d'informer le grand public, la 16^{ème} action sur la nécessité de mettre en place des dispositifs locaux de ressources et d'appui pour les professionnels dit « généralistes » et enfin l'action 34 recommande « *d'améliorer les dispositifs, actions et interventions par les pairs visant à l'inclusion des personnes dans la cité* ».

Le groupe de travail « inclusion et déstigmatisation » du diagnostic territorial partagé a fait apparaître en Seine-Saint-Denis, les difficultés actuelles pour produire une offre d'accueil et d'accompagnement psychosocial des usagers en santé mentale, notamment pour ceux qui n'ont pas de reconnaissance de handicap, la nécessité d'améliorer la participation des usagers aux différentes instances de démocratie sanitaire, de valoriser leur inclusion à la vie de la cité (emploi, bénévolat, intensification des liens avec les acteurs culturels et sociaux du territoire) et la mise en valeur des dynamiques d'entraide entre pairs. Par ailleurs le diagnostic territorial constate que les équipes de réhabilitation psychosociale sont insuffisantes et les liens entre les différentes équipes sanitaires, médico-sociales et sociales ne sont pas suffisamment formalisés.

Il existe cependant un certain nombre d'initiatives/dispositifs :

- Une unité d'hospitalisation temps-plein à l'EPS VE, depuis Septembre 2019 (unité Paul Sivadon),
- Une unité transversale d'éducation thérapeutique (UTET) à l'EPS VE proposant des programmes validés (ex. atelier du médicament...) et le programme Pro Famille.
- Des programmes portés par le médico-social (programme Job Coaching proposé par Iris Messidor pour les patients orientés par la MDPH...),
- Des activités de certains GEM et acteurs du social (citons la Trame, Bol d'Air).
- Le développement du métier de pair-aidant professionnel (notamment la formation MSP à Bobigny, idéalement situé en SSD !)

On identifie par ailleurs des programmes de recherche visant à évaluer des outils de RPS (ex. programme de remédiation cognitive...) à l'Unité de recherche clinique de l'EPS VE.

Un travail de recensement nécessaire est en cours dans le cadre du PTSM.

Le PRS-2 souhaite voir se mettre en place des dispositifs territoriaux articulés entre eux et visant à l'insertion d'un maximum de patients. La RPS visant le rétablissement et une meilleure inclusion doit pouvoir être proposée aux usagers à chaque étape de leur parcours de soin, et de vie. L'objectif d'un dispositif territorial est de mettre des ressources à disposition pour organiser un accompagnement individualisé des équipes impliquées dans le rétablissement des patients.

L'unité Paul Sivadon de l'EPS-VE qui apporte des soins de RPS a été financée à titre expérimental pour une période de deux ans : de Septembre 2019 jusqu'en 2021. Cette expérimentation doit être évaluée et doit se poursuivre par un projet nouveau qui s'intégrera dans un dispositif territorial.

4. **Objectif général de l'action**

Mettre en place rapidement une réflexion pour envisager le devenir de l'unité Paul Sivadon dans un dispositif de RPS efficace et intégré dans le territoire.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Réfléchir au maintien de lits et de places pour mettre en œuvre l'orientation et la réactualisation des projets en vue du rétablissement des patients.
- Réfléchir à un accueil à temps partiel pour favoriser la cohésion entre les dispositifs existants.
- Réfléchir à la pertinence d'une équipe mobile qui interviendrait entre les différents lieux de soins pour construire une offre articulant les acteurs de proximité et les acteurs de recours.
- Intégrer la question des PRDI,
- Réfléchir à l'utilité d'un protocole de suivi post-hospitalier pour les patients évalués dans l'unité de réhabilitation psychosociale.
- Mettre en place des collaborations avec des équipes de recherche /outils d'évaluation

6. **Objectifs opérationnels de l'action**

- Intégrer dans la réflexion du groupe de travail RPS les unités et les malades « long séjour » du département,
- Intégrer dans la réflexion du groupe de travail RPS la pair-aidance et les pratiques orientées rétablissement
- Accompagner les patients, quel que soit leur secteur, à réaliser un projet de soins et de vie
- Mettre en place avec les PRDI du département un travail sur l'orientation des patients, et l'accompagnement

7. **Publics concernés** : Tous les usagers présentant un trouble psychique, pris en charge par une structure de soins sectoriels et nécessitant cet accompagnement : des jeunes qui pourraient s'inscrire vers une réinsertion socio-professionnelle jusqu'aux patients au long court nécessitant une adaptation à une MAS ou un lieu de vie bénéficiant d'un encadrement socioéducatif

8. **Acteurs impliqués** : les secteurs de psychiatrie, le département médico-social de l'EPS VE auxquelles les unités de réhabilitation devront être attachées (MAS, PRDI, Unité de réhabilitation psycho-sociale), le secteur médico-social, le secteur social.

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de patients pris en charge à l'unité de réhabilitation
- Nombre des évaluations réalisées
- Nombre de personnes ayant atteint une autonomie durable dans son quotidien
- Nombre de ré hospitalisations dans les secteurs d'origine
- Nombre de contractualisation avec des structures médico-sociales, en particulier des MAS et des FAM.
- Taux de réussite des projets
- Nombre et type d'études cliniques
- Nombre de personnels de l'unité Paul Sivadon formés aux techniques RPS

10. **Moyens nécessaires**

- Humains/ médicaux, non médicaux, paramédicaux, administratif....
- Matériel/ Locaux, équipements mobiliers, logistiques, dispositifs support du soin

FICHE ACTION N°2.3.3 : Etablir un plan d'action de fonctionnement en réseau pour les dispositifs de RPS et actions rétablissement du territoire

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS du PTSM-93.
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

D'une part, le développement de l'utilisation des techniques de RPS est soutenu et préconisé au niveau national, régional et territorial, à la fois par le ministère de la Santé, par l'Agence Régionale de Santé (ARS), ainsi que par le PTSM (décret du 27 juillet 2017). Ces instances préconisent le développement d'outils thérapeutiques de RPS et de coordination permettant la prévention et la limitation du handicap tout au long du parcours du patient.

D'autre part, notre enquête de terrain en 2019 dans le domaine de la RPS corrélant les résultats de l'étude de Moualla et al. (2016) confirme la rareté de l'offre de ce soin de RPS et le manque d'équipes formées à la remédiation cognitive et plus généralement aux techniques de RPS et au rétablissement, en particulier dans le département de Seine Saint Denis.

4. Objectif général de l'action

Identifier les actions à mener afin de permettre un déploiement fourni et homogène de la RPS dans le territoire.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Identifier et collaborer avec les structures de RPS de proximité pour améliorer la coordination de celles-ci.
- Identifier les besoins des structures de proximité pour améliorer l'accompagnement RPS et les connaissances sur le rétablissement des usagers de la santé mentale.
- Identifier les actions à mener pour soutenir la diffusion des connaissances sur la RPS, le rétablissement, et les projets de recherche de RPS sur le département de Seine Saint Denis.
- Identifier les actions à mener pour soutenir les événements portant sur la RPS, le rétablissement *l'empowerment* et l'inclusion sociale dans le but de sensibiliser le grand public et les acteurs de RPS,
- Identifier les actions à mener afin d'augmenter le nombre d'acteurs de RPS formé au rétablissement.

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Identifier et actualiser le répertoire de structures proposant des actions de RPS en Seine-Saint-Denis (cartographie, voir axe 2.1.3.) permettant un meilleur pilotage des actions du département, par le biais d'une orientation des usagers vers les structures ainsi que les différents acteurs de RPS.
- Identifier les besoins humains et matériels des structures spécialisées de RPS du territoire ou structures désireuses de développer une activité de RPS
- Identifier les besoins de formation des structures spécialisées de RPS du territoire ou structures désireuses de développer une activité de RPS
- Identifier les « zones blanches » actuelles ou potentielles du territoire justifiant la pérennisation ou l'ouverture de structures spécialisées de RPS
- Identifier et soutenir la recherche clinique et la documentation sur la RPS et le rétablissement dans le département avec l'appui de partenaires universitaire (Paris 8, Paris 13,) et de recherche (FondaMental).
- Identifier et soutenir les réseaux entres structures de proximité
- Identifier et communiquer sur les dispositifs existants
- Identifier les besoins de formation et information au rétablissement et identifier les ressources préexistantes (pairs-aidants formés, formateurs à Paris 13, observatoire du rétablissement à Lyon etc)

7. **Publics concernés** : Structures et professionnels accueillant des usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS.

8. Acteurs impliqués : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

9. Territoire : Département de la Seine-Saint-Denis ; départements limitrophes dont des structures accueillent un public de la Seine-Saint-Denis.

10. Indicateurs de résultats

- Réalisation d'une cartographie (Axe 2.1.3)
- Identification des besoins humains et matériels des structures spécialisées de RPS du territoire ou structures désireuses de développer une activité de RPS
- Identification des besoins de formation des structures spécialisées de RPS du territoire ou structures désireuses de développer une activité de RPS
- Repérage des « zones blanches » actuelles du territoire
- Identification des protocoles de recherche clinique et les centres de documentation sur la RPS dans le département
- Identification des réseaux entre structures de proximité
- Réalisation d'un répertoire des dispositifs existants (site internet, flyers etc)

11. Moyens nécessaires : Moyens de l'animation territoriale

Axe 4 - Faire évoluer les connaissances, les mentalités et les pratiques qui visent à l'inclusion et au rétablissement

FICHE ACTION N°2.4.1 : Faire coopérer les acteurs de terrain et les acteurs de la recherche autour de recherches-action

1. **Pilotage** : Centre CAIRE-93, Centre de Recherche Clinique de l'EPS Ville Evrard.
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En accord avec la stratégie « Ma Santé 2022 », la note de cadrage associée à l'instruction ministérielle de la DGOS du 16 janvier 2019 (n°DGOS/R4/2019/10) précise que des centres disposant d'une expérience solide et reconnue en RPS ainsi qu'une activité de recherche peuvent être identifiés en tant que **centre « support »** ayant diverses missions :

- Diffusion des connaissances et des outils de RPS et du rétablissement
- Structuration de l'offre de proximité,
- Soutien au fonctionnement des offres de soin et animation territoriale
- Aménagement d'interfaces fonctionnelles entre les actions thérapeutiques de RPS et les actions d'accompagnement et de soutien des usagers
- **Participation à des projets de recherche et d'évaluation.**

A l'heure actuelle, les lieux de recherche de la Seine-Saint-Denis sont les laboratoires universitaires (Universités Paris 8 et Paris 13), ainsi que le Centre de Recherche Clinique (CRC) de l'EPS Ville Evrard. En l'absence de Centre dédié, l'Unité de Recherche Clinique, dépendant du CRC de l'EPS Ville Evrard, en partenariat avec le Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie de l'Université Paris 8, coordonne et accompagne d'ores et déjà des recherches dans le champ de la RPS. Depuis 2010, 4 recherches en RPS ont été achevées (remédiation cognitive, Zoothérapie, Fardeau des aidants), 2 recherches sont en cours (Remédiation cognitive), 3 recherches sont en phase d'écriture (Remédiation métacognitive, Yogathérapie, stigmatisation des fratries). Une recherche-action sur l'inclusion sociale des usagers en santé mentale dans le nord-ouest du département a été menée en 2015-2016 par l'association A Plaine Vie et l'UTRPP (Unité transversale de recherche en psychogenèse et psychopathologie) de Paris 13. Un dispositif de recherche-action permanente est en place depuis avec les mêmes acteurs.

Le Centre CAIRE 93 (cf. Fiche Action 2.3.1.) assurerait après sa création un rôle d'aide à la recherche clinique sur la RPS et le rétablissement sur le territoire de la Seine-Saint-Denis.

4. Objectif général de l'action

Soutien méthodologique et logistique dans la mise en place de protocoles de recherche de terrain, principalement naturalistiques, quantitatives ou qualitatives, en lien avec les outils de RPS, le rétablissement et *l'empowerment*.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Support méthodologique dans la phase d'écriture de projets de recherche (documentation, respect des principes éthiques, déontologiques et de la législation en vigueur)
- Monitoring des recherches dans leur phase de réalisation, gestion de l'homogénéité entre les Centres.
- Analyse et synthèse des données des recherches
- Support dans la phase de communication scientifique (aide à l'écriture d'articles, organisation de colloques et de journées de recherche, communication sur les travaux sur internet)

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Mener des recherches portant sur :
 - o L'efficacité des interventions thérapeutiques et des centres spécialisés.
 - o Les besoins et attentes des usagers sur le territoire
 - o Les dimensions de rétablissement personnel, de santé fonctionnelle, d'inclusion et d'empowerment

- Les nouvelles formes de soin et d'accompagnement à distance (téléconsultations)
- L'impact de la pair-aidance bénévole et professionnelle
- Accompagnement de recherches de RPS menées dans le cadre de mémoires et de thèses de doctorat
- 7. Publics concernés :** Usagers enfants et adultes de la santé mentale pour des prestations de RPS. Aidants. Professionnels du soin et de l'accompagnement.
- 8. Acteurs impliqués :** CAIRE 93, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Groupe Projet, Université Paris 8, Université Paris 13, Association Francophone de Remédiation Cognitive, C3RP, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire, structures de RPS de la Seine-Saint-Denis.
- 9. Territoire :** Département de la Seine-Saint-Denis.

10. Indicateurs de résultats

- Nombre de protocoles de recherche menés sur la RPS
- Nombre de protocoles de recherche menés sur le rétablissement
- Nombre de protocoles de recherche menés à leur terme
- Publications ou communications orales
- Application des outils de RPS étudiés lors des protocoles de recherche (ex : programme ETP, programme de remédiation cognitive)

11. Calendrier :

Chaque année, de 2020 à 2024 :

- Juin : Réunion des acteurs de terrain pour décider des priorités de recherche pour l'année suivante.
- Juin-Septembre : Écriture des protocoles
- Septembre : Soumission des protocoles aux instances éthiques
- Novembre-Avril : Mise en place des recherches sur le terrain
- Avril-Mai : Analyse des données
- Juin : Synthèse des actions de recherche de l'année en cours

12. Moyens nécessaires

- Moyens humains, matériel et financiers de la plateforme CAIRE 93.
- Obtention de moyens supplémentaires si nécessaires via la réponse à des appels d'offre.

FICHE ACTION N°2.4.2 : Former les acteurs du territoire aux pratiques de RPS visant à l'inclusion et au rétablissement

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS du PTSM-93.
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En accord avec la stratégie « Ma Santé 2022 », la note de cadrage associée à l'instruction ministérielle de la DGOS du 16 janvier 2019 (n°DGOS/R4/2019/10) précise que des centres disposant d'une expérience solide et reconnue en RPS ainsi qu'une activité de recherche peuvent être identifiés en tant que **centre « support »** ayant diverses missions :

- **Diffusion des connaissances et des outils de RPS,**
- Structuration de l'offre de proximité,
- Soutien au fonctionnement des offres de soin et animation territoriale
- Aménagement d'interfaces fonctionnelles entre les actions thérapeutiques de RPS et les actions d'accompagnement et de soutien des usagers
- Participation à des projets de recherche et d'évaluation.

La formation à la RPS est assurée par le Diplôme Universitaire de RPS en Psychiatrie Adulte (cf. feuille de route Formation) qui est délivré par l'Université Paris 13. La diffusion des outils de RPS est également réalisée par la formation continue de l'EPS Ville Evrard, au travers d'une formation à l'Éducation Thérapeutique, et d'une formation à la Remédiation Cognitive. Cependant, ces formations sont principalement dédiées aux professionnels de la psychiatrie adulte. Afin de former les professionnels de santé mentale hors psychiatrie, et de former les acteurs de la pédopsychiatrie, il est nécessaire de mettre en œuvre des actions de formation spécifiques, adaptées aux contraintes des professionnels.

4. Objectif général de l'action

Développer un catalogue de formations spécifiques à des outils et pratiques de RPS, à destination des professionnels du soin et de l'accompagnement, complémentaires de celles existant, pouvant être délivrées aux équipes.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Former les professionnels des enfants, adolescents et jeunes adultes
- Sensibiliser les acteurs de la santé mentale

6. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

7. Indicateurs de résultats

- Nombre de personnes bénéficiant des actions de formation
- Inscription des formations au répertoire de Développement Professionnel Continu

8. **Moyens nécessaires** : Moyens du CAIRE-93

FICHE ACTION N°2.4.3 : Sensibiliser les professionnels et les usagers de la santé mentale du territoire au rétablissement et à l'inclusion

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS du PTSM-93.
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En accord avec la stratégie « Ma Santé 2022 », la note de cadrage associée à l'instruction ministérielle de la DGOS du 16 janvier 2019 (n°DGOS/R4/2019/10) précise que des centres disposant d'une expérience solide et reconnue en RPS ainsi qu'une activité de recherche peuvent être identifiés en tant que **centre « support »** ayant diverses missions :

- Diffusion des connaissances et des outils de RPS,
- Structuration de l'offre de proximité,
- **Soutien au fonctionnement des offres de soin et animation territoriale**
- Aménagement d'interfaces fonctionnelles entre les actions thérapeutiques de RPS et les actions d'accompagnement et de soutien des usagers
- Participation à des projets de recherche et d'évaluation.

4. **Objectif général de l'action**

Mener des actions de vulgarisation sur les thèmes de la santé mentale, du rétablissement, et de l'inclusion, à destination des usagers, de leurs aidants et des catégories de professionnels en contact régulier avec les usagers.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Permettre une meilleure connaissance des actions de RPS du territoire par le grand public
- Sensibiliser usagers et acteurs à l'importance d'une approche orientée rétablissement dans la RPS mais aussi dans toute autre pratique.
- Participer à une dé-stigmatisation des troubles psychiques
- Favoriser la prévention primaire et secondaire en santé mentale

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Intervenir dans des manifestations locales
- Organiser des journées thématiques
- Visiter des structures
- Impliquer les usagers et ex-usagers dans chaque événement : ce sont les plus à même d'expliquer ce qu'ils vivent.

7. **Publics concernés** : Usagers, aidants, professionnels en contact régulier avec des usagers, grand public

8. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

9. **Territoire** : Département de la Seine-Saint-Denis.

10. **Indicateurs de résultats**

- Nombre d'actions menées sur le territoire de la Seine-Saint-Denis
- Orientation de personnes vers des soins et accompagnements de RPS suite à ces actions de sensibilisation.

11. **Moyens nécessaires** : Moyens de CAIRE-93

FICHE ACTION N°2.4.4 : Impliquer les proches aidant dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de RPS orienté par les principes du rétablissement et de l'inclusion sociale en santé mentale

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS du PTSM93.
2. **Calendrier** : dès 2020
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

70% de malades psychiques sévères vivent dépendants de la famille ou d'amis : logement, revenus, accompagnement au quotidien. Il s'agit pour la SSD de dizaines de milliers de personnes malades et environ 3 fois plus de personnes de l'entourage directement concernées. La file active sur le Département est de l'ordre de 35000, mais les accueils de familles effectués depuis plus de 30 ans par les bénévoles de l'UNAFAM montrent qu'il existe une partie non négligeable de personnes inconnues de la psychiatrie. Par ailleurs pour mieux évaluer le nombre de personnes malades psychiques, beaucoup consultent des psychiatres et des médecins généralistes en libéral en SSD et à Paris. Au total cette population est généralement évaluée entre 4 et 5%. Le facteur social est aggravant, ce qui correspond à la caractéristique de la SSD.

Les familles sont laissées seules face aux manifestations anxiogènes de ces maladies dès leur apparition, et ensuite dans le quotidien, pour beaucoup il dure jusqu'à la fin de vie. Elles ne possèdent aucune des compétences qu'il faudrait pour effectuer un accompagnement adapté.

Les manifestations de ces maladies ne sont pas évidentes à comprendre et nécessitent un apprentissage, des informations et formations aussi bien pour les professionnels que les familles. Différentes études ont été menées après la reconnaissance du handicap psychique en février 2005 pour évaluer le handicap psychique et donc mieux le prendre en compte (ANCREAI, rapport du professeur Christine PASSERIEUX). Des publications de l'UNAFAM à destination des professionnels mais aussi des familles ont été réalisées (L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique CNSA, UNCCAS, UNA). Cet accompagnement contraint des familles revêt différentes formes que la personne accompagnante « principale » soit un père ou une mère, un conjoint, un enfant, une fratrie. L'aide de l'hôpital se réduit bien souvent à une entrée à l'hôpital problématique à mettre en œuvre, là encore la famille est laissée seule face à une démarche pénible et à un séjour limité avec retour « à la maison ». Mais quelle prise en charge au quotidien en dehors d'un traitement médicamenteux plus ou moins bien accepté ? La situation actuelle est loin d'être satisfaisante et éloignée de toute idée de rétablissement. Les personnes en situation de handicap reconnu ou non, vivent tant bien que mal. Bien souvent la famille « infantilise » en faisant à la place, assure une curatelle dans les faits sans en avoir la légalité. La famille se débrouille comme elle peut en aveugle et parfois craque.

Autre frein à toute évolution : la stigmatisation de ces malades et de leur famille. Il existe toujours une honte à dire. L'UNAFAM et ses bénévoles les reçoivent souvent après un parcours parsemé d'échecs et de nombreuses années.

Autre difficulté encore : très peu d'information des équipes soignantes pour expliquer de quoi il retourne dès les débuts des manifestations, notamment après une première hospitalisation.

4. Objectif général de l'action

Créer un collectif réunissant les différents acteurs de la santé mentale : soignants, usagers et aidants afin de co-construire les orientations et les modalités d'application d'une RPS pensée au service du rétablissement et de l'inclusion sociale.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Connaître la configuration de la famille du patient et prendre en compte l'ensemble des personnes qui vivent avec lui, en particulier les mineurs.
- Soutenir psychologiquement les différents membres de la famille pour qu'ils soient plus en mesure d'accompagner le proche, le comprendre et envisager dès le début le rétablissement.
- Porter une attention aux limites de l'entourage familial et à son besoin de répit.

- Former des accompagnants familiaux aux manifestations des maladies psychiques, pour comprendre, et comment adopter un comportement adéquat pour éviter les conflits et contribuer l'autonomie.
- Construire un réseau représentatif des différents acteurs en santé mentale, impliquant notamment les associations d'usagers et d'aidants (« Schizo ?..oui ! ; Collectif Schizophrénie ; UNAFAM, Promesses..), ainsi que les pairs-aidants (médiateurs de santé pairs)
- Familiariser (si besoin) les usagers, aidants, pair-aidants aux objectifs et pratiques professionnelles de la RPS et au rétablissement
- Valoriser le savoir expérientiel des usagers et des aidants en promouvant un retour d'expérience quant aux dispositifs de RPS : leviers, freins au rétablissement et à l'inclusion sociale
- Co-construire des indicateurs d'une RPS orientée par les principes du rétablissement et de l'inclusion sociale

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous actions

- Développer pro-familles, les rencontres d'échanges psychiatrie/familles
- Contacter les associations d'usagers et d'aidants, ainsi que des pairs-aidants (MSP entre autres) présents sur le territoire de la Seine Saint-Denis à partir des CLSM/RESAD afin d'organiser des temps de rencontre et d'échange entre les différents acteurs de la santé mentale
- Favoriser les regards croisés (significations partagées ou non) autour des concepts et des pratiques de réhabilitation psychosociale, rétablissement, inclusion sociale (focus groupe ?)
- Inviter des représentants d'usagers et d'aidants (et pairs-aidants) au sein de services de RPS afin de mieux appréhender (si besoin) les pratiques existantes.
- Promouvoir le savoir expérientiel des usagers et aidants autour des pratiques de RPS, des parcours de rétablissement et d'inclusion sociale
- Impliquer le collectif dans l'élaboration d'indicateurs de pratiques de RPS favorables au rétablissement et à l'inclusion sociale.

7. **Publics concernés** : les proches de personnes vivant avec un trouble psychique.

8. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Associations d'usagers et d'aidants et pairs-aidants présents sur le territoire de la Seine Saint-Denis, DIH 93, CME de l'EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Psycom, Groupe élargi d'acteurs de RPS du territoire.

9. Indicateurs de résultats

- L'implication des proches et des associations de proches dans l'animation territoriale
- La sollicitation des proches dans les projets et les instances

10. **Moyens nécessaires** Moyens humains, matériels ou financiers :

- D'avantage de structures permettant de mettre en place un accompagnement progressif de la cellule familiale à une vie indépendante, le département de la Seine Saint Denis étant dramatiquement sous doté en établissements sociaux médico-sociaux adaptés au handicap psychique.
- Moyens supplémentaires au DIH 93 pour améliorer la Réponse accompagnée pour tous pour les personnes handicapées (enfants adultes), les aider dans leur projet de vie contribuant ainsi à leur rétablissement et ainsi contribuer au rétablissement de l'entourage familial.
- Développement de l'accompagnement des enfants de personnes malades psychiques subissant leurs « débordements » impactant leur santé mentale à eux aussi et leur avenir. Actuellement il n'existe quasiment rien, mis à part l'association Les Funambules.
- Développement de toutes initiatives permettant l'éducation thérapeutique des familles : pro-famille, rencontres permettant les échanges familles/psychiatrie dans chaque secteur des structures hospitalières du département (actuellement seuls 8 secteurs sur 18 le pratiquent).
- Améliorer la rédaction des dossiers MDPH en permettant aux familles de participer à l'élaboration du projet de vie de leur proche avec celui-ci et l'équipe soignante ce qui contribue considérablement au rétablissement et de la personne concernée et des membres de la famille avec un projet commun.

FICHE ACTION N°2.4.5 : Impliquer les usagers dans le développement de dispositifs de rétablissement et d'inclusion sociale

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS du PTSM93.
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'un des trois grands axes de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de Juin 2018 concerne l'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des usagers de la psychiatrie. La troisième action de cette feuille de route insiste sur la nécessité d'informer le grand public, la 16^{ème} action sur la nécessité de mettre en place des dispositifs locaux de ressources et d'appui pour les professionnels dit « généralistes » et enfin l'action 34 recommande « *d'améliorer les dispositifs, actions et interventions par les pairs visant à l'inclusion des personnes dans la cité* ».

Le groupe de travail « inclusion et dé-stigmatisation » a fait apparaître en Seine-Saint-Denis, les difficultés actuelles pour produire une offre d'accueil et d'accompagnement social des usagers en santé mentale, notamment pour ceux qui n'ont pas de reconnaissance de handicap, la nécessité d'améliorer la participations des usagers au différentes instances de démocratie sanitaire, de valoriser leur inclusion à la vie de la cité (emploi, bénévolat,, intensification des liens avec les acteurs culturelles et sociaux du territoire) et la mise en valeur des dynamiques d'entraide entre pairs.

4. Objectif général de l'action

Créer un collectif réunissant les différents acteurs de la santé mentale : soignants, usagers et aidants afin de participer conjointement au développement et à la modélisation des dispositifs de rétablissement et d'inclusion sociale des usagers en santé mentale dans les quatre ETP de Seine-Saint-Denis.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Construire un réseau représentatif des différents acteurs en santé mentale, impliquant notamment les associations d'usagers et d'aidants (« Schizo ?..oui ! ; Collectif Schizophrénie ; UNAFAM, Promesses..), ainsi que les pairs-aidants (médiateurs de santé pairs, AFMSP, autres formes de pair-aidance)
- Familiariser (si besoin) les usagers, pair-aidants aux objectifs et pratiques professionnelles de la RPS et au rétablissement
- Valoriser le savoir expérientiel des usagers en promouvant un retour d'expérience quant aux dispositifs de RPS : leviers, freins au rétablissement et à l'inclusion sociale
- Modéliser des dispositifs d'accueil et d'accompagnement social inclusif, s'appuyant sur la pair-aidance (bénévole et salariée) et le travail en réseau, offrant une réponse accompagnée pour les usagers en santé mentale, avec ou sans reconnaissance de handicap
- Favoriser le rétablissement et l'inclusion sociale des usagers en santé mentale par la sensibilisation de la communauté (professionnels non spécialisé, habitants, grand public) à la parole et au savoir expérientiel des usagers en santé mentale. (Cf. action 2.4.3)
- Intensifier la participation des usagers aux espaces de réflexions et de décisions les concernant (production de savoir et démocratie sanitaire)

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Contacter les associations d'usagers et d'aidants, ainsi que les pairs-aidants (MSP entre autres) présents dans le territoire
- Organiser des temps de rencontre et d'échange entre les différents acteurs de la santé mentale
- Favoriser les regards croisés (significations partagées ou non) autour des concepts et des pratiques de réhabilitation psychosociale, rétablissement, inclusion sociale (ex. focus groupe)
- Inviter des représentants d'usagers et pairs-aidants au sein de services de RPS afin de mieux appréhender (si besoin) les pratiques existantes.
- Valoriser et pérenniser les dispositifs d'accueil et d'accompagnement social pour les usagers en santé mentale avec ou sans reconnaissance de handicap (la Trame Nord-Ouest 93, plateforme Bol d'air sur Est Ensemble).
- Créer des dispositifs similaires sur les deux ETP de Seine-Saint Denis non couverte (Paris terre d'envol – Grand Paris- Grand Est)

- Produire une offre de formation « intermédiaire » aux usagers en santé mentale n’ayant pas la possibilité d’accéder aux formations de pairs-aidants professionnelles actuelles (Ex COFOR Marseille) en lien avec le développement du COFOR Paris.
 - Recenser les offres pré-existantes (DU de Lyon)
 - Produire une offre de formation adaptée aux professionnels non spécialisés du territoire (personnels municipaux, bailleurs sociaux, chantiers d’insertions du 93, acteurs de la solidarité) impliquant la participation et le savoir expérientiel d’usagers en santé mentale.
 - Soutenir l’accompagnement à la participation des usagers en santé mentale aux instances de démocratie sanitaire (CLSM, PTSM...) et favoriser le développement sur le territoire d’espaces d’expression pour la parole et le savoir expérientiel des usagers en santé mentale (Medias, radio, journal, événements, recherche-action universitaire impliquant des usagers en santé mentale).
 - Sur le modèle du dispositif première heures (cf communauté Emmaüs Paris) créer un régime salarial « intermédiaire » pour les usagers en santé mentale adapté aux difficultés rencontrées et favorisant leurs participations, leur rétablissement et leur inclusion sociale.
 - Développer l’accompagnement vers la professionnalisation des pair-aidants qui le souhaitent en lien avec les dispositifs de formations dédiés (Exemple : Licence pro de médiation en santé-pair – Paris 13 Bobigny – DU de médiation en santé-pair à Lyon).
- 7. Publics concernés :** Usagers, représentants d’usagers, aidants, pairs-aidants, professionnels du secteur médical, social et médico-social impliqués dans la RPS et les dispositifs de rétablissement et d’inclusion sociale en santé mentale, habitants du territoires et professionnels non spécialisés.
- 8. Acteurs impliqués :** Groupe-projet, Unité de Recherche Clinique (URC) de l’EPS de Ville-Evrard, Céapsy, Groupe élargi d’acteurs de RPS et de rétablissement du territoire, Psycom, GEM et association marraine du Territoire, La Trame, Plateforme Bol d’Air, UTRPP Paris 13, CEPN Paris 13, Associations d’usagers et d’aidants et pairs-aidants présents sur le territoire de la Seine Saint-Denis.
- 9. Territoire :** Département de la Seine-Saint-Denis.
- 10. Indicateurs de résultats**
- Rapport final CNSA et évaluation médico-économique de la Trame réalisé par le CEPN et rapport d’activité de la plateforme Bol d’air
 - Description qualitative et quantitative du public accueillie dans ces dispositifs et évaluation de l’impact sur la qualité de vie des personnes accueillies et participantes
 - Evaluation quantitative et qualitative des interventions, formations, évènements, médias destinés aux grands publics, aux professionnels non spécialisés et aux habitants du territoire
- 11. Calendrier**
- Janvier 2020 – Financement de la Trame par le fond d’innovation organisationnelle en psychiatrie et montée en charge progressive de la plateforme Bol d’air
 - Septembre 2020 – Rapport de la Trame rendu à la CNSA et évaluation médico-économique du dispositif par le centre d’économie et de gestion Paris Nord
 - Décembre 2021 – Rapport final rendu à l’ARS dans le cadre du fond d’innovation organisationnelle en psychiatrie et évaluation médico-économique du dispositif par le centre d’économie et de gestion Paris-Nord
 - Janvier 2022 – Modélisation et pérennisation des dispositifs Bol d’air et La Trame.
 - Janvier 2023 - Création de dispositif similaires sur les territoires Paris Terre d’Envol et Grand Paris Grand-Est
- 12. Moyens nécessaires** Si modélisation et répliquabilité des dispositifs :
- 8 ETP par territoire (6 ETP Pro : 5 coordinateur psycho-sociale, 1 administrateur, et 2 ETP pair-aidance)
 - Soutien bénévole des groupements d’usagers (associations de familles et amis et associations des personnes en souffrance psychique).
 - Local (Entre 80 et 200 m2 en fonction du nombre de professionnel et de la file active accompagnée).
 - Voiture de fonction pour les déplacements et visite à domicile

Améliorer l'offre d'hébergement et de logement en SSD pour les personnes en souffrance psychique

Introduction

70% de malades psychiques sévères vivent au domicile de la famille ou dans un logement à part, mais à la charge d'un proche familial. Un bon nombre sans soutien familial ou amis, sont SDF, à la rue, ou en maison d'arrêt. Les personnes malades psychiques sévères représentent environ 4% de la population. Même si une partie de cette population possède des capacités à vivre de manière plus ou moins autonome, il s'agit pour la Seine-Saint-Denis de plusieurs dizaines de milliers de personnes à la charge familiale bien au-delà de la file active de SSD (35 000 patients environ). Les accueils de familles organisés par l'UNAFAM depuis plus de 30 ans, montrent qu'une partie non négligeable de personnes sont inconnues de la psychiatrie, dans le déni et refusant tout soin. Hors des murs de l'hôpital l'accompagnement médical est fait par le CMP, mais l'accompagnement social reste faible laissant les familles agir seules. Le groupe de travail « Logement inclusif sur Est Ensemble » avec 3 secteurs de psychiatrie a montré combien les accompagnements de retour au logement n'étaient pas organisés ou insuffisamment organisés. Pour l'UNAFAM l'accompagnement de la personne en situation de handicap psychique est le maître mot, « la prothèse qui doit permettre moins de souffrance et plus d'autonomie ».

Le retour à domicile, quel qu'il soit, nécessite une vision croisée demandeurs-équipe soignante-entourage. Le dossier CERFA de la MDPH, qui aborde le projet de vie de la personne, comprend 3 questionnaires (voir guide CNSA) à compléter par l'entourage, l'équipe soignante, et la personne concernée, afin de renseigner au mieux l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Malheureusement ces questionnaires restent mal remplis et/ou de manière séparée, ce qui ne permet pas toujours d'accorder la bonne orientation ou le bon accompagnement (SAMSAH, SAVS, SAAD, SSIAD...). Pour le logement inclusif, l'association Vivre et Devenir les utilise et un dialogue commence à se réaliser entre les différents acteurs : secteur 10 de psychiatrie, personne malade, famille/UNAFAM.

L'accueil en **hébergement** est destiné à répondre aux besoins immédiats des personnes privées de domicile et en situation de détresse sociale, médicale ou psychique. L'hébergement est provisoire, voire précaire, dans l'attente d'une solution de logement durable et adaptée. Il ne donne pas lieu à l'établissement d'un bail ou d'un titre d'occupation ni au versement d'un loyer, ce qui n'exclut pas une participation financière des personnes accueillies. Il se distingue ainsi du logement. L'hébergement comprend : les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Parallèlement, existent des centres d'accueil de jour qui accueillent les personnes précaires, sans domicile, en journée. Ils constituent un maillon essentiel des dispositifs de veille sociale, au même titre que les centres d'hébergement³⁰.

Le logement est le premier facteur d'exclusion des personnes avec troubles psychiques. Il constitue la pierre angulaire de l'inclusion des personnes, de leur rétablissement et de leur qualité de vie en milieu ordinaire. Or, il est difficile pour un certain nombre de personnes en souffrance psychique, ou ayant une maladie psychiatrique d'accéder à un logement, classique ou accompagné. Dans un second temps, celles qui bénéficient d'un logement, peuvent rencontrer des difficultés à le conserver, risquant une éventuelle expulsion locative. Pour ces raisons, **l'accès** comme **le maintien** dans le logement doivent être traités ensemble.

Un accompagnement adéquat est ainsi requis pour permettre de maintenir dans un logement existant ou d'évaluer le mode de logement approprié aux besoins et aspirations des personnes, et de rompre avec l'isolement inhérent à la maladie. Pour **le maintien dans le logement**, il existe des dispositifs de droit commun : Services d'aide à domicile divers, dont certains plus spécialisés (SAVS, SAMSAH), mesures d'accompagnement social personnalisé/mesures d'accompagnement juridique ; des collaborations à travailler avec les bailleurs pour s'assurer de la coopération d'un professionnel médical en vue d'évaluer la situation critique avec le travailleur

³⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/article/l-hebergement-des-personnes-sans-domicile>

social du bailleur. Pour cela la mise en place d'équipes médicales et sociales susceptibles d'évaluer les situations dès les premières alertes reçues par le bailleur est un facteur préventif d'expulsion. Cela a commencé à être fait à Plaine Commune et à Montreuil.

SAMSAH et SAVS nécessitent une orientation MDPH, et ne représentent à eux tous qu'un accompagnement de 200 à 250 personnes. Toutes les personnes en situation de handicap psychique ne sont pas éligibles à de telles structures (critères MDPH). En matière d'accompagnement dans le logement, l'expérience de « Côté Cour » au Havre montre que l'on peut mettre en place des accompagnements ajustés grâce à des SAAD spécifiques adaptés aux difficultés rencontrées par les personnes. Il s'agit d'accompagnement de personnes, soit bénéficiant d'un logement dans l'habitat "diffus", soit pour des personnes dans des logements collectifs. Les SAAD ou SAMAD psychiques sont à inventer.

Pour **l'accès au logement**, il existe différentes modalités d'habitat³¹, graduées pour répondre au mieux aux besoins, et qui font intervenir un grand nombre de partenaires (bailleurs, Action logement, services municipaux d'attribution, DRIHL, UDAF, Interlogement⁹³, Vivre-et-Devenir...). La classification des différents types de logements à la disposition des personnes avec une maladie psychique est difficile à réaliser car une multitude de critères peuvent être utilisés :

- Le côté habitat individuel versus habitat collectif,
- Le côté habitat transitoire versus habitat pérenne (par exemple appartements associatifs à vocation thérapeutique soutenus par certains secteurs psychiatriques et pension de famille),
- Le côté financement ayant pour origine soit le sanitaire soit le social (par exemple appartement de coordination thérapeutique et pension de famille),
- Le côté "géré par une association d'intermédiation locative" ou géré directement par la personne malade psychique,
- Le côté réservé aux personnes malades psychiques versus ouvert à des personnes ayant d'autres types de précarité (par exemple résidence accueil versus pension de famille ou foyer pour travailleur handicapé),
- Le côté réservé à des personnes ayant le statut de personne handicapée versus personne malade psychique sans statut de personne handicapée.

À cette question méthodologique se rajoute la difficulté du recensement exhaustif des ressources à l'Agence régionale de santé.

Les résidences-accueil sont des structures conventionnées avec la psychiatrie et s'articulant avec des services d'accompagnement. Les hôtes qui les gèrent sont des personnels formés au handicap psychique. Pour ces raisons, la compétence de la DRIHL pour l'implantation de ces établissements semble peu adaptée selon les participants au PTSM. Les personnels des pensions de famille relèvent majoritairement quant à eux du champ socio-éducatif, ce qui légitime le ressort de la DRIHL.

Par ailleurs, il existe divers foyers d'habitat collectif qui accueillent des malades psychiques parmi d'autres personnes. On distingue la nature des foyers selon la gravité des problèmes rencontrés par les personnes hébergées. Le Foyer de vie, est une structure sociale avec une équipe d'encadrement importante. Un premier foyer de 50 places ouvrira dans 3 ans en Seine-Saint-Denis. Il existe aussi des structures mixant Foyer pour travailleur handicapé et ESAT permettant aux personnes handicapées de s'autonomiser en partie par le travail. Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) (financements assurance maladie, et département pour la partie sociale) n'existent pas en SSD (expérience annulé en 2014) s'adressent aux personnes plus malades. Enfin les maisons d'accueil spécialisé (MAS), accueillent des personnes plus lourdement handicapées. Il n'en existe que deux en SSD (Le Pommier pourpre à Saint Denis, La MAS de l'ISLE à Ville Evrard).

³¹ <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/habitat-et-accompagnement/logement-et-hebergement>

Une réflexion pour décloisonner et établir des parcours de vie a été engagée avec certaines de ces structures, le département, l'UNAFAM, pour permettre à leurs résidents de bénéficier d'un parcours non pas en fonction de la structure mais en fonction des capacités évolutives de la personne. Ainsi des personnes d'une MAS pourraient s'autonomiser davantage en rejoignant une Résidence-accueil de proximité avec un encadrement plus léger et des passerelles entre les 2 structures. De même des personnes logées dans des appartements collectifs ou même des studios bénéficiant d'un SAAD pourraient rejoindre en journée les activités d'un Foyer de vie. En sens inverse des personnes résidentes du foyer pourraient en fonction de leur progrès intégrer des appartements avec SAAD.

Les plateformes La Trame et Bol d'Air offrent un autre type d'accompagnement. Ces 2 structures sont expérimentales, elles se situent dans une réflexion menée également par la Fondation de France et l'institut Montaigne. Le colloque « Parlons psy » le 9 décembre 2019, a abordé différents moyens d'action pour améliorer le quotidien des personnes vivant avec des troubles psychiques. Il s'agit d'un accompagnement psychosocial de personnes en souffrance psychique suivies ou non en psychiatrie, reconnues ou non handicapées dans la cité. Là aussi le travail des équipes consiste à permettre aux personnes accompagnées à se projeter, à élaborer un projet de vie (ou plus simplement un projet), en l'orientant vers les bonnes structures, et à faciliter l'accès aux droits et aux soins. Ce travail peut nécessiter du temps. Par ailleurs les équipes vont au-devant de personnes qui ont pour certaines un long parcours parsemé d'échecs, ou bien de jeunes personnes entrant dans la maladie.

L'offre en Seine-Saint-Denis

– L'offre d'hébergement

Nature de l'hébergement	Appellation	Commune	Secteur de psychiatrie	Porteur	Public cible	Nombre de places	Financier
URGENCE	Fort d'Aubervilliers	AUBERVILLIERS	G06	ACSC	isolés H et F	110	Drihl
URGENCE	ASM	AUBERVILLIERS	G06	ACSC	femmes	10	Drihl
STABILISATION	J.Salvatore	AUBERVILLIERS	G06	FRANCE-HORIZON	toute compo	76	Drihl
CHRS	CHRS GEORGES HARTER	AUBERVILLIERS	G06	HOTEL SOCIAL	femmes avec enfants	27	Drihl
STABILISATION	Modulotoit	AUBERVILLIERS	G06	HOTEL SOCIAL	toute compo	103	Drihl
CHRS	CHRS Orangerie	AUBERVILLIERS	G06	HOTEL SOCIAL	isolés H et F		Drihl
CHRS	CHRS LA MAIN TENDUE	AUBERVILLIERS	G06	LA MAIN TENDUE	femmes et familles	32	Drihl
URGENCE	le relais dortoir	AUBERVILLIERS	G06	LA MAIN TENDUE	femmes	31	Drihl
URGENCE	Le relais diffus (relais des femmes)	AUBERVILLIERS	G06	LA MAIN TENDUE	femmes, familles	30	Drihl
URGENCE	Marie Durand	AUBERVILLIERS	G06	LA MAIN TENDUE	femmes	70	Drihl
STABILISATION	CAARUD Stab Aulnay	AULNAY-SOUS-BOIS	G07	AURORE		15	Drihl
CHRS	CHRS ARAPEJ	AULNAY-SOUS-BOIS	G07	CASP	isolés H	32	Drihl
URGENCE	chu Adélaïde Gileron	AULNAY-SOUS-BOIS	G07	LA MAIN TENDUE	femmes	12	Drihl
CHRS	Les Rosières	BAGNOLET	G12	ACSC	familles	31	Drihl
URGENCE	Les berceaux de Myriam	BAGNOLET / AULNAY-SOUS-BOIS	G12/G07	ACSC	familles	20	Drihl
CHRS	CHRS SOS FEMMES	BONDY	G14	SOS FEMMES	femmes	25	Drihl

URGENCE	Urgence	BONDY	G14	SOS FEMMES	femmes, familles	14	Drihl
CHRS	VLL	BONDY	G14	SOS FEMMES	femmes, familles	10	Drihl
STABILISATION	Stab	BONDY	G14	SOS FEMMES	femmes seules	16	Drihl
ALTHO		BONDY, PANTIN, ROMAINVILLE	G14/G13/G11	EMPREINTES	Familles	73	Drihl
URGENCE	HUAS	CLICHY-SOUS-BOIS	G15	ADOMA	toute compo	150	Drihl
ALTHO		CLICHY-SOUS-BOIS	G15	HOTEL SOCIAL	familles	64	Drihl
CHRS	le gîte	COUBRON	G15	HOTEL SOCIAL	isolés	60	Drihl
ALTHO	Altho	DIFFUS	NB	ESSOR 93	familles	70	Drihl
STABILISATION	La Chaumière diffus	DIFFUS	NB	HOTEL SOCIAL	isolés H et F	40	Drihl
URGENCE	Korawai urgence	EPINAY-SUR-SEINE	G03	AMICALE DU NID	femmes et familles	68	Drihl
STABILISATION	Korawai stab	EPINAY-SUR-SEINE	G03	AMICALE DU NID	femmes et familles	26	Drihl
CHRS	RESIDENCE LA MAISON	EPINAY-SUR-SEINE	G03	AMICALE DU NID	femmes, familles	85	Drihl
URGENCE	Simone Veil	EPINAY-SUR-SEINE	G03	LA MAIN TENDUE	couples/femmes/familles	52	Drihl
CHRS	CHRS LA TALVERE	GAGNY	G16	AUORE	toute compo	41	Drihl
STABILISATION	Urgence jeune	GAGNY	G16	AUORE	isolés	14	Drihl
CHRS	CHRS LA BAS TISSE	GAGNY	G16	HOTEL SOCIAL	familles	98	Drihl
CHU	insoumises	LA COURNEUVE	G04	ADN	femmes, familles	41	Drihl
CHRS	CHRS EMMAUS PROST	LE PRE-SAINT-GERVAIS	G12	EMMAÜS SOLIDARITES	isolés H et F, C	30	Drihl
URGENCE	chu	LE PRE-SAINT-GERVAIS	G12	GROUPE SOS	femme, familles	65	Drihl
URGENCE	Gendarmerie du Raincy	LE RAINCY	G15	AUORE	femmes/couples/familles	70	Drihl
CHRS	CHRS CITE MYRIAM	MONTREUIL	G11	ACSC	hommes	104	Drihl
URGENCE	La fédération	MONTREUIL	G11	ACSC	familles	25	Drihl
URGENCE	Maison bleue	MONTREUIL	G10	AUORE	familles	35	Drihl
CHRS	CHRS COS LES SUREAUX	MONTREUIL	G11	COS	isolés H et F	72	Drihl
CHRS	CHRS EMMAUS ALTERNATIVES	MONTREUIL	G10	EMMAUS ALTERNATIVES	toute compo	35	Drihl
URGENCE	Ernest savart	MONTREUIL	G11	LA MAIN TENDUE	couples/femmes/familles	80	Drihl
URGENCE	Pavillon Proses	MONTREUIL	G10	PROSES	isolés H et F	13	Drihl
URGENCE	Sas jean moulin	MONTREUIL - DIFFUS	G10	AUORE	familles	24	Drihl
ALTHO	Indépendance	NEUILLY PLAISANCE	G09	LA MAIN TENDUE	familles	44	Drihl

URGENCE	Sas neuilly-plaisance	NEUILLY PLAISANCE	G09	AUORE	familles, femmes	55	Drihl
STABILISATION	L'étincelle	NEUILLY PLAISANCE	G09	HOTEL SOCIAL	isolés H et F	25	Drihl
URGENCE	AMORCE	NEUILLY PLAISANCE	G09	HOTEL SOCIAL	familles	66	Drihl
ALTHO		NEUILLY-SUR-MARNE	G16	HOTEL SOCIAL	Familles	27	Drihl
URGENCE	HUAS	NOISY-LE-GRAND	G18	ADOMA	toute compo	150	Drihl
CHRS	CHRS ATD QUART MONDE	NOISY-LE-GRAND	G18	ATD QUART MONDE	familles	250	Drihl
ALTHO		NOISY-LE-GRAND	G18	EMMAUS SOLIDARITE	Familles	21	Drihl
CHRS	CHRS HOTEL FAMILIAL	NOISY-LE-GRAND	G18	HOTEL SOCIAL	familles	50	Drihl
STABILISATION	La Source	PANTIN	G13	HOTEL SOCIAL	isolés H et F		Drihl
URGENCE	Jean Lolive	PANTIN	G13	LE REFUGE	hommes	40	Drihl
STABILISATION	La Chaumière Pavillons	ROSNY-SOUS-BOIS	G09	HOTEL SOCIAL	hommes seuls	20	Drihl
CHRS	CHRS ALJT	ROSNY-SOUS-BOIS	G09	ALJT	isolés H et F	15	Drihl
URGENCE	Romain Rolland	SAINT-DENIS	G01	ADOMA	hommes	20	Drihl
URGENCE	Maison de la Solidarité	SAINT-DENIS	G01	CCAS SAINT DENIS	hommes	5	Drihl
STABILISATION	Henri Groues	SAINT-OUEN	G02	CCAS SAINT-OUEN	isolés H et F	31	Drihl
CHRS	CHRS ESCALE SAINT MARTIN	SEVRAN	G17	HOTEL SOCIAL	familles	54	Drihl
URGENCE	HUAS	STAINS	G04	ADOMA	toute compo	110	Drihl
STABILISATION	Halte Sociale	TREMBLAY	G08	HOTEL SOCIAL	femmes et familles	41	Drihl
ALTHO		VAUJOURS	G17	FRANCE HORIZON	Familles	64	Drihl
CHRS	France HORIZON (ex-CEFR)	VAUJOURS	G17	FRANCE HORIZON	familles	130	Drihl
URGENCE	dispo mater	VAUJOURS	G17	FRANCE-HORIZON	familles	20	Drihl

— **L'offre de logement :**

Nature de l'habitat	Appellation	Commune	Secteur de psychiatrie	Porteur	Public cible	Nombre de places	Financier/mode de financement
PF ³²	PF/RA Vauban	LIVRY GARGAN	G17	Cités CARITAS	Adulte en difficultés d'insertion	11	Etat/subvention
RA ³³	PF/RA Vauban	LIVRY GARGAN	G17	Cités CARITAS	Adulte handicap psychique	6	Etat/subvention

³² Pensions de famille.

³³ Résidences accueil.

PF	PF/RA Les Pavillons	PAVILLONS SOUS BOIS	G14	Cités CARITAS	Adulte en difficultés d'insertion	20	Etat/subvention
RA	PF/RA Les Pavillons	PAVILLONS SOUS BOIS	G14	Cités CARITAS	Adulte handicap psychique	12	Etat/subvention
PF	PF Flora Tristan	EPINAY SUR SEINE	G03	Amicale du Nid 93	Adulte en difficultés d'insertion	30	Etat/subvention
PF	PF Rosa Parks	SAINT DENIS	G01	Amicale du Nid 93	Adulte en difficultés d'insertion	31	Etat/subvention
PF	PF Molière	MONTREUIL	G10	Aurore	Adulte en difficultés d'insertion	25	Etat/subvention
PF	PF Yourcenar	MONTREUIL	G10	Aurore	Adulte en difficultés d'insertion	25	Etat/subvention
PF	PF Courvilliers	LA COURNEUVE	G04	EMMAÜS SOLIDARITE	Adulte en difficultés d'insertion	25	Etat/subvention
PF	PF Berger	MONTREUIL	G10	EMMAÜS SOLIDARITE	Adulte en difficultés d'insertion	28	Etat/subvention
PF	PF Jaurès	PRE SAINT GERVAIS	G12	EMMAÜS SOLIDARITE	Adulte en difficultés d'insertion	11	Etat/subvention
PF	PF Casa Nova 164	PANTIN	G13	LE REFUGE	Adulte en difficultés d'insertion	28	Etat/subvention
PF	PF La Morée	SEVRAN	G17	ADOMA	Adulte en difficultés d'insertion	28	Etat/subvention
PF	PF Suzanne Martorell	AUBERVILLIERS	G06	ADOMA	Adulte en difficultés d'insertion	35	Etat/subvention
RA	RA Luppé	VILLEPINTE	G07	VIVRE ET DEVENIR	Adulte handicap psychique	21	Etat/subvention
RA	RA Aux rives de l'Ourcq	BOBIGNY	G13	VIVRE ET DEVENIR	Adulte handicap psychique	25	Etat/subvention
ACT ³⁴	ACT Paris Nord	SAINT-OUEN	G02	GROUPE SOS	Adultes et enfants ayant une pathologie chronique et précaires	39	Etat/subvention
ACT	ACT Maavar Service ACT 93	MONTREUIL	G10	Fédération santé et Habitat	Adultes et enfants ayant une pathologie chronique et précaires	15	Etat/subvention
ACT	ACT Cité Myriam	MONTREUIL	G11	ACSC	Adultes et enfants ayant une pathologie chronique et précaires	23	Etat/subvention
ACT	ACT 93 Aurore	VILLEMOMBLE	G09	Association Aurore	Adultes et enfants ayant une pathologie chronique et précaires	30	Etat/subvention
AAVT ³⁵	Prisme	SAINT-OUEN	G02	Association Prisme	Patients à la sortie d'hospitalisation	5	Secteur de psychiatrie

³⁴ Appartements de coordination thérapeutique ; plus d'informations :

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1hD9XXGiPy9Wuxp9ZETe4HURqog2hE6FP&ll=48.904192%2C2.330937999999989&z=11>

³⁵ Appartements associatifs à vocation thérapeutique accolées aux secteurs psychiatriques.

AAVT	LA CLAIRIERE D'AUBERV.	AUBERVILLIERS	G06	LA CLAIRIERE D'AUBERV.	Patients à la sortie d'hospitalisation	11	Secteur de psychiatrie
AAVT	ZELDA - OMEGA	LE BOURGET/ DRANCY	G05	ZELDA - OMEGA	Patients à la sortie d'hospitalisation	4	Secteur de psychiatrie
AAVT	La Clé	MONTREUIL	G11	La Clé	Patients à la sortie d'hospitalisation	9	Secteur de psychiatrie
AAVT	JEAN DUBLINEAU	CLICHY-SOUS- BOIS	G15	JEAN DUBLINEAU	Patients à la sortie d'hospitalisation	6	Secteur de psychiatrie
AAVT	CABARET DES OISEAUX	NEUILLY-SUR- MARNE	G16	CABARET DES OISEAUX	Patients à la sortie d'hospitalisation	7	Secteur de psychiatrie
AAVT	ANTONIN ARTAUD	NOISY-LE-GRAND	G18	ANTONIN ARTAUD	Patients à la sortie d'hospitalisation	11	Secteur de psychiatrie

Au 31/12/2019, 361 places sont ouvertes : 297 places en pensions de famille et 64 places en résidence-accueil.

– **Les services d'accompagnement** dans le logement :

Le département compte **5 SAMSAH** et **7 SAVS** spécialisés dans le handicap psychique d'après les données collectées auprès de la DD-ARS :

TYPE D'ÉTABLISSEMENT	Association gestionnaire	Nom de l'établissement	VILLE	Places
SAMSAH	COS	<i>Alexandre Glasberg</i>	Montreuil	52 (dont une grande partie dédiée aux cérébro-lésions)
SAMSAH	Coallia ³⁶	<i>Coallia</i>	Sevrans	50
SAMSAH	APAJH	<i>APAJH</i>	Rosny-sous-Bois	30
SAMSAH	AEDE ³⁷	<i>l'Oranger</i>	Le Bourget	40
SAMSAH	IRIS Messidor ³⁸	<i>Iris Messidor</i>	Bobigny	40
SAVS	APAJHR ³⁹	<i>Les Ateliers de Rosny</i>	Rosny-sous-Bois	NB
SAVS	LEILA	<i>Les trois rivières</i>	Stains	NB
SAVS	AIPEI	<i>SASI</i>	Villemomble	NB
SAVS	Vivre autrement		Saint-Denis	NB
SAVS	Coallia	<i>Miche Ange</i>	Aulnay-sous-Bois	NB
SAVS	AFDAEIM	<i>Bel air</i>	Stains	14
SAVS	AGECET		Neuilly-sur-Marne	NB

Toutefois, les participants au PTSM attirent l'attention sur le fait que tous ces services ne sont pas spécialisés dans le handicap psychique. Seuls 3 SAMSAH ont une expertise : COALLIA à Sevrans, IRIS MESSIDOR aux Pavillons sous-bois, AEDE l'ORANGER au Bourget. Les SAMSAH APAJH (Rosny-sous-Bois) et COS (Montreuil)

³⁶ Intervient sur les communes suivantes : Aulnay-sous-Bois, Le Blanc Mesnil, Clichy-Sous-Bois, Coubron, Livry-Gargan, Montfermeil, Sevrans, Tremblay-en-France, Vaujours, Villepinte.

³⁷ Intervient sur les communes suivantes : Aubervilliers, Bobigny, Drancy, Dugny, Epinay, La Courneuve, le Bourget, Ile-Saint-denis, Pantin, Pierrefitte-Sur-Seine, Saint Denis, Saint-Ouen, Villetaneuse, Stains

³⁸ Intervient sur les communes suivantes : Aubervilliers, Bobigny, Bondy, Bagnolet, Clichy-Sous-Bois, Drancy, Gagny, Pantin, Le Raincy, Les Pavillons-sous-Bois, Montfermeil, Romainville, Villemomble

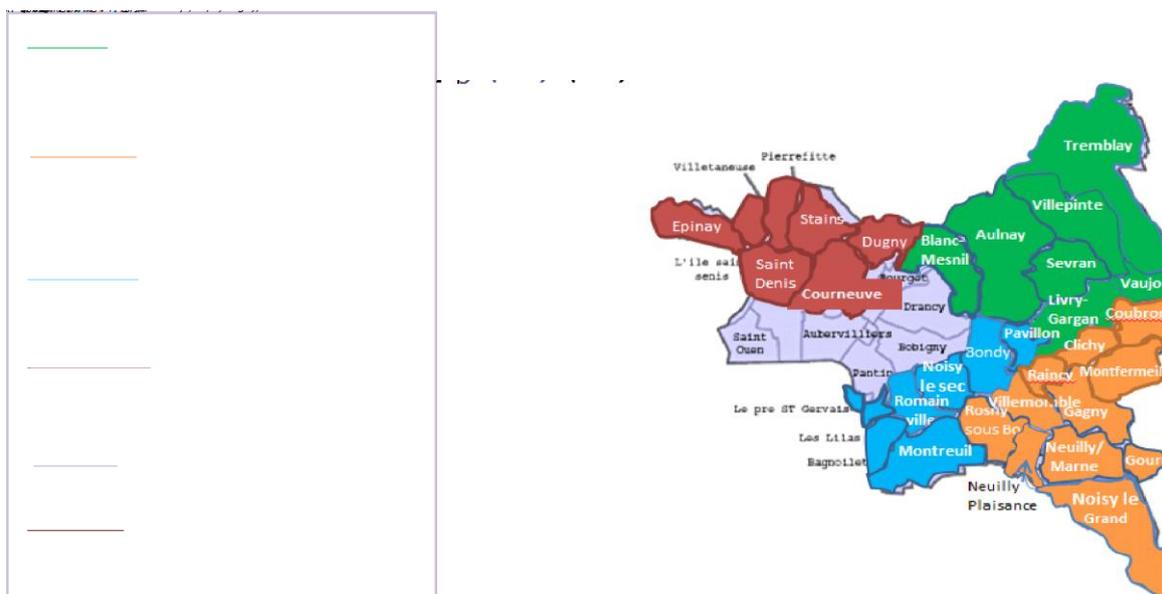
³⁹ Intervient sur les communes suivantes : Bondy, Montreuil, Noisy-le-Grand, Noisy-le-Sec, Neuilly-Plaisance, Neuilly-Sur-Marne, Romainville, Rosny-Sous-Bois, Villemomble, Noisy-le-Grand

sont quant à eux spécialisés dans le handicap mental. S'ils peuvent réserver une ou 2 places pour des personnes ayant un handicap psychique, ils n'ont cependant pas les compétences pour ce type de handicap et ont une prise en charge qui devient souvent inadaptée. En effet ces 2 types de handicap présentent des caractéristiques différentes : le handicap mental est linéaire dans le temps, le handicap psychique au contraire présente une très grande variabilité. Ces 3 structures ont un nombre de places restreintes d'environ 150. Les listes d'attente sont longues. Il existe une méconnaissance de leur existence, de leur rôle. Il y a eu, même, un certain rejet du sanitaire vis-à-vis de ces structures soupçonnées d'empiéter sur le rôle de la psychiatrie ambulatoire.

S'agissant des 7 SAVS psychiques ils sont principalement localisés dans le nord de la SSD. Le mélange des handicaps peut être préjudiciable à une bonne prise en charge. COALLIA ayant un SAMSAH psychique peut avoir cependant une certaine expertise du handicap psychique dans son SAVS d'Aulnay sous-bois.

– **L'offre sanitaire : les 5 équipes mobile psychiatrie précarité (EMPP)**

Les EMPP interviennent dans chaque situation de précarité, qu'il y ait un domicile ou pas, et font le lien avec le secteur psychiatrique. Elles sont portées en SSD par 2 établissements : Ville-Evrard (4 EMPP : G02, G04, G11, G18) et R.Ballanger (1 EMPP).



Les conclusions des participants au diagnostic territorial partagé :

Pour l'hébergement

- L'offre d'hébergement est inférieure aux besoins. Le département compte 12 000 demandes d'hébergement par an, et 1/3 de celles-ci concerne des personnes avec des problématiques de santé mentale. Le SIAO 93 répond à 1/3 des demandes, faute de place d'accueil d'urgence et/ou de mise à l'abri (chiffres 2017).
- Les pratiques des EMPP sont dépendantes des politiques des secteurs de psychiatrie : certaines se cantonnent à intervenir dans la rue et dans les structures d'hébergement, et d'autres se déplacent davantage à domicile (VAD) pour réaliser une première intervention avant de passer le relai au CMP. Si leur mission est détaillée dans la circulaire DHOS du 23 Novembre 2005 (cahier des charges technique inclus), aucune évaluation de leur activité n'est réalisée par les tutelles.
- L'articulation entre les professionnels de l'hébergement et la psychiatrie de secteur est faible⁴⁰.

Pour le logement

⁴⁰ Enquête santé Interlogement93, Septembre 2019

- Les orientations MDPH, qui permettent aux personnes d’obtenir des aides financières, un accompagnement à la vie sociale (SAVS-SAMSAH) et un accès à un logement, se font sur la base d’un certificat d’évaluation réalisé à un instant T, de manière séparée entre tous les acteurs (médecin, personne concernée, sa famille). Il ne rend pas compte de l’état et des capacités de la personne au quotidien.
- Les SAVS et SAMSAH ne sont pas en nombre suffisant pour répondre aux besoins, entraînant des délais d’accès trop longs.
- Il existe une forte tension départementale pour la captation de logements, dans le parc social comme privé, en raison d’un manque de logements (dont des logements adaptés aux personnes avec maladie psychiatrique).
- La DRIHL et le préfet, les deux instances tutélaires réglementant l’ouverture de résidences-accueil, délivrent des agréments sur la base de critères qui ne sont pas explicites pour les acteurs du territoire.
- L’articulation entre les professionnels du logement et la psychiatrie de secteur est faible.
- Les mécanismes précoces d’alerte sur les procédures d’expulsion sont peu connus des professionnels de terrain et du public.
- Les gardiens/bailleurs sociaux/élus et autres acteurs de l’hébergement et du logement sont peu, ou pas, formés à la santé mentale, et se retrouvent parfois désespérés lorsqu’ils ont affaire à un public psychiatrique.
- Le portage par les CLSM des questions de logement n’est pas systématique (Enquête CC-OMS, 2014 : 75 % des CLSM en France ont mis en place une commission logement/ habitat).

Initiatives institutionnelles

En Novembre 2018, **l’ARS-idf et l’AORIF⁴¹ se sont engagées, à la suite d’une convention de partenariat** à porter des actions communes pour favoriser l’accès et le maintien dans le logement des personnes avec handicap psychique :

- La mobilisation renforcée des organismes HLM dans les CLSM
- Le partage d’un annuaire des CLSM /coordinateurs et référents « santé mentale » au sein des organismes HLM
- La diffusion des expérimentations et bonnes pratiques du territoire⁴²
- L’organisation d’actions de sensibilisation et de formation des équipes bailleurs
- Le repérage et le traitement précoce des situations de décompensation des usagers.

A noter également une **expérimentation menée par l’ARS IDF avec l’ANRU** (Agence nationale pour la rénovation urbaine) en 2017, visant à renforcer la prise en compte de la thématique de la santé mentale dans le contexte spécifique des projets de renouvellement urbain des quartiers de Cordon et du Vieux Saint-Ouen. A l’issue des travaux, un certain nombre de pistes de travail ont émergé, dont la question du repérage et de l’accompagnement des personnes vulnérables dans l’éventualité de relogement, et/ou à plus long terme.

A l’issue du diagnostic partagé, les acteurs du territoire ont exprimé le souhait de voir un certain nombre d’axes relatifs à l’hébergement et au logement inscrits dans la feuille de route du PTSM 93. En effet, l’habitat a été considéré comme l’une des thématiques prioritaires pour améliorer **l’inclusion** des personnes ayant des problématiques psychiatriques.

⁴¹ AORIF ensemble de bailleurs sociaux.

⁴² Sensibilisation, intervision, intermédiation locative, accompagnement et écoute des équipes de proximité, suivi de potentiels processus de relogement, modalités d’intervention à domicile)

Les axes de la feuille de route hébergement – logement

13 FA	AXE1	AXE2
3) Hébergement Logement	Renforcer la coordination entre les acteurs de l'hébergement/logement adapté avec accompagnement et les équipes de psychiatrie	Renforcer l'offre de logements adaptés aux besoins des personnes en souffrance psychique
action 1	3.1.1. Cartographier les structures d'hébergement par secteurs de psychiatrie adulte	3.2.1. Ouvrir de nouvelles résidences-accueil
action 2	3.1.2 Etudier la faisabilité d'un élargissement des activités des EMPP et des Pass pour intervenir dans toutes les structures d'hébergement	3.2.2. Ouvrir de nouvelles pensions de famille
action 3	3.1.3. Cartographier les structures de « logement adapté avec accompagnement » et les services d'accompagnement par secteurs de psychiatrie adulte, et évaluer les besoins non couverts	3.2.3. Permettre que les orientations MDPH soient plus adaptées à l'évolution du handicap des personnes
action 4	3.1.4. Pérenniser et faire connaître les expérimentations collaboratives d'accompagnement vers et dans le logement	3.2.4. Suivre la mise en place des programmes plateforme départementale du " Logement d'abord » et « Un chez soi d'abord » en SSD
action 5	3.1.5. Désigner, identifier des référents « hébergement/logement » dans chaque institution afin de mieux calibrer les besoins et les moyens territoriaux	3.2.5. Soutenir les associations pratiquant l'intermédiation locative
action 6	3.1.6 Accompagner les acteurs de l'hébergement et du logement en ayant recours à des formations sur la santé mentale	3.2.6. Soutenir l'habitat accompagné grâce à la prestation de compensation du handicap (PCH), soit dans des logements individuels, soit dans des colocations bénéficiant d'une PCH pouvant être mise en commun entre plusieurs colocataires
action 7		3.2.7 Développer les lieux de répit et de séjours de rupture à destination des usagers de SSD

Les 3 **priorités** des pilotes du groupe de travail parmi les 16 actions préconisées figurent en rouge dans le tableau ci-dessus.

Axe 1 - Renforcer la coordination entre les acteurs de l'hébergement/ « logement adapté avec accompagnement » et les équipes de psychiatrie

FICHE ACTION N°3.1.1 : Cartographier les structures d'hébergement par secteurs de psychiatrie adulte

3. **Pilotage** : ARS, DRIHL, UNAFAM
4. **Calendrier** : 2020
5. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'accueil en hébergement est destiné à répondre aux besoins immédiats des personnes privées de domicile et en situation de détresse sociale, médicale ou psychique. L'hébergement est provisoire, voire précaire, dans l'attente d'une solution de logement durable et adaptée. Selon l'étude Samenta (2010) 30% des personnes sans-abris en Ile-de-France seraient en souffrance psychique. Aucune donnée par département n'est précisée, ce chiffre est peut être sous-évaluée pour la Seine-Saint-Denis.

L'hébergement comprend : les centres d'hébergement d'urgence (CHU), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Parallèlement, existent des centres d'accueil de jour qui accueillent les personnes précaires, sans domicile, en journée. Ils constituent un maillon essentiel des dispositifs de veille sociale, au même titre que les centres d'hébergement.

6. Objectif général de l'action

Assurer aux personnes en souffrance psychique et qui sont accueillies dans des structures d'hébergement une prise en charge en psychiatrie.

7. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- Connaître l'offre d'hébergement par secteurs de psychiatrie
- Disposer d'un fichier (excel) recensant les rues par secteur de psychiatrie (ville de Saint-Denis et Montreuil principalement) adapté à la cartographie
- Rédiger un annuaire commun aux secteurs de psychiatrie et aux acteurs de l'hébergement
- Faire se connaître les équipes de psychiatrie et les acteurs de l'hébergement
- Permettre aux acteurs de l'hébergement, représentants des usagers, d'avoir recours aux équipes de psychiatrie lorsque la situation le requiert
- Assurer l'articulation entre le PTSM et le volet habitat inclusif du Schéma autonomie et inclusion du Département de Seine-Saint-Denis

8. Publics concernés : Personnes hébergées dans des structures sociales

9. Acteurs impliqués : ARS, DRIHL, Interlogement93, secteurs de psychiatrie adulte (notamment les EMPP), UNAFAM, structures d'hébergement

10. Territoires : Secteurs de psychiatrie du département

11. Indicateurs de résultats :

- Production de la cartographie et prévision des modalités de mise à jour
- Actualisation de l'annuaire chaque année

12. Moyens nécessaires

- Données sur l'offre d'hébergement
- Données sur l'offre psychiatrique
- Logiciel de cartographie

FICHE ACTION N°3.1.2 : Etudier la faisabilité d'un élargissement des activités des EMPP, et des PASS pour intervenir dans toutes les structures d'hébergement

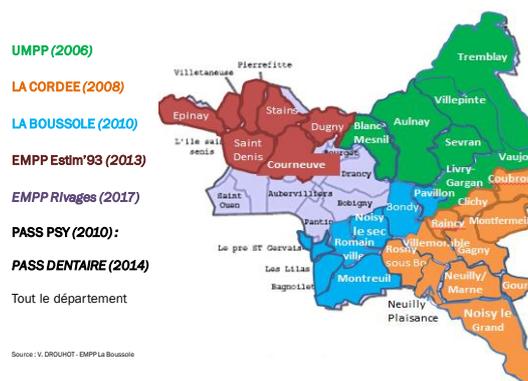
1. **Pilotage** : ARS, établissements psychiatriques disposant d'EMPP
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les 5 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) de Seine-Saint-Denis sont des équipes de psychiatrie qui interviennent dans chaque situation de précarité, qu'il y ait un domicile ou pas. Elles sont portées par 2 établissements : Ville-Evrard (4 EMPP : G02, G04, G11, G18) et R. Ballanger (1 EMPP). Il existe par ailleurs deux PASS : une à EPS VE, et à Robert Ballanger. Les 5 EMPP et les 2 PASS sont les acteurs principaux de la précarité et de la santé mentale.

L'évaluation annuelle des activités des EMPP reste aléatoire et porté uniquement par EPS-VE pour ses quatre EMPP. On connaît mal les activités des EMPP notamment dans les situations d'hébergement.

En Novembre 2018 est organisée à la DT-ARS, une rencontre entre interlogement93 et les EMPP avec comme objectif la présentation du dispositif mis en place pour la veille hivernale, de novembre à mars. Les ouvertures de nouvelles places dans les structures existantes, les nouvelles structures ouvertes, ouvertures à temps plein, ouvertures de nuit uniquement etc., sont rapportées pendant cette réunion. Les besoins spécifiques en termes de santé mentale de la population accueillie dans ces dispositifs sont importants (population plus rarement retrouvée le reste de l'année sur les structures : personnes seules, etc.).

On ne dispose donc pas d'une évaluation qualitative et quantitative et donc du service rendu à la population de ces équipes. Par ailleurs l'ATIH a récemment mis en place un outil de recueil de données (PIRAMIG) qui devrait permettre de connaître une partie des activités.



4. **Objectif général de l'action**

Assurer aux personnes ayant des troubles psychiatriques et se trouvant en situation précaire un accès à des soins en psychiatrie, quel que soit leur localisation dans le département.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Renforcer, après évaluation, les EMPP afin de répondre à la grande précarité connue dans le département
- Couvrir tout le département en EMPP.
- Faire collaborer les secteurs de psychiatrie, les EMPP notamment, avec les structures d'hébergement et les accueils de jour de leur territoire
- Faire connaître les EMPP et leurs modalités d'intervention par les acteurs accompagnant les personnes avec handicap psychique

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Disposer d'un cahier des charges des EMPP
- Disposer d'une évaluation quantitative et qualitative des EMPP afin de connaître leur composition, missions, activité, et territoire d'intervention
- Assurer une homogénéité des pratiques entre les 5 EMPP
- Organiser une rencontre a minima annuelle entre les EMPP et les structures d'hébergement de leur secteur d'intervention (initiative possible du SIAO).

7. **Publics concernés** : Personnes en situation de précarité, à la rue, ou en structure d'hébergement / accueil de jour

8. **Acteurs impliqués** : ARS, établissements psychiatriques disposant d'EMPP, structures d'hébergement, acteurs de l'aide sociale

9. Indicateurs de résultats :

- Codification des actes des EMPP dans un recueil de données (PIRAMIG)
- Existence d'une évaluation annuelle des EMPP
- Nombre de rencontres initiées par les structures d'hébergement à destination des EMPP
- Nombre de sollicitations des structures d'hébergement vers les EMPP et/ou les PASS concernant des situations individuelles

10. Moyens nécessaires

- Mise en place d'un recueil de données pour l'activité des EMPP
- Une demi-journée de mobilisation du chargé de mission santé du SIAO par territoire concerné
- Mise à disposition d'un espace de travail par le secteur psy ou par une structure d'hébergement du secteur
- Mise en œuvre d'un suivi de ces partenariats au niveau départemental (possible articulation avec la mission Santé du SIAO - réalisation d'enquêtes à destination des structures d'hébergement...)

FICHE ACTION N°3.1.3 : Cartographier les structures de « logement adapté avec accompagnement » et les services d'accompagnement par secteurs de psychiatrie adulte, et évaluer les besoins non couverts

1. **Pilotage** : ARS, DRIHL, CD93, UNAFAM
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Il est difficile pour un certain nombre de personnes en souffrance psychique, ou ayant une maladie psychiatrique d'accéder à un « logement adapté avec accompagnement ». De plus, celles qui bénéficient d'un logement, peuvent rencontrer des difficultés à le conserver, risquant une éventuelle expulsion locative. Pour ces raisons, l'accès comme le maintien dans le logement doivent être traités ensemble.

Un accompagnement social adéquat est ainsi requis pour permettre de maintenir dans un logement existant ou d'accéder à un logement (évaluation des besoins, avec la MDPH, pour orienter dans le type de logement adapté), et de rompre avec l'isolement inhérent à la maladie. Le groupe de travail « Logement inclusif sur Est Ensemble » avec 3 secteurs de psychiatrie a montré combien les accompagnements de retour au logement n'étaient pas organisés ou insuffisamment organisés, laissant les familles gérer cette étape seule, lorsqu'elles sont présentes. Pourtant, pour l'UNAFAM l'accompagnement de la personne en situation de handicap psychique est le maître mot, « la prothèse qui doit permettre moins de souffrance et plus d'autonomie ».

Pour le maintien dans le logement, il existe des dispositifs de droit commun :

- SAVS, SAMSAH, SAAD, SSIAD. Les SAMSAH et SAVS nécessitent une orientation MDPH, et ne représentent à eux tous qu'un accompagnement de 200 à 250 personnes. Toutes les personnes en situation de handicap psychique ne sont pas éligibles à de telles structures (critères MDPH). Le département compte :
- 3 SAMSAH dédiés handicap psychique dont le nombre de places est d'environ 150. Les listes d'attente sont longues. Il existe une méconnaissance de leur existence, de leur rôle.
- 7 SAVS spécialisés dans le handicap psychique, principalement localisés dans le nord de la SSD.

En matière d'accompagnement dans les logements communautaires, l'expérience de Côté Cours⁴³ montre que l'on peut mettre en place d'autres types d'accompagnement grâce à des SAAD spécifiques adaptés à différentes difficultés rencontrées par les personnes. Il s'agit d'accompagnement de personnes, soit bénéficiant d'un logement, soit pour des personnes dans des logements collectifs. Les SAAD ou SAMAD psychiques sont à inventer.

- Mesures d'accompagnement social personnalisé
- Mesures d'accompagnement juridique ;
- Des collaborations à travailler avec les bailleurs pour s'assurer de la coopération d'un travailleur médico-psychologique en vue d'évaluer la situation avec un travailleur social.

Pour l'accès au logement, il existe différentes modalités d'habitat⁴⁴, graduées pour répondre au mieux aux besoins, et qui font intervenir un grand nombre de partenaires (bailleurs, Action logement, services municipaux d'attribution, MDPH, DRIHL, UDAF, Interlogement93, Vivre-et-Devenir...). De nouveaux dispositifs tels que « Un chez soi d'abord » accompagnent les usagers de manière transversale : pour l'accès et pour le maintien dans le logement.

⁴³ Le Dispositif habitat Côté cours a été créé dans les années 2000 par l'hôpital psychiatrique du Havre qui souhaitait proposer une réhabilitation psychologique post-hospitalière aux personnes en situation de handicap psychique. Il peut accompagner jusqu'à 380 personnes. Le dispositif, géré depuis 2018 par l'association Vivre et devenir, propose un panel de services complémentaires.

⁴⁴ <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/habitat-et-accompagnement/logement-et-hebergement>

4. **Objectif général de l'action**

Connaître l'offre de logements adaptés avec accompagnement, évaluer les besoins non couverts dans chaque secteur psychiatrique et développer les interfaces logement/psychiatrie.

5. **Objectif(s) spécifique(s) et opérationnels de l'action**

- Connaître, et renforcer l'offre de logement adapté et de services d'accompagnement à domicile (SAVS, SAMSAH, SAAD, SSIAD) dans chaque secteur de psychiatrie adulte.
- Faire se connaître les équipes de psychiatrie et les acteurs du logement
- Permettre aux acteurs du logement et à leurs usagers d'avoir recours aux équipes de psychiatrie lorsque la situation le requiert
- Faire connaître le guichet unique des ACT (Emmaus Alternative, SOS, Aurore) et recenser auprès de ce guichet le nombre de places existantes
- Faire connaître les modalités d'accès aux pensions de famille (quotas réservés aux personnes malades psychiques)
- Disposer d'une analyse des besoins en places dans des logements adaptés et accompagnés pour chaque secteur psychiatrique

6. **Publics concernés** : Personnes disposant d'un logement adapté avec accompagnement et personnes en recherche de logement adapté et accompagné

7. **Acteurs impliqués** : ARS, DRIHL, DDCS, psychiatrie adulte, CD93, UNAFAM, associations pratiquant l'intermédiation locative, bailleurs, associations gérant des pensions de famille, des résidences-accueil, et des appartements de coordination thérapeutique, services médico-sociaux d'accompagnement à domicile (SAVS, SAMSAH, SAAD, SSIAD)

8. **Territoire** : Secteurs de psychiatrie adulte, Département

9. **Indicateurs de résultats** :

- Production d'une cartographie et prévision des modalités de mise à jour

10. **Moyens nécessaires**

- Données sur l'offre de logement adapté avec accompagnement, par secteur de psychiatrie adulte
- Données sur l'offre d'accompagnement médico-social (SAVS, SAMSAH, SAAD, SSIAD) par secteur de psychiatrie adulte
- Données sur l'offre psychiatrique et le nombre de personnes malades psychiques en manque de logement
- Logiciel de cartographie

FICHE ACTION N°3.1.4 : Pérenniser et faire connaître les expérimentations collaboratives d'accompagnement vers et dans le logement

1. **Pilotage** : ARS
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Il est difficile pour un certain nombre de personnes en souffrance psychique, ou ayant une maladie psychiatrique d'accéder à un logement, classique ou accompagné. De plus, celles qui bénéficient d'un logement, peuvent rencontrer des difficultés à le conserver, risquant une éventuelle expulsion locative. Pour ces raisons, l'accès comme le maintien dans le logement doivent être traités ensemble. Un accompagnement adéquat est ainsi requis pour permettre de maintenir dans un logement existant ou d'évaluer le mode de logement approprié aux besoins et aspirations des personnes, et de rompre avec l'isolement inhérent à la maladie. Pour le maintien dans le logement, il existe des dispositifs de droit commun : services à domicile spécialisés (SAVS, SAMSAH, SAAD, SSIAD etc), mesures d'accompagnement social personnalisé/mesures d'accompagnement juridique ; des collaborations à travailler avec les bailleurs pour s'assurer de la coopération d'un travailleur médico-psychologique en vue d'évaluer la situation avec un travailleur social. Pour l'accès au logement, il existe différentes modalités d'habitat⁴⁵, graduées pour répondre au mieux aux besoins, et qui font intervenir un grand nombre de partenaires (bailleurs, Action logement, services municipaux d'attribution, MDPH, DRIHL, UDAF, Interlogement93, Vivre-et-Devenir...). De nouveaux dispositifs tels que « Un chez soi d'abord » accompagnent les usagers de manière transversale : pour l'accès et pour le maintien dans le logement. Face à la difficulté de certaines personnes d'accéder et de se maintenir dans un logement malgré un accompagnement certains acteurs se sont organisés afin d'apporter un accompagnement conjoint. A titre d'exemple :

- Le bailleur social Plaine Commune Habitat et les équipes de psychiatrie des secteurs 93G01 et 93G02 ont créé une "Plateforme Logement santé mentale" à Saint-Denis.
- La Mairie de Montreuil a mis en place un binôme "travailleur social du bailleur social - médecin ou infirmier" afin d'intervenir au domicile des personnes en cas de difficultés.
- Un chez soi d'abord
- Un logement d'abord
- Vivre et Devenir expérimente un service d'accompagnement et des collaborations avec des bailleurs pour 20 places.

4. **Objectif général de l'action**

Promouvoir des expérimentations collaboratives sur le modèle de ce qui existe en SSD, afin de garantir un accompagnement des publics plus efficace.

5. **Objectif(s) spécifique(s) / opérationnels de l'action**

- Identifier les besoins en service d'accompagnement
- Développer les SAMSAH pour couvrir les besoins du territoire (à minima 2)
- Développer les SAVS pour couvrir les besoins du territoire (notamment dans le Sud du département)
- Généraliser les actions de repérage à domicile entre bailleurs et secteurs de psychiatrie
- Mettre à disposition des bailleurs une procédure de signalement des situations et de saisine des secteurs de psychiatrie en cas de nécessité

6. **Publics concernés** : Personnes disposant d'un logement accompagné ou autonome, ou en attente d'un logement à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie

7. **Acteurs impliqués** : ARS, communes, bailleurs, équipes de psychiatrie, Interlogement93, CLSM

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre d'expérimentations collaboratives
- Nombre d'usagers bénéficiaires des expérimentations
- Nombre d'usagers maintenus dans leur logement à moyen terme (définir une période - ex "à 6 mois")
- Nombre de perdus de vue des programme d'expérimentation

⁴⁵ <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/habitat-et-accompagnement/logement-et-hebergement>

FICHE ACTION N°3.1.5 : Désigner, identifier des référents « hébergement/logement » dans chaque institution afin de mieux calibrer les besoins et les moyens territoriaux

1. **Pilotage** : Établissements psychiatriques, secteurs de psychiatrie, DD-ARS, municipalités, Interlogement93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Il est difficile pour un certain nombre de personnes en souffrance psychique, ou ayant une maladie psychiatrique d'accéder à un logement, classique ou accompagné. De plus, celles qui bénéficient d'un logement, peuvent rencontrer des difficultés à le conserver, risquant une éventuelle expulsion locative. Pour ces raisons, l'accès comme le maintien dans le logement doivent être traités ensemble.

Un accompagnement adéquat est ainsi requis pour permettre de maintenir dans un logement existant ou d'évaluer le mode de logement approprié aux besoins et aspirations des personnes, et de rompre avec l'isolement inhérent à la maladie. Pour le maintien dans le logement, il existe des dispositifs de droit commun : SAVS, SAMSAH, mesures d'accompagnement social personnalisé/mesures d'accompagnement juridique ; des collaborations à travailler avec les bailleurs pour s'assurer de la coopération d'un professionnel de santé en vue d'évaluer la situation avec un travailleur social. Pour l'accès au logement, il existe différentes modalités d'habitat, graduées pour répondre au mieux aux besoins, et qui font intervenir un grand nombre de partenaires (bailleurs, Action logement, services municipaux d'attribution, DRIHL, UDAF, Interlogement93, Vivre-et-Devenir...).

En raison de la multiplicité des acteurs intervenant dans le parcours de vie des personnes et de la méconnaissance des professionnels entre eux, la présence de "référents hébergement-logement" dans les secteurs de psychiatrie, les institutions de tutelle (ARS-IDF, DD-ARS, Conseil départemental) et les municipalités permettrait de créer des interfaces et des collaborations. Leur rôle serait à la fois d'être l'interlocuteur désigné pour les partenaires, et la personne ressource dans leur structure. Ces référents existent dans certaines structures, mais ils ne sont pas toujours identifiés. Il est suggéré de les recenser, lorsqu'ils existent, et de les désigner, ou recruter le cas échéant.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer la coordination entre les acteurs du logement, les équipes de psychiatrie, et les institutions tutélaires pour des parcours de soins sans rupture.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Favoriser les rencontres entre les équipes de psychiatrie et les acteurs de l'hébergement/du logement dans chaque secteur de psychiatrie du département
- Développer la connaissance par les secteurs de psychiatrie de l'offre existante et des besoins non couverts en logement adapté avec accompagnement
- Faire collaborer ces acteurs pour la prise en charge et l'accompagnement des usagers au moment de la sortie d'hospitalisation dans le cadre d'une recherche de logement, et dans le cadre du maintien dans le logement
- Développer un recueil systématique des besoins des personnes suivies par les secteurs de psychiatrie en matière d'hébergement/logement
- Créer un cadre formel entre acteurs du logement et secteurs de psychiatrie pour faciliter les transitions (sortie d'hospitalisation notamment) par une meilleure anticipation des besoins en matière d'hébergement et une mobilisation des ressources

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Désigner des référents "hébergement-logement" dans les secteurs de psychiatrie adulte
- Identifier et se mettre en relation avec le référent hébergement-logement de la DD-ARS
- Identifier et se mettre en relation avec les personnes chargées de re-logements spécifiques au sein du service logement/urbanisme des municipalités

- Organiser une formation sur les dispositifs entre acteurs de psychiatrie et acteurs de l'hébergement/logement
- 7. **Publics concernés** : Personnes disposant d'un logement accompagné ou autonome, en attente d'un logement à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie, ou en hébergement
- 8. **Acteurs impliqués** : Établissements psychiatriques, secteurs de psychiatrie, structures d'hébergement et de logement, DD-ARS, municipalités
- 9. **Territoires** : Département
- 10. **Indicateurs de résultats** :
 - Existence d'un référent "hébergement-logement" dans chaque secteur de psychiatrie du département
 - Nombre d'intervention d'équipes psychiatriques après sollicitation du psychiatre référent par les acteurs de l'hébergement/du logement
 - Nombre d'avis donnés, de situations discutées et résolues après sollicitation du psychiatre référent par les acteurs du logement
 - Existence d'un référent "hébergement-logement" à la DD-ARS
 - Nombre de réunions organisées par la DD-ARS pour faire se connaître les acteurs de psychiatrie et de l'hébergement-logement, les faire coopérer, les informer.
 - Identification des personnes chargées de re-logements spécifiques au sein du service logement/urbanisme des municipalités, pour être des interlocuteurs de la DD-ARS et des services de psychiatrie
- 11. **Moyens nécessaires**
 - Financement de postes de référents ?

FICHE ACTION N°3.1.6. : Accompagner les acteurs de l'hébergement et du logement en ayant recours à des formations adaptées en santé mentale

1. **Pilotage** : UNAFAM, CC-OMS, PSYCOM, Iris Messidor, CEAPSY, CLSM
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Si la question de la formation des professionnels de la santé mentale est cruciale pour assurer une prise en charge de qualité des usagers, elle l'est également pour les acteurs de "seconde ligne". Ces professionnels, non sanitaires ou médicaux-sociaux, ont vocation à accompagner les usagers dans leur quotidien, notamment dans le logement, et ont de ce fait, besoin d'avoir un minimum de connaissances en santé mentale.

Afin de répondre à ce type de besoins, la **Formation action sociale santé mentale (FASSM)** de l'EPS Ville Evrard, qui forme les acteurs de l'action sociale à la santé mentale depuis 2005, est tout à fait adaptée. Face à son succès (délais d'attente jusqu'à 2 ans), des crédits supplémentaires ont été accordés en 2020 par l'ARS, financeur du projet, afin d'en étendre les capacités d'accueil. Parmi les personnes accueillies aux sessions de formation 2020, sont d'ailleurs présents des acteurs du logement, de l'hébergement, des mandataires, des personnels de SAVS/SAMSAH, et des coordinateurs de CLSM venant de prendre leur poste. Des formations sont également proposées par des associations : **L'UNAFAM** et **l'association Iris Messidor** ont ouvert en Septembre 2019 une formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM)⁴⁶ inspirée d'un programme australien, à destination de tous publics. Dans cet esprit, l'UNAFAM propose depuis plusieurs années des formations externes et des sessions de sensibilisations aux questions de santé mentale. Enfin, la **ville de Montreuil** dispense des formations similaires auprès des gardiens d'immeuble. Des organismes supra-départementaux, tels que le **PSYCOM**, ou le **CEAPSY**, proposent des formations pouvant intéresser les acteurs de SSD. **L'ARS-IDF** a formulé le souhait de créer de telles formations.

Dans cette perspective de promotion des formations auprès des acteurs de terrain - tous secteurs compris - un travail de coordination et de visibilité de l'offre doit être mené en amont. L'un des acteurs essentiels à ce niveau est le CLSM, qui coordonne les actions en faveur de la santé mentale à l'échelon communal. Selon les territoires, il travaille à l'élaboration de conventions entre bailleurs sociaux et psychiatrie pour la mise à disposition de logements pour des personnes suivies par les services de psychiatrie, à l'aide au repérage précoce des difficultés liées aux troubles psychiatriques de locataires, auprès des gardiens d'immeuble (comme c'est le cas à Montreuil), ou tout autre action permettant d'améliorer l'accès et le maintien dans le logement. Les CLSM sont ainsi les acteurs clés à mettre à contribution pour faire diffuser cette offre. Eux-mêmes peuvent bénéficier de formations, dont celle dispensée conjointement par le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) et le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CC-OMS) : « Coordonner et dynamiser un CLSM ».

4. **Objectif général de l'action**

Assurer un parcours de vie des usagers sans rupture dans le cadre d'un accompagnement vers et dans le logement.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Faire connaître aux acteurs de l'hébergement et du logement, les 3 formations en santé mentale existantes précitées
- Se rapprocher du PSYCOM, du CEAPSY et de l'ARS-IDF pour connaître et promouvoir leurs formations
- Porter à la connaissance des acteurs de coordination (CLSM, CLS, ASV) les formations « Coordonner et dynamiser un CLSM » (CC-OMS, CNFPT)
- Identifier la cohérence entre contenu de formation et public concerné
- Soutenir la formation des gardiens d'immeuble aux premiers secours en santé mentale

6. **Publics concernés** : Les acteurs de l'hébergement et du logement

7. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre d'inscriptions d'acteurs de l'hébergement/logement à l'une des trois formations de SSD précitées

⁴⁶ <https://www.iris-messidor.fr/premiers-secours-en-sant%C3%A9-mentale-pssm>

Axe 2 - Renforcer l'offre de « logements adaptés avec accompagnement » aux besoins des personnes en souffrance psychique

FICHE ACTION N°3.2.1 : Ouvrir de nouvelles résidences-accueil

1. **Pilotage** : DRIHL, ARS, UNAFAM
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Il est difficile pour un certain nombre de personnes en souffrance psychique, ou ayant une maladie psychiatrique d'accéder à un logement, classique ou accompagné. De plus, celles qui bénéficient d'un logement, peuvent rencontrer des difficultés à le conserver (comportements inadaptés, insalubrité, endettement...), risquant une éventuelle expulsion locative. Pour ces raisons, l'accès comme le maintien dans le logement doivent être traités ensemble (p88-89 Guide d'appui CNSA, Avril 2017). Parmi les solutions de logement adapté avec accompagnement, les résidences accueils constituent une opportunité importante pour les personnes ayant un handicap psychique. Elles sont au nombre de 2 dans le département (21 places à Villepinte et 25 places à Bobigny, portées par Vivre-et-Devenir) et ont des listes d'attente importantes, ainsi qu'un turn-over très faible. Ces résidences-accueil proposent un accompagnement adéquat qui permet de maintenir la personne dans son logement, sans critère d'âge. Il existe par ailleurs une autre modalité, les pensions de famille, au nombre de 12 à 14 en SSD, qui sont hétérogènes mais conçues pour des personnes avant tout dans la précarité. En termes d'accompagnement de la personne cela diffère (ex la formation des hôtes est différente). Les résidences accueils, elles, sont conçues spécifiquement pour le handicap psychique. Elles reçoivent des personnes exclusivement malades ayant des pathologies nécessitant une prise en charge spécifique et adaptée, avec des personnes orientées par la psychiatrie de secteur. Par ailleurs ces personnes bénéficient quasiment toutes de dossier MDPH, avec préconisation de SAMSAH. La précarité les concernant est le résultat des conséquences de leurs pathologies psychiatriques, et de l'absence de structures adaptées. Elles font l'objet d'une ignorance de la société sur les manières de les prendre en charge et donc de discriminations et de maltraitance. Leur prise en charge répond donc à une quadruple exigence : sanitaire, handicap, précarité, autonomie. A cela pourrait être souligné la pair-aidance complémentaire à l'accompagnement professionnel.

L'importance de la population soignée en psychiatrie exigerait une prise en charge adaptée. Pour une file active d'environ 1500 personnes, d'un secteur de Seine Saint Denis, combien pourraient être concernés ? L'expérience de l'implantation d'une résidence accueil de 25 studios sur le territoire d'un secteur, montre l'importance de la demande au regard de l'offre proposée. Il serait par ailleurs intéressant de quantifier les conséquences budgétaires que cela génèrent notamment sur les non retours en hospitalisation, mais aussi sur l'amélioration psychique et sociale des résidents.

Un certain nombre de projets de résidences-accueil n'ont pas vu le jour dans le territoire : 3 projets avortés en 7 ans. Le souhait des familles est unanime : augmenter le nombre de résidences-accueil dans le département, et bien les répartir géographiquement. Il rejoint l'objectif de créations de places du Plan National de relance des pensions de famille et des résidences-accueil 2017-2021 : 475 places en résidence-accueil pour l'Île-de-France⁴⁷.

4. Objectif général de l'action

Adapter et répartir géographiquement l'offre de résidence-accueil en fonction des besoins dans le département.

⁴⁷ [L'objectif du plan national de relance des PF/RA 2017-2021 prévoyait d'atteindre une offre de 701 places en Seine-Saint-Denis \(Au 31/12/2019, 396 sont déjà validées en Comité Régional, dont 366 ouvertes\). Cet objectif a été revalorisé au niveau régional dans le cadre du plan Logement d'abord, sans déclinaison au niveau départemental.
\[https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/4_nouveau_plan_pdalhpd.pdf\]\(https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/4_nouveau_plan_pdalhpd.pdf\)](https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/4_nouveau_plan_pdalhpd.pdf)

5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- S'informer des critères de la DRIHL pour instruire les demandes d'ouverture de résidences-accueil,
- S'informer des critères de la Préfecture pour délivrer l'agrément d'ouverture de résidences-accueil,
- A partir de ces connaissances, faire une évaluation des besoins du territoire,
- Faire un travail de plaidoyer auprès des communes pour qu'elles acceptent d'implanter des résidences-accueil dans leur territoire

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Instruire cinq projets de résidence-accueil pendant la période du PTSM
- Chiffrer les besoins en attente des résidences-accueil
- Trouver des terrains pour l'implantation de résidences-accueil

7. **Publics concernés** : Personnes atteintes de maladie psychiatrique en attente d'une place en résidence-accueil

8. **Acteurs impliqués** : ARS, DRIHL, Préfet (de département et de région)

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de résidences-accueil ouvertes
- Nombre de places en résidences-accueil
- Quantifier le non-retour vers l'hospitalisation
- Indicateur de satisfaction des résidents
- Indicateur de satisfaction des familles
- Indicateur de satisfaction de l'équipe soignante
- Mesurer le rétablissement de certains résidents

10. Moyens nécessaires

- Budgets de construction
- Terrains disponibles
- Économies du sanitaire enfin évaluées

FICHE ACTION N°3.2.2 : Ouvrir de nouvelles pensions de famille

11. **Pilotage** : DRIHL, ARS, UNAFAM

12. **Calendrier** : 2020-2024

13. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Il est difficile pour un certain nombre de personnes en souffrance psychique, ou ayant une maladie psychiatrique d'accéder à un logement, classique ou accompagné. De plus, celles qui bénéficient d'un logement, peuvent rencontrer des difficultés à le conserver (comportements inadaptés, insalubrité, endettement...), risquant une éventuelle expulsion locative. Pour ces raisons, l'accès comme le maintien dans le logement doivent être traités ensemble (p88-89 Guide d'appui CNSA, Avril 2017). Les pensions de famille sont des logements destinés aux personnes en situation de précarité sociale mais aussi parfois psychique. Ils offrent un cadre semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. Certaines places sont parfois réservées aux personnes ayant des troubles psychiatriques en coordination avec le secteur psychiatrique. L'accompagnement proposé n'est pas toujours adapté aux patients porteurs de handicap psychique. Néanmoins ces structures ont vocation à se développer dans le territoire, comme le prévoit le Plan National de relance des pensions de famille et des résidences-accueil 2017-2021 (950 places prévues pour l'Île-de-France). Les pensions de famille spécialisées pour les personnes ayant des troubles psychiatriques (résidences accueil) devraient être promues en parallèle car l'accompagnement y est plus adapté

Selon un chiffrage récent (2018), la SSD compte actuellement 10 pensions de famille, inégalement réparties sur le territoire, et portées par un certain nombre d'associations (voir tableau ci-dessous).

Nature de l'outil	Localisation	Secteur	Hôpital de Référence	Porteur	Appellation	Nombre de places	Public
Pf	Aubervilliers	Secteur 06	Eps Ve	Adoma	S Martorell	36	Isolé, Couple
Pf	Epina y s/Seine	Secteur 03	Eps Ve	ADN 93	Flora Tristan	30	Isolé
Pf	La Courneuve	Secteurs 10/11	Eps Ve	Emmaus Solidarité	Courvilliers	25	Isolé, Couple
Pf	Montreuil	Secteurs 10/11	Eps Ve	Emmaus Solidarité	Berger	28	Isolé, Couple
Pf	Montreuil	Secteurs 10/11	Eps Ve	Aurore	M Yourcenar	15	Isolé, Couple, famille
Pf	Montreuil	Secteurs 10/11	Eps Ve	Aurore	Molière	25	Isolé
Pf	Pantin	Secteur 13	Eps Ve	Le Refuge	Nr	28	Isolé, Couple
Pf	Pavillon s/Bois	Secteur 14	Eps Ve	Acsc Cité Myriam	Vauban	20	Isolé
Pf	Sevran	Secteur 17	R Ballanger	Adoma	La Morée	28	Isolé
Pf	Clichy s/Bois	Secteur 15	Eps Ve	HS 93	L'Auberge Sociale	26	Isolé, Couple

14. **Objectif général de l'action**

Assurer aux personnes ayant des troubles psychiques un accès au logement, en renforçant l'offre.

15. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Avoir un état des lieux de l'accompagnement proposé dans les pensions de famille existantes (contractualisation avec les secteurs psychiatriques correspondant)
- Développer des places en pensions de famille dédiées aux personnes ayant des troubles psychiques

16. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Instruire des projets de pensions de famille pendant la période du PTSM avec des places réservées aux personnes en souffrance psychique
- Trouver des terrains pour l'implantation de pensions de famille et résidence accueil, c'est-à-dire pensions de familles recevant uniquement des personnes ayant des troubles psychiques.

17. **Publics concernés** : Personnes ayant des troubles psychiques.

18. **Acteurs impliqués** : ARS, DRIHL, préfet (de région et de département), usagers, associations gestionnaires de pensions de famille

19. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de nouvelles places ouvertes en pensions de famille

20. **Moyens nécessaires**

- Budgets de construction
- Terrains disponibles

FICHE ACTION N°3.2.3 : Permettre que les orientations MDPH soient plus adaptées à l'évolution du handicap des personnes

1. **Pilotage** : MDPH-93, Conseil départemental 93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est un acteur clé dans l'accès des personnes ayant des troubles psychiques ou psychiatriques à un lieu de vie. Sur demande de l'utilisateur, et après évaluation de son état psychique et de ses capacités, la MDPH lui délivre une orientation qui lui permet de chercher une place dans un établissement médico-social dédié (foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés, foyers de vie, MAS, FAM).

Le certificat médical (CERFA n°15695*01) est destiné à transmettre des éléments cliniques concernant le handicap de la personne, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.

Le formulaire de demande CERFA n°15692*01, mis en œuvre en 2019, est composé de 6 volets, dont la 6^{ème} partie facultative est destinée à l'expression des aidants familiaux.

L'ensemble des documents est adressé à la MDPH pour évaluation des besoins et décisions.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer un parcours de vie sans rupture aux usagers, notamment dans leur accompagnement dans un établissement médico-social (ESMS).

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Veiller à ce que l'ensemble des professionnels concernés se coordonnent afin de constituer une demande cohérente, en terme d'autonomie, de potentialités, de besoins identifiés
- Assurer que les usagers et leur entourage participent à la complétude des demandes MDPH avec tous les experts concernés conjointement (psychiatre, travailleur social aide-soignant, etc.)
- Solliciter les évaluateurs MDPH pour présentation de leurs missions et de leurs attentes auprès des secteurs de psychiatrie (en CME par exemple)
- Encourager les acteurs du handicap psychique à intervenir à la MDPH pour présenter les actions aux usagers

6. **Publics concernés** : Personnes ayant une orientation MDPH pour un hébergement médico-social, ou en attente d'orientation.

7. **Acteurs impliqués** : ARS, usagers, MDPH-93, Conseil départemental 93, structures médico-sociales proposant des places d'hébergement.

8. **Territoire** : Département

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de dossiers MDPH concernant une orientation en ESMS pour de l'hébergement ré-étudiés chaque année / nombre de certificats d'évaluation réalisés pour chaque usager dans un délai à déterminer
- Nombre d'usagers dont l'orientation évolue à moyen ou long terme
- Nombre de certificats d'évaluation remplis ensemble par les usagers, leur entourage et les professionnels de santé

10. **Moyens nécessaires**

- A définir

FICHE ACTION N°3.2.4 : Suivre la mise en place des programme « plateforme départementale du Logement d'abord » et « Un chez soi d'abord » en Seine-Saint-Denis

1. **Pilotage** : DIHAL, ARS, CD93, Action tank entreprise et pauvreté, ANSA (agence nouvelle pour les solidarités actives)
2. **Calendrier** : 2020-2022
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes sans domicile, le gouvernement a proposé en 2018 le programme “Un Logement d'abord”, ayant pour ambition de diminuer de manière significative le nombre de personnes sans domicile d'ici 2022.

Un premier volet de ce programme concerne la plateforme du Logement d'abord portée par le conseil départemental et Interlogement93 et mis en œuvre depuis 2019 (300 ménages visés pour fin 2020). Il peut bénéficier aux personnes ayant des troubles psychiques, très fortement représentées parmi le public sans-abri, mais vise un public dit « généraliste » et sans domicile au sens de l'Insee (sans-abri, hébergé ou mal logé). La plateforme propose un accès direct à un logement pérenne à un ménage sélectionné par le SIAO et propose (sur la base de la libre adhésion) un accompagnement renforcé (social, santé et insertion professionnelle). Pour cette raison, les acteurs du PTSM ont estimé nécessaire de suivre la mise en place du programme en Seine-Saint-Denis, dont l'implantation a débuté début 2019.

Le programme “Un chez soi d'abord” est similaire au Logement d'abord, en se focalisant sur un public « spécifique » à savoir les personnes sans-abris qui présentent des troubles psychiques. Les acteurs participant à sa prochaine mise en œuvre en Seine-Saint-Denis sont en cours de discussion pour en définir ses modalités. Ce programme vise un objectif de 100 ménages logés au terme de la deuxième année de mise en œuvre.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer aux personnes sans domicile, concernées ou non par une problématique psychiatrique, un logement avec accompagnement afin de leur éviter un parcours résidentiel dit en « escalier », de retrouver un accès aux soins psychiatriques et réduire ainsi les inégalités d'accès au système de santé.

5. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Constituer une équipe pluridisciplinaire pour Un chez soi d'abord
- Capturer de logements (dans le parc social et privé)
- Sélectionner des candidatures
- Mettre en œuvre l'accompagnement

6. **Publics concernés** : Personnes sans domicile, avec ou sans troubles psychiques.

7. **Acteurs impliqués** : ARS, DIHAL, DRIHL, usagers, Conseil départemental 93, Interlogement93, acteurs pressentis pour piloter “Un chez soi d'abord” en SSD, l'EPT Est Ensemble et les communes de Pavillons-sous-Bois, Rosny-sous-Bois, Villemomble, et Neuilly-Plaisance.

8. **Territoires** : Département, l'EPT Est Ensemble et les villes de Pavillons-sous-Bois, Rosny-sous-Bois, Villemomble, et Neuilly-Plaisance.

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de logements captés,
- Nombre de baux directs
- Nombre de glissements de baux
- Nombre de ménages accompagnés

10. **Moyens nécessaires**

Pour la plateforme un Logement d'abord :

- 300 logements
- 1 équipe pluridisciplinaire comprenant :
 - o 1 travailleur social pour 15 ménages accompagnés par le LDA (500€/mois mesure – cofinancement Etat/CD)
 - o 1 IDE
 - o 1 Conseiller en insertion professionnelle
 - o 1 coordinateur « accompagnements » (Interlogement93)
 - o 1 coordinateur « logements » (CD93)
 - o 1 chargé de mission (SIAO – Interlogement93)

Pour Un Chez soi d'abord :

- o 100 logements
- o 1 équipe pluridisciplinaire : psychiatre, IDE et travailleur social
- o 1 opérateur de la gestion locative

FICHE ACTION N°3.2.5 : Soutenir les associations pratiquant l'intermédiation locative

1. **Pilotage** : CLSM, DT ARS, Préfecture (pour agrément)
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les associations gestionnaires d'appartements pour des personnes en souffrance psychique sont des acteurs essentiels pour leur accès et maintien dans un logement. Certaines proposent des baux glissants : elles louent des logements auprès de bailleurs, les proposent en sous-location à des publics en difficulté pour une durée déterminée, puis peuvent leur proposer un transfert de bail une fois leur situation stabilisée (bail glissant).

4. **Objectif général de l'action**

Assurer aux personnes ayant des troubles psychiques un accès au logement, en renforçant l'offre de logement intermédié.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Disposer d'un état des lieux du nombre de logements adaptés avec accompagnement actuel et nécessaire pour couvrir les besoins
- Sensibiliser les communes et les élus à ce type de logement
- Sensibiliser les bailleurs pour qu'ils mettent à disposition des logements et des modalités adaptées aux malades psychiques
- Soutenir la collaboration entre les associations, les services d'accompagnement et les secteurs de psychiatrie pour assurer un meilleur étayage autour des personnes en situation de handicap psychique

6. **Publics concernés** : Personnes ayant des troubles psychiques et pouvant vivre en logement.

7. **Acteurs impliqués** : ARS, DRIHL, usagers, associations gestionnaires de logement agréées pour l'intermédiation locative

8. **Territoire** : Département

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de nouveaux logements ouverts en intermédiation locative
- Nombre d'associations gestionnaires de logement en intermédiation locative

10. **Moyens nécessaires** : A définir

FICHE ACTION N°3.2.6 : Soutenir l'habitat accompagné grâce à la prestation de compensation du handicap (PCH), soit dans des logements individuels, soit dans des colocations bénéficiant d'une PCH pouvant être mise en commun entre plusieurs colocataires

1. **Pilotage** : MDPH, services d'aide à domicile, associations gestionnaires d'appartement dédiés
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les associations gestionnaires d'appartements pour des personnes en souffrance psychique sont des acteurs essentiels pour leur accès et maintien dans un logement. Afin d'assurer une offre qui s'adapte aux handicaps psychiques de tous, les associations proposent à la fois des logements individuels (souvent des studios), avec parfois possibilité de bail glissant ; et des logements en colocation avec possibilité de mutualiser la PCH des locataires, ce qui leur permet de bénéficier d'un accompagnement à domicile conjoint. De même, le niveau d'accompagnement peut varier en fonction des besoins : une visite épisodique de la personne dans son logement peut être intéressante, mais il peut également être intéressant de collectiviser ces temps d'accompagnement et de régulation sous forme d'une réunion de concertation hebdomadaire animée par des travailleurs sociaux à l'intention de locataires vivant à proximité (ex association Côté cours). L'accompagnement peut être organisé par des SAVS ou SAMSAH spécialisés dans le handicap psychique quand ils existent, ou par des services d'aide à domicile spécialisés pouvant être financés par la PCH.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer aux personnes ayant des troubles psychiques un accès au logement, en renforçant l'offre de logement adapté avec accompagnement.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Ouvrir de nouveaux logements en location ou colocation grâce à l'utilisation de la PCH susceptible de financer l'intervention d'un accompagnement par des services d'aide à domicile spécialisés
- Soutenir les associations gestionnaires de logements intermédiés en leur indiquant le circuit d'obtention de la PCH pour organiser l'accompagnement des usagers
- Rédiger un protocole avec la MDPH pour assurer à des personnes ayant un handicap psychique et ne pouvant vivre seul sans un accompagnement social l'obtention de la PCH
- Informer les secteurs de psychiatrie et les associations agréées pour l'intermédiation locative de l'existence du protocole avec la MDPH

6. **Publics concernés** : Personnes ayant des troubles psychiques

7. **Acteurs impliqués** : ARS, DRIHL, usagers, associations gestionnaires de logement en colocation avec possibilité de mutualisation de PCH, Conseil départemental ? (MDPH)

8. **Territoire** : Département

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de nouveaux logements ouverts en location ou colocation avec utilisation de la PCH pour financer et organiser un accompagnement
- Nombre d'associations gestionnaires de logements intermédiés utilisant la PCH pour organiser l'accompagnement.
- Nombre d'heures d'accompagnement financées par la PCH pour des personnes ayant un handicap psychique reconnu

10. **Moyens nécessaires** : A définir

FICHE ACTION N°3.2.7 : Développer des lieux de répit et séjours de rupture à destination des usagers de Seine-Saint-Denis

11. **Pilotage** : ARS-Idf / Conseil départemental
12. **Calendrier** : 2020-2024
13. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'action 36 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie précise qu'en matière de santé mentale, « l'adoption du principe de rétablissement, la désinstitutionnalisation, la coordination des interventions se sont accompagnées d'une réorganisation de la réponse aux besoins multiples des personnes concernées - soins de santé, soutien au logement et au travail, accès au sport, à la culture et aux loisirs, participation citoyenne [...]. Un renforcement de l'offre de logement s'adressant à des personnes ayant des troubles psychiques s'avère nécessaire, ainsi que la mise en place d'un accompagnement adéquat ». Les usagers en santé mentale, notamment les adhérents des groupes d'entraide mutuelle de Seine-Saint-Denis ainsi que les participants des plateformes d'inclusion citoyenne, font très fréquemment ressortir un besoin d'accompagnement pour partir en vacances, couper avec le quotidien et les difficultés du territoire, ou d'organiser et de participer à des séjours de rupture. Si l'offre d'hébergement et d'accueil dans le cadre de séjour de rupture existe et se développe dans les prises en charge des enfants et des adolescents, elle reste à ce jour très faible en direction de la population adulte du territoire et peut contribuer à l'évitement de certaines hospitalisations.

14. **Objectif général de l'action**

Contribuer au développement des lieux de répit et des séjours de rupture à destination des usagers de Seine-Saint-Denis.

15. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Cartographier les lieux de vie et d'accueil du territoire français ouvert à l'accueil et à l'accompagnement des publics adultes en souffrance psychique via la fédération nationale de lieux de vie (F.N.L.V) et le groupe d'échange et de recherche pour la pratique en lieu d'accueil (G.E.R.P.L.A).
- Faire connaître l'offre existante et développer les liens avec les lieux de vie et d'accueil recevant les personnes en souffrance psychique.
- Développer des structures d'accueil pour des séjours de rupture à destination spécifiquement des usagers de Seine-Saint-Denis.
- Soutenir les usagers dans leur projet séjour de répit

16. **Publics concernés** : Usagers de Seine-Saint-Denis, patients des services de psychiatrie, adhérents des groupes d'entraide mutuelle, participants des plateformes d'inclusion citoyenne.

17. **Acteurs impliqués** : Direction générale de la santé, ARS-Idf, DD 93, Conseil départemental, DRIHL, DDCS, services de psychiatrie du territoire, G.E.M, plateforme d'inclusion citoyenne

18. **Territoire** : Département de Seine-Saint-Denis pour le public concerné et zone rurale métropolitaine pour les lieux de vie et d'accueil et les séjours de rupture

19. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de conventions, partenariats mis en place entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales de Seine-Saint-Denis et les lieux de vie et d'accueil proposant des séjours de rupture.
- Nombre d'usagers du territoire orientés et accompagnés vers les lieux de vie et d'accueil.
- Nombre de structures créé à destination spécifique des usagers de Seine-Saint-Denis.

20. **Moyens nécessaires** :

- Mise à disposition de temps dédiés à la mise en place des liens avec les lieux de vie et d'accueil au sein des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de Seine-Saint-Denis.
- Création d'un poste de coordinateur départemental assurant les liens entre les structures de Seine-Saint-Denis et les lieux de vie et d'accueil métropolitain (352 lieux répertoriés par le registre français du social et du médico-social).
- Création de structures, lieux d'accueil et de vie dédiés spécifiquement aux usagers de Seine-Saint-Denis et en lien avec les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire.

La prise en charge de la santé mentale des personnes âgées en Seine-Saint-Denis

Introduction

La psychiatrie de la personne âgée⁴⁸ n'a pas rang de spécialité. Elle concerne soit des pathologies psychiatriques connues chez des personnes vieillissantes soit des troubles psycho-comportementaux avec symptômes émotionnels, anxieux, dépressifs et cognitifs qui, dans certains cas, évolueront vers une pathologie démentielle. Le pourcentage de suicides augmente au fur et à mesure de l'avancée en âge. L'évaluation de la qualité du vieillissement cérébral, des conditions de vie les plus adaptées à la personne âgée, l'utilisation des outils thérapeutiques appellent des compétences spécifiques et complémentaires des psychiatres, des neurologues et des gériatres. Ces patients doivent pouvoir bénéficier de la triple compétence à domicile ou en institution notamment en EPHAD.

Les réalisations les plus fréquentes dans les rapports relatifs à la santé mentale sont :

- **Des équipes mobiles** se déplaçant dans les EHPAD, ou à domicile, soient dédiées soient organisées à partir d'un secteur
- **Des collaborations entre établissements autorisés en psychiatrie et établissements médico-sociaux** sur le problème spécifique de la prescription et de l'administration des psychotropes,
- **Des unités d'hospitalisation spécialisées avec du temps gériatrique et du temps psychiatrique**

Si le PRS2 ne contient pas de fiche action sur la question de la santé mentale des personnes âgées, la SSD en fait un de ces projets de la feuille de route du PTSM car la situation en SSD est la suivante :

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La moyenne d'âge d'entrée en établissement est de 88 ans pour une durée de vie d'environ un an. La plupart de ces personnes âgées dépendantes sont donc maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il y a, dans le 93, 6 CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) chargés d'aider et d'accompagner dans le maintien à domicile, à la disposition de 7 789 personnes de plus de 60 ans, soit de 3,74% de cette population. Selon le Conseil départemental, 13 422 personnes (soit 6,25% des personnes de 60 ans et plus contre 2,9 à 3,9% dans les autres départements) bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (l'APA) allocation départementale prenant en charge des frais liés à une dépendance même modérée quels que soient les revenus de la personne, ce qui est surtout lié à une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les personnes âgées n'échappent pas aux indices socio-économiques défavorables. Les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie.

L'offre et les liens en Seine-Saint-Denis

- 1793 places de SSIAD PA (1998 avec PH) en avril 2018 (source DT ARS), hors SSIAD de nuit (85 places). Si l'on considère la population des 75 ans et plus à 84 783 personnes en 2015 (source INSEE), cela revient à 21 pour 1000 personnes.
- Pour les accueils de jour, on compte 143 places en EHPAD et 44 en structure autonome, soit 2,2 pour 1000 personnes de 75 ans et plus, en avril 2018 (source DT ARS).
- Pour les EHPAD, 5870 places (pour 66 établissements), soit un ratio de 69 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus, en avril 2018 (source DT ARS).
- Pour les SSR PA, 865 places, soit 10 pour 1000.

⁴⁸ ou géronto-psychiatrie

- Pour les USLD, 471 places dans 5 établissements
- Trois équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (1 à Robert Ballanger depuis 2019 : EMPSA, deux à l'EPS-VE : une au GO6 intersectorielle et une au G14 sectorielle). Elles ne couvrent pas tout le territoire (carte). Par ailleurs il existe une unité mobile d'évaluation gériatrique située à l'hôpital de Montfermeil qui prend en charge des problématiques psychiatriques en partenariat avec le secteur G15 (UMEP).
- 18 lits de psychiatrie du sujet âgé à l'hôpital René Muret du groupe HUPSSD qui rencontre des difficultés pour garder cette orientation par absence de temps médical psychiatrique (difficulté de recrutement)
- L'hôpital Delafontaine dispose d'un service de gériatrie avec une consultation psychiatrique
- Trois MAIA (Nord, Sud-Est et Sud-Ouest) qui intègre un dispositif d'appui et de coordination (DAC)
 - Les MAIA (Nord, Sud-Est et Sud-Ouest) sont en cours de transformation en Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) dans le cadre de l'article 23 de la Loi de Santé de Juillet 2019.
 - En Seine-Saint-Denis, deux territoires de coordination ont été déterminés : le 93 Nord (17 communes) et le 93 Sud (23 communes) qui verra la fusion des 2 MAIA Sud-Est et Sud-Ouest.
 - Ces DAC sont appelés à devenir à terme des dispositifs polyvalents, c'est-à-dire en capacité d'orienter et/ou d'accompagner tout parcours de santé complexe.
 - Ces DAC ont également une fonction d'observatoire du fonctionnement des territoires et un rôle dans la structuration générale des parcours de santé.
- Un groupe de réflexion « santé mentale, personnes âgées » existe depuis 2007 et organise des colloques.
- Le pôle CRISTALES de soins somatiques de l'EPS-VE a signé une convention avec 3 EPHAD en SSD (Les Intemporelles à Aubervilliers, La Cerisaie à Gagny, La Seigneurie à Pantin).
- Les 18 CMP adultes de SSD ont désigné en 2018 des référents géronto-psychiatrie dont la formation et les missions restent à définir. S'agissant du Pôle GO2 une psychiatre et une infirmière ont fait le DU de psychiatrie du sujet âgé. Le CMP de Drancy fait des VAD pour des cas de géronto-psychiatrie.
- La Formation action sociale santé mentale (FASSM) qui existe depuis 2005, a intégré dans son programme une journée dédiée à la géronto-psychiatrie depuis 2018.
- Un groupe télé-médecine piloté par l'unité de recherche clinique (URC) de l'EPS-VE réfléchit à l'utilisation de cet outil entre EPHAD et secteurs, dès lors qu'ORTF sera disponible.
- L'EPHAD Solemnes à Tremblay-en-France a mis en place depuis quelques mois une téléconsultation avec l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé de Ballanger (via la plateforme PARSYS).
- Certains EPHAD comme la Seigneurie (EPHAD public à Pantin) réservent des places pour les malades âgés « psychiatriques » (environ une centaine de patients sur 300 dans cet EPHAD).

Conclusions de la phase de diagnostic territorial partagé

Le groupe « transitions » du diagnostic territorial partagé du PTSM93 et le réseau OCEANE (22 EPHAD en SSD) ont constaté que les relations entre EHPAD, familles, services sociaux, établissements médicosociaux, centres hospitaliers généraux, secteurs psychiatriques et gériatrie ne sont pas toujours d'excellente qualité. Les doléances portent surtout sur :

- Le recours trop systématique aux urgences des hôpitaux,
- L'absence fréquente de lits dédiés de gériatrie aux malades psychiatriques dans les courts séjours des hôpitaux généraux,
- L'aide insuffisante aux familles (de type "répit") malgré l'existence de quelques centres de jour, dont l'évaluation mériterait d'être plus poussée,
- Le nombre insuffisant d'équipes mobiles de géronto-psychiatrie ou la couverture du territoire,
- La coordination insuffisante entre gériatrie et psychiatrie, mais aussi entre psychiatrie, médecine générale, soins somatiques, familles et mandataires de justice.
- La lenteur du déploiement de la télé-médecine entre EPHAD et services de psychiatrie
- La difficulté pour les MAIA de coopérer avec la psychiatrie

Les axes de la feuille de route personnes âgées

10	AXE1	AXE2	AXE3	AXE4	AXE5
4) Personnes agées	Formaliser les liens entre les équipes de psychiatrie (secteurs et équipes mobiles) et les filières gériatriques	Renforcer l'offre psychiatrie du sujet âgé	Mettre en place des formations spécifiques	Organiser le soin psychiatrique aux PA	Prévenir les problèmes de santé mentale chez les PA
action 1	4.1.1. Rédiger une charte de fonctionnement entre psychiatrie et gériatrie	4.2.1. Adapter le nombre de lits aux besoins du territoire	4.3.1. Renforcer la journée gérontopsychiatrique de la FASSM	4.4.1. Mettre en place la télémedecine entre les 6 EHPAD publics et la psychiatrie, et l'étendre à d'autres EHPAD si l'expérience est concluante	4.5.1. Prévenir l'isolement des PA
action 2	4.1.2. Faire connaître les ressources du Département en psychiatrie et gériatrie (secteurs, équipes mobiles, filières gériatriques) aux acteurs du territoire	4.2.2. Couvrir tout le territoire en équipes mobiles du sujet âgé	4.3.2. Proposer aux référents géronto-psychiatriques des secteurs de psychiatrie une formation	4.4.2. Désigner des référents géronto-psychiatriques dans les secteurs de psychiatrie générale et animer leur réseau	4.5.2. Repérer précocement les troubles psychiques chez les PA

Les 3 priorités des pilotes du groupe de travail sont désignées en rouge dans le tableau ci-dessus.

Axe 1 - Formaliser les liens entre les équipes de psychiatrie (secteurs et équipes mobiles) et les filières gériatriques

FICHE ACTION N°4.1.1 : Rédiger une charte de fonctionnement entre psychiatrie et gériatrie

1. **Pilotage** : Groupe "personnes âgées santé mentale" et/ou les référents géronto-psychiatriques des secteurs de psychiatrie, équipes mobiles
2. **Calendrier** : 2020-2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie. On décrit également des pathologies psychiatriques du grand âge souvent difficile à distinguer des démences séniles relevant de prises en charge neuro-gériatriques. Le taux de malades psychiatriques en EHPAD par exemple est très variable et relève le plus souvent du choix de l'établissement. Les gériatres sont souvent démunis face à des situations qui nécessitent une expertise psychiatrique notamment en matière de maniement des médicaments. En SSD, on dispose depuis 2007, d'un groupe de réflexion « santé mentale, personnes âgées » qui organise des colloques en rapport avec la géronto-psychiatrie. Par ailleurs de équipes mobiles géronto-psychiatrie ont été mises en place mais ne couvrent pas tout le territoire. Le lien entre psychiatrie et gériatrie nécessite d'être complété. Un rapprochement avec les équipes de psychiatrie adulte de SSD a donné lieu à la désignation de référents géronto-psychiatriques dans les 22 secteurs adultes du département. Si la mission de ces référents reste à définir, la formalisation des liens entre gériatrie et psychiatrie serait au cœur de leur activité, et la rédaction d'une charte de fonctionnement entre les deux spécialités, leur premier chantier. Il existe un modèle de charte rédigé par R. Ballanger pour faciliter les collaborations entre ses services de neurologie, de psychiatrie et de gériatrie. Il est proposé de prendre cette charte comme modèle pour la rédaction de la charte départementale.

4. Objectif général de l'action

Assurer une prise en charge conjointe gériatrique et psychiatrique des sujets âgés présentant des maladies psychiatriques.

5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- Développer une culture commune gérontopsychiatrique dans le département en faisant travailler ensemble gériatres et psychiatres.
- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Avoir un socle commun de travail.

6. Publics concernés : Personnes âgées

7. Acteurs impliqués : MAIA, Groupe "personnes âgées santé mentale", référents géronto-psychiatriques des secteurs de psychiatrie, secteurs de psychiatrie générale, équipes mobiles, filières gériatriques

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre de réunions du groupe "personnes âgées santé mentale" et des référents géronto-psychiatriques des CMP
- Charte écrite et affichée dans les secteurs de psychiatrie et dans les bâtiments des filières gériatriques

9. Moyens nécessaires : Aucun

FICHE ACTION N°4.1.2 : Faire connaître les ressources du département en psychiatrie et gériatrie (secteurs, équipes mobiles, filières gériatriques) aux acteurs du territoire

1. **Pilotage** : MAIA
2. **Calendrier** : 2020-2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie.

Les ressources en psychiatrie publiques et libérales sont mal connues des acteurs de la gériatrie ; de la même façon les ressources en gériatrie, notamment géronto-psychiatriques, sont mal connues des psychiatres. Enfin les outils comme les postes partagés ou la télé expertise ne pourront se développer que si les acteurs se connaissent. Au-delà de la collaboration de la psychiatrie avec la gériatrie, il est ressenti le besoin d'une plus grande coordination avec la médecine générale, les soins somatiques, et les mandataires de justice.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer une prise en charge conjointe gériatrique et psychiatrique des sujets âgés présentant des maladies psychiatriques.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Développer une culture commune gérontopsychiatrique dans le département en faisant travailler ensemble gériatres et psychiatres.
- Avoir un socle commun de travail.

6. **Publics concernés** : Personnes âgées

7. **Acteurs impliqués** : MAIA, Groupe "personnes âgées santé mentale", référents géronto-psychiatriques des CMP, secteurs de psychiatrie générale, filières gériatriques

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de réunions du groupe "personnes âgées santé mentale" et des référents géronto-psychiatriques
- Nombre d'inscrits utilisateurs sur le portail Maillage 93 rattaché aux établissements de santé mentale
- Ratio nombre de services en psychiatrie « sujet âgé » / nbre de fiches dans le ROR-Maillage93
- Nombre d'actions de communication en direction de la communauté médicale de ssd sur les ressources « géronto-psychiatrie » (Flash Info CPAM, Lettre d'info GHT, etc.)

9. **Moyens nécessaires**

- Annuaire, cartographie disponible
- Mise à jour du ROR
- Portail Maillage 93

Axe 2 - Renforcer l'offre psychiatrie du sujet âgé

FICHE ACTION N°4.2.1 : Adapter le nombre de lits aux besoins du territoire

1. **Pilotage** : ARS, René Muret, Delafontaine
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie.

Si une coordination des équipes de psychiatrie et de gériatrie s'avère nécessaire afin de garantir aux personnes âgées un parcours de vie sans ruptures, l'offre en termes de lit de géro-psycho-geriatrie doit également être renforcée. Pour l'heure, seul l'hôpital René Muret du groupe HUPSSD, dispose de lits de géro-psycho-geriatrie (18), mais il rencontre des difficultés pour garder cette orientation par absence de temps médical psychiatrique (difficultés de recrutement). L'hôpital Delafontaine dispose d'un service de gériatrie avec une consultation psychiatrique, et souhaiterait ouvrir des lits de géro-psycho-geriatrie.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer une offre d'hospitalisation spécifique aux situations de géro-psycho-geriatrie en soutenant le maintien de lits dédiés à René Muret, et l'ouverture de lits à Delafontaine.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Développer une culture commune géro-psycho-geriatrie dans le département en faisant travailler ensemble gériatres et psychiatres.
- Avoir un socle commun de travail.

6. **Publics concernés** : Personnes âgées

7. **Acteurs impliqués** : ARS, René Muret, Delafontaine, MAIA, Groupe "personnes âgées santé mentale", référents géro-psycho-geriatriques des CMP, filières gériatriques

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de sujets âgés domiciliés dans le 93 et hospitalisés en géro-psycho-geriatrie hors du 93
- Recrutement d'un psychiatre dans l'unité de géro-psycho-geriatrie de René Muret
- Taux d'occupation de lits dans l'unité de géro-psycho-geriatrie de René Muret
- Nombre de lits de géro-psycho-geriatrie créés à Delafontaine
- Taux d'occupation de lits de géro-psycho-geriatrie à Delafontaine

9. **Moyens nécessaires**

- Accès au RIM-P (nombre de personnes de plus de 65 ans suivies en psychiatrie : en hospitalisation et en ambulatoire)

FICHE ACTION N°4.2.2 : Couvrir tout le territoire en équipes mobiles du sujet âgé

1. **Pilotage** : ARS, établissements psychiatriques, équipes mobiles déjà existantes
2. **Calendrier** : 2020-2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels.

Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie. Un suivi conjoint par les équipes de psychiatrie et de gériatrie s'avère nécessaire afin de garantir aux personnes âgées un parcours de vie sans ruptures. Les deux spécialités doivent notamment connaître leurs ressources et leurs organisations respectives. Pour la psychiatrie : l'organisation en secteurs, l'identification des personnels formés à la psychiatrie du sujet âgé, **les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé** ; et pour les filières gériatriques : les lits de géronto-psychiatrie, les unités gériatriques aiguës, les EHPAD.

Les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé doivent faire l'objet d'une attention particulière ; elles permettent d'apporter une réponse double (psychiatrique, gériatrique) aux besoins d'une population peu mobile, souvent isolée. La SSD en compte trois : une à Robert Ballanger depuis 2019, et deux à l'EPS-VE (une au G06 intersectorielle, et une au G14 sectorielle). Il existe également une unité mobile d'évaluation gériatrique située à l'hôpital de Montfermeil qui prend en charge des problématiques psychiatriques en partenariat avec le secteur G15 (UMEP). La présence de ces équipes sur le territoire s'avère précieuse. Leur composition et leurs activités étant néanmoins peu connues, et leur couverture du département partielle, il est nécessaire de **réaliser un bilan d'activité (missions, couverture du territoire, financement, file active...)** avant de déterminer les éventuels besoins : mise en place d'équipes supplémentaires, extension du territoire des équipes existantes, possibilités de téléconsultation (en soutien aux EHPAD, à domicile) etc.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer une prise en charge gériatrique et psychiatrique, conjointe et mobile, des sujets âgés présentant des maladies psychiatriques, après avoir réalisé un état des lieux de l'activité des EMPSA.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Développer une culture commune géronto-psychiatrique dans le département en faisant travailler ensemble gériatres et psychiatres.
- Avoir un socle commun de travail.
- Renforcer "l'aller-vers" pour une population âgée peu mobile

6. **Publics concernés** : Personnes âgées

7. **Acteurs impliqués** : ARS, établissements psychiatriques avec EMPSA ? EMPSA, MAIA, Groupe "personnes âgées santé mentale", référents géronto-psychiatriques des CMP, filières gériatriques

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre d'EMPSA
- Territoires d'intervention des EMPSA
- Nombre d'interventions réalisées par les EMPSA (présentiel, téléconsultations etc)

9. **Moyens nécessaires**

- Bilan d'activité détaillé des EMPSA du département

Axe 3 - Mettre en place des formations spécifiques

FICHE ACTION N°4.3.1 : Renforcer la journée géronto-psychiatrique de la “Formation action sociale santé mentale” (FASSM)

1. **Pilotage** : ARS / EPS Ville Evrard
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie.

En conséquence l'offre de prise en charge et d'accompagnement doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population. Notamment, les acteurs de l'action sociale doivent pouvoir accompagner ce public âgé en ayant connaissance des spécificités des troubles qui les touchent. La **Formation action sociale santé mentale (FASSM)**, propose de former ces acteurs à la santé mentale depuis 2005, et a enrichi en 2018 son programme d'une journée dédiée à la géronto-psychiatrie. Face au succès de la FASSM, dont les délais d'attente s'élevaient à 2 ans, des crédits supplémentaires ont été accordés en 2020 par l'ARS, financeur du projet, afin d'en étendre les capacités d'accueil. Il serait souhaitable de renforcer la journée de géronto-psychiatrie afin de former plus largement, et d'étendre les connaissances de cette double spécialité à un public de professionnels plus étendu.

Se référer à la feuille de route Formation, (fiche-action 7.1.2.).

4. **Objectif général de l'action** : Renforcer les connaissances en géronto-psychiatrie des acteurs de l'action sociale.
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
 - Développer une culture commune géronto-psychiatrique dans le département en faisant travailler ensemble gériatres et psychiatres.
 - Avoir un socle commun de travail.
 - Assurer une prise en charge et un accompagnement sans ruptures.
6. **Publics concernés** : professionnels intervenant auprès de publics âgés avec des problématiques de santé mentale
7. **Acteurs impliqués** : ARS, MAIA, Groupe “personnes âgées santé mentale”, référents géronto-psychiatriques des CMP, filières gériatriques
8. **Indicateurs de résultats** :
 - Durée de la formation géronto-psychiatrique de la FASSM
 - Nombre d'inscrits à la FASSM / aux journées de formation géronto-psychiatrique
9. **Moyens nécessaires** : Indemnisation des intervenants par les MAIA

FICHE ACTION N°4.3.2 : Proposer aux référents géro-psycho-gerontopsychiatriques des secteurs de psychiatrie une formation

1. **Pilotage** : ARS / établissements psychiatriques / CRRPSA
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie.

En conséquence, l'offre de prise en charge et d'accompagnement doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population. Si des professionnels des secteurs de psychiatrie se sont portés volontaires pour être référents géro-psycho-gerontopsychiatriques dans les 18 secteurs de psychiatrie adultes que compte le département, tous ne sont pas formés à cette spécialité. L'objectif est aujourd'hui de leur apporter un socle de connaissances afin qu'ils puissent devenir l'interlocuteur des psychiatres et des gériatres lorsqu'une situation géro-psycho-gerontopsychiatrique se présente. Il peut leur être proposé de participer aux journées géro-psycho-gerontopsychiatriques de la **Formation action sociale santé mentale (FASSM)**. Toutefois la FASSM étant à destination des acteurs de l'action sociale avant tout, les participants aux travaux du PTSM ont formulé le souhait de créer une formation sur mesure pour les référents.

Il est envisagé de se mettre en relation avec le **Centre ressources régional psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA)**, un centre de référence pour la prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée des troubles psychiatriques du sujet âgé. Outre ses activités de soin, le CRRPSA est également un lieu de recherche (épidémiologique, clinique, en neurosciences, sur les pratiques de soins) et d'enseignement (universitaire et de formations professionnelles). Son DU "Psychiatrie du sujet âgé" fait référence, mais il est toutefois trop volumineux en nombre d'heures pour pouvoir être suivi par les référents. Adapter ce DU en un format réduit, à la fois en présentiel et sous forme de MOOC, est à envisager. **Se référer à l'axe 2 de la feuille de route Formation.**

4. **Objectif général de l'action**

Renforcer les connaissances en géro-psycho-gerontopsychiatrie des référents géro-psycho-gerontopsychiatriques des 18 secteurs de psychiatrie adulte.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Développer une culture commune géro-psycho-gerontopsychiatrique dans le département notamment parmi les secteurs de psychiatrie adulte.
- Assurer une prise en charge psychiatrique et un accompagnement sans ruptures, spécifique au public âgé.

6. **Publics concernés** : référents personnes âgées des secteurs psychiatriques

7. **Acteurs impliqués** : ARS, établissements psychiatriques, CRRPSA, MAIA, Groupe "personnes âgées santé mentale".

8. **Indicateurs de résultats** :

- Une formation géro-psycho-gerontopsychiatrique en format réduit créée en partenariat avec le CRRPSA
- Nombre de référents géro-psycho-gerontopsychiatriques inscrits à la formation créée (en présentiel ou par MOOC)

9. **Moyens nécessaires**

- Financement de la formation pour les référents géro-psycho-gerontopsychiatriques

Axe 4. Organiser le soin psychiatrique aux personnes âgées

FICHE ACTION N°4.4.1 : Mettre en place la télémédecine entre les 6 EHPAD publics et la psychiatrie, et l'étendre à d'autres EHPAD si l'expérience est concluante

1. **Pilotage** : EMPSA, EHPAD publics
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La population en SSD des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie. En conséquence, l'offre de prise en charge et d'accompagnement doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population, notamment à leur faible mobilité. La présence des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) permet de renforcer l'aller-vers en se déplaçant au domicile des personnes - dont les EHPAD. La SSD en compte trois : une à Robert Ballanger depuis 2019, et deux à l'EPS-VE (une au G06 intersectorielle, et une au G14 sectorielle). Il existe également une unité mobile d'évaluation gériatrique située à l'hôpital de Montfermeil qui prend en charge des problématiques psychiatriques en partenariat avec le secteur G15 (UMEP).

Toutefois les EMPSA du département ne couvrent pas tout le territoire, et leurs missions et activités sont limitées à certains territoires. Le recours à la télémédecine, en complément du travail des EMPSA, est une réponse intéressante. Un groupe de travail piloté par l'unité de recherche clinique (URC) de l'EPS-VE réfléchit à l'utilisation de la télémédecine entre EHPAD et secteurs de psychiatrie, dès lors que l'outil ORTIF sera disponible. En effet, la demande de soins psychiatriques en EHPAD est croissante, et tous ne peuvent pas avoir un psychiatre prévu dans leur masse salariale. Il est envisagé de lancer l'expérimentation auprès des 6 EHPAD publics dans un premier temps, puis d'élargir le dispositif aux autres EHPAD ensuite. Également, il est proposé de commencer à former les secteurs de psychiatrie qui sont porteurs d'équipe mobile, aux outils de télémédecine, les EMPSA ayant déjà tissés des liens avec certains EHPAD. A titre d'exemple, l'EMPSA de Robert Ballanger propose depuis fin 2019-début 2020 des téléconsultations aux patients de l'EHPAD Solemnes, à Tremblay-en-France. Ils utilisent la plateforme PARSYS en attendant qu'ORTIF soit déployé à Robert Ballanger.

4. **Objectif général de l'action**

Assurer une prise en charge psychiatrique pour des publics âgés, peu mobiles, quel que soit leur lieu de domicile.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Assurer une prise en charge psychiatrique et un accompagnement sans ruptures, spécifique au public âgé.

6. **Publics concernés** : Personnes âgées

7. **Acteurs impliqués** : ARS, EHPAD publics et privés, EMPSA/établissements psychiatriques, MAIA, Groupe "personnes âgées santé mentale"

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre d'équipes mobiles proposant des téléconsultations
- Nombre de secteurs proposant des téléconsultations
- Nombre d'EHPAD ayant recours aux équipes de psychiatrie via les téléconsultations

9. **Moyens nécessaires** :

- Matériel informatique compatible avec les outils de téléconsultation

FICHE ACTION N°4.4.2 : Désigner des référents géro-psychiatriques dans les secteurs de psychiatrie générale et animer leur réseau

1. **Pilotage** : MAIA - Groupe « santé mentale, personnes âgées » - établissements de psychiatrie : EPS-VE et Robert Ballanger
2. **Calendrier** : 2020
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie.

En conséquence, un suivi conjoint par les équipes de psychiatrie et de gériatrie s'avère nécessaire afin de garantir un parcours de vie sans ruptures aux personnes âgées. Les équipes de psychiatrie adulte relèvent de deux établissements : EPS-VE et Ballanger couvrent tout le territoire avec 18 secteurs, 15 qui dépendent de VE et 3 de Ballanger.

Le groupe de réflexion « santé mentale, personnes âgées » mis en place en 2007 en SSD, s'est rapproché des équipes de psychiatrie de SSD en 2019, ce qui a donné lieu à la désignation de référents géro-psychiatriques dans les 22 CMP adultes que compte le département. Ces référents, dont les connaissances et la formation en géro-psychiatrie doivent être complétés (se référer à la fiche action 3.2 : proposer aux référents une formation ad hoc), n'ont pas de mission strictement définie à l'heure actuelle. L'objectif pour l'année 2020 est de formaliser leurs missions et de les fédérer dans un réseau afin d'assurer une harmonisation de leur fonction consultative, et de relai, auprès des psychiatres et gériatres.

4. Objectif général de l'action

Harmoniser les futures pratiques et missions des référents en géro-psychiatrie dans les CMP adultes du département.

5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- Mettre en place un groupe de travail réunissant les MAIA, le groupe santé mentale personnes âgées et les référents géro-psychiatriques des secteurs pour définir les missions de ces référents et rédiger leur fiche de poste
- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Assurer une prise en charge psychiatrique et un accompagnement sans ruptures, spécifique au public âgé.

6. Publics concernés : Personnes âgées

7. Acteurs impliqués : MAIA - Groupe « santé mentale, personnes âgées » - établissements de psychiatrie

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre de CMP avec un référent géro-psychiatrie
- Nombre de situations concrètes ayant nécessité le recours au référent pour un avis spécialisé en gériatrie de la part d'un psychiatre
- Nombre de situations concrètes ayant nécessité le recours au référent pour un avis spécialisé en psychiatrie de la part d'un gériatre du département

9. Moyens nécessaires : Aucun

Axe 5 - Prévenir les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées

FICHE ACTION N°4.5.1 : Prévenir l'isolement des personnes âgées

11. **Pilotage** : Conseil départemental, communes, CCAS, CLSM, CLS, ASV, associations
12. **Calendrier** : 2020-2024
13. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, et 40% d'entre elles vivent seules, et sont à la charge d'aidants professionnels. L'isolement étant considéré comme un déterminant en santé mentale, les politiques publiques doivent être particulièrement attentives au bien-être, et à l'accompagnement des personnes âgées, afin d'éviter que l'isolement ne conduise à la souffrance psychique, à la dépression, voire au suicide. Cette attention est d'autant plus nécessaire chez les personnes ayant des problématiques psychiatriques pré-établies.

Le Département de la Seine-Saint-Denis et ses partenaires sont investis dans une politique de prévention en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, conscients de l'importance d'intervenir en amont de la perte d'autonomie et d'impulser des comportements favorables au maintien des capacités de chacun. Dans le *Schéma autonomie et inclusion de la SSD pour 2019-2024*, le Conseil départemental s'engage ainsi à se mobiliser contre l'isolement des personnes âgées en participant au réseau Monalisa, dont l'objectif est de créer des fraternités, des relations d'amitié, de voisinage, à travers une complémentarité entre des actions citoyennes bénévoles et les interventions médico-sociales. Les initiateurs de la démarche (Département de Seine-Saint-Denis, Association MONALISA, Les Petits Frères des Pauvres, des communes de Seine Saint Denis, La Fédération des centres sociaux, la Croix Rouge...) ont identifié 3 niveaux de déploiement :

- Le niveau local : les villes qui sont des territoires les plus adaptés à l'action auprès des personnes isolées, notamment via les CCAS (centres communaux d'action sociale), et les actions des CLSM, CLS et ASV.
- Le niveau infra-départemental (bassin gérontologique) : pour permettre l'organisation, la mutualisation et la coopération des acteurs locaux.
- Le niveau départemental pour initier et décliner la démarche de mobilisation MONALISA des acteurs locaux et des bénévoles jeunes volontaires du service civique.

14. **Objectif général de l'action**

Lutter contre la solitude, la dépression et le suicide, chez le public âgé.

15. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Intégrer un ou plusieurs acteurs de la santé mentale dans les projets « prévention, autonomie et inclusion » du Conseil départemental
- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Assurer un accompagnement sans ruptures, spécifique au public âgé.
- Assurer un lien social chez le public âgé

16. **Publics concernés** : Personnes âgées

17. **Acteurs impliqués** : Conseil départemental, communes, CCAS, CLSM, CLS, ASV, associations, MAIA, Groupe « santé mentale, personnes âgées », UMPP, équipes mobiles

18. **Territoires** : Département, communes

19. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de cas de projets communaux, associatifs mis en œuvre pour lutter contre l'isolement des personnes âgées

20. **Moyens nécessaires** : Voir schéma départemental 2019-2024

FICHE ACTION N°4.5.2 : Repérer précocement les troubles psychiques chez les personnes âgées

1. **Pilotage** : Secteurs de psychiatrie adulte, CLSM
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le **Département** de la Seine-Saint-Denis et ses partenaires sont investis dans une politique de prévention en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, conscients de l'importance d'intervenir en amont de la perte d'autonomie et d'impulser des comportements favorables au maintien des capacités de chacun. Les **communes** sont tout aussi investies dans la prévention des risques psychologiques chez les personnes âgées, notamment via leurs **services d'Hygiène de Santé et d'Environnement** intervenant dans les situations d'encombrements importants de logement (syndrome de Diogène), ou via leurs **CLSM** pour celles qui en sont dotées. Toutes sortes de changements et bouleversements dans le quotidien des personnes âgées (décès d'un proche, perte d'un animal de compagnie, déménagement, éloignement des enfants, épuisement, souffrance ou maladie du conjoint/du proche aidant, mobilité contrainte, mauvaise alimentation...) pouvant engendrer des fragilités psychologiques, il est nécessaire de pouvoir les détecter précocement.

Des exemples de mobilisation sont visibles dans d'autres territoires :

- le maintien d'un lien téléphonique avec la personne après identification d'un risque de suicide par un acteur de premier recours (fiche action prévention du suicide chez les personnes âgées, en Meurthe et Moselle)⁴⁹
- la création d'une fiche de repérage de la fragilité chez les personnes âgées, à remplir par la personne âgée ou une personne en lien avec elle, après repérage par un agent d'accueil (type personnel de CCAS) préalablement sensibilisé à la question (département de la Manche)⁵⁰
- la sensibilisation des professionnels de services communaux pouvant accueillir des publics âgés, à la question de la prévention de la maltraitance des personnes vulnérables (Les Pavillons-sous-bois, SSD)⁵¹

1. **Objectif général de l'action**

Mettre en place un groupe de travail associant secteurs de psychiatrie, CLSM, Conseil Départemental pour repérer précocement les troubles psychiques chez les personnes âgées.

2. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Limiter les conséquences du vieillissement cérébral sur les pathologies psychiatriques des personnes âgées, dont l'altération des capacités d'autonomie
- Assurer un accompagnement sans ruptures, spécifique au public âgé.
- Assurer un lien social chez le public âgé

3. **Publics concernés** : Personnes âgées

4. **Acteurs impliqués** : Conseil départemental, communes, CCAS, CLSM, CLS, ASV, 18 secteurs de psychiatrie, associations, MAIA, Groupe « santé mentale, personnes âgées »

5. **Territoires** : Département, communes, 18 secteurs de psychiatrie adulte

6. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de situations à risque (solitude, dépression, suicide) détectées et prise en charge

7. **Moyens nécessaires** : A déterminer

⁴⁹http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Fiche-action_PRÉVENTION-DU-SUICIDE-CHEZ-LES-PERSONNES-ÂGÉES_Pays-Lunévillois.pdf

⁵⁰<http://clsm-ccoms.org/2018/09/05/fiche-action-sante-mentale-des-personnes-agees-creation-de-fiche-de-reperage-d-ela-fragilite-des-personnes-agees-cherbourg-en-cotentin/>

⁵¹http://clsm-ccoms.org/2018/08/20/fiche-action-formation_prevention-de-la-maltraitance-des-personnes-agees-ou-en-situation-de-handicap_clsm-pavillon-sous-bois/

L'organisation des soins somatiques pour les malades psychiatriques avec ou sans handicap psychique en Seine-Saint-Denis

Introduction

La réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces personnes ont des **taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs** à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé⁵². Les pathologies psychiatriques n'entraînent pas de conséquences organiques directes pouvant être létales, mais la **prévalence des pathologies somatiques** chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est **élevée**.

Dans le cas de la schizophrénie, si la diminution de 20% de l'espérance de vie des patients est due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste est lié à des **maladies physiques**, aux **difficultés d'accès aux soins** et à **des conditions socio-économiques défavorables**⁵³. Parmi les maladies physiques en cause figurent au premier plan les maladies cardio-vasculaires, dont les facteurs de risques sont l'obésité, le tabagisme, la sédentarité, le diabète et les troubles du métabolisme lipidique⁵⁴. Une moindre observance aux traitements et aux suivis des soins est également notée.

De plus, de nombreuses études internationales⁵⁵ montrent que certains psychotropes participent de cette surmortalité, soit en provoquant des morts subites, soit en induisant des syndromes métaboliques ou des obésités favorisant les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Elles montrent aussi que le risque de mortalité augmente avec le nombre de psychotropes différents prescrits.

Les constats issus des acteurs de terrain démontrent que cette réalité sous-estimée est encore mal prise en compte, tant par les psychiatres que par les médecins généralistes. Ainsi, lorsqu'une prise en charge somatique est organisée en EPSM ou en centre hospitalier, un certain nombre d'éléments peuvent provoquer des ruptures dans le suivi médical et aggraver les comorbidités somatiques associées :

- Les perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves,
- Les troubles cognitifs associés, soit du fait de la maladie, soit induit par l'iatrogénie,
- Les difficultés à exprimer ou repérer les symptômes somatiques et la douleur,
- L'isolement, la sédentarité et l'absence d'activité physique,
- La précarité voire la grande précarité, l'absence de domicile, de travail, l'incarcération,
- Un accès aux soins et un recours peu adapté au dispositif de soins de droit commun, en particulier pour les maladies psychiatriques sévères,
- L'absence de médecin traitant ou un recours trop insuffisant et irrégulier,
- Les moyens humains dédiés (Rapport Psy-Soma 2018⁵⁶)
- Une coordination du suivi insuffisante entre les professionnels et un problème de suivi sur la vie entière de la personne,
- Des intrications entre maladie physique et psychique et la problématique des diagnostics différentiels non posés, voire retardés quand le diagnostic psychiatrique est au premier plan et masque une pathologie sous-jacente et vice-versa,
- Une formation encore insuffisante des professionnels qui se heurtent aussi à des réticences à soigner des patients jugés « difficiles »,

⁵² « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée », Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes), *Questions d'économie de la santé* n° 237 - Sept 2018.

⁵³ Rapport relatif à la santé mentale, Michel Laforcade, Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, Octobre 2016

⁵⁴ Granger, B., Naudin, J. (2015), La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence, Le Cavalier Bleu éd, p. 61.

⁵⁵ Loas, G. (2009), « Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie », *Annales Médico-Psychologiques*, Elsevier Masson, 167(6), pp.446.

⁵⁶ Rapport PSY SOMA 2018 Wanda YEKHLEF, Sylvie PERON : résultats de l'enquête nationale sur les dispositifs de soins somatiques en secteurs de psychiatrie en France.

- Une stigmatisation dont sont parfois trop victimes les malades, mais qui touche également les professionnels de la psychiatrie dans l'adressage des patients.

Pour toutes ces raisons, le **Décret du 27 juillet 2017** relatif au projet territorial de santé mentale affiche la question des soins somatiques comme l'une de ses six priorités. Le sujet a été traité dans le cadre du groupe « transitions de vie et de parcours » de la phase de diagnostic du PTSM-93. Il fait l'objet d'un groupe de travail à part entière pour la phase « rédaction de projets », qui s'étend de novembre 2019 à juin 2020.

Les éléments de diagnostic partagé du PTSM 93

L'organisation des soins somatiques en Seine-Saint-Denis

Dans le sanitaire

La Seine-Saint-Denis a une file active d'un peu plus de 38 000 patients dont 80% en ambulatoires. **L'EPS Ville Evrard**, qui couvre 80% du territoire avec ses 15 secteurs de psychiatrie générale⁵⁷ et ses 3 inter-secteurs de pédopsychiatrie⁵⁸ (soit 30 000 patients suivis), dispose d'un **pôle d'activités somatiques à vocation transversale** : « **CRISTALES** »⁵⁹ piloté par le Dr Wanda Yekhlief. L'offre de soins de ce plateau technique comprend des consultations :

- De médecine générale avec réalisation de bilan somatique
- Pluridisciplinaires d'étude et de traitement de la douleur en santé mentale dont une consultation d'hypno-analgésie
- De gynécologie obstétrique
- Contraception – VIH – IST – hépatites
- De prévention et de soins buccodentaires – chirurgie dentaire – hypnose dentaire – réalisation de prothèses dentaires
- D'addictologie
- D'endocrinologie
- D'ophtalmologie
- D'ethnopsychiatrie
- De pédicurie podologie
- De diététique

Le pôle CRISTALES développe dans ses missions, la coordination avec les médecins généralistes, les centres de santé et l'ensemble des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, pour une meilleure articulation ville-hôpital.

Le pôle CRISTALES, qui prend en charge principalement des patients hospitalisés de l'EPS-VE, étend son activité de médecine somatique à destination des patients de l'hôpital suivis en ambulatoire (CMP, CATTP, HDJ) et devrait compléter son offre par l'ouverture d'un **hôpital de jour**⁶⁰ (unité de prévention et de soins somatiques en psychiatrie). Celui-ci visera à :

- Consolider le suivi médical somatique par un programme de prévention et d'éducation à la santé personnalisé, axé sur les facteurs de risque repérés
- Permettre la réalisation du suivi des maladies organiques associées
- Surveiller l'iatrogénie médicamenteuse

L'établissement MCO Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, dispose d'une filière psychiatrique avec 3 secteurs de psychiatrie adulte (G07, G08, G17) et 1 de pédopsychiatrie (I04). Les patients suivis en psychiatrie par l'établissement ont accès à des consultations de spécialité en MCO. Le pôle de psychiatrie dispose de deux

⁵⁷ G01, G02, G03, G04, G05, G06, G09, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G18

⁵⁸ I02, I03, I05

⁵⁹ Coordination pour la Recherche et l'information, les Soins, les Thérapeutiques, les Analyses de Laboratoire et l'Education à la Santé

⁶⁰ Le dossier est en cours d'analyse pour une autorisation à l'ARSIDF

médecins généralistes référents (le Dr Rahim TIZI le Dr Isabelle DEBOST) pour les questions somatiques des patients psychiatriques.

Pour ce qui est de l'établissement Delafontaine (St-Denis), qui gère l'inter-secteur de pédopsychiatrie I01, aucune information n'est renseignée sur le suivi somatique des patients psychiatriques dans le diagnostic territorial.

La Seine-Saint-Denis compte également **deux cliniques privées de psychiatrie** : la Clinique d'Epina y et la Clinique de l'Alliance (Villepinte). La première dispose d'un médecin généraliste pour assurer le suivi somatique de ses patients. Aucune information n'est disponible concernant l'Alliance (un médecin généraliste à temps partiel). Une collaboration de ces deux cliniques avec les établissements publics de psychiatrie du territoire peut être envisagée afin de compléter leur offre de soins somatiques.

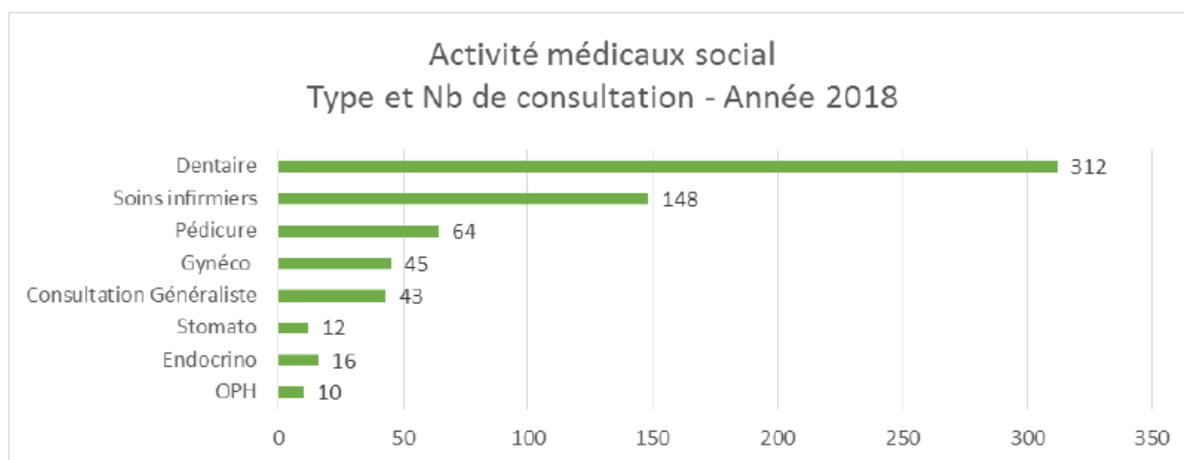
Pour résumer, les besoins en soins somatiques des personnes ayant des problématiques psychiatriques ne sont pas tous couverts. L'organisation des soins n'est pas encore articulée :

- Avec les établissements publics de santé (Ballanger, Delafontaine, Jean Verdier, Avicenne)
- Avec les deux cliniques privées
- Avec les médecins généralistes exerçant en libéral et dans les centres de santé

En structure médico-sociale

Dès 2016, l'EPS Ville-Evrard a ouvert son plateau technique de soins somatiques au secteur médico-social en proposant un panel de consultations assurées par des professionnels formés à la prise en charge des personnes atteintes de troubles du spectre autistique, et de handicaps. En trois années l'EPS VE a **conventionné avec 86 établissements médico-sociaux**, dont 51 implantés en Seine-Saint-Denis, les autres provenant de départements limitrophes⁶¹. Entre Avril 2018 et Avril 2019, cela a représenté une file active de 312 usagers, soit 677 consultations, dont plus de la moitié en soins bucco dentaires⁶².

1) Volume total des consultations et actes par disciplines :



Afin de compléter son offre, le pôle CRISTALES a développé en 2019 une **activité de télé-dentisterie** qui permet aux résidents d'établissements médico-sociaux (et aux patients de l'EPS-VE) qui ne peuvent pas se déplacer, de bénéficier d'une consultation dentaire à distance. En pratique, une infirmière du pôle se déplace dans les établissements MS (et dans les secteurs de psychiatrie délocalisés) pour faire du dépistage grâce à une caméra intra-buccale. Les images et vidéos sont ensuite transmises au dentiste du pôle pour validation du diagnostic et établissement d'un plan des soins.

⁶¹ 19 ESMS de Seine-et-Marne, 8 à Paris, 5 dans le Val de Marne, 2 dans le Val d'Oise, 1 dans les Hauts-de-Seine.

⁶² <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/soins-somatiques-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap-lhopital-de-ville-evrard-93>

Dans le versant social – précarité

L'EPS Ville Evrard dispose de deux permanences d'accès aux soins à **vocation départementale** : une permanence d'accès aux soins somatiques (Pass psychiatrique) et une permanence d'accès aux soins dentaires (Pass dentaire). Ces dispositifs (non sectorisés) ont vocation à faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus précaires, et à favoriser l'accès au dispositif général de soins.

Créée en 2010, la **PASS PSY** de l'EPS de Ville-Evrard est un dispositif du pôle CRISTALES qui propose des consultations de médecine générale gratuites aux personnes sans couverture sociale, ou avec une couverture sociale incomplète, lorsqu'elles rencontrent des difficultés d'accès aux PASS des hôpitaux publics, voire de la médecine de ville, en raison d'une situation de grande exclusion et/ou d'une situation de handicap psychique. En partenariat avec les acteurs sanitaires et sociaux du département, elle vise à guider les personnes et les partenaires dans le parcours de santé, et à promouvoir l'accès aux soins et aux droits sociaux des personnes accompagnées ; avec pour objectif est un retour vers les dispositifs de droit commun : PASS généralistes, voire consultations de ville et/ou hospitalières. L'intervention de la PASS se situe sur l'ensemble du territoire de la Seine-Saint-Denis. Autrement dit, si les consultations médicales de la PASS se situent sur le site de Neuilly-sur-Marne, les usagers peuvent provenir de l'ensemble du département. En 2018, 187 personnes ont recouru aux prestations de la PASS psy. Par ailleurs, les professionnels de la PASS sont amenés à se déplacer sur l'ensemble du département dans le cadre de leurs missions.

La **PASS dentaire** est adossée à la PASS psy de l'EPS VE. Son cabinet est donc également situé au sein du service des spécialités du pôle CRISTALES. Il est composé d'un fauteuil dentaire, d'un chirurgien-dentiste, d'un stomatologue, d'une assistante dentaire et d'un assistant de service social. En 2018 la file active de la structure était de 36 personnes. La PASS travaille actuellement sur un projet de convention avec une pharmacie de ville et un centre d'imagerie médicale pour la réalisation des examens complémentaires (radios, échographies, etc.).

Les initiatives nationales pour améliorer l'organisation des soins somatiques des malades psychiatriques

- La **charte partenariale** médecine générale/ psychiatrie de secteur⁶³ signée en mars 2014 entre la conférence des présidents de CME des CHS et le collège de Médecine Générale : elle a été expérimentée dans six sites pilotes en France – dont deux en Seine-Saint-Denis – et son impact a été largement communiqué et diffusé.
- La **HAS**⁶⁴ a réalisé un état des lieux et proposé **des repères et outils** pour une amélioration de la prise en charge avec une mise en perspective de dispositifs organisationnels pertinents.
- L'HAS prépare les établissements aux futurs indicateurs somatiques : Prise en charge somatique Coordination hôpital-ville, périmètre « Hospitalisation à temps plein » et « ambulatoire » ; le pôle Cristales a participé à cette phase test des indicateurs proposés.
- La **Fédération Française de Psychiatrie a publié en 2015 des recommandations**⁶⁵, **certifiées par la HAS**, pour améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.
- Plus récemment, des indicateurs dont les thèmes « Prise en charge somatique en établissement » et « Coordination entre l'hôpital et la ville » pour le périmètre « ambulatoire » vont être lancés par l'HAS.

Les pistes de travail retenues dans le cadre du PTSM

A partir des constats du diagnostic partagé, les **pistes d'action suivantes ont été proposées**. Elles constituent la base de travail du groupe « soins somatiques » du PTSM 93.

⁶³ Charte partenariale Médecine Générale Psychiatrie de secteur signée par Dr Christian Muller et Pr Pierre Louis Druais

⁶⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

⁶⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique

- Renforcer les liens réciproques entre la médecine générale (publique et privée) et la psychiatrie
 - Renforcer le rôle de médecine somatique de liaison du pôle Cristales (EPS-VE)
 - Mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire les 8 points de la charte partenariale à l'ensemble des acteurs de la psychiatrie
- Développer et pérenniser les liens du pôle Cristales avec les établissements médico-sociaux, notamment l'offre ambulatoire
- Mettre en place un partenariat (réseaux, annuaire, télé-expertise, conventions etc.) permettant l'amélioration des parcours de soins, entre les établissements sanitaires du département (publics et privés), les centres de santé, et les CPTS.
- Mettre en place avec la CPAM une étude de suivi de la population psychiatrique de Seine-Saint-Denis (consommation de soins, parcours de soins)

Charte partenariale Médecine générale et Psychiatrie de secteurs (2014)

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

1. Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.
2. Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques**. Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient
3. Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant un **accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.
4. La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.
5. Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, des **hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie**. Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.
6. Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique**. Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.

7. Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
8. **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles.** Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en œuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller
Président
Conférence Nationale des
Présidents de CME de Centres
Hospitaliers Spécialisés
Pr Pierre Louis Druais
Président
Collège de la Médecine
Générale



Les axes de la feuille de route « soins somatiques »

Les trois priorités sont en rouge dans le tableau

16 FA	AXE1	AXE2	AXE3	AXE4	AXE5
5) Soins somatiques	Conforter le pôle Cristales : soins somatiques pour handicap psychique	Utiliser la télémédecine pour faciliter les relations entre le pôle Cristales et ses partenaires	Rendre plus lisible les partenariats entre psychiatrie et acteurs de première ligne	Au sein de chaque secteur de psychiatrie adulte, faire connaître et mettre en place les recommandations de la HAS	Favoriser la formation et la montée en compétence des professionnels
action 1	5.1.1. Compléter l'offre de soins somatiques du pôle Cristales avec l'ouverture d'un hôpital de jour dédié aux soins somatiques	5.2.1. Mettre en place dès l'opérationnalité d'ORTIF sur le site EPSVE un réseau d'expertises (télé-expertise) avec d'autres établissements (Pitié-Salpêtrière, etc)	5.3.1. Mettre en place un site à disposition des professionnels et des usagers permettant de repérer selon le domicile le secteur d'appartenance, le référent psychiatre et les coordonnées téléphoniques	5.4.1. Identifier un médecin traitant pour chaque patient	5.5.1. Faire connaître l'offre de formation en psychiatrie des sites de Psycom, CEAPSY et CCOMS pour les médecins traitants
action 2	5.1.2. Pérenniser les financements de la consultation Handicap du pôle Cristales	5.2.2. Mettre en place de la télé-expertise et du téléconseil entre psychiatrie et MG	5.3.2. Dans le cadre de la mise en place des CPTS, faciliter les rencontres entre psychiatres et généralistes	5.4.2. Adresser une lettre de liaison au médecin généraliste à la sortie d'hospitalisation	5.5.2. Elaborer une formation (MOOC, présentiel) destinée aux médecins traitants, sur les problématiques les plus fréquentes en psychiatrie (gestion des antidépresseurs etc.)
action 3	5.1.3. Dans le cadre de la réflexion sur les urgences psychiatriques, revoir le dispositif de bilans somatiques pour éviter des transports inadéquats pour les patients		5.3.3. Cartographier par secteur l'offre en centres de santé, maisons de santé et cabinets libéraux	5.4.3. Adresser un courrier (à minima une fois par an) au médecin généraliste traitant pour tout patient suivi au sein du CMP	5.5.3. Favoriser les stages des étudiants en santé, externes et internes de médecine générale au sein des UHTP, CMP et services de soins somatiques
action 4	5.1.4. Organiser un parcours de soins somatiques pour les patients psychiatriques vus aux urgences et porteurs d'une maladie chronique			5.4.4. Améliorer le suivi somatique cardio vasculaire et métabolique des patients suivis par le secteur	

Axe 1 - Conforter le pôle CRISTALES soins somatiques pour handicap psychique

FICHE ACTION N°5.1.1 : Compléter l'offre de soins somatiques du pôle Cristales

11. **Pilotage** : Responsable du pôle Soins somatiques EPS-VE (Dr Wanda Yekhlef), direction générale EPSVE, ARS
12. **Calendrier** : 2021
13. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces personnes ont des **taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs** à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé⁶⁶. Les pathologies psychiatriques n'entraînent pas de conséquences organiques directes pouvant être létales, mais la **prévalence des pathologies somatiques** chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est **élevée**. Dans le cas de la schizophrénie, si la diminution de 20% de l'espérance de vie des patients est due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste est lié à des **maladies physiques, aux difficultés d'accès aux soins et à des conditions socio-économiques défavorables**⁶⁷. Parmi les maladies physiques en cause figurent au premier plan les maladies cardio-vasculaires, dont les facteurs de risques sont l'obésité, le tabagisme, la sédentarité, le diabète et les troubles du métabolisme lipidique⁶⁸. Une moindre observance aux traitements et aux suivis des soins est également notée. De plus, de nombreuses études internationales⁶⁹ montrent que certains psychotropes participent de cette surmortalité, soit en provoquant des morts subites, soit en induisant des syndromes métaboliques ou des obésités favorisant les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Elles montrent aussi que le risque de mortalité augmente avec le nombre de psychotropes différents prescrits.

Les constats issus des acteurs de terrain démontrent que cette réalité sous-estimée est encore mal prise en compte, tant par les psychiatres que par les médecins généralistes. Ainsi, lorsqu'une prise en charge somatique est organisée en EPSM ou en centre hospitalier, un certain nombre d'éléments peuvent provoquer des ruptures dans le suivi médical et aggraver les comorbidités somatiques associées :

- Les perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves,
- Les troubles cognitifs associés, soit du fait de la maladie, soit induit par l'iatrogénie,
- Les difficultés à exprimer ou repérer les symptômes somatiques et la douleur,
- L'isolement, la sédentarité et l'absence d'activité physique,
- La précarité voire la grande précarité, l'absence de domicile, de travail, l'incarcération,
- Un accès aux soins et un recours peu adaptés au dispositif de soins de droit commun, en particulier pour les maladies psychiatriques sévères,
- L'absence de médecin traitant ou un recours trop insuffisant et irrégulier,
- Les moyens humains dédiés (Rapport Psy-Soma 2018⁷⁰)
- Une coordination du suivi insuffisante entre les professionnels et un problème de suivi sur la vie entière de la personne,
- Des intrications entre maladie physique et psychique et la problématique des diagnostics différentiels non posés, voire retardés quand le diagnostic psychiatrique est au premier plan et masque une pathologie sous-jacente et vice-versa,
- Une formation encore insuffisante des professionnels qui se heurtent aussi à des réticences à soigner des patients jugés « difficiles »,

⁶⁶ « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée », Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes), *Questions d'économie de la santé* n° 237 - Sept 2018.

⁶⁷ Rapport relatif à la santé mentale, Michel Laforcade, Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, Octobre 2016

⁶⁸ Granger, B., Naudin, J. (2015), *La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence*, Le Cavalier Bleu éd, p. 61.

⁶⁹ Loas, G. (2009), « Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie », *Annales Médico-Psychologiques*, Elsevier Masson, 167(6), pp.446.

⁷⁰ Rapport PSY SOMA 2018 Wanda YEKHLEF, Sylvie PERON : résultats de l'enquête nationale sur les dispositifs de soins somatiques en secteurs de psychiatrie en France.

- Une stigmatisation dont sont parfois trop victimes les malades, mais qui touche également les professionnels de la psychiatrie dans l'adressage des patients.

L'organisation publique des soins somatiques pour les malades psychiatriques (38 000 patients dont 80% en ambulatoire) en Seine-Saint-Denis repose :

- Sur un **pôle d'activités somatiques à vocation transversale : « CRISTALES »⁷¹ piloté par le Dr Wanda Yekhlef.**
- **L'établissement MCO Robert Ballanger** à Aulnay-sous-Bois, :

14. Objectif général de l'action : Diminuer la morbidité et la mortalité des patients de psychiatrie

15. Objectifs spécifiques de l'action

- Compléter et développer une offre territoriale
- Consolider le suivi médical somatique par un programme de prévention et d'éducation à la santé personnalisé, axé sur les facteurs de risque repérés ; favoriser la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique : hygiène de vie et de la santé
- Permettre la réalisation du suivi des maladies organiques associées
- Surveiller l'iatrogénie médicamenteuse et développer la conciliation médicamenteuse
- Développer et promouvoir la prévention au bénéfice des patients, soignants, familles et aidants

16. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Ouvrir des places d'hôpital de jour au sein de l'EPS-VE accessible aux patients ambulatoires
- Développer la coordination avec MG, centres de santé, EMS

17. Publics concernés : patients psychiatriques adultes et leurs proches,

18. Acteurs impliqués : 18 secteurs de psychiatrie adulte, établissements médico-sociaux

19. Territoires : secteurs de psychiatrie SSD

20. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'HDJ réalisés
- Valorisation totale mensuelle

21. Moyens nécessaires

- Accès aux bases de données
- Enquête
- Effectifs soignants du pôle Cristales

⁷¹ Coordination pour la Recherche et l'information, les Soins, les Thérapeutiques, les Analyses de Laboratoire et l'Education à la Santé

FICHE ACTION N°5.1.2 : Pérenniser les financements de la consultation handicap du pôle Cristales

1. **Pilotage** : Responsable du pôle Soins somatiques EPS-VE (Dr Wanda Yekhléf), direction générale EPSVE, ARS
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Depuis avril 2018, il y a eu l'ouverture d'une Consultation en Soins Somatiques pour patients en situation de handicap – Pôle CRISTALES en Seine-Saint-Denis, et départements limitrophes. L'ARS Ile-de-France a financé les postes nécessaires au fonctionnement de cette consultation ainsi que les formations médicales et les dépenses de matériels nécessaires à la prise en charge de patients en situation de handicap (handicap psychique, autisme, polyhandicapés et handicap rare). A ce jour et par convention avec l'agence régionale de santé, une subvention forfaitaire est allouée à l'EPS VE sur la base d'un calcul relatif au nombre de consultations défini auquel s'ajoute un montant supplémentaire pour chacune des consultations réalisées. Ce montant annuel est à ce jour non pérenne.

4. **Objectif général de l'action** : Diminuer la morbidité et la mortalité des personnes en situation de handicap des établissements médico sociaux et des secteurs de psychiatrie – adultes et enfants en situation de handicap
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Garantir un accès aux soins facilité et adapté à la nature du handicap, améliorer le parcours de soin
 - Permettre la réalisation d'évaluation somatique et soins bucco dentaires - consultation en ville impossible du fait de la pathologie et des signes associés (agitation, angoisse, trouble du comportement)
 - Consolider le suivi médical somatique par un programme de prévention et d'éducation à la santé personnalisé, axé sur les facteurs de risque repérés
 - Permettre la réalisation du suivi des maladies organiques associées
 - Surveiller l'iatrogénie médicamenteuse
 - Développer et promouvoir la prévention au bénéfice des personnes en situation de handicap, soignants, aidants et familles
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**
 - Pérenniser le groupe handicap de la DGOS⁷²
 - Développer la coordination avec MG, EMS
 - Pérenniser l'offre médicale et soignante en transformant les statuts actuels : statut des médecins et (financement de PH généraliste) et poste CDI IDE ; financement des dépenses matérielles en part fixe
7. **Publics concernés** : patients suivis en ambulatoire ou à temps partiel en psychiatrie, résidents des établissements sociaux et médico sociaux, personnes vivant à leur domicile, enfants et adultes avec handicap psychique et/ou mental et associé (sensoriel, moteur), troubles neurocomportementaux, troubles du spectre autistique, troubles envahissants du développement, déficience intellectuelle, handicap associé, polyhandicap
8. **Acteurs impliqués** : soignants du pôle Cristales, EMS
9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie et établissements médico sociaux SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre de consultations réalisées selon indicateurs définis dans la convention avec l'ars
 - Nombre de bilans réalisés
11. **Moyens nécessaires**
 - Accès aux bases de données

⁷² Instruction DGOS, 20 Octobre 2015.

FICHE ACTION N°5.1.3 : Dans le cadre de la réflexion sur les urgences psychiatriques, revoir le dispositif de bilans somatiques pour éviter des transports inadéquats aux patients

1. **Pilotage** : Commission soins complexes de la CPT (Dr Wanda Yekhlef), Fédération des urgences psychiatriques
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les maladies psychiatriques sont associées à des maladies somatiques qui peuvent passer inaperçues ou être mal suivies entraînant une morbidité et une mortalité importante dans cette population. Chaque passage aux urgences s'accompagne d'un bilan somatique qui doit permettre d'éliminer dans le contexte une pathologie somatique responsable de la décompensation ou en sus de la décompensation. Ce bilan somatique est sommaire et fonction des signes d'appel, et est réalisé aux urgences somatiques quand le patient s'y présente. Cependant dans un bon nombre de cas, l'indication d'hospitalisation est posée par le psychiatre du secteur. C'est le cas au CAC, ou après un passage au CMP ou une autre structure de prise en charge ambulatoire. Dans ces situations, l'hospitalisation en UHTP ne se fait qu'après avoir adressé le patient aux urgences SAU pour un bilan somatique préalable à son admission en UHTP.

Ce parcours encombre et désorganise les urgences et pourrait être pris en charge par les acteurs du soin somatique en psychiatrie puisque tout patient entrant est systématiquement évalué par le médecin somaticien référent du pôle de psychiatrie concerné.

4. Objectif général de l'action

Diminuer le nombre de passages aux urgences pour bilan somatique avant une hospitalisation en psychiatrie (cas des indications posées par les psychiatres de secteur au sein de leurs CAC ou unités ambulatoires).

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Eviter des transports inutiles
- Diminuer les coûts
- Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
- Fluidifier le parcours de prise en charge

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Mettre en place un groupe de travail spécifique sur cette action
- Décrire les parcours actuels
- Définir l'évaluation somatique
- Mettre en place un circuit « somatique » des patients hospitalisés sans passage au SAU

7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes et leurs proches, aidants

8. **Acteurs impliqués** : 18 secteurs de psychiatrie adulte, personnels de SAU, ambulances, somaticiens de psychiatrie

9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD

10. **Indicateurs de résultats** : Satisfaction des professionnels de SAU, nombre de transports évités, nombre de passage aux urgences

11. **Moyens nécessaires** : effectifs suffisant de médecin somaticiens par pôle de psychiatrie

FICHE ACTION N°5.1.4 : Organiser un parcours de soins somatiques pour les patients psychiatriques vus aux urgences et porteurs d'une maladie chronique

1. **Pilotage** : Commission soins complexes (Dr Wanda Yekhlef) et fédération des urgences psychiatriques de la CPT
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les maladies psychiatriques sont associées à des maladies somatiques qui peuvent passer inaperçues ou être mal suivies entraînant une morbidité et une mortalité importante dans cette population. Chaque passage aux urgences s'accompagne d'un bilan somatique qui doit permettre d'éliminer dans le contexte une pathologie somatique responsable de la décompensation ou en sus de la décompensation. Les conditions d'évaluation somatique dans le contexte d'une décompensation psychiatrique peuvent s'avérer extrêmement difficiles c'est pour ces raisons que l'examen somatique est systématiquement réévalué quand le patient est hospitalisé en psychiatrie par les médecins somaticiens et le suivi des comorbidités somatiques assuré tout au long de l'hospitalisation. En revanche, quand il n'y a pas d'indication à l'hospitalisation en psychiatrie, le suivi des comorbidités somatiques souvent interrompu du fait que le patient aurait besoin d'être consolidé au sein d'un parcours de prise en charge mieux coordonné entre les acteurs sur le territoire (diabète, maladies cardiovasculaires et métaboliques, ...). A cela s'ajoutent les difficultés en lien avec le partage d'information sur le suivi entre les acteurs à défaut d'un outil informatisé et des difficultés à obtenir une information du patient ou de ses proches sur la nature du suivi, examens, traitements en cours. Les patients psychotiques souvent en rupture de soins et sujets à de multiples décompensations se retrouvent à consulter aux urgences et ont de réelles difficultés à intégrer le parcours de soin de droit commun ; les comorbidités somatiques s'aggravent et se complexifient par manque de suivi plus régulier et de préventions. L'ouverture de l'hôpital de jour et la consultation handicap sur un **pôle d'activités somatiques à vocation transversale** : « **CRISTALES** »⁷³ piloté par le Dr Wanda Yekhlef., la coordination avec les médecins généralistes, les centres de santé, l'offre territoriale et l'articulation avec les CPTS sont des possibles réponses.

4. **Objectif général de l'action** : Améliorer le suivi des comorbidités somatiques des patients vus aux urgences sur le territoire
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Éviter le recours aux urgences pour motif somatique des patients psychiatriques
 - Avoir une meilleure connaissance des lieux de prise en charge adaptés à ces personnes en situation de handicap psychique
 - Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
 - Évaluer les besoins en accompagnement
 - Faire du DMP l'interface utile et opérationnelle pour le suivi somatique et psychiatrique des personnes en situation de handicap psychique
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**
 - Mettre en place un groupe de travail spécifique pour cette action
 - Faire le recensement des freins au DMP patient / professionnels et évaluer les besoins nécessaires pour faire avancer les acteurs dans son utilisation
7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes et leurs proches
8. **Acteurs impliqués** : médecins généralistes, professionnels du SAU, médecins somaticiens, psychiatres, Assurance Maladie
9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD
10. **Indicateurs de résultats** : Nombre de DMP ouverts et utilisés par les professionnels, nombre de séjours en HDJ handicap
11. **Moyens nécessaires** : IPA, SI

⁷³ Coordination pour la Recherche et l'information, les Soins, les Thérapeutiques, les Analyses de Laboratoire et l'Education à la Santé

Axe 2 - Utiliser la télémédecine pour faciliter les relations entre pôles somatiques des services ou établissements psychiatriques et ses partenaires

FICHE ACTION N°5.2.1 Mettre en place dès l'opérationnalité de ORTIF sur le site EPSVE et Ballanger un réseau de télé-expertises/télé-conseils/télé-staffs avec d'autres établissements identifiés

1. **Pilotage** : Commission soins complexes de la CPT (Dr Wanda Yekhlef), soins somatiques R Ballanger, Assurance maladie, ORTIF
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Si les deux pôles/ services publics (CRISTALE et Ballanger) proposent un large panel de soins somatiques (généralistes, dentaire, gynécologie, vaccinations, dépistage etc.), il reste un pan entier d'expertises qui ne sont pas à disposition au premier rang desquelles la neurologie, la cardiologie, la dermatologie, la prise en charge des maladies rares. Mais cette liste n'est pas exhaustive. Il faut donc construire avec ces disciplines un réseau de partenaires pour télé-expertiser et télé-staffer certains patients

4. **Objectif général de l'action** : Disposer d'un réseau d'expertises somatiques sur le territoire ou hors territoire.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Diminuer la morbidité et la mortalité
 - Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
 - Pouvoir disposer d'avis experts pour certaines pathologies ou situations rencontrées en psychiatrie : spécialités médicales – expertise pharmaceutique
 - Faciliter l'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**
 - Identifier tous les partenaires
 - Mettre en place la télé expertise et/ou le télé-staff avec ces partenaires : opérationnalité de connexion, mots de passe et droits d'accès aux professionnels utilisateurs
7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes, aidants
8. **Acteurs impliqués** : ORTIF, annuaire des professionnels ORTIF
9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD
10. **Indicateurs de résultats** : nombre de connections réalisées en télé-expertises ou télé-staffs
11. **Moyens nécessaires** : financement ORTIF annuel de Epsve et Ballanger

FICHE ACTION N°5.2.2 : Mettre en place de la télé-expertise et de la téléconsultation entre psychiatrie et MG

1. **Pilotage** : commission soins complexes de la CPT, URPS, assurance maladie
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les malades psychiatriques ont des pathologies somatiques qui nécessitent une coordination entre médecin traitant et psychiatre. Par ailleurs le territoire de SSD dispose en psychiatrie de pôles et/ou service de soins somatiques à destination des malades psychiatriques. C'est le cas à l'EPS-VE (80% du territoire) où le pôle CRISTALES apporte une expertise somatique dans de nombreux domaines et c'est le cas également à R Ballanger (20% du territoire en psychiatrie) qui a mis en place au sein du service de psychiatrie adulte de la médecine somatique. Pour autant ces pôles ou services sont surtout utilisés pour les malades hospitalisés. En ambulatoire (soit 80% des malades) le soin somatique est dans le meilleur des cas suivi par un médecin traitant qui a besoin de l'expertise, du suivi psychiatrique. En établissements médico sociaux, c'est le manque de psychiatres au sein de ces structures qui prennent en charge du handicap avec pathologies psychiatriques associées qui requiert des médecins généralistes y exerçant des avis ponctuels en consultation ou en suivi thérapeutique. La téléconsultation ou télé-expertise aurait tout autant sa place en réponse à ces besoins. Ces relations peuvent tout à fait se concevoir via des plateformes de consultations. Le secteur public utilise la plateforme ORTIF.

4. **Objectif général de l'action** : Disposer d'un réseau de télé-médecine entre psychiatrie et MG
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Diminuer la morbidité et la mortalité
 - Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
 - Assurer un suivi conjoint
 - Pouvoir disposer d'avis experts pour certaines pathologies ou situations rencontrées en psychiatrie en cabinet, exercice de groupe ou en établissement médico-social
 - Faciliter l'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques
 - Faciliter la prise en charge psychiatrique des personnes suivies par un médecin traitant ou en établissement médico-social
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**
 - Identifier tous les partenaires
 - Identifier tous les outils disponibles
 - Mettre en place la télé consultation, télé-expertise et/ou le télé-staff avec ces partenaires
7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes, personnes en situation de handicap avec troubles psychiatriques en EMS, aidants
8. **Acteurs impliqués** : MG et psychiatres, Assurance Maladie
9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD, MG, CPTS, MDS, EMS.
10. **Indicateurs de résultats** : nombre de téléconsultations, télé-expertises et télé-staffs
11. **Moyens nécessaires** : financement des abonnements ORTIF pour les partenaires

Axe 3 - Utiliser et rendre plus lisibles et efficaces les partenariats entre psychiatrie et acteurs de première ligne

FICHE ACTION N°5.3.1 : Mettre en place un site à disposition des professionnels et des usagers permettant de repérer selon le domicile le secteur d'appartenance, le référent psychiatre et les coordonnées téléphoniques

1. **Pilotage** : DT-ARS, GCS SESAN, direction de la communication Epsve et Robert Ballanger
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'organisation de la psychiatrie enfant et adulte repose sur la sectorisation. L'adresse du patient détermine son lieu de prise en charge ambulatoire et d'hospitalisation. Un secteur couvre d'une à plusieurs communes. En SSD il y a 18 secteurs adultes et 5 secteurs pédopsychiatriques pour 40 communes et 1,7 millions d'habitants. La médecine libérale est en difficulté dans ce département et une grande partie de la psychiatrie repose sur l'offre publique. Les professionnels libéraux, entre autres les médecins généralistes ont besoin de savoir à quel endroit adresser leurs patients et avoir la possibilité de contacter le médecin psychiatre d'un CMP pour une prise en charge voire un avis en urgence. Il n'existe pas d'outil interactif à ce jour à destination des professionnels de ville ni des usagers facilement accessible et régulièrement mis à jour.

4. Objectif général de l'action

Améliorer les liens entre psychiatrie publique et offre libérale par territoire et améliorer l'accès aux usagers aux lieux de consultations

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Rendre lisible l'organisation de la sectorisation psychiatrique qui peut apparaître complexe
- Permettre aux utilisateurs d'accéder rapidement à une structure de soins (Centre Médico-Psychologique ou Unité d'Hospitalisation) en fonction du lieu d'habitation
- Trouver le bon interlocuteur médical sur un secteur donné en fonction des besoins de prise en charge
- Contribuer à une meilleure connaissance de l'offre diversifiée de chacun des secteurs de psychiatrie tant pour les professionnels de ville que les usagers, fonction du lieu d'habitation du patient et son âge
- Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
- Assurer un suivi conjoint
- Pouvoir disposer d'avis experts pour certaines pathologies ou situations rencontrées en psychiatrie
- Contribuer à la déstigmatisation

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Cartographier l'offre en psychiatrie et les coordonnées téléphoniques des médecins psychiatres
- Disposer d'une application interactive et facilement accessible via smartphone

7. **Publics concernés** : psychiatres et professionnels libéraux ; usagers, aidants

8. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD, MG, CPTS, MDS...

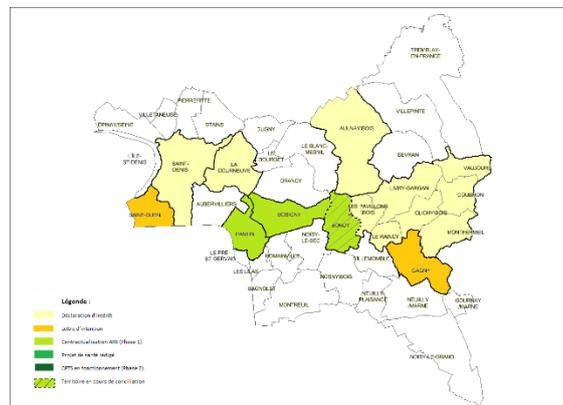
9. **Indicateurs de résultats** : satisfaction des usagers et des professionnels de ville

10. **Moyens nécessaires** : financement ; support informatique via application à créer

FICHE ACTION N°5.3.2 : Dans le cadre de la mise en place des CPTS, faciliter les rencontres entre psychiatres et médecins libéraux

1. **Pilotage** : Commission soins complexes de la CPT (Dr Wanda Yekhlef), soins somatiques R Ballanger, Assurance maladie
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Une CPTS est une association de professionnels et acteurs d'un territoire qui répond aux besoins de ce territoire depuis la prévention jusqu'aux soins et est soutenu par des financements fléchés. Les acteurs des CPTS sont les médecins libéraux ou salariés, les établissements de santé, les structures médicosociales, les professionnels du social et les acteurs de la prévention. Les projets de CPTS sont accompagnés et validés par l'ARS et la CPAM. Les projets portent sur quelques missions obligatoires : améliorer l'accès aux soins, organiser des parcours et développer des actions territoriales de prévention. EN SSD, les CPTS sont en cours d'élaboration dans quelques territoires (carte).



Les malades psychiatriques ont des pathologies somatiques qui nécessitent une coordination entre médecin traitant, médecins de spécialités et psychiatre. Cette coordination est essentielle tant la morbidité et la mortalité des patients psychiatriques est importante et représente un coût pour l'assurance maladie. Le montage de ces CPTS doit faire l'objet d'une attention particulière pour les patients psychiatriques.

4. Objectif général de l'action

Participer à l'élaboration des projets de CPTS par territoire

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Diminuer la morbidité et la mortalité des patients psychiatriques
- Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
- Assurer un suivi conjoint
- Pouvoir disposer d'avis experts pour certaines pathologies ou situations rencontrées en psychiatrie
- Faciliter l'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Identifier tous les partenaires
- Identifier tous les outils disponibles
- Mettre en place la télé consultation, télé-expertise et/ou le télé-staff avec ces partenaires

7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes

8. **Acteurs impliqués** : CPTS en constitution

9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD, MG, CPTS, MDS...

10. **Indicateurs de résultats** : Participation des professionnels de la santé mentale à l'élaboration des CPTS

FICHE ACTION N°5.3.3 : Disposer d'une cartographie évolutive de l'offre libérale (maisons de santé, cabinets, etc.) par secteur de psychiatrie

1. **Pilotage** : URPS, Assurance maladie, CTS-93, DT-ARS
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'organisation de la psychiatrie enfant et adulte repose sur la sectorisation. L'adresse du patient détermine son lieu de prise en charge ambulatoire et d'hospitalisation. Un secteur couvre d'une à plusieurs communes. En SSD il y a 18 secteurs adultes et 5 secteurs pédopsychiatriques pour 40 communes et 1,7 millions d'habitants. La médecine libérale est en difficulté dans ce département et une grande partie de la psychiatrie repose sur l'offre publique. Les professionnels des secteurs nécessitent une bonne connaissance de l'offre dans leur territoire afin d'établir des liens utiles pour le suivi de leurs patients et de leurs proches. Cette connaissance n'a pas d'outils dynamique et actualisé. Une cartographie mise à jour régulièrement pourrait leur être fournie.

4. **Objectif général de l'action** : Améliorer les liens entre psychiatrie publique et offre libérale par territoire

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
- Assurer un suivi conjoint
- Pouvoir disposer d'avis experts pour certaines pathologies ou situations rencontrées en psychiatrie
- Faciliter l'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques
- Contribuer à une meilleure connaissance des pathologies psychiatriques
- Contribuer à la dé-stigmatisation

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**

- Identifier tous les partenaires
- Cartographier l'offre

7. **Publics concernés** : psychiatres et professionnels libéraux

8. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD, MG, CPTS, MDS...

9. **Indicateurs de résultats** : Réalisation de la cartographie, mise à jour régulière

Axe 4 – Au sein de chaque secteur de psychiatrie adulte, faire connaître et mettre en place les recommandations de l’HAS

FICHE ACTION N°5.4.1 : Identifier un médecin traitant pour chaque patient

1. **Pilotage** : Directions qualités et référents qualité des établissements publics et privés de psychiatrie, référents soins somatiques des malades psychiatriques
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En 2018, l’HAS est arrivée au terme de son premier programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale », un engagement fort débuté en 2013. Elle en assure depuis la continuité par un nouveau programme « psychiatrie et santé mentale » pour la période 2018-2023. Ce programme s’articule autour de **trois thèmes** :

- Droits et sécurité en psychiatrie
- Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique
- Pédiopsychiatrie dont la question des adolescents répondant à une forte demande des partenaires de l’HAS

Le suivi du programme est assuré par un comité, présidé par le Dr Yvan Halimi, qui regroupe les institutions, les organisations professionnelles, les fédérations d’établissements et les associations d’usagers. Il est le lieu d’échanges entre l’HAS et les parties prenantes externes dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, dans l’objectif de prendre en compte les préoccupations et les attentes des acteurs et de contribuer à la diffusion des travaux de l’HAS.

Lors du programme de l’HAS sur la santé mentale la question du médecin traitant était de l’HAS repérée comme essentielle. Pour autant, l’objectif n’est pas atteint pour tous les patients ;

4. **Objectif général de l’action** : Identifier un médecin traitant pour chaque patient hospitalisé ou suivi en CMP
5. **Objectifs spécifiques de l’action**
 - Identifier le nom du médecin traitant et ses coordonnées sur la base AMELI et le reporter dans le dossier patient informatisé comme référent contact pour l’adressage des courriers
 - Proposer au patient à chaque fois qu’aucun médecin traitant généraliste identifié une liste au plus près de son domicile, ou en centres de santé au plus proche de son domicile
 - Améliorer l’indicateur IQSS HAS : nom du médecin traitant identifié, coordonnées adresse et téléphone
6. **Objectifs opérationnels de l’action/ sous-actions**
 - Permettre à tous les médecins d’accéder à AMELI
 - Faire reporter par les secrétaires le nom du médecin à chaque prise de RDV en CMP ou à l’admission en hospitalisation
7. **Publics concernés** : psychiatres, médecins somaticiens et secrétaires médicales des établissements concernés par la certification en psychiatrie
8. **Acteurs impliqués** : CPAM, DSI des établissements, médecins et secrétariat médical
9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre de médecins traitants généralistes par patients pris en charge en UHTP et en CMP : indicateurs HAS hôpital et médecine de ville
11. **Moyens nécessaires**
 - Connexion facilitée au site AMELI pour les professionnels médecins

FICHE ACTION N°5.4.2 Adresser une lettre de liaison au médecin généraliste traitant identifié à la sortie d'hospitalisation

1. **Pilotage** : Directions qualités et référents qualité des établissements publics et privés de psychiatrie, référents soins somatiques des malades psychiatriques
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**
4. **Objectif général de l'action**

Etablir une lettre de liaison en fin de sortie d'hospitalisation selon le décret no 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison qui en fixe le contenu minimal ; lettre de liaison dont les contenus font partie des critères des IQSS HAS en psychiatrie.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Remettre la lettre au patient et lui en expliciter le besoin du suivi médical auprès de son médecin traitant
- Adresser la lettre de liaison sous pli et par courrier numérisé par messagerie sécurisée MSSanté ASIP
- Améliorer l'indicateur IQSS HAS : contenu de la lettre de liaison

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Bénéficier de l'annuaire des médecins généralistes dans le dossier informatisé du patient
- Bénéficier de l'annuaire MSSanté des médecins (ASIP)
- Tenir à jour le nom des médecins traitants dans le dossier du patient informatisé
- Si le DMP est ouvert par le patient et si accord du patient, insérer la lettre de liaison dans le DMP du patient

7. **Publics concernés** : psychiatres, médecins somaticiens et secrétaires médicales du territoire

8. **Acteurs impliqués** : CPAM, DSI des établissements, médecins et secrétariat médicaux

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de lettres de liaison adressées aux médecins traitants généralistes par patients pris en charge en UHTP dans les huit jours qui suivent la sortie de l'hospitalisation : indicateurs HAS hôpital et médecine de ville

10. Moyens nécessaires

- Annuaire santé pour les professionnels médecins des établissements et accès à l'annuaire santé des médecins de ville
- Accès aux DMP par les médecins des établissements

FICHE ACTION N°5.4.3 : Adresser un courrier (a minima une fois par an) au médecin généraliste traitant pour tout patient suivi au sein du CMP

1. **Pilotage** : Directions qualités et référents qualité des établissements publics et privés de psychiatrie, référents soins somatiques des malades psychiatriques
2. **Calendrier** : Fixé par l'HAS
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**
4. **Objectif général de l'action**

Adresser un courrier a minima une fois par an au médecin généraliste et autant de fois que nécessaire pour améliorer la coordination du suivi conjoint (si comorbidités somatiques).

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Remettre la lettre au patient et lui en expliciter le besoin du suivi médical auprès de son médecin traitant
- Adresser la lettre de liaison sous pli et par courrier numérisé par messagerie sécurisée MSSanté ASIP
- Améliorer l'indicateur IQSS HAS : courrier de liaison au moins une fois par an

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Bénéficier de l'annuaire des médecins généralistes dans le dossier informatisé du patient
- Bénéficier de l'annuaire MSSanté des médecins (ASIP)
- Tenir à jour le nom des médecins traitants dans le dossier du patient informatisé : secrétariats médicaux en CMP lors de la prise de RDV ; médecins psychiatres
- Si le DMP est ouvert par le patient et si accord du patient, insérer le courrier dans le DMP du patient

7. **Publics concernés** : psychiatres, médecins somaticiens et secrétaires médicales de l'EPSVE et de Robert Ballanger

8. **Acteurs impliqués** : CPAM, DSI des établissements, médecins et secrétariat médicaux

9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie SSD

10. **Indicateurs de résultats** : Nombre de courriers adressés aux médecins traitants généralistes par patients pris en charge en CMP : indicateurs IQSS HAS hôpital et médecine de ville

11. Moyens nécessaires

- Annuaire santé pour les professionnels médecins des établissements et accès à l'annuaire santé des médecins de ville
- Accès aux DMP par les médecins des établissements

FICHE ACTION N°5.4.4 : Améliorer le suivi somatique cardio vasculaire et métabolique des patients suivis par le secteur

1. **Pilotage** : Directions qualités et référents qualité des établissements publics et privés de psychiatrie, référents soins somatiques des malades psychiatriques
2. **Calendrier** : Fixé par la HAS
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces personnes ont des **taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs** à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé⁷⁴. Les pathologies psychiatriques n'entraînent pas de conséquences organiques directes pouvant être létales, mais la **prévalence des pathologies somatiques** chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est **élevée**. Dans le cas de la schizophrénie, si la diminution de 20% de l'espérance de vie des patients est due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste est lié à des **maladies physiques**, aux **difficultés d'accès aux soins** et à **des conditions socio-économiques défavorables**⁷⁵. Parmi les maladies physiques en cause figurent au premier plan les maladies cardio-vasculaires, dont les facteurs de risques sont l'obésité, le tabagisme, la sédentarité, le diabète et les troubles du métabolisme lipidique⁷⁶. Une moindre observance aux traitements et aux suivis des soins est également notée. De plus, de nombreuses études internationales⁷⁷ montrent que certains psychotropes participent de cette surmortalité, soit en provoquant des morts subites, soit en induisant des syndromes métaboliques ou des obésités favorisant les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Elles montrent aussi que le risque de mortalité augmente avec le nombre de psychotropes différents prescrits.

Les constats issus des acteurs de terrain démontrent que cette réalité sous-estimée est encore mal prise en compte, tant par les psychiatres que par les médecins généralistes. Ainsi, lorsqu'une prise en charge somatique est organisée en EPSM ou en centre hospitalier, un certain nombre d'éléments peuvent provoquer des ruptures dans le suivi médical et aggraver les comorbidités somatiques associées :

- Les perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves,
- Les troubles cognitifs associés, soit du fait de la maladie, soit induit par l'iatrogénie,
- Les difficultés à exprimer ou repérer les symptômes somatiques et la douleur,
- L'isolement, la sédentarité et l'absence d'activité physique,
- La précarité voire la grande précarité, l'absence de domicile, de travail, l'incarcération,
- Un accès aux soins et un recours peu adaptés au dispositif de soins de droit commun, en particulier pour les maladies psychiatriques sévères,
- L'absence de médecin traitant ou un recours trop insuffisant et irrégulier,
- Les moyens humains dédiés (Rapport Psy-Soma 2018⁷⁸)
- Une coordination du suivi insuffisante entre les professionnels et un problème de suivi sur la vie entière de la personne,
- Des intrications entre maladie physique et psychique et la problématique des diagnostics différentiels non posés, voire retardés quand le diagnostic psychiatrique est au premier plan et masque une pathologie sous-jacente et vice-versa,
- Une formation encore insuffisante des professionnels qui se heurtent aussi à des réticences à soigner des patients jugés « difficiles »,

⁷⁴ « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée », Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes), *Questions d'économie de la santé* n° 237 - Sept 2018.

⁷⁵ Rapport relatif à la santé mentale, Michel Laforcade, Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, Octobre 2016

⁷⁶ Granger, B., Naudin, J. (2015), La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence, Le Cavalier Bleu éd, p. 61.

⁷⁷ Loas, G. (2009), « Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie », *Annales Médico-Psychologiques*, Elsevier Masson, 167(6), pp.446.

⁷⁸ Rapport PSY SOMA 2018 Wanda YEKHFLEF, Sylvie PERON : résultats de l'enquête nationale sur les dispositifs de soins somatiques en secteurs de psychiatrie en France.

- Une stigmatisation dont sont parfois trop victimes les malades, mais qui touche également les professionnels de la psychiatrie dans l'adressage des patients.

L'organisation des soins somatiques pour les malades psychiatriques (38 000 patients dont 80% en ambulatoire) en Seine-Saint-Denis repose :

- Sur un **pôle d'activités somatiques à vocation transversale : « CRISTALES »⁷⁹ piloté par le Dr Wanda Yekhlief**. L'offre de soins de ce plateau technique comprend des consultations de multiples spécialités. Le pôle CRISTALES développe dans ses missions la coordination avec les médecins généralistes, les centres de santé et l'ensemble des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, pour une meilleure articulation ville-hôpital.
- **L'établissement MCO Robert Ballanger** à Aulnay-sous-Bois, dispose d'une filière psychiatrique avec 3 secteurs de psychiatrie adulte (G07, G08, G17) et 1 de pédopsychiatrie (I04). Les patients suivis en psychiatrie par l'établissement ont accès à des consultations de spécialité en MCO. Le pôle de psychiatrie dispose de deux médecins généralistes référents (le Dr Rahim TIZI le Dr Isabelle DEBOST) pour les questions somatiques des patients psychiatriques.

Le pôle CRISTALES, qui prend en charge principalement des patients hospitalisés de l'EPS-VE, étend son activité de médecine somatique à destination des patients de l'hôpital suivis en ambulatoire (CMP, CATTP, HDJ) quand impossibilité pour le patient d'adhérer à un suivi en médecine de ville et tout le temps nécessaire à ce que ce suivi en ville puisse s'organiser avec un médecin traitant. Le pôle Cristales participe aux IQSS (indicateur qualité sécurité soins) Psy Hospitalisation [Uhtp] et Ambulatoire [CMP] sur les indicateurs définis et retrouvés dans le dossier patient informatisé avec résultats à améliorer.

- 4. Objectif général de l'action** : Diminuer les complications cardio-vasculaires et métaboliques des patients psychiatriques.
- 5. Objectifs spécifiques de l'action**
 - Repérer et suivre les patients présentant des facteurs de risque CV et métabolique a minima une fois par an en CMP et systématique à chaque admission en hospitalisation
 - Transmettre les éléments cliniques et paracliniques au médecin traitant
 - Améliorer l'indicateur IQSS HAS pour un objectif à 80 % à atteindre d'ici 5 ans
- 6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**
 - Sensibiliser les psychiatres à la prise en compte de ces paramètres cliniques et paracliniques
 - Tracer les éléments cliniques et paracliniques dans le dossier informatisé du patient
 - Rendre compte chaque année du suivi de ces indicateurs HAS chacun des pôles (cellules qualité de pôles)
 - Impliquer le médecin traitant généraliste au suivi de ces mêmes paramètres cliniques et paracliniques
 - Tracer le suivi effectué en ville dans le dossier informatisé du patient : résultats ECG, biologie et interprétations des résultats
- 7. Publics concernés** : psychiatres, médecins somaticiens, infirmiers des établissements, médecins généralistes
- 8. Acteurs impliqués** : médecins, infirmiers et secrétariat médicaux
- 9. Indicateurs de résultats** : indicateurs IQSS HAS hôpital et médecine de ville
- 10. Moyens nécessaires** : Pèse personne Toise et ECG en CMP / consultations de psychiatrie

⁷⁹ Coordination pour la Recherche et l'information, les Soins, les Thérapeutiques, les Analyses de Laboratoire et l'Education à la Santé

Axe 5 - Favoriser la formation et la montée en compétence des professionnels

FICHE ACTION N°5.5.1 : Faire connaître l'offre de formation en psychiatrie des sites de Psycom, CEAPSY et CCOMS pour les médecins traitants

1. **Pilotage** : CTS-93, Commission spécialisée santé mentale du 93, services de formation
2. **Calendrier** : Fixé par la HAS
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le suivi des malades psychiatriques est à la fois somatique et psychiatrique. Dans le domaine somatique, il existe de nombreux effets secondaires des médicaments utilisés en psychiatrie (diabète, surpoids, etc.) que les psychiatres doivent connaître pour la surveillance des patients ; dans le domaine psychiatrique, il y a également des effets secondaires des traitements sur le comportement, l'humeur etc. que doivent maîtriser les médecins traitants. Les patients psychiatriques sont plus touchés par des comorbidités somatiques et le diagnostic reste parfois plus difficile à poser compte tenu de la symptomatologie intriquée et d'un interrogatoire et d'un examen clinique plus difficile à conduire. Cette interconnaissance fait l'objet de cours en ligne disponibles sur certains sites comme PSycom, CEAPSy et CC-OMS.

4. Objectif général de l'action

Améliorer la connaissance des professionnels sur les maladies et les traitements psychiatriques.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
- Contribuer à une meilleure connaissance des patients psychiatriques
- Contribuer à la déstigmatisation

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Identifier tous les sites proposant des formations en ligne
- Les faire connaître

7. Publics concernés : psychiatres et professionnels libéraux

FICHE ACTION N°5.5.2 : Elaborer une formation (MOOC, présentiel) destinée aux médecins traitants de SSD sur les problématiques les plus courantes en psychiatrie auxquelles ils sont confrontés

1. **Pilotage** : CTS-93, Commission spécialisée santé mentale du 93, Assurance maladie, URPS
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le suivi des malades psychiatriques est à la fois somatique et psychiatrique. Dans le domaine somatique, il existe de nombreux effets secondaires des médicaments utilisés en psychiatrie (diabète, surpoids, etc.) que les psychiatres doivent connaître pour la surveillance des patients ; dans le domaine psychiatrique, il y a également des effets secondaires des traitements sur le comportement, l'humeur etc. que doivent maîtriser les médecins traitants. Cette interconnaissance fait l'objet de cours en ligne disponibles sur certains sites comme Psycom, CEAPSy et CC-OMS. Par ailleurs cette offre pourrait être complétée par une offre spécifique dans le 93 permettant de mettre en relation les acteurs du soin de ce département. Cette offre pourrait être présentielle ou par MOOC sur la base d'une enquête permettant de connaître la demande.

4. **Objectif général de l'action**

Améliorer la connaissance des professionnels sur les maladies et les traitements psychiatriques.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique
- Contribuer à une meilleure connaissance des patients psychiatriques, leurs pathologies et comorbidités associées, les thérapeutiques et les prises en charge spécifiques
- Contribuer à la déstigmatisation

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**

- Réaliser une enquête pour connaître l'attente des professionnels du territoire en termes de besoin en formation

7. **Publics concernés** : psychiatres et professionnels libéraux

FICHE ACTION N°5.5.3 : Favoriser les stages des étudiants en santé, externes et internes de médecine générale au sein des UHTP, CMP et services de soins somatiques

1. **Pilotage** : Le **coordonnateur** du D.E.S. de Médecine Générale d'Ile-de-France / département Universitaire de Médecine Générale de Paris Nord Bobigny responsables stages ; le responsable des stages des étudiants en Santé, les CPTS et les CMS
2. **Calendrier** : A définir
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Seul le pôle Cristales en SSD dispose d'un agrément pour accueillir des internes de médecine générale, ainsi que des étudiants en santé. Cependant cet agrément n'est plus accompagné de mise à disposition de postes.

4. Objectif général de l'action

Permettre les stages pratiques des étudiants en santé, externes et internes, au sein des structures hospitalières et ambulatoires -psychiatrie et pôle Cristales.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Améliorer la connaissance des dispositifs existants en psychiatrie et du pôle Cristales
- Développer le sens observationnel (difficultés propres et spécifiques à la prise en charge des malades mentaux, complexifiée par les situations de handicap)
- Améliorer la connaissance des pathologies psychiatriques et leurs prises en charges spécifiques ainsi que les comorbidités somatiques associées
- Elaborer une démarche thérapeutique alliant les difficultés de compliance au suivi et au traitement, l'iatrogénie et les interactions médicamenteuses et le bénéfice risque pour le patient
- Participer aux démarches préventives et d'éducation à la santé (nutrition, addictions, lutte contre la sédentarité) en psychiatrie
- Construire une identité de médecin généraliste dans ses dimensions relationnelles, cliniques et éthiques.

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Développer un socle de connaissances théoriques et pratiques
- Etre terrain de stages,
- Participer à des recherches en psychiatrie, épidémiologique et santé publique
- Rendre attractif les disciplines psy et médecine générale

7. **Publics concernés** : étudiants en santé, externes, internes en médecine générale

8. **Indicateurs de résultats** : Nombre d'étudiants par an par catégories

9. Moyens nécessaires

- Financement des postes d'internes
- Offre en termes de publications par l'ARS et sur le site du service sanitaire Ile de France.

La Recherche en santé mentale en SSD

Introduction

De nombreux rapports soulignent le contraste entre l'ampleur et l'impact sociétal et économique des troubles mentaux et **la sous-dotiation persistante de la recherche dans tous les domaines qui interviennent en santé mentale comme la psychiatrie, l'épidémiologie. S'agissant de la psychiatrie moins de 3 % des crédits publics de recherche** en santé lui est consacré. Pour autant, la nécessité d'investir dans la recherche afin d'améliorer les pratiques, innover dans les prises en charge et diminuer le coût et les répercussions des troubles psychiatriques sont reconnues. La Cour des comptes⁸⁰ notamment a appelé à développer des axes de recherche en épidémiologie psychiatrique et en santé mentale.

Les praticiens Hospitalo-Universitaires (PU-PH) de psychiatrie sont les médiateurs entre la communauté scientifique et les professionnels de la santé. Ils sont membres d'équipes de recherche labellisées. Ils ne représentent en France que 2,3% de l'ensemble des PU-PH. Malgré ce faible effectif, ils sont à l'origine pour partie de la production scientifique de la discipline qui a considérablement augmentée au cours de ces 10 dernières années, témoignant d'une implication croissante dans leur mission de recherche. Les Praticiens Hospitaliers (PH) ont, pour certains, une activité de recherche, lorsque cette activité est reconnue et valorisée (sous forme de MERRI notamment). Les activités de recherche clinique dans les établissements de soin restent peu valorisées et fragilisées par l'absence de cadre institutionnel et le manque de reconnaissance tutélaire. Le rapport D. Robiliard⁸¹ souligne la nécessité « de reconnaître la recherche menée par des praticiens hors du cadre universitaire et celle de définir les modalités de son évaluation ».

La recherche intéresse l'ensemble des **professionnels de la santé mentale**, du champ sanitaire : infirmiers (un CNU infirmier est en cours de mise en place), orthophonistes, psychologues (...), du champ médico-social et du champ social. A ce titre la recherche en sciences sociales intègre également le champ de la santé mentale. Pour toutes ces raisons, la recherche en psychiatrie doit être intégrative, articulant les approches réalisées à plusieurs niveaux, des travaux les plus fondamentaux, en biologie moléculaire ou en imagerie cérébrale, aux niveaux les plus intégrés, individuel, sociétal et culturel. Or, le cloisonnement entre les équipes de recherche et les équipes cliniques reste important, et les projets translationnels allant du laboratoire à la cité ou de la cité au laboratoire sont encore peu nombreux.

Si **les patients en psychiatrie sont pris en charge dans les 1140 secteurs et intersecteurs de psychiatrie**, les recherches cliniques, les suivis de cohorte, sont organisés, le plus souvent, sur les sites universitaires avec quelques établissements disposant d'une cellule de recherche. Le regroupement des forces de recherche des secteurs sanitaire, médicosocial et social constitue la condition nécessaire au développement d'une politique de recherche en Psychiatrie et Santé Mentale fédérative et mobilisatrice.

Dans son rapport au Ministre de la santé, Edouard Couty⁸² a suggéré que la recherche en psychiatrie puisse s'articuler de manière souple et concertée en trois niveaux d'organisation. Pour dynamiser cette organisation, il recommande de favoriser le recrutement de chercheurs ayant une double formation, clinique et recherche, ainsi que le recrutement de personnels non médecins (épidémiologistes, socio démographes, sociologues, et anthropologues peu ou pas représentés dans les organismes de recherche). Ceci afin « d'encourager la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité à la recherche en mobilisant aussi bien les sciences humaines que les

⁸⁰ Rapport de la Cour des Comptes en 2011 page 113.

⁸¹ **Le rapport Robiliard** pointe l'absence de recherche interventionnelle sur les pratiques ou les programmes permettant de repérer ce qui est efficient et le cas échéant de les diffuser ; « toute découverte afin d'être validée doit, au préalable, être évaluée sur une population clinique ».

⁸² Rapport Couty de janvier 2009.

neurosciences, la recherche fondamentale et celle exploitant les données de la clinique » pour assurer une meilleure diffusion des innovations.

Le renforcement et le développement des relations entre les associations de patients et de familles et les équipes de cliniciens et de chercheurs, sont des facteurs majeurs de développement des activités de recherche. Le rapport Milon propose la mise en place d'une instance alliant recherche et soins sur le modèle de l'Institut national du cancer (INCA) afin de permettre aux projets les plus innovants d'obtenir les crédits dont ils ont besoin tout en garantissant l'efficacité des sommes allouées.

La recherche en SSD est structurée par :

- 1 hôpital Universitaire (HUPSSD⁸³),
- 1 PUPH de pédopsychiatrie⁸⁴ à HUPSSD et très récemment (2020) un PUPH de psychiatrie adulte à l'EPS-VE
- Une unité de recherche clinique (URC) dans un EPSM : Ville-Evrard
- Une URC (qui ne développe pas à ce stade de projets de recherche en santé mentale) au sein du GHT Grand Paris Nord Est⁸⁵ (GPNE)
- Deux universités (**Paris 13 et Paris 8**), une faculté de médecine (Paris 13) et dès 2020 l'implantation du campus Condorcet suivi dans les années 2025-2030 d'un nouvel hôpital universitaire (dans la commune de St Ouen) regroupant deux hôpitaux de l'AP-HP (Bichat et Beaujon) et le Campus santé de Paris 7.
- La commission recherche et formation de la CPT-93 pilotée par le Pr T. Baubet (PR de pédopsychiatrie, Paris 13) et le Pr D. Januel (URC EPS-VE et GO3).
- Par ailleurs, le GHT GPNE et l'EPS-VE sont membres du Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation (GIRCI) d'Ile-de-France⁸⁶.

L'attente des acteurs de la santé mentale en termes de recherche est importante en SSD ; peu d'acteurs se connaissent alors même que de nombreuses collaborations entre équipes de recherche et acteurs de terrain pourraient se mettre en place notamment sur les évaluations qualitatives ou médico-économiques d'expérimentations (PMI par exemple cité lors du diagnostic) ou dispositifs/structures (EMPP, SAMSAH etc) sur le modèle de ce qui s'est mis en place avec le dispositif de la Trame et l'université paris 13.

Pour développer les approches intégratives, l'ARS souhaite voir se développer des DTRF pour dispositifs territoriaux de recherche et de formation. Certains ont vu le jour dans la région Ile de France. Dans l'attente d'informations sur l'existant, les acteurs ont souhaité privilégier la mise en place de postes universitaires supplémentaires en psychiatrie et en épidémiologie préalables selon eux à la mise en place d'un dispositif solide.

Par ailleurs la commission recherche de la CPT93 pourrait constituer un groupe de travail préalable à cette réflexion.

Les axes de la feuille de route « recherche »

⁸³ HUPSSD : Hôpitaux universitaires de la SSD associant Avicenne, Jean Verdier et René Muret.

⁸⁴ Pr Thierry Baubet, chef de service de la pédopsychiatrie de HUPSSD.

⁸⁵ GPNE : Robert Ballanger, André Grégoire et CHI Le Raincy-Montfermeil.

⁸⁶ Les GIRCI sont des structures rassemblent des établissements de taille et de structuration variés en matière de recherche clinique. Ils sont chargés, en réponse à un appel à projets, d'assurer des missions spécifiques d'animation et de soutien de l'activité de recherche, ne pouvant être efficacement assurées au niveau local. Le GIRCI-IDF comprend 18 établissements de santé d'Ile-de-France dont les 6 établissements-sièges d'une DRCI : AP-HP, CH de Versailles, CH Sainte-Anne, Institut Gustave Roussy, Institut Curie, Hôpital Foch, et 12 établissements ayant une activité de recherche identifiable via les indicateurs utilisés pour l'attribution des MERRI 2011.

6) Recherche	Créer des postes universitaires dans les disciplines liées à la santé mentale	Mettre en place des protocoles de recherche associant les partenaires de la santé mentale déjà identifiés -	Mettre en place un Dispositif territorial de recherche et de formation en santé mentale (DTRF)	Promouvoir la recherche paramédicale en santé mentale -	Construire et partager des outils d'évaluation adaptés aux réalités de terrain
action 1	6.1.1. Mettre en place avec l'Université Paris 13, un plan d'action d'universitarisation de la psychiatrie en SSD	6.2.1. Prévention des conduites à risque chez les petits : Etude Papillagou	6.3.1. Créer une plateforme/un observatoire DIM santé mentale/ épidémiologie	6.4.1. Développer la recherche infirmière en profitant notamment de la mise en place d'un CNU infirmier	6.5.1. Mettre à disposition un listing des acteurs de la recherche (pour les acteurs souhaitant réaliser des évaluations dans leur structure)
action 2	6.1.2. Mettre en place avec les Universités du territoire (Paris 13, Paris 8) une chaire d'épidémiologie en santé mentale	6.2.2. Etude sur les fratries des enfants malades	6.3.2. Organiser une journée scientifique annuelle des équipes de recherche du 93 -	6.4.2. Injections retard	6.5.2. Mettre à disposition des formations/méthodes pour permettre aux acteurs de terrain d'évaluer leurs programmes ou dispositifs (ex demandes Trame, Clichy-sous-Bois, Samsah)
action 3		6.2.3. Prévention de la récurrence du suicide : mettre en place le programme Vigilans	6.3.3. Poursuivre la dynamique de protocoles de recherches conjoints -	6.4.3. Probiotique	
action 4			6.3.4. Mettre en place un DU de RPS à Paris 13		

Les 3 priorités des pilotes du groupe de travail parmi les 14 actions préconisées sont en rouge dans le tableau

Axe 1 - Créer des postes dans les disciplines liées à la santé mentale

FICHE ACTION N°6.1.1 : Mettre en place avec l'Université Paris 13, un plan d'action d'universitarisation de la psychiatrie en SSD

22. **Pilotage** : Ministère de la Recherche, Université Paris 13, CNU, collège médical de la CPT

23. **Calendrier** : 2020-2030

24. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La recherche en psychiatrie en France⁸⁷ atteint depuis quelques années un **niveau de compétitivité international** (2,4 % des publications mondiales⁸⁸) grâce au **partenariat entre les Universités, les EPSM et les organismes de recherche** (INSERM, CNRS,...) ainsi que la **structuration des réseaux** tels que ceux de la fondation Fondamental⁸⁹, du CCOMS⁹⁰, du GDR-CNRS, de l'Institut de Psychiatrie et de quelques Consortium internationaux. Les praticiens Hospitalo-Universitaires (PU-PH) de psychiatrie ne représentent en France que 2,3% de l'ensemble des PU-PH. En Ile de France, la répartition des postes de PUPH est très inégale d'un département à l'autre ; citons 14 en Val de Marne, 1 en Seine-Saint-Denis, aucun en Seine et Marne et dans le Val d'Oise, et bien sur une concentration à Paris partagée entre l'AP-HP et LE GHT Paris Neurosciences (donnée indisponible).

Face à ces constats, la question de la recherche est l'une des thématiques prioritaires dans **la feuille de route santé mentale et psychiatrie** du Ministère publiée en juin 2018 : l'action n°30 préconise de développer la recherche en psychiatrie.

En Seine-Saint-Denis, la cohorte de patients suivis est de plus de 35 000 soit une des plus importantes de France. Tous les déterminants agissant négativement sur la santé mentale sont présents : croissance rapide de la population, jeunesse de la population, précarité, migration, mal logement, chômage, familles nombreuses et monoparentales, pour autant il n'y a sur le territoire qu'un seul poste universitaire de PU-PH en pédopsychiatrie et un seul de MCU PH en pédopsychiatrie aussi (HUPSSD AP HP, Université Paris 13). Récemment (2020) a été ouvert par l'Université Paris 13 un poste de PU-PH en psychiatrie adulte.

Le Plan d'action "Ma santé 2022" envisage la création en France de postes universitaires en psychiatrie (PU PH, MCU PH et CCA).

25. Objectif général de l'action :

Mettre en place et financer des postes Universitaires en psychiatrie (générale et pédopsychiatrie) : PU, MCU et CCA sur la base des besoins du territoire établis par et avec l'université Paris 13

26. Objectifs spécifiques de l'action

- Augmenter l'attractivité du territoire
- Repérer et accompagner les futurs candidats
- Fédérer les acteurs de la recherche clinique et des sciences sociales
- Travailler sur les déterminants de la santé mentale
- Cibler les domaines de la psychiatrie à universitariser

⁸⁷ **Rapport ITMO** (Instituts Thématiques Multi-Organismes Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie) 2013. L'ITMO anime la réflexion stratégique, coordonne la programmation scientifique et la mise en œuvre opérationnelle de la recherche dans son domaine de compétence.

⁸⁸ **Rapport Milon** (sénateur) de 2017 sur la pédopsychiatrie.

⁸⁹ **La Fondation FondaMental** est une fondation de coopération scientifique créée en juin 2007 par décret du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Elle bénéficie des dispositions juridiques et fiscales attachées aux fondations reconnues d'utilité publique. Elle est habilitée à recevoir des dons et des legs. Plusieurs instances décisionnelles et consultatives contribuent à la définition et à la mise en œuvre de sa stratégie d'action.

⁹⁰ **Le Centre collaborateur OMS** pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'[Organisation Mondiale de la Santé \(OMS\)](#).

- Conseiller les acteurs de terrain et les décideurs sur les dispositifs mis en place ou à mettre en place pour agir sur les déterminants
- Améliorer les pratiques en psychiatrie sur les différentes populations rencontrées
- Assurer un enseignement de qualité
- Mutualiser des cohortes

27. Objectifs opérationnels de l'action

- Mettre en place à l'Université Paris 13 un plan d'action pour la désignation d'universitaires
- Établir des priorités en fonction des populations rencontrées (périnatalité, adolescence, appui à la parentalité, etc)

28. Publics concernés : psychiatres adulte et infanto-juvéniles

29. Acteurs impliqués : Doyen de l'université Paris 13, CNU de psychiatrie, CPT-93

30. Indicateurs de résultats :

- a. Nombre de postes universitaires créés dans le département

31. Moyens nécessaires

- a. Création de postes universitaires

FICHE ACTION N°6.1.2 : Mettre en place avec les Universités du territoire (Paris 13) une chaire d'épidémiologie en santé mentale

1. **Pilotage** : Université Paris 13, Université Paris 8, CNU psychiatrie et santé publique, Ministère de la recherche, collège médical de la CPT
2. **Calendrier** : 2020-2030
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

De nombreux rapports sur la santé mentale soulignent le contraste entre l'ampleur et l'impact sociétal et économique des troubles mentaux et **la sous-dotation persistante de la recherche dans tous les domaines qui interviennent en santé mentale comme la psychiatrie, la psychologie, l'épidémiologie. S'agissant de l'épidémiologie en santé mentale les rares études françaises (Magali Coldefy, IRDES) sont alarmantes.** Ainsi, la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces personnes ont des **taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs** à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé⁹¹. Les pathologies psychiatriques n'entraînent pas de conséquences organiques directes pouvant être létales, mais la **prévalence des pathologies somatiques** chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est **élevée**. Dans le cas de la schizophrénie, si la diminution de 20% de l'espérance de vie des patients est due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste est lié à des **maladies physiques**, aux **difficultés d'accès aux soins** et à **des conditions socio-économiques défavorables**⁹².

La nécessité d'investir dans la recherche afin d'améliorer les pratiques, innover dans les prises en charge et diminuer le coût et les répercussions des troubles psychiatriques sont reconnues. La Cour des comptes⁹³ notamment a appelé à développer des axes de recherche en épidémiologie psychiatrique et en santé mentale. La SSD cumulant tous les déterminants qui agissent de manière négative sur la santé mentale et une file active de plus de 35 000 patients doit se doter d'une recherche en épidémiologie et santé mentale.

Dans son rapport au Ministre de la santé, Edouard Couty⁹⁴ a suggéré que la recherche en psychiatrie puisse s'articuler de manière souple et concertée en trois niveaux d'organisation. Pour dynamiser cette organisation, il recommande de favoriser le recrutement de chercheurs ayant une double formation, clinique et recherche, ainsi que le recrutement de personnels non médecins (**épidémiologistes**, socio démographes, sociologues, et anthropologues peu ou pas représentés dans les organismes de recherche). Ceci afin « *d'encourager la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité à la recherche en mobilisant aussi bien les sciences humaines que les neurosciences, la recherche fondamentale et celle exploitant les données de la clinique* » pour assurer une meilleure diffusion des innovations.

Le renforcement et le développement des relations entre les associations de patients et de familles et les équipes de cliniciens et de chercheurs, sont des facteurs majeurs de développement des activités de recherche. Le rapport Milon propose la mise en place d'une instance alliant recherche et soins sur le modèle de l'Institut national du cancer (INCA) afin de permettre aux projets les plus innovants d'obtenir les crédits dont ils ont besoin tout en garantissant l'efficacité des sommes allouées.

En Seine-Saint-Denis, tous les déterminants agissant négativement sur la santé mentale sont présents : croissance rapide de la population, jeunesse de la population, précarité, migration, mal logement, chômage, familles nombreuses et monoparentale. La Communauté psychiatrique de territoire qui s'est mise en place en avril 2018 a d'emblée insisté sur le besoin de développer l'épidémiologie en santé mentale. Dans la convention

⁹¹ « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée », Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes), *Questions d'économie de la santé* n° 237 - Sept 2018.

⁹² Rapport relatif à la santé mentale, Michel Laforcade, Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, Octobre 2016

⁹³ Rapport de la Cour des Comptes en 2011 page 113.

⁹⁴ Rapport Couty de janvier 2009.

de CPT pré-figurative signée en avril 2018 avec l'ARS, il est envisagé de recruter dans le collège médical un épidémiologiste. A ce jour, le poste est vacant.

Par ailleurs les trois établissements publics (Delafontaine, Ballanger et EPS-VE) et les deux cliniques privées (Epinay et Villepinte) ont des SI non compatibles rendant difficiles le recueil et l'analyse des données de cohortes. Seule la base RIM P très imparfaite permet de faire des études longitudinales.

4. Objectif général de l'action :

Mettre en place et développer une recherche épidémiologique en santé mentale en SSD.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Augmenter l'attractivité du territoire
- Fédérer les acteurs de la recherche clinique et en sciences sociales
- Travailler sur les déterminants de la santé mentale
- Conseiller les acteurs de terrain et les décideurs sur les dispositifs mis en place ou à mettre en place pour agir sur les déterminants
- Améliorer les pratiques en psychiatrie sur les différentes populations rencontrées
- Mutualiser des cohortes

6. Objectifs opérationnels de l'action

- Mettre en place un groupe de travail avec les Universités du territoire (Paris 13 et Paris 8)
- Etablir un plan d'action
- Raisonner DIM de territoire

7. **Publics concernés :** acteurs de la santé mentale institutionnels, sanitaires, médicosociaux et sociaux

8. **Acteurs impliqués :** Doyens, Universités, CNU

9. **Indicateurs de résultats :** Poste (s) crée (s) de médecin épidémiologiste

10. **Moyens nécessaires :** financement du ou des postes

Axe 2 - Mettre en place des protocoles de recherche associant les partenaires de la santé mentale déjà identifiés

FICHE ACTION N°6.2.1 : Prévention des conduites à risque chez les enfants : exemple de l'étude Papillagou

1. **Pilotage** : URC (EPS Ville Evrard)
2. **Calendrier** : 2020-2022
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Depuis 2013, la Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques (MMPCR) met en œuvre la politique du Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis dans le domaine de la prévention des conduites à risques. De vocation transdisciplinaire, la MMPCR intervient à la croisée des champs de la cohésion sociale, de l'éducatif, de la santé, de l'insertion, de la justice, pour promouvoir la prévention des conduites à risques, dont les conduites addictives, sur les territoires de la Seine-Saint-Denis. Ces territoires sont confrontés à une situation socio-économique et à des problématiques similaires en matière de conduites à risques qui touchent de nombreuses personnes, jeunes et adultes. Plus ces personnes se trouvent en situation de vulnérabilité, plus les conséquences de leurs conduites à risques peuvent être aggravées : violence, abus de substance, errance, délinquance, sexualité à risques, suicide.

L'Association Accueils, Préventions, Cultures : Intercommunautaire et Solidaire (APCIS) est une association de quartier installée au Clos Saint-Lazare à Stains, à Bagnolet et à Épinay-sur-Seine, en Seine-Saint-Denis. Cette association créée depuis 28 ans par des habitants du quartier du Clos Saint-Lazare à Stains œuvre dans le champ éducatif, socioculturel, de la parentalité du lieu de citoyenneté et de la prévention des conduites à risque et de la santé. Elle est inscrite dans les différents dispositifs de la politique de la ville (comme le contrat urbain de cohésion social, le programme réussite Éducative, REAAP, le contrat local accompagnement scolaire ou encore l'atelier santé Ville) et a des conventions signées avec les partenaires (académie de Créteil, 8 collèges, un CIO, 2 clubs de prévention, 3 structures de réparation pénale (PJJ, Jean Cotxet et l'ADSEA93), 3 chartes (Conseil départemental-éducation Nationale, CLAS, Culture du cœur), une CAF et la CADA).

La MMPCR et l'APCIS ont développé **un outil de prévention** pour le développement des compétences psychosociales, "Mission Papillagou", destiné aux collégiens. Le programme consiste en trois demi-journées d'intervention au collège encadré par un éducateur et des étudiants infirmiers.

A la demande de l'ARS (93), l'Unité de Recherche clinique de Ville-Evrard a évalué l'impact de ce programme sur l'estime de soi et les comportements à risque dans le cadre d'une étude pilote contrôlée menée sur 520 enfants volontaires de 6ème et 5ème dans des collèges de Stains et d'Épinay-sur-Seine (Moulier et al. 2019). Cette étude a montré que Mission Papillagou améliorerait l'estime de soi, le bien-être et l'humeur des participants, tandis que les insultes et les rumeurs diminuaient entre enfants.

4. Objectif général de l'action

Promouvoir le programme Mission Papillagou dans le 93 afin de prévenir les conduites à risque, d'améliorer le bien-être des enfants et le climat scolaire

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Développer le programme Mission Papillagou dans l'ensemble des collèges du 93
- Confirmer les résultats prometteurs de l'étude pilote dans une étude à plus grande échelle, randomisée, utilisant des échelles psychométriques validées (échelle de bien-être scolaire, échelle de dépression de l'enfant) informatisées

6. Objectifs opérationnels de l'action (étapes)

- Développement des partenariats avec les collèges et les IFSI

- Rédaction du protocole de recherche, soumission auprès du CPP
 - Recherche de fonds pour financer des tablettes permettant le recueil des données
7. **Publics concernés** : collégiens de 6ème et 5ème de Seine-Saint-Denis
8. **Acteurs impliqués** : Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques (MMPCR), l'Association Accueils, Préventions, Cultures : Intercommunautaire et Solidaire (APCIS), les collèges de Seine-Saint-Denis
9. **Indicateurs de résultats** :
- Evaluation informatisée du bien-être, de l'humeur et des conduites à risque des collégiens à court (à la fin du programme) et moyen terme (rentré scolaire suivante)
 - Evaluation du climat scolaire en menant une enquête auprès des enseignants
10. **Moyens nécessaires** :
- Financement des tablettes pour permettre le recueil des données
 - Assurance
 - Analyse statistique

FICHE ACTION N°6.2.2 : Exemple de l'étude sur les fratries des enfants malades

1. **Pilotage** : URC (EPS Ville Evrard), Les Funambules
2. **Calendrier** : 2020-2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les recherches convergent sur la vulnérabilité des frères et sœurs de patients atteints de schizophrénie, considérés comme « Sujets à Haut Risque ». Brunelin (2007) constate une hyperactivité au stress chez les patients atteints de schizophrénie et chez leurs apparentés du premier degré. La fragilité des frères et sœurs porte aussi sur des atteintes cognitives (El Hamaoui, 2006) en particulier le déficit des fonctions exécutives et attentionnelles (D'Amato 1998). On constate des signes dépressifs (Sin, 2014, Plessis & Wilquin 2017) et parfois des troubles comportementaux associés aux hallucinations et aux délires du malade (Friedrich, Lively, Rubenstein, 2008). A l'extrême, la littérature fait état de situations de folie à deux (Lasègue et Falret, Rausky, 2000) ou de délires par empathie fraternelle (Davtian, 2007).

Ces éléments ont des effets délétères et entraînent une difficulté à développer une vie sociale et intime satisfaisante (Deal, 1995, Marsh, 1997, Sin 2011). La peur d'être jugé ou stigmatisé les empêche de solliciter de l'aide ou de consulter pour eux-mêmes (Sin, 2017)

4. **Objectif général de l'étude :**

Observer la corrélation entre le ressenti subjectif de stigmatisation des personnes atteintes de troubles schizophréniques et le ressenti subjectif de stigmatisation des autres membres de la fratrie.

5. **Objectifs spécifiques de l'étude :**

- Observer la corrélation entre le ressenti subjectif de stigmatisation et la qualité de vie des participants.
- Observer la corrélation entre le ressenti subjectif de stigmatisation et le degré d'empathie des participants.
- Améliorer nos connaissances sur les effets de la stigmatisation
- Construire des projets avec les familles et les associer à la prise en charge du parent malade
- Prendre soin des familles
- Mettre en place des projets de recherche avec des partenaires de SSD

6. **Objectifs opérationnels de l'étude (étapes) :**

- Etude de la faisabilité du projet et montage budgétaire
- Enregistrement du protocole et obtention de l'immatriculation de la recherche auprès de l'Agence Nationale de sécurité du Médicament ANSM
- Publication internationale du protocole sur la plateforme Clinical Trial
- Déclaration de la première inclusion aux instances réglementaires
- Gel de base et analyse intermédiaire des données
- Rédaction de soumission de l'article
- Organisation d'un colloque

7. **Publics concernés** : Les personnes atteintes de troubles schizophréniques et leurs frères et sœurs

8. **Acteurs impliqués** : Dr. Dominique JANUEL (URS EPS-VE), Mme Hélène DAVTIAN, Mme Éliane COLLOMBET (Les Funambules)

9. **Indicateurs de résultats** : Nombre prévisionnel de sujets : 198 pour un nombre total de 66 fratries

10. **Moyens nécessaires** : Aucun

FICHE ACTION N°6.2.3 : Prévenir la récurrence du suicide : mettre en place le programme Vigilans

1. **Porteurs** : fédération des urgences psychiatriques
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En France, un décès sur 50 est un suicide. Chaque année, plus de 11 000 personnes meurent de suicide et 70 000 personnes sont hospitalisées pour tentative de suicide (TS), cumulant environ 90 000 séjours hospitaliers pour TS. On estime par ailleurs qu'entre 175 000 et 200 000 tentatives de suicide sont prises en charge par les urgences hospitalières.⁹⁵

La statistique de mortalité par suicide est produite depuis 1968 par le CépiDc- Inserm⁹⁶ qui gère la base de données des causes médicales de décès, établie à partir des certificats de décès. Les tentatives de suicide sont repérables dans le PMSI et exploitables à partir de 2003.

Depuis 2007, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) a été mis en place pour tout patient pris en charge dans un établissement psychiatrique en hospitalisation complète ou partielle, ou en ambulatoire. Comme pour le PMSI-MCO, les diagnostics sont codés en CIM-10 de l'OMS⁹⁷.

En Ile de France pour la période 2009-2011, le taux standardisé est de 9.3/100 000 pour une moyenne nationale de 18,1/100 000. Le taux en Île-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris. Le taux de 5.1 pour la SSD souffre des mêmes critiques.

Une des fiches actions du volet santé mentale du PRS2 comprend la mise en place d'un programme de lutte contre la récurrence suicidaire.

Le programme Vigilans est un dispositif de veille des suicidants sur une période de 6 mois. Une carte comprenant le numéro d'appel de ressource régional est initialement transmis à chaque participant. Les médecins traitants, psychiatres et psychologues traitants des suicidants sont prévenus de la mise en place du dispositif de veille. Des re-contacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes.

Les objectifs du dispositif sont de contribuer à une baisse de la mortalité et la morbidité par suicide, dans une population de sujets suicidants. Il visera à constituer des procédures d'alerte efficaces dans chaque centre, en cas d'identification de sujets en crise suicidaire ainsi que de contribuer à la mise en place de stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires.

3. Objectif général de l'action

- Prévenir la récurrence suicidaire.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Contribuer à une baisse de la mortalité et la morbidité par suicide, dans une population de sujets suicidants
- Constituer des procédures d'alerte efficaces dans chaque centre, en cas d'identification de sujets en crise suicidaire

⁹⁵ L'Observatoire national du suicide mis en place depuis septembre 2013 ; il élabore chaque année un rapport qu'il rend public, en s'appuyant sur deux groupes de travail. Le premier, piloté par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide. Le second, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, qui assure également le secrétariat de l'Observatoire), est chargé d'améliorer la connaissance des mécanismes de suicide et des tentatives de suicide, et de promouvoir des recherches sur ce thème.

⁹⁶ <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

⁹⁷ Chaque année, les bases de données du RIM-P sont mises à la disposition des institutions, dont l'InVS, pour les besoins de surveillance et de production d'indicateurs. Les indicateurs issus de cette base concernant la surveillance des tentatives de suicide sont :

- Le nombre d'hospitalisations en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- Le nombre d'hospitalisations en MCO et en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- Les taux bruts et standardisés d'hospitalisations en psychiatrie pour TS.

Toutefois, l'exhaustivité du codage des TS lors des hospitalisations en établissement psychiatrique semble encore imparfaite. Les hospitalisations en psychiatrie n'ont donné lieu à des enregistrements pour le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) qu'à partir de 2007 avec une montée en charge progressive.

Ainsi dans le RIMP, entre 2009 et 2011, on dénombre 33 269 patients avec un code de TS pour un total de 44 748 séjours en établissements psychiatriques en France métropolitaine, soit une moyenne annuelle de 11 000 patients dont environ 4 000 transférés en psychiatrie après un séjour en médecine.

- Contribuer à la mise en place de stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires.

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Cibler un site pilote pour le département
- Mettre en place un numéro d'appel
- Former le personnel soignant des SAU au dispositif
- Mettre en place le dispositif et ses outils
- Étudier les motivations des psychiatres pour hospitaliser les patients
- Mettre en place du « management » de lits

6. Publics concernés : tous les âges

7. Acteurs impliqués : personnels soignants des services d'urgences, de psychiatrie

8. Territoires :

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de récurrences suicidaires
- Nombre de décès par suicide

10. Calendrier : 2021

11. Moyens nécessaires : Appui méthodologique, appui en personnel

Axe 3 - Mettre en place un dispositif territorial de recherche et de formation 93 (DTRF)

FICHE ACTION N°6.3.1 : Mettre en place une plateforme et/ou un observatoire DIM et épidémiologie santé mentale

1. **Pilotage** : Collège médical de la CPT-93, ARS
2. **Calendrier** : 2021_2023
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le DTRF est un dispositif qui existe depuis 2013 par l'initiative de la conférence du collège National universitaire de psychiatrie et de la conférence des présidents de CME des CHS. Le DTRF le plus connu est celui de Lille « la fédération régionale en psychiatrie et santé mentale » (F2RSM Psy) qui regroupe 44 établissements. En Ile-de-France, trois sont recensés, comme le DTRF Paris-Sud, le DTRF-78 avec le soutien de l'ARS, ou encore Paris Grand-Est porté par l'UPEC.

La mise en place d'un DTRF par territoire est un des objectifs du **Projet régional de santé (PRS)**. Les plans d'action, au nombre de 24, de ce PRS 2018-2022 publiés sur le site de l'ARS (SRS 2012-2022 plan d'actions santé mentale) comprennent la fiche action 23 dont l'objectif est de « *généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation. Ces dispositifs sont au nombre de trois actuellement : Yvelines (UVSQ), Paris Sud et Paris Est (UPEC)* ».

Les données de santé mentale disponibles en SSD sont celles du RIM-P et ne permettent pas d'étudier les parcours, les déterminants, voire même de réaliser des comparaisons entre établissements, du fait d'outils de recueil de données différents. Or il est admis que la Seine-Saint-Denis est particulièrement exposée aux problématiques de santé mentale (précarité, familles monoparentales, migrants, logements insalubres, densité de population allophone etc) tout en ayant une offre de soins insuffisante que ce soit sur le plan sanitaire, médicosocial et social.

Pendant la phase de diagnostic du PTSM, aucun interlocuteur unique n'a pu ou su donner des données compactées, cartographiées, analysées. Un observatoire épidémiologique de la santé mentale pourrait éclairer les décisions stratégiques dans l'avenir aussi bien dans le monde sanitaire, social, d'urbanisme etc. Or l'offre universitaire est riche sur le territoire : deux Universités (Paris 8 et 13), l'EHESS, un hôpital Universitaire (HUPSSD) deux GHT, un EPSM comprenant une unité de recherche clinique (URC) etc.

Enfin le territoire a mis en place une Communauté psychiatrique de territoire (CPT-93) dont l'un des objectifs est de fédérer les acteurs de la recherche et de la formation. Le collège médical dans sa composition avait souhaité disposer d'une épidémiologiste.

4. Objectif général de l'action :

Créer un réseau sur un territoire départemental entre les universités, les centres hospitaliers et à terme les structures sociales, médico-sociales et l'éducation nationale (psychologues scolaires), la PJJ etc. afin de développer et fédérer la recherche clinique en psychiatrie et en sciences sociales et mettre en commun des programmes de formation dans ces deux thématiques.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Fédérer les acteurs de la recherche clinique et en sciences sociales
- Répondre à des appels d'offres sur la santé mentale
- Mutualiser des cohortes
- Travailler sur les déterminants du bien-être

6. Objectifs opérationnels de l'action

- Mettre en place un observatoire

- Rédiger une fiche de poste de méthodologiste/animateur de l'observatoire
 - Organiser des colloques annuels sur les thèmes des recherches retenus.
 - Organiser des sessions de formations (via GRCl, EPS-VE, FMC, DU) et des DPC en lien avec les axes de recherche de la structure
 - Réaliser un bilan de la formation action sociale et santé mentale (FASSM)
7. **Publics concernés** : patients, familles
8. **Acteurs impliqués** : Universités, observatoire de l'addictologie, ATIH, EHESS, services de psychiatrie du 93, établissements médico-sociaux, associations, CLSM, GEM
9. **Territoires** : à définir par thème
10. **Indicateurs de résultats** :
- Recrutement d'un épidémiologiste
11. **Moyens nécessaires** :
- Méthodologiste : n = 1 ETP

FICHE ACTION N°6.3.2 : Organiser une journée scientifique annuelle des équipes de recherche du 93

1. Pilotage : Pr Marie-Carmen Castillo (Paris 8), Pr Pascale Molinier (Paris 13), Pr Dominique Januel (EPS-VE, Paris 13)

2. Principaux éléments du diagnostic territorial

Le Dispositif Territorial de Recherche et de Formation (DTRF) existe depuis 2013 par l'initiative de la conférence du collège National universitaire de psychiatrie et de la conférence des présidents de CME des CHS. Le DTRF le plus connu est celui de Lille « la fédération régionale en psychiatrie et santé mentale ou f2rpsmpsy » qui regroupe 44 établissements.

En Ile de France, trois sont recensés, comme DTRF Paris-Sud ou le DTRF-78 avec le soutien de l'ARS ou encore Paris Grand- Est porté par l'UPEC.

La mise en place d'un DTRF par territoire est parmi les objectifs du Projet régional de santé (PRS). Les plans d'action, au nombre de 24, de ce PRS 2018-2022 viennent d'être publiés sur le site de l'ARS (SRS 2012-2022 plan d'actions santé mentale). La fiche action 23 concerne les DTRF à savoir : « généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation. Ces dispositifs sont au nombre de trois actuellement : Yvelines (UVSQ), Paris Sud et Paris Est (UPEC) ».

Un objectif du DTRF 93 est de faciliter les échanges et les partenariats entre les différentes institutions, sur les populations à tous les âges de la vie. A ce titre, l'organisation d'une journée scientifique annuelle permettrait ces échanges, ainsi que de faire un bilan annuel de l'activité de recherche sur le département.

3. Objectif général de l'action :

Mise en place d'une journée annuelle promouvant la recherche collaborative entre les équipes de recherche du 93.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Réaliser un bilan annuel de l'activité de recherche sur le 93
- Faciliter les échanges entre les équipes de recherche du département
- Faciliter l'intégration des équipes désireuses de s'impliquer dans la recherche.

5. Objectifs opérationnels de l'action (étapes)

- Définition et création d'un comité d'organisation (programme, budgétisation, organisation pratique)
- Réalisation d'un calendrier de la préparation de la journée
- Communication autour de la journée
- Bilan de la journée

6. Publics concernés : Personnels des hôpitaux, structures médico-sociales, sociale et des cliniques du département.

7. Acteurs impliqués : Equipes d'appartenance des copilotes du projet (Unité de recherche EPS Ville Evrard, Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie, Université Paris 8, Université Paris 13), professeurs et enseignants-chercheurs du 93.

8. Territoires : Seine-Saint-Denis

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'intervenants et de participants à la journée
- Enquêtes de satisfaction

- Nombre de protocoles issus des rencontres

10. Calendrier : Dernier trimestre 2021

11. Moyens nécessaires :

- Location/Prêt de la salle
- Communication (affiches, flyers, communication web)
- Frais de transport des intervenants

12. Moyens humains

- Equivalent d'un mois de travail pour une équipe (communication, préparation, secrétariat, inscriptions, bilan)

FICHE ACTION N°6.3.3 : Poursuivre la dynamique de protocoles de recherche conjoints

1. **Pilotage** : Equipes d'appartenance des copilotes du projet (Unité de recherche EPS Ville Evrard, Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie, Université Paris 8, Université Paris 13).

2. Principaux éléments du diagnostic territorial

Il existe depuis plusieurs années une dynamique de recherche sur le territoire de la Seine-Saint-Denis, mais les différentes équipes de recherche sont cloisonnées. De plus, la recherche médico-sociale reste à l'état embryonnaire. L'objectif est donc de faciliter des recherches transversales, impliquant les différents acteurs (corps médical, infirmiers et autres personnels paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux) pour enrichir le travail des équipes. Un accent particulier sera porté sur le développement de la recherche médico-sociale. A titre d'exemple, un projet de protocole portant sur la stigmatisation des personnes âgées en psychiatrie est en cours, porté conjointement par le Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie de l'Université Paris 8 et l'Unité de recherche de l'EPS de Ville-Evrard.

3. Objectif général de l'action :

Mettre en place des protocoles de recherche transversaux.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Formation à la recherche des équipes du département
- Mise en place de projets de recherche sur le territoire
- Valorisation de la recherche sur le territoire

5. Objectifs opérationnels de l'action (étapes)

- Recensement des équipes de recherche et évaluation de leurs travaux
- Formation des équipes à la recherche et à la réponse aux appels d'offre
- Ecriture de protocoles en commun, soumission aux instances éthiques
- Définition d'un calendrier de la recherche avec les différentes étapes
- Réalisation des recherches
- Publication

6. **Publics concernés** : (Population des recherche) Usagers enfants et adultes de la santé mentale, familles. Professionnels de la santé mentale.

7. **Acteurs impliqués** : Equipes d'appartenance des copilotes du projet (Unité de recherche EPS Ville Evrard, Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie, Université Paris 8, Université Paris 13), professeurs et enseignants-chercheurs du 93.

8. **Territoires** : Seine-Saint-Denis.

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de personnes formées à la recherche
- Nombre de projets écrits
- Nombre de projets de recherches réalisées en 4 ans
- Nombre d'équipes impliquées dans les projets
- Nombre d'inclusions
- Nombre de publications

10. Calendrier

- Formation à la recherche en 2021
- Ecriture de projets en 2021-2023
- Bilan en 2024-2025

11. Moyens nécessaires :

- Moyens propres à chaque recherche. Chaque recherche nécessitera au minimum un promoteur, une prise en charge par une assurance, un chef de projet, un ou des investigateurs et une équipe chargée de la méthodologie (Attaché de Recherche Clinique, Technicien de Recherche Clinique). Les recherches quantitatives nécessiteront en outre un statisticien.
- Chaque recherche définira le nombre et le type de professionnels impliqués dans la recherche.
- Chaque recherche nécessitera également des moyens matériels adaptés à sa méthodologie (exemple : Cahier de report de données (CRF)).

FICHE ACTION N°6.3.4 : Mettre en place un DU de Réhabilitation Psycho Sociale à Paris 13

1. Intitulé de l'action

Ouvrir un Diplôme Universitaire de Réhabilitation Psychosociale à l'Université Paris 13.

2. Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial

Le développement de l'utilisation des techniques de RPS est soutenu et préconisé au niveau national, régional et territorial, à la fois par le ministère de la Santé, par l'Agence Régionale de Santé (ARS), ainsi que par le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Ces instances préconisent le développement d'outils thérapeutiques de RPS et de coordination permettant la prévention et la limitation du handicap tout au long du parcours de soin du patient. En effet, depuis 2017, avec le décret n° 2017-1200 relatif au PTSM, la réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont des priorités de santé.

Afin que ces prises en charge soient systématisées dans les unités de soins françaises, il est nécessaire que les équipes soignantes puissent être familiarisées et formées à la réhabilitation psychosociale pour fournir ces soins le plus précocement dans le parcours du patient. Ainsi, tout une partie du PTSM se concentre sur l'organisation de l'offre en réhabilitation psychosociale, et notamment sur la question des moyens de faire évoluer les connaissances, les mentalités et les pratiques de RPS sur le territoire (Axe 4). Une enquête de terrain en 2019 dans le domaine de la RPS corrélant les résultats de l'étude de Moualla et al. (2016) confirme d'ailleurs le manque d'équipes formées à la remédiation cognitive et plus généralement aux techniques de RPS, en particulier dans le département de Seine-Saint-Denis.

Dans ce cadre et pour répondre à ce besoin, un Diplôme Universitaire de RPS en psychiatrie adulte a été créé et dispensé pour la première fois lors de l'année universitaire 2019-2020 à l'Université Paris 13. Dans un deuxième temps sera envisagé un programme destiné aux enfants et aux adolescents.

3. Objectif général de l'action

Améliorer la prise en charge au long cours des patients souffrant de pathologie psychiatrique visant au rétablissement et à l'insertion.

4. Objectifs spécifiques de l'action

Ce Diplôme Universitaire vise l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques sur les différentes interventions de réadaptation et de réinsertion qui composent la RPS. Il aborde donc la psychoéducation, la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales, le case management, le job coach ou encore la gestion des symptômes résiduels. Il propose aux participants une formation théorique mais également pratique de plusieurs outils thérapeutiques, qui permettront aux professionnels de santé formés de mettre en place les prises en charges RPS au sein de leur structure ou dans leur pratique en libéral avec des adultes. A plus long terme, ce D.U pourra s'ouvrir sur les techniques de RPS plus spécifiques aux adolescents et/ou aux jeunes adultes.

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Créer un comité pédagogique, gérant la coordination du D.U et la validation des dossiers d'admission des étudiants
- Contacter l'Université Paris 13
- Réaliser un programme d'enseignements
- Valider ce programme auprès des instances de l'Université Paris 13
- Réunir une équipe pédagogique
- Contacter les différents intervenants préconisés pour délivrer les enseignements
- Diffuser le D.U auprès des populations concernées

6. Publics concernés

Public admis à s'inscrire :

- En formation continue : psychologues, médecins, infirmiers, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés

- En formation initiale : internes, DES ou DFMS/A en psychiatrie, étudiant psychologue en master 2 (psychologie clinique, psychopathologie, psychologie cognitive, neuropsychologie), étudiant orthophoniste en 4ème année de formation
- Niveau de diplôme requis minimum : Bac+3
- Niveau de qualification : 1.

7. **Pilotage**

Groupe-projet de RPS/rétablissement du PTSM-93.

8. **Acteurs impliqués**

Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Université Paris 8, UTRPP Paris 13, CEPN Paris 13.

9. **Territoire** : Département de la Seine-Saint-Denis. Ouverture au public d'autres territoires (inscriptions libres).
10. **Indicateurs de résultats** : Nombre d'inscriptions et de validation du Diplôme Universitaire.
11. **Calendrier** : Pour l'année universitaire 2020-2021 : deuxième édition du D.U de janvier 2021 à juin 2021.
12. **Moyens nécessaires** : Budget accordé par l'université. Temps pour le Comité pédagogique.

Axe 4 - Promouvoir la recherche paramédicale en santé mentale

FICHE ACTION N°6.4.1 : Développer la recherche infirmière en profitant notamment de la mise en place d'un CNU infirmier

- 1. Pilotage** : Unité de Recherche Clinique de l'EPS Ville-Evrard, Groupe-projet de RPS du PTSM-93.
- 2. Principaux éléments du diagnostic territorial**

La recherche paramédicale (recherche en soins) est évidente dans les pays anglo-saxons et fait partie intégrante de la pratique. En France, elle est en plein essor depuis 50 ans. Elle s'apparente à une démarche intellectuelle où se côtoient éthique, sens, remise en question, doute, découverte, créativité et où les objectifs sont l'amélioration de la qualité des soins pour les patients et leur entourage, la création de savoirs et d'ouverture. La recherche est inscrite dans le décret infirmier (Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmière Article R. 4311-15) qui spécifie à l'Alinéa « 8 » que les infirmiers peuvent participer ou organiser la « Recherche dans le domaine des soins infirmiers et [la] participation à des actions de recherche pluridisciplinaire ».

Il est important et nécessaire de se préoccuper de la place des paramédicaux dans la recherche. Ils y sont associés le plus souvent par les soins prodigués dans la cadre de la recherche et participent quelquefois aux recueils de données.

La recherche paramédicale étant en constante évolution, les professionnels devraient s'interroger sur leurs pratiques. En effet leur implication constitue un enjeu pour la qualité de vie des personnes, pour la prévention. De plus, les paramédicaux sont des professionnels expérimentés et de mieux en mieux formés (Infirmiers de Pratiques Avancées, formation LMD). Il est donc important de renforcer la professionnalisation des paramédicaux et des métiers support de la recherche.

En Île de France, Paris grâce à l'APHP propulse la recherche paramédicale. Dans le département de la Seine Saint Denis, la recherche infirmière en santé mentale a émergé en 2014 grâce au Centre de Recherche Clinique de l'EPS-Ville-Evrard. Ainsi x projets paramédicaux validés par les Autorités compétentes ont été réalisés et ont permis à des infirmiers formés à la recherche de les mener jusqu'à leur terme.

3. Objectif général de l'action

Impliquer les auxiliaires paramédicaux dans une démarche de recherche.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Développer des nouvelles compétences infirmières
- Permettre aux auxiliaires paramédicaux sur le terrain de participer à ou d'élaborer des projets de recherche en lien avec les problématiques de soins rencontrées dans la pratique quotidienne
- Valoriser la recherche paramédicale dans le département.

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Recenser auprès des établissements, tous les travaux de recherche paramédicale des auxiliaires paramédicaux : publications ou pistes de réflexions ou encore mémoires de fin d'études
- Recenser les auxiliaires paramédicaux volontaires à une activité de recherche
- Solliciter les auxiliaires paramédicaux volontaires à se former à la méthodologie de la Recherche (Formation délivrée à la Formation Continue de l'EPS Ville-Evrard depuis 2014) ou à l'écriture d'articles scientifiques (Formation délivrée à la Formation Continue de l'EPS Ville-Evrard depuis 2015)
- Création d'un lieu de rencontres, d'échanges/réflexions autour de la recherche paramédicale : réflexions cliniques, groupe composé de paramédicaux et de chercheurs
- Accompagnement logistique et technique des auxiliaires paramédicaux dans leur projet de recherche (aide méthodologique, soutien, réunions de travail, présentations bibliographiques)
- Contribution des équipes à la démarche de recherche : temps dédié à la recherche

- Proposer aux auxiliaires paramédicaux sur le terrain de participer/collaborer à des projets de recherche
 - Inciter les auxiliaires paramédicaux volontaires à répondre à des appels à projet (PHRIP, PHRC, Revue Santé Mentale), à publier dans des revues professionnelles et scientifiques et à participer à des congrès, débats, séminaires de recherche.
- 6. Publics concernés :** Tous les paramédicaux exerçant en Santé Mentale et leur encadrement (Direction de Soins, Cadre de santé, Chef de pôle)
- 7. Acteurs impliqués :** Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Les Directions des établissements, Les Directions des Soins des établissements de la Seine Saint-Denis, Les structures d'hospitalisation, les CSIRMT des établissements, les centres de documentations, les Formations continues des établissements, Le Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie de l'Université Paris 8, Le Comité de Protection des Personnes, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé, Le GIRCI Ile de France, GRSI Lyon, Les structures du territoire de santé mentale et médico-sociales, les IFSI, les IFCS, les DIM
- 8. Territoire :** Département de la Seine-Saint-Denis.
- 9. Indicateurs de résultats**
- Nombre de projets de recherche en soins menés chaque année.
 - Nombre de publications et communications.
 - Nombre d'auxiliaires paramédicaux volontaires sur le territoire.
- 10. Calendrier**
- Automne 2019 : propositions de thématiques de recherche auprès des auxiliaires paramédicaux de toutes les structures de l'EPS Ville-Evrard (DS et CRC).
 - Septembre 2020 : Recensement global des publications/activités/projets de recherche des auxiliaires paramédicaux, Recensement global de Formation à la recherche dans les établissements.
- 11. Moyens nécessaires**
- Formation des auxiliaires paramédicaux : méthodologie de la recherche, rédaction d'article,
 - Temps infirmier/paramédical dédié à la recherche, implication de tous les professionnels de la recherche.

FICHE ACTION N°6.4.2 : Conduire une recherche infirmière sur la tolérance de l'Injection Intramusculaire Retard (IMR) chez des patients ayant un suivi en ambulatoire

1. **Pilotage** : Unité de Recherche Clinique de l'EPS Ville-Evrard.
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En psychiatrie, l'arrivée des neuroleptiques puis l'introduction des nouveaux antipsychotiques ont permis une prise en charge en ambulatoire des patients en psychiatrie (Navarre-Coulaud, 2009). Une meilleure tolérance thérapeutique des antipsychotiques retards a été ressentie par les patients et observée par les soignants (Navarre-Coulaud, 2009). L'injection d'un traitement neuroleptique retard permet de faciliter la compliance des patients et d'améliorer leur qualité de vie par la diminution des rechutes et des hospitalisations (Lasser et al., 2005). Cependant, la douleur ressentie lors de l'injection peut constituer un frein à l'administration de ces traitements et nuire à l'observance. Jusqu'à présent la psychiatrie étant encore trop souvent confrontée à une dichotomie entre psyché et soma, l'évaluation de la douleur et de l'anxiété lors de l'IMR est encore rarement réalisée (Willer et al., 1982). En effet, peu de travaux se sont intéressés à la douleur ressentie par les patients lors de l'injection retard et sur les facteurs pouvant l'influencer. Cette question est d'autant plus intéressante chez les patients souffrant de schizophrénie, pour lesquels les observations cliniques en recherche ont rapporté un comportement atypique face à la douleur (Autié et al., 2008). Bloch et al. (2001) ont évalué la douleur liée à l'injection d'un traitement retard chez 34 patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif. Le type de produit injecté, le site d'injection et l'attitude du patient envers l'injection étaient évalués. Leurs résultats ont montré que l'intensité de la douleur dépendait des produits injectés. Une douleur significativement plus importante était retrouvée cinq minutes après l'injection de zuclopenthixol par rapport à l'haloperidol et le fluphenazine. Elle diminuait deux jours après et disparaissait 10 jours après l'injection. Ils ont aussi mis en évidence une corrélation négative entre l'intensité de la douleur et la compliance des patients quant à leur prochaine injection. Selon Kern Sliwa et al. (2018), avec les antipsychotiques de seconde génération, la douleur et les effets secondaires seraient moins importants grâce à la formulation aqueuse. Toutefois il semble exister une différence de perception de la douleur en fonction du site d'injection (glutéal et deltoïde) sans que celle-ci ne soit dose-volume dépendant.

3. Objectif général de l'action

Impliquer des infirmiers dans une démarche de recherche pour mesurer grâce à des outils d'évaluation la douleur et l'anxiété de patients lors de l'IMR

4. Objectifs spécifiques de l'action

Evaluer l'impact du type d'antipsychotiques injectés sur la douleur perçue lors de l'IMR ; l'impact des autres facteurs pharmacologiques (fréquence de l'injection, site de l'injection, durée du traitement, dose du traitement, délai depuis la dernière injection) et des facteurs individuels (diagnostic, sexe, âge, poids, durée de la maladie, niveau d'anxiété, comorbidités psychiatriques et somatiques, insight) sur la douleur perçue lors de l'injection d'un traitement antipsychotique ; le vécu subjectif de l'IMR des patients ; l'existence d'un lien entre l'observance du traitement et la perception de la douleur lors de l'IMR.

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Recherche bibliographique : résumé des articles, principaux résultats des études
- Écriture du protocole de recherche et de ses annexes
- Création du cahier d'observation (le Case Report Form)
- Soumission du protocole au Comité de Protection des Personnes
- Mise en place du protocole dans les unités de soins impliquées
- Période d'inclusion des patients – Fin d'inclusion
- Recueil des données, analyse des données
- Rédaction du compte rendu de recherche au CPP
- Résultats des données : période de rédaction d'articles

- Proposer en fonction des résultats des moyens de diminuer la douleur qu'elle soit « réelle » ou l'appréhension à la douleur. Nous y avons réfléchi en amont en proposant : Patches anti-douleur systématiques, relaxation, musique OU une nouvelle approche de ce soin en réécrivant le protocole de soin de l'établissement ...
- 6. Publics concernés :** Patients bénéficiant d'un suivi psychiatrique en ambulatoire et ayant une prescription de neuroleptique retard par injection intramusculaire.
- 7. Acteurs impliqués :** Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, La Direction : promoteur de la recherche, La Direction des Soins de l'EPS de Ville-Evrard, Les unités ambulatoires de l'EPS Ville-Evrard des pôles 93G02, 93G03, 93G13, 93GXXXX, Le Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie de l'Université Paris 8, Le Comité de Protection des Personnes, Le GIRCI Ile de France, GRSI Lyon.
- 8. Territoire :** Les villes du département de la Seine Saint-Denis desservies par les pôles de psychiatrie adulte suivants : 93G01, 93G02, 93G03, 93G09, 93G12 et 93G13.
- 9. Indicateurs de résultats**
- Intérêt de la recherche auprès des différents acteurs : implication des pôles, soutien des IDE impliqués
 - Nombre de patients volontaires à y participer
 - Nombre de patients honorant les différentes visites prévues par le protocole
 - Diffusion/promotion de la recherche au sein du département et au sein des groupements nationaux de recherche en soins infirmiers

10. Calendrier

Mai 2020 : Soumission du protocole au CPP

Juillet 2020 : Validation du protocole

Juillet 2020 : Période d'inclusion

Juillet 2022 : Fin de la période d'inclusion

Juillet-Décembre 2022 : Analyse des données

Décembre 2022 : Début de la Phase d'écriture (publications)

11. Moyens nécessaires

- Moyens humains mobilisés pour la recherche sur le terrain (Infirmières des unités ambulatoires),
- Moyens logistiques (Centre de Recherche Clinique/Direction des Soins),
- Recueil et analyses des données (temps Attaché de Recherche Clinique/Statisticien).
- Temps nécessaire aux IDE pour la traçabilité du cahier d'observation.

FICHE ACTION N°6.4.3 : Conduire une recherche paramédicale sur l'impact de la prise de probiotiques chez des patients atteints de schizophrénie avec des symptômes négatifs et bénéficiant d'un suivi en ambulatoire

1. Pilotage : Unité de Recherche Clinique de l'EPS Ville-Evrard

2. Principaux éléments du diagnostic territorial

Le rôle du microbiote intestinal est de plus en plus reconnu dans la santé en termes de prévention et dans certaines pathologies. La dysrégulation du microbiote ou dysbiose est impliquée dans la pathogenèse des maladies neuropsychiatriques (Petra et al., 2015). Ce microbiote intestinal est régulé par les probiotiques qui sont des micro-organismes vivants bénéfiques sur la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). Des études montrent leur influence positive sur l'anxiété (Rao., 2009) et la schizophrénie (Severance et al., 2017). Les probiotiques réduisent les marqueurs de l'inflammation dans la schizophrénie (O'Mahony et al., 2005 ; Tomasik et al., 2015) et améliorent les symptômes positifs après 14 semaines de traitement (Severance et al., 2017). Ils régulent les selles et améliorent aussi les effets métaboliques des médicaments antipsychotiques. Les antipsychotiques sont le traitement médicamenteux de la schizophrénie. De tous leurs effets indésirables, le gain de poids et la constipation sont souvent mal tolérés par le patient. Les probiotiques améliorent les symptômes dépressifs chez des patients atteints de dépression majeure (Benton et al., 2007 ; Akkasheh et al., 2016) et aussi les symptômes positifs dans la schizophrénie (Severance et al., 2017). Toutefois, aucune étude contrôlée et randomisée en double aveugle n'a encore évalué l'effet des probiotiques sur la symptomatologie négative. En se basant sur tous ces résultats, nous faisons l'hypothèse que les probiotiques auraient un effet bénéfique sur la symptomatologie négative de la schizophrénie.

Dans ce projet de recherche, nous proposons une évaluation des symptômes négatifs avant et pendant la prise de 14 semaines de prise de probiotiques chez des patients atteints de schizophrénie.

3. Objectif général de l'action

Permettre à des équipes de paramédicaux en santé mentale de collaborer à une recherche permettant d'administrer des probiotiques et d'évaluer grâce à des outils d'évaluation validés en Français, leur impact sur la symptomatologie négative de patients souffrant de schizophrénie.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Évaluations de l'impact de la prise de probiotiques sur les symptômes négatifs chez des patients atteints de schizophrénie avant et après 15 semaines de traitement.
- Evaluation des habitudes alimentaires
- Evaluation du fonctionnement cognitif
- Surveillance de l'Indice de Masse Corporelle.

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Recherche bibliographique : résumé des articles, principaux résultats des études
- Écriture du protocole de recherche et de ses annexes
- Création du cahier d'observation (le Case Report Form)
- Autorisation de recherche de la Directrice de l'EPS Ville-Evrard et Assurance de la recherche
- Soumission du protocole au Comité de Protection des Personnes (CPP) et à l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM)
- Mise en place du protocole dans les structures d'hospitalisation ambulatoire volontaires
- Période d'inclusion des patients – Fin d'inclusion
- Recueil des données, analyse des données
- Rédaction du compte rendu de recherche au CPP
- Résultats des données : période de rédaction d'articles

6. **Publics concernés** : Patients souffrant de schizophrénie avec une symptomatologie négative, bénéficiant d'un suivi psychiatrique en ambulatoire.
7. **Acteurs impliqués** : Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, la Direction de l'EPS de Ville-Evrard : promoteur de la recherche, La Direction des Soins de l'EPS de Ville-Evrard, les structures d'hospitalisation ambulatoire des pôles 93G02, 93G03, 93G05 de l'EPS Ville-Evrard, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM), le Comité de Protection des Personnes, Le GIRCI Ile de France, GRSI Lyon (Diffusion de la recherche).
8. **Territoire** : Les villes de Saint-Ouen, Epinay sur Seine, Drancy, Neuilly sur Marne du Département de la Seine-Saint-Denis.
9. **Indicateurs de résultats**
 - Intérêt de la recherche auprès des différents acteurs : implication des pôles, soutien des IDE impliqués
 - Nombre de patients volontaires à y participer
 - Diffusion/promotion de la recherche au sein du département et au sein des groupements nationaux de recherche en soins infirmiers

10. Calendrier

Mai-Juillet 2020 : fin de l'écriture du protocole de recherche et Validation du protocole

Septembre 2020 - Mars 2023 : période d'inclusion

Septembre 2023 : analyse des données

Octobre 2023 : début de la phase d'écriture

11. Moyens nécessaires :

- Moyens humains mobilisés pour la recherche sur le terrain (Infirmières des unités ambulatoires).
- Moyens logistiques (Centre de Recherche Clinique/Direction des Soins),
- Temps de travail dédié à la recherche pour les IDE.
- Temps de travail pour le recueil et l'analyse des données (Attaché de Recherche Clinique/Statisticien).

La formation en santé mentale en Seine-Saint-Denis

Introduction

Au travers des différents rapports relatifs à la psychiatrie on constate que :

- Les formations des professionnels de la santé mentale sont cloisonnées entre le sanitaire, le social et le médico-social : les aspects sociaux et médico-sociaux sont, par exemple, peu évoqués devant les médecins. Il n'existe pas de chaire de psychiatrie sociale, pas assez d'épidémiologie, pas de notion concernant le partenariat médico-social et social.
- La formation en santé mentale des médecins généralistes est insuffisante. Il n'existe plus de formation d'infirmier en psychiatrie.
- Certaines pratiques professionnelles relevant de la réhabilitation psychosociale (psychoéducation, remédiation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales...) sont en cours de développement dans certains établissements seulement.
- Enfin le développement des infirmiers en pratique avancée (IPA) concrétise ce que l'on constate depuis quelques années, à savoir le glissement de tâches.

Face à ces constats, la question de la formation est l'une des thématiques prioritaires dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie du Ministère publiée en juin 2018 :

- **Action n°16 et N°17** : organiser au niveau régional une fonction régionale pour améliorer les connaissances et les pratiques professionnelles ;
- **Actions n°23 à 29** : Accroître le nombre de professionnels formés et favoriser l'évolution des professions sanitaires pour une meilleure complémentarité et continuité des parcours de soins.

S'agissant du Projet régional de santé (PRS-2) de la région Ile de France, 24 fiches actions ont été publiées par l'ARS IDF relatives à la santé mentale, deux sont relatives à la formation : FA 5 (formations de médiateur pair), et FA 23 (mise en place d'un Dispositif territorial de recherche et formation ou DTRF). De fait de nombreux projets intègrent la formation comme outil de mise en place.

Dans « ma santé 2022 » un des 10 chantiers est « adapter les maquettes de formations aux enjeux de ma santé 2022 ». Il est prévu :

- De développer des stages en santé mentale pour les étudiants en MG
- De renforcer la pédopsychiatrie par la nomination prioritaire d'enseignants hospitalo-universitaires
- De déployer les IPA en psychiatrie

Enfin, dans le cadre du Ségur de la santé, l'accord signé le 13 juillet 2020 pour le personnel médical préconise de « structurer et simplifier l'accès à la formation » au moyen de trois mesures :

- Mettre en place un plan national de formation
- Simplifier le développement professionnel continu (mesure 9)
- Mettre en place des formations au management (mesure 10)

L'accord signé le même jour pour le personnel non médical préconise de renforcer le développement des compétences et des qualifications et prévoit la création d'une mission interministérielle chargée de définir les orientations stratégiques en matière de formation qui devront être déclinées, à partir de 2022, dans chaque établissement.

En conséquence, le département de la Seine-Saint-Denis doit anticiper ces différentes échéances.

Diagnostic territorial partagé

- S'agissant de formation diplômante, on retiendra la mise en place à Paris 13 d'une formation de pair-aidance (36 personnes devraient être formées en 2019-2020) ;
- Janvier 2020 mise en place d'un DU sur la réhabilitation psychosociale.
- En termes de formations professionnelles continues, l'EPS-VE établissement de psychiatrie couvrant 80% des besoins du territoire, et le GHT GPNE, ont une offre diversifiée tournée vers tous les types de soignants (tableau 4, annexe 4 du diagnostic).
- Dans le cadre de l'appel d'offre national de juillet 2018, relatif au psycho-traumatisme, les équipes d'Avicenne et de Robert Ballanger ont été sélectionnées pour organiser la prise en charge et la formation des équipes/acteurs concernés ; par ailleurs l'équipe d'Avicenne collabore avec l'équipe de Lille pour mettre en place le « centre de résilience » national.
- S'agissant de la formation des acteurs sociaux, **la FASSM**⁹⁸ mise en place depuis 2005 et financée par l'ARS, le bilan est si positif que la durée d'attente est aujourd'hui de 2 ans. Son renforcement a été pointé dans tous les groupes du PTSM. Dès 2020 le budget devrait être élargi et permettre l'organisation d'un 5^{ème} groupe par an.
- Une formation aux premiers secours en santé mentale est mise à disposition dès septembre 2019 par l'UNAFAM et l'association Iris Messidor. Ce programme qui s'adresse à tous publics a déjà fait la preuve de son efficacité en Australie. <https://www.iris-messidor.fr/premiers-secours-en-sant%C3%A9-mentale-pssm>

L'attente des acteurs de la santé mentale en termes de formations est importante en SSD ; tous les groupes ont manifesté leur désir de voir se mettre en place des formations pour les acteurs du logement (bailleurs sociaux, gardiens d'immeuble), de l'emploi, de la fonction territoriale, des élus et des acteurs de premier recours.

⁹⁸ Formation action sociale santé mentale.

Les axes de la feuille de route « formations »

Les trois priorités du groupe de travail sont en rouge dans le tableau

11	AXE1	AXE2	AXE3	AXE4	AXE5
7) Formation	Déployer les formations généralistes en santé mentale	Développer des formations professionnelles avec des organismes reconnus en santé mentale (Psycom, CEAPSY, UNAFAM, CRRPSA, CN2R)	Utiliser la formation pour décroiser le sanitaire, le médicosocial et le social	Développer les pratiques avancées infirmières en lien avec les Universités du territoire	Développer un dispositif de formation territorial
action 1	7.1.1. Renforcer les moyens de la Formation action sociale santé mentale (FASSM)	7.2.1. Pour les référents de psychiatrie des personnes âgées (CRRPSA)	7.3.1. Mettre en place des formations en santé mentale conjointes au sanitaire, médicosocial et social sur le modèle des DPC/DU/e-learning	7.4.1 Soutenir et évaluer le développement d'IPA en psychiatrie dans chaque secteur	7.5.1 Identifier un centre territorial de formation à la santé mentale pour les champs sanitaire, médico-social et social
action 2	7.1.2. Mettre en place et soutenir une journée de géronto-psychiatrie dans le cadre de la Formation action sociale santé mentale (FASSM)	7.2.2. Pour la prise en charge du psychotraumatisme chez l'adulte, chez l'enfant sous l'égide du CN2R	7.3.2. Développer les formations croisées (vis-ma-vie de professionnel)		
action 3	7.1.3. Déployer la formation premiers secours en santé mentale (PSSM) sur l'ensemble du territoire	7.2.3. Pour les médecins généralistes, pédiatres, médecins et infirmiers scolaires, médecins du travail	7.3.3 Développer la formation à la réhabilitation psychosociale (voir projet RPS)		

Axe 1 - Déployer les formations généralistes en santé mentale

FICHE ACTION N°7.1.1 : Renforcer les moyens de la Formation action sociale santé mentale (FASSM)

1. **Pilotage** : Coordination de l'action sociale (EPS VE), Comité pédagogique (intervenants, référent médical, médecin de la DT-ARS, conseillère technique santé du CD93)
2. **Calendrier** : 2020-2025
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial** :

La **Formation action sociale santé mentale (FASSM)**, forme les acteurs de l'action sociale à la santé mentale depuis 2005. Elle fait suite au constat de grandes difficultés relationnelles entre le sanitaire et les institutions extérieures, aux difficultés de prises en charge communes entre des professionnels de structures différentes, et à un besoin pour les partenaires de mieux connaître l'impact de la maladie mentale sur la vie des usagers. En moyenne trois à cinq groupes sont formés chaque année, d'une vingtaine de participants chacun. La Formation se déroule à l'EPS Ville Evrard, sur une durée de 6 jours, par sessions de 2 jours réparties sur 3 mois, ce qui permet un temps de retour sur le terrain et d'appropriation des contenus entre les sessions. Les modules portent sur des thèmes tels que l'organisation des soins en psychiatrie, les notions de base sur les troubles psychiatriques, discussion autour de situations de violence, le rôle de l'infirmier et de l'assistant social en psychiatrie, etc. Un module sur la géronto-psychiatrie a été ajouté en 2017. Depuis 2005, plus de 950 personnes ont été formées gratuitement, grâce à la subvention annuelle accordée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France.

Face à son succès (délai d'attente jusqu'à 2 ans), l'ARS a accordé en 2020 à la FASSM des crédits supplémentaires afin d'en étendre les capacités d'accueil. Parmi les personnes accueillies aux sessions de formation 2020, sont d'ailleurs présents des panels d'acteurs élargies : acteurs du logement, de l'hébergement, mandataires, personnels de SAVS/SAMSAH, et coordinateurs de CLSM venant de prendre leur poste.

4. **Objectif général de l'action** :

Améliorer l'articulation entre les équipes de santé mentale et les partenaires du social, et du médico-social.

5. **Objectifs spécifiques de l'action** :

- Faciliter le travail partenarial entre les équipes de soins et l'extérieur,
- Améliorer les prises en charge conjointes de patients,
- Améliorer la compréhension des situations,
- Renforcer la connaissance des réseaux existants (RESAD, CLSM etc..), de l'organisation du soin, des pathologies mentales,
- Repérer les difficultés des stagiaires

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions** :

- Pérenniser les budgets de la formation, et opérer une réévaluation annuelle des moyens
- Pouvoir financer une offre adaptée aux besoins

7. **Publics concernés** : Toute personne exerçant en SSD en lien avec les usagers : travailleurs sociaux, mandataires judiciaires, coordinateurs CLSM, psychologues, secrétaires, agents d'accueil, maîtresse de maison, infirmières etc...

8. **Acteurs impliqués** : psychiatres, sociologues, assistante sociale, IDE, éducateurs spécialisés de l'EPS Ville Evrard et de l'extérieur (MDPH, CD, Hôpital le Vinatier, la maison des ados etc...)

9. **Territoire SSD** : Département de la Seine-Saint-Denis

10. **Indicateurs de résultats** :

- Séance d'évaluation menée dans chaque groupe par la coordination et le référent médical,
- Livret d'évaluation remis par chaque stagiaire,

11. **Moyens nécessaires** :

Un groupe de formation coûte environ 5000 euros (paiement des intervenants et du fil rouge qui accompagne le groupe durant les 6 jours).

FICHE ACTION N°7.1.2 : Mettre en place et soutenir une journée de géronto-psychiatrie dans le cadre de la Formation action sociale santé mentale (FASSM)

1. **Pilotage** : Pilotes MAIA, Hôpital René Muret, Groupe santé mentale/personne âgée, Coordination de l'action sociale (EPS Ville Evrard)
2. **Calendrier** : 2020-2025
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La population des 75 ans et plus de SSD a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La plupart des personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels. Il est admis que les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie. En conséquence l'offre de prise en charge et d'accompagnement doit s'adapter à l'évolution des besoins de la population. Notamment, les acteurs de l'action sociale doivent pouvoir accompagner ce public âgé en ayant connaissance des spécificités des troubles qui les touchent. La **Formation action sociale santé mentale (FASSM)**, qui propose de former les acteurs de l'action sociale à la santé mentale depuis 2005, a enrichi en 2017 son programme d'une journée de géronto-psychiatrie. Cette thématique, peu abordée dans le programme originel a été plébiscité par les participants lors de l'évaluation de la formation. La collaboration de la FASSM avec les pilotes MAIA, le Conseil départemental, l'hôpital Avicenne, la faculté de médecine, et les psychiatres de Ville Evrard, qui font partie du Groupe "santé mentale/personnes âgées" a facilité la mise en place du module de géronto-psychiatrie. Les participants aux 4 groupes de formation FASSM de l'année sont invités à la journée de géronto-psychiatrie. Face au succès de la FASSM (délais d'attente de 2 ans), des crédits supplémentaires ont été accordés en 2020 par l'ARS, financeur du projet, afin d'en étendre les capacités d'accueil. Il serait souhaitable de renforcer la journée de gérontopsychiatrie afin de former plus d'acteurs, et d'étendre les connaissances de cette double spécialité à un profil de professionnels plus diversifié. Les personnels de SSIAD, de SAVS/SAMSAH, et d'EHPAD notamment, trouveraient dans cette formation des outils permettant de faciliter leurs pratiques.

4. **Objectif général de l'action** : : Améliorer la connaissance des troubles psychiatriques des personnes âgées.
5. **Objectifs spécifiques de l'action** :
 - Améliorer le repérage des troubles chez les personnes âgées et renforcer la connaissance des dispositifs existants
 - Renforcer la journée de géronto-psychiatrie de la FASSM en y invitant de nouveaux intervenants
 - Assurer un socle de connaissances en géronto-psychiatrie chez des profils plus élargis, à identifier : personnels de SSIAD, de SAVS/SAMSAH, et d'EHPAD, en plus des acteurs de l'action sociale.
 - Réaliser un bilan annuel du nombre de participants, des profils des acteurs formés, et de leur évaluation
 - Identifier les besoins de formation dans le département en fonction du bilan annuel, et adapter l'offre de formation en conséquence
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions** :
 - Travail partenarial entre la psychiatrie, les hôpitaux généraux, les services à domicile, les assistantes sociales de secteur, les EHPAD, ...
7. **Publics concernés** : Tout professionnel de Seine-Saint-Denis étant en lien avec des personnes âgées : acteurs de l'action sociale, de services à domicile, de l'animation territoriale etc.
8. **Acteurs impliqués** : pilote MAIA, psychiatre et gériatres de l'hôpital René Muret (Sevran)
9. **Territoire SSD** : Département de la Seine-Saint-Denis
10. **Indicateurs de résultats** :
 - Évaluation à la fin de la journée dédiée
 - Nombre et profil des participants à la journée de géronto-psychiatrie
11. **Moyens nécessaires** : les 2 intervenants à la journée de gérontopsychiatrie (indemnisés par les MAIA.)

FICHE ACTION N°7.1.3 : Déployer la formation « Premiers secours en santé mentale » (PSSM) sur l'ensemble du territoire

1. **Pilotage** : Association gestionnaire Iris Messidor, Unafam

2. **Calendrier** : 2020-2025

3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Créé en Australie en 2001 par une éducatrice ayant souffert de troubles psychiques sévères, et un professeur de médecine, le programme de formation « **Premiers secours en santé mentale** » (PSSM) est aujourd'hui adapté et déployé dans 28 pays (Canada, Suède, Finlande, Pays Bas, Danemark, Royaume Uni, Irlande, certains États des USA, Suisse, Allemagne, France...). Ce programme, qui vise à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques, et ses conséquences économiques et sociales, est validé scientifiquement⁹⁹, et fort de son succès, il a été reconnu par les autorités publiques. Il a notamment été retenu comme **l'une des 25 mesures prioritaires de la prévention** annoncées par le Premier Ministre et la Ministre de Santé, Agnès Buzyn. La nouvelle annonce par la Ministère de Santé, le 24 janvier 2019, d'attribuer plus de budgets à la psychiatrie, a mentionné spécifiquement le projet de Premiers Secours en Santé Mentale pour la population étudiante (universitaires, apprentis, diplômés professionnel...). Les porteurs du programme en France se sont donnés comme objectif de former 500 000 personnes dans les dix années à venir.

L'objectif est de former des secouristes, et non des professionnels de santé, lors d'une formation de 2 jours. La formation vise à permettre aux secouristes d'être attentifs et de reconnaître les premières manifestations ou l'aggravation de troubles mentaux, de savoir se comporter de façon adaptée pour entrer en contact avec la personne et gagner sa confiance, et de connaître suffisamment les ressources professionnelles et non professionnelles pour l'orienter ou l'aider à s'orienter vers les soins adaptés. La cible est le grand public, c'est-à-dire toute personne de 18 ans ou plus. Plus de 3 millions de personnes sont déjà formés dans le monde.

Le programme de formation est porté en Seine-Saint-Denis par l'Association gestionnaire d'ESMS « Iris Messidor » et l'association représentante des familles UNAFAM¹⁰⁰. Elles proposent un certain nombre de sessions de stages dans l'année, avec un tarif individuel de 250 euros, et des tarifs de groupe établis sur devis. En 2019, 130 personnes ont été formées, parmi lesquelles un grand nombre d'agents départementaux.

Au regard des enjeux liés à la sensibilisation aux troubles psychiques, les acteurs du PTSM souhaitent promouvoir la formation PSSM auprès d'un large public, et notamment auprès des professionnels de SSD qui sont susceptibles d'accueillir du public car en première ligne.

4. **Objectif général de l'action** : Lutter contre la discrimination des troubles psychiques, et sensibiliser les acteurs du territoire.

5. **Objectifs spécifiques de l'action** : Former les acteurs du territoire aux PSSM.

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions** :

– Faire connaître la formation PSSM à tous les acteurs de première ligne du territoire en ciblant particulièrement les élus locaux, les bailleurs sociaux et les gardiens d'immeuble, les professionnels de premier recours tels que les acteurs de l'action sociale

– Trouver des financements pour permettre à tous les acteurs de suivre la formation PSSM

7. **Publics concernés** : professionnels de SSD

8. **Acteurs impliqués** : Iris Messidor, UNAFAM

9. **Indicateurs de résultats** :

– Progression du nombre de personnes formées chaque année

– Nombre d'institutions payant la formation à leurs agents

10. **Moyens nécessaires** : salles de formation conformes aux nouvelles mesures sanitaires.

⁹⁹ Toutes les données sont examinées par des groupes d'experts composés d'universitaires, de professionnels, d'aidants et de personnes concernées avec des avis donnés de façon anonyme et doivent recueillir un consensus de 80% des participants. Le projet permet de s'inscrire dans un programme international structuré, ayant fait l'objet de nombreuses études de mesure d'impact et de bénéficier de l'expérience acquise par les pays précurseurs. Le dispositif a également l'avantage de proposer à un niveau national des contenus de formation et supports pédagogiques homogènes, validés et connus par tous (pouvoirs publics, représentants des usagers, professionnels...). Ces supports sont actualisés régulièrement au gré des avancées en matière de recherche, de politique de santé, de demande sociale.

¹⁰⁰ <https://www.iris-messidor.fr/premiers-secours-en-sant%C3%A9-mentale-ssm>

Axe 2 - Développer des formations professionnelles avec des organismes reconnus en santé mentale

FICHE ACTION N°7.2.1 : Développer des formations pour les référents de psychiatrie des personnes âgées avec le CRRPSA (centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé)

1. **Pilotage** : MAIA, groupe personnes âgées santé mentale
2. **Calendrier** : 2020-2025
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et psychologiques ont été à l'origine de la création du premier **Centre Ressource Régional de Psychiatrie du Sujet Âgé** (CRRpsa) labellisé par l'ARS. Son rôle est de proposer une **offre de soins spécifiques** compte tenu de la complexité des **troubles psychiatriques du sujet âgé**, de la plus grande résistance thérapeutique et de la fréquence des comorbidités somatiques qui **complexifient la prise en charge**. Les missions de ce centre sont les suivantes :

- Évaluation et prise en charge de recours, pluridisciplinaire et globale, des cas complexes
- Enseignement universitaire et formations professionnelles
- Recherche, qu'elle soit épidémiologique, clinique, en neurosciences ou sur les pratiques de soins, notamment en matière de bientraitance et d'éthique
- Amélioration de la qualité des soins avec élaboration et diffusion de procédures et de protocoles de bonne pratique, et suivi des actions entreprises par des réunions de concertation pluridisciplinaires : 1er centre labellisé en France, le CRRpsa d'Ile-de-France a déjà essaimé son modèle en région Franche Comté (Pr Pierre Vandael, Besançon)
- Amélioration de l'accès aux soins spécialisés, par des actions de coordination, d'information et de communication à destination des usagers et des professionnels concernés, en privilégiant les partenariats au sein du réseau sanitaire et médico-social francilien
- Fédération des équipes mobiles de PSA au niveau francilien

La population des personnes âgées de SSD cumule le plus souvent de nombreux facteurs tels que l'isolement, la précarité, l'allophonie etc en plus des difficultés liées à l'âge. Quand ces patients sont psychiatriques ils sont suivis par leur secteur d'appartenance ; quand ils sont en EHPAD ils sont le plus souvent rattachés au secteur le plus proche de l'EHPAD. Ces malades sont difficiles à prendre en charge et déroutent les équipes de SSIAD comme d'EHPAD. Les problèmes exprimés par les acteurs du grand âge ont été centrés sur la difficulté d'avoir un interlocuteur en psychiatrie. Lors du diagnostic territorial, il a été envisagé de mettre en place dans chaque secteur un référent géronto-psychiatrie, référent pour les équipes qui prennent en charge ces personnes âgées étiquetées psychiatriques. Cette désignation compléterait le dispositif des équipes mobiles géronto-psychiatrie du territoire. Se pose alors la question de leurs missions et leur formation, sachant que le DU de géronto-psychiatrie dure 2 ans, il paraît indispensable de faire une formation sur mesure et sur place.

4. Objectif général de l'action

Désigner, missionner et former les référents en géronto-psychiatrie.

5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- Analyser l'offre existante en formation
- Construire une formation ad hoc avec le partenariat du centre ressource dans un calendrier adapté aux référents désignés

6. Publics concernés : référents en géronto-psychiatrie des 18 secteurs de PG en SSD

7. Acteurs impliqués : MAIA, groupe personnes âgées santé mentale,

8. Indicateurs de résultats :

- Une offre de formation ad hoc disponible en SSD pour les référents de gérontopsychiatrie

9. Moyens nécessaires

- Financement de la formation.

FICHE ACTION N°7.2.2 : Faire connaître et développer les formations du CN2R sur le psycho-traumatisme

1. **Pilotage** : CN2R, services de Psychiatrie de Ballanger, et de pédopsychiatrie d'Avicenne
2. **Calendrier** : 2021-2025
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Deux types d'organisation se sont mises en place en France pour prendre en charge les victimes de violences et/ou de traumatismes. D'une part les cellule d'urgences médico-psychologiques (CUMP) qui interviennent en urgence (attentats, incendies, catastrophes etc.), d'autre part des centres régionaux de prise en charge des psycho-traumatismes chargés de mettre en place des formations ad hoc. Ces 10 centres régionaux, et le centre national qui les coordonne, ont été mis en place en 2018, suite à un appel d'offres national. La SSD comprend à la fois :

- Un des centres régionaux (il y en a deux en Ile-de-France) : il est copiloté par l'hôpital Robert Ballanger qui a une expertise dans les violences faites aux femmes, et l'hôpital Avicenne déjà centre CUMP sur le territoire de la SSD, pour les autres psycho-traumatismes.
- Le « Centre national de ressources et de résilience » (CN2R), copiloté par le CHU de Lille et l'AP-HP (groupe HUPSSD), qui est chargé de développer la recherche et l'enseignement. Il propose des formations centrées sur les conséquences et la prise en charge des traumatismes psychiques enrichi de l'expérience des victimes /patients dans une approche globale du patient psycho-traumatisé.

4. **Objectif général de l'action**

Désigner, missionner et former des référents CUMP et des soignants dans chaque secteur et inter-secteur de psychiatrie, aux conséquences et à la prise en charge du psycho-traumatisme.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Faire conventionner les établissements de psychiatrie avec la CUMP de SSD basée à Avicenne, pour mettre à disposition des personnels selon les besoins
- Intégrer dans l'offre de formation du territoire (établissements sanitaires, cliniques, autres) l'accès aux formations du CN2R

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Rédiger une convention type pour la CUMP
- Faciliter l'accès des soignants aux formations du CN2R

7. **Publics concernés** : psychiatres, psychologues, infirmiers

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de conventions avec la CUMP
- Nombre de personnels inscrits à la CUMP
- Nombre de personnels ayant suivi une formation du CN2R

9. **Moyens nécessaires** : financement de la formation

FICHE ACTION N°7.2.3 : Mettre en place des formations pour les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins et infirmiers scolaires, les médecins du travail

1. **Pilotage** : CTS-93, Commission spécialisée santé mentale du 93, services de formation
2. **Calendrier** : 2021-2025
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le suivi des malades psychiatriques est à la fois somatique et psychiatrique. Dans le domaine somatique il existe de nombreux effets secondaires des médicaments utilisés en psychiatrie (diabète, surpoids, etc) que les psychiatres doivent connaître pour la surveillance des patients ; dans le domaine psychiatrique il y a également des effets secondaires des traitements sur le comportement, l'humeur etc. que doivent maîtriser les médecins traitants et tous ceux qui sont confrontés à la souffrance psychique. Les patients psychiatriques sont plus touchés par des comorbidités somatiques et le diagnostic reste parfois plus difficile à poser compte tenu de la symptomatologie intriquée et d'un interrogatoire et d'un examen clinique plus difficile à conduire. Cette interconnaissance fait l'objet de cours en ligne disponibles sur certains sites comme Psycom, CEAPSy et CC-OMS.

4. **Objectif général de l'action**

Améliorer la connaissance des professionnels au contact des malades en souffrance psychique sur les maladies et les traitements psychiatriques.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Faire coopérer les acteurs du soin somatique et psychiatrique et de la prévention
- Contribuer à une meilleure connaissance des patients psychiatriques
- Contribuer à la dé-stigmatisation

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**

- Identifier tous les sites proposant des formations en ligne
- Les faire connaître
- Organiser des enseignements post universitaires

7. **Publics concernés** : professionnels du soin et de la prévention publics ou libéraux

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de professionnels formés par an

9. **Moyens nécessaires** : financement de la formation

Axe 3 - Utiliser la formation pour décroiser le sanitaire, le médico-social et le social

FICHE ACTION N°7.3.1 : Mettre en place des formations en santé mentale conjointes au sanitaire, médicosocial et social sur le modèle des DPC (développement professionnel continu)

1. **Pilotage** : EPS-VE (service de formation)
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis est le lieu de nombreux acteurs œuvrant à la santé mentale : institutionnels, sanitaires, associatifs, médico-sociaux, sociaux. Si tous sont particulièrement actifs, un grand nombre d'entre eux travaillent en vase clos, et se méconnaissent, ce qui ne permet pas de réaliser un travail en réseau à plus grande échelle. Le cloisonnement des secteurs sanitaires, médico-social et social est très souvent relevé comme un frein à d'éventuels partenariats, et à un travail en réseau :

- Les sources et les modalités de financement restent cloisonnées, laissant peu d'opportunités pour les acteurs de créer des liens à l'occasion d'appels à projet ;
- Les outils utilisés sont différents, ne permettant pas un suivi coordonné des personnes prises en charge et accompagnées, ni des échanges d'information ;
- Les formations proposées en santé mentale sont généralement construites par métier, ou par filière (sanitaire, médico-social, social), ce qui donne l'occasion aux acteurs de s'approprier un langage commun.

Le développement de formations en santé mentale conjointes aux secteurs sanitaire, médico-social, et social a été proposé par les participants au diagnostic territorial partagé du PTSM. Ces formations seraient l'occasion de remédier au manque de culture partagée et d'interconnaissance, et sont donc entendues comme le prérequis nécessaire à de futures collaborations entre les acteurs. Le format du dispositif de formation DPC (développement professionnel continu) a été retenu comme modèle d'inspiration par les participants au PTSM. Le DPC a été mis en place en 2013 pour permettre aux professionnels de santé d'approfondir leurs connaissances et d'analyser leur pratique professionnelle.

4. Objectif général de l'action

Développer une culture, un savoir-faire et un langage commun entre le secteur sanitaire, médico-social, et social.

5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- Identifier les organismes de formation de Seine-Saint-Denis et d'Ile-de-France qui proposent des formations en santé mentale
- Valider avec les organismes de formation identifiés un quota de formations dans leur catalogue qui soient proposées conjointement aux acteurs du sanitaire, social et médico-social
- Communiquer sur ces formations conjointes auprès des acteurs de Seine-Saint-Denis

6. **Publics concernés** : Professionnel travaillant auprès des personnes pouvant rencontrer des problématiques de santé mentale issus d'institutions diverses, des champs sociaux, médico-sociaux, sanitaire, justice etc.

7. **Acteurs impliqués** : organismes de formation en santé mentale de Seine-Saint-Denis et d'Ile-de-France (à identifier),

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre de formations labellisées "conjointes au sanitaire, médico-social et social" en Seine-Saint-denis et en Ile-de-France
- Nombre d'acteurs du territoire inscrits à ces formations

9. Moyens nécessaires

- Les moyens nécessaires au service de formation pour étendre son offre

FICHE ACTION N°7.3.2 : Développer les formations croisées (vis-ma-vie de professionnel)

1. **Pilotage** : ARS, Conseil départemental, UNAFAM
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis est le lieu de nombreux acteurs œuvrant à la santé mentale : institutionnels, sanitaires, associatifs, médico-sociaux, sociaux. Si tous sont particulièrement actifs, un grand nombre d'entre eux travaillent en vase clos, et se méconnaissent, ce qui ne permet pas de réaliser un travail en réseau à plus grande échelle. Le cloisonnement des secteurs sanitaires, médico-social et social est très souvent relevé comme un frein à d'éventuels partenariats, et à un travail en réseau :

- Les sources et les modalités de financement restent cloisonnées, laissant peu d'opportunité pour les acteurs de créer des liens à l'occasion d'appels à projet ;
- Les outils utilisés sont différents, ne permettant pas un suivi coordonné des personnes prises en charge et accompagnées, ni des échanges d'information ;
- Les formations proposées en santé mentale sont généralement construites par métier, ou par filière (sanitaire, médico-social, social), ce qui ne donne pas l'occasion aux acteurs de s'approprier un langage commun.

Le développement de formations croisées entre les acteurs du sanitaire, du médico-social, et du social a été proposé par les participants au diagnostic territorial partagé du PTSM. Ces formations seraient l'occasion de remédier au manque de culture partagée et d'interconnaissance, et sont donc entendues comme le prérequis nécessaire à de futures collaborations entre les acteurs. Dans les territoires expérimentateurs, très souvent la formation se déroulait en deux temps : un temps théorique d'un à 2 jours pour assurer un socle de connaissances communes en santé mentale (similaire à ce que propose la FASSM à l'EPS Ville Evrard), puis un temps pratique au cours duquel les participants intègrent l'établissement d'un partenaire afin d'observer et d'appréhender les pratiques d'autres métiers que le leur.

En Bourgogne, la formation croisée a été construite sur 8 jours, dont 3 de stage, et se déroule comme suit :

- Une journée avec un intervenant extérieur et création des binômes ;
 - o Mise en lumière des projections sur les différents corps de métier
 - o Réflexion commune sur des mises en situation concrètes (savoir faire appel aux compétences collectives de l'équipe et du réseau)
- 6 jours de stage (3 jours chez A et 3 jours chez B),
- Une journée d'évaluation des stages croisés avec un intervenant extérieur :
 - o Retour d'expériences (le vécu des stages, quelle perception du métier de l'autre...)
 - o Réflexion commune sur des mises en situation concrètes
 - o Réflexion pour la restitution d'expériences auprès des membres de son équipe
 - o Mise en place d'outils spécifiques.

La mise en place de la formation croisée en Seine-Saint-Denis peut se révéler complexe, car elle nécessite préalablement :

- D'identifier les besoins (étude, cartographie)
- De rédiger un cahier des charges
- De trouver des moyens de financement
- De trouver un prestataire (CNFPT, CEAPSY, CREA-IDF ?) pour la construction de modules pédagogiques
- Un format qui s'inscrit dans un calendrier restreint
- Des acteurs institutionnels (ARS, Conseil départemental), des responsables d'établissement, des tuteurs d'accueil et des participants fortement engagés

4. **Objectif général de l'action**

Favoriser le travail partenarial entre les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Poursuivre le développement de l'interconnaissance des acteurs travaillant auprès des personnes pouvant rencontrer des problématiques de santé mentale
- Découvrir un métier
- Découvrir le fonctionnement de la structure accueillante et du travail auprès des populations
- Identifier les missions et pratiques de la structure dans l'accueil et l'accompagnement des personnes pour favoriser la coopération

6. **Publics concernés** : Professionnel travaillant auprès des personnes pouvant rencontrer des problématiques de santé mentale issus d'institutions diverses, des champs sociaux, médico-sociaux, sanitaire, justice etc

7. **Territoires** : Département

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de sessions réalisées
- Nombre de personnes formées
- Evaluation de satisfaction à chaud et à froid

9. **Moyens nécessaires**

- Coûts des intervenants extérieurs
- Mise à disposition de locaux
- Ingénierie dédiée au projet -
- Mise à disposition des personnels par les institutions dans le cadre de cette formation

Le coût total par session est estimé à 1 500 € TTC dans l'expérience de la Bourgogne. Dans le Nord-Pas-de-Calais le coût de la formation s'élèverait à 35 000€ pour la partie ingénierie pédagogique et les premières sessions ; puis à 7 000€ pour chaque nouvelle session de 15 personnes.

FICHE ACTION N°7.3.3 : Développer la formation à la réhabilitation psychosociale

1. **Pilotage** : Groupe-projet de RPS/rétablissement du PTSM-93.
2. **Calendrier** : 2020-2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le développement de l'utilisation des techniques de RPS est soutenu et préconisé au niveau national, régional et territorial, à la fois par le ministère de la Santé, par l'Agence Régionale de Santé (ARS), ainsi que par le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Ces instances préconisent le développement d'outils thérapeutiques de RPS et de coordination permettant la prévention et la limitation du handicap tout au long du parcours de soin du patient. Depuis 2017, décret n° 2017-1200 relatif au PTSM, la réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont des priorités de santé. Afin que ces prises en charge soient systématisées dans les unités de soins françaises, il est nécessaire que les équipes soignantes puissent être familiarisées et formées pour fournir ces soins le plus précocement dans le parcours du patient. Une enquête en 2019 corrélant les résultats de l'étude de Moualla et al. (2016) confirme le manque d'équipes formées à la remédiation cognitive et plus généralement aux techniques de RPS, en particulier dans le département de Seine-Saint-Denis. Dans ce cadre et pour répondre à ce besoin, un Diplôme Universitaire de RPS en psychiatrie adulte a été créé et dispensé pour la première fois lors de l'année universitaire 2019-2020 à l'Université Paris 13. Dans un deuxième temps sera envisagé un programme destiné aux enfants et aux adolescents.

4. Objectif général de l'action

Améliorer la prise en charge au long cours des patients souffrant de pathologie psychiatrique visant au rétablissement et à l'insertion.

5. Objectifs spécifiques de l'action

Ce Diplôme Universitaire vise l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques sur les différentes interventions de réadaptation et de réinsertion qui composent la RPS. Il aborde donc la psychoéducation, la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales, le case management, le job coach ou encore la gestion des symptômes résiduels. Il propose aux participants une formation théorique mais également pratique de plusieurs outils thérapeutiques, qui permettront aux professionnels de santé formés de mettre en place les prises en charges RPS au sein de leur structure ou dans leur pratique en libéral avec des adultes. A plus long terme, ce D.U pourra s'ouvrir sur les techniques de RPS plus spécifiques aux adolescents et/ou aux jeunes adultes.

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Créer un comité pédagogique, gérant la coordination du D.U et la validation des dossiers d'admission des étudiants
- Contacter l'Université Paris 13
- Réaliser un programme d'enseignements
- Valider ce programme auprès des instances de l'Université Paris 13
- Réunir une équipe pédagogique
- Contacter les différents intervenants préconisés pour délivrer les enseignements
- Diffuser le D.U auprès des populations concernées

7. Publics concernés : Public admis à s'inscrire :

- En formation continue : psychologues, médecins, infirmiers, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés
- En formation initiale : internes DES ou DFMS/A en psychiatrie, étudiant psychologue en master 2 (psychologie clinique, psychopathologie, psychologie cognitive, neuropsychologie), étudiant orthophoniste en 4eme année de formation
- Niveau de diplôme requis minimum : Bac+3
- Niveau de qualification : 1.

8. **Acteurs impliqués** : Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Université Paris 8, UTRPP Paris 13, CEPN Paris 13.

9. **Territoire** : Département de la Seine-Saint-Denis. Ouverture au public d'autres territoires (inscriptions libres).

10. **Indicateurs de résultats** : Nombre d'inscriptions et de validation du Diplôme Universitaire.

11. **Moyens nécessaires** : Budget accordé par l'université. Temps pour le Comité pédagogique.

Axe 4 : Développer les pratiques avancées infirmières en lien avec les universités du territoire

FICHE ACTION N°7.4.1 : Soutenir et évaluer le développement d'IPA en psychiatrie dans chaque secteur, contribuer à la formation et l'évaluation

1. **Pilotage** : Directeurs des soins, Cadres supérieurs des secteurs et Chefs de pôle
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les besoins de la population et l'aspiration des professionnels à étendre leurs champs d'intervention a abouti à la reconnaissance d'un nouveau statut, celui des infirmiers en pratique avancée. La parution du Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, ouvre la perspective de faire évoluer les organisations et la prise en charge des patients en psychiatrie.

L'IPA suit des patients qui lui ont été confiés par un psychiatre avec son accord et celui du patient ;

Il voit régulièrement le patient pour le suivi des pathologies en fonction des conditions prévues par l'équipe et a notamment la capacité, dans son domaine de compétences, de prescrire des examens complémentaires, de demander des actes de suivi et de prévention ou encore de renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales ;

Il discute du cas du patient lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe ;

Il revient vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou dans le cas d'une dégradation de l'état de santé du patient.

Au regard du contexte de tension en psychiatrie, de files actives importantes générant des délais d'attente souvent considérés comme trop longs en CMP par exemple, l'IPA, de par ses missions élargies, aura un rôle important dans la prise en charge des patients :

- Observation, recueil et interprétation des données dans le cadre du suivi d'un patient
- Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention
- Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient
- Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
- Contribution à des études et des travaux de recherche

3. **Objectif général de l'action** : Promouvoir la mise en place d'une IPA par pôle sur la base du projet médico-soignant

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Informer les instances sur la politique de développement des IPA en psychiatrie : Directoire, CME, CSIRMT, Conseil de surveillance
- Identifier des professionnels motivés et prêt à s'engager pour se former et réinvestir sur le moyen terme
- Formaliser la fiche de poste de l'IPA qui découle du projet de pôle en tenant compte des spécificités des secteurs et des missions de l'IPA
- Revoir les organisations afin de permettre à l'IPA d'exercer à temps plein à l'issue de sa formation
- Préparer les équipes médicales et soignantes au rôle et compétences des IPA
- Contribuer à la formation des IPA
- Evaluer l'impact des IPA sur la PEC des patients

5. Objectifs opérationnels de l'action/ sous actions

- Identifier les pôles ayant le projet formalisé de mise en place une IPA

- Formaliser un Appel à candidature pour identifier les candidats IPA
 - Choisir des candidats en collaboration avec les Chefs de pole et CSS concernés
 - Former des IPA avec validation d'un DU si nécessaire avant inscription en Master
 - Contribuer à la formation et être terrain de stage pour la formation IPA
 - Initier une recherche action sur l'impact des IPA dans la PEC des patients avec l'unité de recherche clinique
6. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches,
7. **Acteurs impliqués** : université, formation professionnelle, psychiatres, cadres et infirmiers
8. **Territoires** : les établissements hospitaliers de la CPT 93
9. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre d'IPA dans 3 ans, puis chaque année
10. **Calendrier** : Sur la base de 18 secteurs adultes et d'une moyenne de 3 à 5 IPA par an le calendrier prévisionnel est de 2020 - 2028
11. **Moyens nécessaires**
- Aide aux financements de la formation universitaire et des remplacements
 - Aide au financement du différentiel des postes (grille indiciaire IPA / grille IDE)
 - Accompagnement et Soutien du projet de recherche

Axe 5 – Développer un dispositif de formation territorial

FICHE ACTION N°7.5.1 : Identifier un centre territorial de formation à la santé mentale pour les champs sanitaire, médico-social et social

1. **Pilotage** : Groupe de travail ad hoc
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis est le lieu où de nombreux acteurs prennent en charge des personnes en souffrance psychique : institutionnels, sanitaires, associatifs, usagers et ex-usagers, médico-sociaux, sociaux. D'importants besoins de formation ont été identifiés lors de la phase de diagnostic et sont repris dans la plupart des feuilles de route du PTSM-93. Ces formations peuvent être dirigées vers les professionnels de la psychiatrie, de la médecine générale et du médicosocial pour renforcer la qualité des soins ou vers des acteurs prenant en charge des personnes en souffrance psychique et pour lesquels il est nécessaire d'informer et de former pour éviter toute stigmatisation (bailleurs, pompiers, police etc). Les formations proposées en santé mentale sont généralement construites par métier, ou par filière (sanitaire, médico-social, social), ce qui ne donne pas l'occasion aux acteurs de se connaître et de travailler ensemble. Or la formation est une occasion de décroïsonner, de rendre attractif un établissement, de développer les carrières. Le développement de formations en santé mentale conjointes aux secteurs sanitaire, médico-social, et social a été proposé par les participants au diagnostic territorial partagé du PTSM. Ces formations seraient l'occasion de remédier au manque de culture partagée et d'interconnaissance, et sont donc entendues comme le prérequis nécessaire à de futures collaborations entre les acteurs. Différents outils de formation pourraient par ailleurs être développés : présentiel, e-learning, soirées, MOOC, DPC, simulation etc...

En Seine-Saint-Denis, il n'existe pas de centre qui propose pour le territoire des formations en santé mentale répondant aux besoins. L'objet de cette fiche-action est d'identifier un tel centre et d'accompagner son développement. **Le PRS-2 dans ses fiches actions préconise par ailleurs de mettre en place un DTRF soit un dispositif territorial de recherche et de formation.**

4. **Objectif général de l'action** : Fédérer les acteurs de la formation en santé mentale pour répondre aux besoins du territoire et mettre en place un centre de formation territorial.
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Recenser les besoins du territoire en formations
 - Analyser les catalogues de formation existants
 - Mettre en place un groupe de travail territorial pour définir collégialement la place de la formation dans le département, se réunissant à intervalle régulier, et qui constituerait éventuellement le volet Formation du DTRF
 - Mettre en place le centre de formation
 - Communiquer sur l'offre du centre de formation
 - Promouvoir des e-formations (MOOC) qui permettraient de capter les professionnels à l'échelon départemental
 - Réfléchir à l'adhésion à des réseaux de santé mentale (Santé mentale France, Psycom, CC-OMS etc.)
6. **Publics concernés** : Usagers, Professionnels travaillant auprès des personnes pouvant rencontrer des problématiques de santé mentale issus d'institutions diverses, des champs sociaux, médico-sociaux, sanitaire, justice etc.
7. **Acteurs impliqués** : Tout professionnel et/ou établissement intéressé par les problématiques de santé mentale en Seine-Saint-Denis
8. **Indicateurs de résultats** :
 - Existence d'un centre de formation reconnu par les acteurs du territoire
 - Nombre de formations à la santé mentale mutualisées dans le territoire
 - Nombre d'acteurs du territoire inscrits à ces formations
 - Taux de satisfaction aux formations mutualisées
9. **Moyens nécessaires** : Moyens humains et de communication pour accompagner la mise en place d'un centre de formation territorial identifié par les acteurs

Santé mentale et prise en charge des enfants

Introduction

Avec une proportion élevée d'enfants (29,0 % de la population a moins de 19 ans, contre une moyenne métropolitaine de 24,0 %) et la natalité la plus dynamique des départements métropolitains, la Seine-Saint-Denis est le département le plus jeune d'Île-de-France. Cette population est en forte croissance (+ 270 000 habitants sur la période 2011-2026 selon l'INSEE¹⁰¹) et concentre les difficultés sociales, économiques, familiales et culturelles : 41% de ces enfants vivent dans des logements surpeuplés, 28% vivent dans une famille monoparentale, 44% ont des parents immigrés, 37,5 % vivent dans une famille sous le seuil des bas revenus¹⁰². Par ailleurs, 17% d'entre eux vivent dans une famille sans actif occupé (37,8% de ceux vivant dans une famille monoparentale)¹⁰³.

De nombreuses études internationales mettent en évidence le rôle favorisant de la précarité, du mal-logement et des migrations dans l'émergence des troubles psychiques. Les situations des enfants et de leurs familles, auxquelles peuvent venir s'ajouter des difficultés culturelles à mettre en place des interventions thérapeutiques basées sur le langage, justifient par ailleurs de la complexité accrue de la prise en charge.

Si l'évaluation des besoins de soins est complexe et que le manque de données épidémiologiques précises rend le dimensionnement de l'offre et les choix de politiques publiques difficiles, une expertise de l'Institut national de la recherche et de la santé médicale (Inserm) de 2002 indique qu'un enfant sur huit souffre d'un trouble mental en France, qu'environ 5 % des enfants de moins de douze ans souffrent de troubles anxieux, 1 à 2 % de troubles à type de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité, et 0,5 % de dépression, l'autisme et la schizophrénie touchant moins de 1 % des enfants et des adolescents. Des études récentes montrent que la migration est un facteur de vulnérabilité supplémentaire.

Si une définition limitative de ce qui relève de l'un ou l'autre champ est d'autant plus complexe à élaborer en ce qui concerne l'enfant, il convient cependant d'insister, malgré le « *fou sémantique* » entretenu entre ces notions, sur la différence fondamentale entre la santé mentale, qui s'inscrit dans une approche élargie de santé publique et renvoie à un état de bien-être et d'équilibre individuels et collectifs, et les soins que nécessitent les patients en rupture et en souffrance du fait de leur fonctionnement psychique qui sont l'objet de la pédopsychiatrie ; le champ du handicap psychique vise quant à lui à une meilleure intégration de ces sujets au sein de la société¹⁰⁴.

Alors que l'amélioration du bien-être des jeunes enfants est une préoccupation croissante des organisations internationales (comme en témoignent les rapports de l'UNICEF qui appréhendent le bien-être de l'enfant à la lumière de la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989) et des politiques nationales,¹⁰⁵ la pédopsychiatrie a fait l'objet d'un intérêt plus limité et a été au cœur de politiques publiques tournées d'abord vers les enjeux d'ordre public plutôt que vers les enjeux sanitaires.

Le rapport Laforcade (2016) formule une série de préconisations pour la psychiatrie infanto-juvénile. Le rapport sénatorial sur la psychiatrie des mineurs souligne les tensions capacitaires et la nécessité d'articuler le dépistage

¹⁰¹ En se basant sur le scénario de projection construit à partir de l'outil OMPHALE de l'INSEE prenant en compte les principaux projets de construction de logements et de transports.

[http://data.seine-saint-denis.fr/politiques/La%20Seine-Saint-Denis/Population%20et%20territoire/Documents/Decryptage\(s\)%201%20-%20La%20Seine-Saint-Denis%20en%202026%20-%20Projections%20demographiques%20-%202015.pdf](http://data.seine-saint-denis.fr/politiques/La%20Seine-Saint-Denis/Population%20et%20territoire/Documents/Decryptage(s)%201%20-%20La%20Seine-Saint-Denis%20en%202026%20-%20Projections%20demographiques%20-%202015.pdf)

¹⁰² Insee Ile-de-France (2011). Regards sur les enfants de familles pauvres en Ile-de-France.

¹⁰³ Source : données du recensement INSEE 2016.

¹⁰⁴ Voir par exemple Falissard, B. (2019). Penser l'avenir de la pédopsychiatrie dans le monde : bilan de 4 années de présidence de l'International Association of Child and Adolescent Psychiatry and the Allied Professions (IACAPAP). Séance du 16 avril 2019. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203, 457-461.

¹⁰⁵ Le plan « Bien-être et santé des jeunes » (2016), à la suite de la mission conduite par le professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Marie-Rose Moro et l'inspecteur d'académie Jean-Louis Brison témoigne de cette préoccupation croissante pour une approche globale du bien-être des jeunes et formule des propositions pour permettre aux professionnels au contact des jeunes de mieux repérer les situations de mal-être des adolescents ou des jeunes adultes, les soutenir face à cette situation et améliorer leur orientation précoce vers des professionnels formés.

précoce des troubles par l'ensemble des intervenants auprès des enfants (enseignants, médecins généralistes, services départementaux de protection de l'enfance) et la prise en charge, en confortant les structures existantes (CMP, CMPP, CATTP, HDJ...) et en améliorant la coordination dans une logique de parcours de soins.¹⁰⁶

La stratégie nationale de santé 2018-2022 vise directement le « repérage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage et des troubles du comportement et autres troubles du neuro-développement, [qui] conditionnent la qualité des apprentissages nécessaires à la réussite éducative et scolaire des enfants et des adolescents »,¹⁰⁷ en insistant sur la nécessité d'un travail en réseau entre les différents acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des enfants aux différents stades et sur le renforcement de l'offre en pédopsychiatrie. De même, les priorités fixées par la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (2018) portent également sur le repérage et l'intervention précoces sur les troubles afin de limiter le sur-handicap, le rattrapage du retard en matière de scolarisation inclusive et le soutien aux familles.

Par ailleurs, plusieurs travaux sont prévus ou déjà engagés dans le champ de la pédopsychiatrie et de la santé mentale de l'enfant dans le cadre du programme de travail pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023 de la Haute autorité de santé afin d'étoffer les thématiques couvertes par le corpus français de recommandations de bonnes pratiques (diagnostic et traitement des TDAH, amélioration de la coordination entre services de pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance, de la continuité entre services de PIJ et services de psychiatrie adulte, prévention et prise en charge des tentatives de suicide...); d'autres thématiques soulevant des enjeux communs avec la psychiatrie adulte sont également prévues (handicap psychique : prévention des situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que des risques de rupture dans le parcours de soins et de vie ; prise en charge du psycho-traumatisme ; élaboration d'indicateurs de qualité des soins).¹⁰⁸

A l'échelon régional, le projet régional de santé (PRS-2) 2018-2022 d'Ile-de-France identifie les enfants comme cible prioritaire afin de réduire les retards de diagnostic ou d'entrée dans les soins,¹⁰⁹ *a fortiori* concernant les plus jeunes sur la tranche 0-4 ans, et met l'accent sur le renforcement de l'offre malgré les difficultés qui pèsent sur la démographie des professionnels de santé.

Si la nécessité d'une prise en charge étendue du bébé au jeune adulte est aujourd'hui reconnue, selon les tranches d'âge, les pathologies, les modalités de prise en charge, les acteurs concernés et les structures varient.

La feuille de route santé mentale et prise en charge des enfants porte sur les enfants âgés de 3 à 12 ans ; la périnatalité (0 à 3 ans) et les adolescents et jeunes adultes (12-25ans) font l'objet de feuilles de route dans le PTSM dédiées qui décrivent les enjeux propres à ces tranches d'âge, pour lesquelles des filières ont été structurées. Si à tous les âges de l'enfant, les problématiques sont déterminées par le contexte ou l'environnement dans lequel l'enfant grandit, la période de la petite enfance (1-5 ans) soulève plus particulièrement la question du repérage, du diagnostic et du parcours des enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme, des retards de développement et des troubles du comportement et de la régulation des émotions ; les troubles des apprentissages et les TDAH concernent plus particulièrement les enfants d'âge primaire (6-11 ans).

¹⁰⁶ Rapport d'information n°494 de M. Michel Amiel fait au nom de la mission sénatoriale d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, déposé le 4 avril 2017.

¹⁰⁷ Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022, décembre 2017, pp. 77-78.

¹⁰⁸ Haute autorité de santé. Programme de travail 2020 (validé par le Collège le 23 juillet 2020).

¹⁰⁹ Le Plan d'action santé mentale du Projet régional de santé (PRS-2) 2018-2022 d'Ile-de-France fixe notamment pour objectif une augmentation du recours aux soins pour les 0-4 ans et leurs parents de 15% (fiche-action n°9) et consacre 40% du soutien total à l'amélioration de l'offre aux enfants et adolescents (fiche-action n°20).

Les enjeux exprimés¹¹⁰ de la prise en charge et de l'accompagnement de ces publics sont donc :

- De favoriser le repérage précoce des troubles et l'orientation par les professionnels de premier niveau (petite enfance, PMI, école, médecins généralistes, pédiatres), notamment grâce au renforcement de l'offre de formation et à la diffusion d'outils adéquats (cf. fiche-action 8.3.2) ;
- De permettre l'accès effectif des enfants à une prise en charge de nature et d'intensité adaptées à leurs besoins (ambulatoire en CMP, CMPP et CATT ; HDJ ; structures médico-sociales) dans des délais raisonnables (cf. fiches-actions 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3), en évitant les ruptures et les situations d'enfants « sans solution » (cf. fiche-action 8.4.1), dans un contexte de forte croissance d'une population qui présente des facteurs de risques psycho-sociaux ;
- De favoriser l'inclusion des enfants dans les dispositifs de droit commun (école, centres de loisirs, activités culturelles), en renforçant l'accompagnement des acteurs face aux problématiques des enfants atteints de troubles psychiques et en luttant contre la stigmatisation (cf. fiches-actions 8.5.1 et 8.5.2) ;
- De soutenir les familles dans le développement des compétences parentales (cf. fiche-action 8.1.1) ;
- De s'articuler avec l'ensemble des partenaires locaux intervenant au sein de l'environnement de l'enfant (écoles, programme de réussite éducative, aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile...) en favorisant l'émergence d'une réflexion à l'échelon infra-territorial, et avec les autres stratégies départementales (notamment le schéma départemental petite enfance et parentalité, le projet de santé publique de la PMI, le schéma départemental de prévention et de protection à l'enfance, le schéma départemental de l'autonomie et de l'inclusion).

Au moment du diagnostic territorial du PTSM, les acteurs ont fait le constat unanime d'une situation difficile pour la prise en charge des enfants en Seine-Saint-Denis s'expliquant par la croissance démographique importante d'une population jeune et cumulant les facteurs de précarité, l'augmentation du recours et l'évolution des attentes des familles et des partenaires vis-à-vis des services de pédopsychiatrie et l'équipement en structures sanitaires et médico-sociales inférieur à la moyenne nationale, l'« *impuissance* »¹¹¹ des autres partenaires publics intervenant dans le champ de l'enfance et de la famille (Education nationale, médecine scolaire, aide sociale à l'enfance¹¹² et acteurs de la protection de l'enfance...), en situation de « *désaffection et donc de sous-effectifs* », à laquelle s'ajoute une « *instabilité des effectifs* » liée à un *turn-over* important de personnels peu expérimentés.

Les conclusions du groupe de travail enfants lors de la phase de diagnostic partagé ont été :

- L'urgence du renforcement des moyens à destination des enfants de Seine-Saint-Denis :
 - L'insuffisance des équipements en structures de soins ambulatoires (CMP, CATT), d'hôpitaux de jour, d'hospitalisation à temps plein pour les enfants et les adolescents, en structures médico-sociales, en structures de répit (cf. fiches-actions 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3) ;
 - En lien avec l'intensification des prises en charge des enfants suivis en CMP faute de place dans des structures adéquates, la saturation des capacités des CMP et les difficultés à prendre en charge le suivi de nouveaux patients, avec des listes d'attente pouvant aller jusqu'à deux ans dans certaines structures, alors même qu'ils ne dépassaient qu'exceptionnellement 3 à 4 mois il y a quelques années. Cette

¹¹⁰ A l'occasion de la phase de diagnostic territorial partagé du PTSM-93.

¹¹¹ Rapport d'information n°1014 sur l'évaluation de l'Etat dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis, déposé par le comité d'évaluation et de contrôles des politiques publiques et présenté par MM. François Cornut-Gentille et Rodrigue Kokouendo, mai 2018.

¹¹² La part des mesures de placement dans le total des mesures d'ASE s'élevait à 61,4 % en 2018, pour une moyenne de 52,7 % en France métropolitaine et de 53,3 % en Ile-de-France. Source : DREES, enquête aide sociale

- insuffisance de l'offre ne permet pas d'enrayer l'aggravation de certaines situations qui auraient pu tirer bénéfice d'une prise en charge brève ;
- Des difficultés importantes liées au manque de place dans les structures (HDJ, établissements médico-sociaux) qui se traduisent par l'existence d'un nombre significatif de situations d'enfants « sans solution », suivis de manière séquentielle dans les structures ambulatoires des secteurs de PIJ et au domicile à temps-plein¹¹³, conduisant certaines familles à solliciter leur admission dans des structures en Belgique¹¹⁴ (93 enfants étaient accueillis dans un établissement belge faute de structure adaptée en 2017¹¹⁵) (cf. fiche-action 8.4.1).
 - Le manque de solution alternative pour la prise en charge des enfants dans le secteur libéral, avec une offre déficitaire en pédopsychiatrie, en orthophonie, en psychomotricité, en partie en raison d'un manque d'attractivité du territoire.
 - Le manque de dispositifs d'inclusion scolaire (manque d'UEE/UEM), d'auxiliaires de vie scolaire formées aux problématiques du handicap psychique et de dispositifs de soins et d'accompagnement médico-social à l'intérieur des écoles et des lieux de vie (cf. fiches-actions 8.5.1 et 8.3.3) ;
 - La nécessité du renforcement du rôle des professionnels de « première ligne » dans le repérage et l'orientation des enfants présentant des troubles psychiques, notamment au travers du développement d'une offre adaptée de formation et d'accompagnement (cf. fiche-action 8.3.2) ;
 - Il sera primordial d'identifier un interlocuteur au sein des services départementaux de l'Education Nationale pour la mise en œuvre des projets du projet territorial de santé mentale.
 - La nécessité de renforcer l'inclusion dans les structures de droit commun (écoles, centres de loisirs, clubs sportifs, activités culturelles...), en articulation avec les actions du schéma départemental autonomie et inclusion (cf. fiches-actions 8.5.1 et 8.5.2) ;
 - Si à l'échelon infra-territorial chaque secteur de pédopsychiatrie a organisé ses partenariats et ses réseaux (avec l'Education nationale et la médecine scolaire, la protection de l'enfance, l'aide sociale à l'enfance, les associations, les structures médico-sociales...) souvent à l'occasion du travail mené autour de situations complexes d'enfants en très grande difficulté, de manière relativement peu formalisée, la réflexion sur la santé mentale des enfants a été en revanche relativement peu investie par les CLSM, qui pourraient constituer le moteur local de la réflexion autour du repérage et de l'orientation des enfants, et *a contrario* de l'inclusion dans les dispositifs de droit commun.
 - L'importance de la coordination entre les structures sanitaires, les structures médico-sociales et la MDPH pour garantir un parcours sans rupture ;
 - La nécessité du renforcement de l'offre de soutien pour les familles, afin d'aider au développement des compétences parentales, et à destination des fratries (cf. fiche-action 8.1.1) ;
 - Le constat d'un découpage territorial complexe des circonscriptions des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des enfants est une source de difficultés dans la coordination entre les structures de l'enfance ;
 - Le constat d'une situation démographique défavorable dans laquelle se trouvent les pédopsychiatres en Seine-Saint-Denis ;

¹¹³ L'étude exploratoire menée dans les secteurs I03 et I05 a conduit à l'identification de plus de 180 enfants en attente de structure notifiée par la MDPH, majoritairement des enfants autistes de 6 à 12 ans.

¹¹⁴ Rapport de la recherche-action animée par Ana MARQUES, « Accompagner vers la Belgique : les pratiques professionnelles des assistantes sociales de l'EPS Ville-Evrard » (2015/2016).

¹¹⁵ Rapport Cordery (2016).

- L'importance d'une meilleure prise en compte des difficultés des enfants pris en charge par l'ASE qui constituent une population particulièrement nécessitant un suivi mixte par les éducateurs, les pédopsychiatres et les psychiatres adultes (cf. fiche-action 8.3.4).

Annexe 1 : L'offre en Seine-Saint-Denis

Offre sanitaire et Service universitaire

L'offre sanitaire est organisée en 5 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ), dont 3 dépendent de l'EPS Ville-Evrard (I02, I03 et I05), 1 du CH Delafontaine (I01) et 1 du CH Robert Ballanger (I04) ; il faut également y ajouter l'offre du service universitaire de psychopathologie (dirigé par le Pr Thierry Baubet) à l'hôpital Avicenne (AP-HP, HU PSSD). Ne sont ici décrites que les structures qui s'adressent aux enfants de 3 à 12 ans, la prise en charge des enfants de 0 à 3 ans, y compris pour le dépistage et le repérage précoce (ex : CATTP parents/enfants à la Maison du Bébé au CH Delafontaine, UTEPP au CH Robert Ballanger, UPP au CHI André Grégoire), ayant été traitées dans la feuille de route « périnatalité » ; les structures qui concernent spécifiquement les adolescents (ex : lits ados, dispositifs de soins-études) sont présentées dans la feuille de route « adolescents – jeunes adultes ».

Offre ambulatoire

- 33 centres médico-psychologiques (CMP) infanto-juvéniles, répartis sur le territoire de manière homogène (20 sont rattachés aux secteurs de l'EPS VE, 6 au secteur I01 et 7 au secteur I04)
 - NB : Parmi eux, 2 CMP-IJ (CMP de Bondy-ados et CMP situé au sein de la MDA CASADO) sont spécifiquement dédiés aux adolescents ; les autres reçoivent enfants et adolescents.
 - File active 2019 : 8354 enfants¹¹⁶ (à titre de comparaison, elle était de 8202 enfants en 2016 en Seine-Saint-Denis et de 8961 enfants à Paris en 2019), soit un taux de recours de 191 enfants suivis pour 10 000 enfants (pour une moyenne nationale de 257/10 000, au 80^{ème} rang des départements métropolitains)
- 22 centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) (17 rattachés aux secteurs de l'EPS VE, 3 au secteur I01 et 2 au secteur I04), dont la plupart partage l'équipe et les locaux du CMP.
 - Le secteur I01 dispose également de deux jardins d'enfants thérapeutiques (JET), équivalents de CATTP localisés à l'intérieur d'écoles.
 - File active 2019 : 937 enfants¹¹⁷ (à titre de comparaison, elle était de 730 enfants en 2016 en Seine-Saint-Denis et de 552 enfants à Paris en 2019), la plupart étant par ailleurs comptabilisés au sein de la file active des CMP, au sein desquels les enfants restent suivis.
- Un service universitaire à Avicenne, dirigé par le Pr Thierry Baubet (seul PU-PH de pédopsychiatrie sur le territoire), qui propose une offre non sectorisée de consultations et d'activités de groupe à destination des enfants.
- Des dispositifs experts spécifiques :
 - L'UNIDEP à l'hôpital Jean Verdier : unité de diagnostic de niveau 3 de l'autisme, à vocation départementale ; elle est rattachée au CRAIF et est à ce titre en lien avec les autres CDEA d'Ile-de-France.
 - Le centre référent du langage et des troubles des apprentissages à l'hôpital Avicenne, qui a développé une expertise spécifique autour de l'évaluation et de la prise en charge des enfants présentant des difficultés dans un contexte de bilinguisme.
 - Des consultations post-traumatiques enfants et adultes, dont le dispositif territorial est porté par l'hôpital Avicenne et l'hôpital Robert Ballanger.
- Une unité co-sectorielle de thérapie familiale (secteur I05), à Bondy et à Rosny-sous-Bois à vocation départementale.

¹¹⁶ Source : résumés d'activité ambulatoire 2019, RIM-P. N'ont été pris en compte que les enfants de 0 à 18 ans vus au moins une fois au cours de l'année civile 2019 dans un CMP. NB : la prise en charge se poursuit parfois au-delà de 18 ans ; ainsi, la file active passe à 8590 patients si le seuil d'âge est relevé à 25 ans.

¹¹⁷ Source : résumés d'activité ambulatoire 2019, RIM-P. N'ont été pris en compte que les enfants de 0 à 18 ans vus au moins une fois au cours de l'année civile 2019 dans un CATTP. NB : la prise en charge se poursuit parfois au-delà de 18 ans ; ainsi, la file active passe à 979 patients si le seuil d'âge est relevé à 25 ans.

Hospitalisation de jour

En 2019, la densité de places d'HDJ pour enfants et adolescents était de 5,10 / 10 000 enfants de moins de 18 ans, au 71^{ème} rang des départements métropolitains (pour une moyenne régionale de 6,64 et une moyenne nationale de 6,42)¹¹⁸

- Offre publique :
 - HDJ du Clos-Bénard (secteur I02, rattaché à l'EPS Ville-Evrard) : 7/8 places pour les enfants de 3 à 6 ans
 - HDJ du Centre Henri Duchêne (secteur I02, rattaché à l'EPS Ville-Evrard) : 15 places pour les enfants de 6 à 12 ans
 - HDJ « Régis » (secteur I03, rattaché à l'EPS Ville-Evrard) : 20 places pour enfants de 3 à 10 ans présentant des troubles relationnels graves
 - HDJ « Les Trois Jardins » (secteur I04, rattaché au CH Robert Ballanger) : 20 places pour des enfants de 4 à 12 ans présentant des troubles autistiques
 - HDJ « Les Hirondelles » (secteur I05, rattaché à l'EPS Ville-Evrard) : 34 places pour la prise en charge médico-psycho-pédagogique d'enfants âgés de 2 à 10 ans présentant des troubles du spectre de l'autisme.
 - Un HDJ de 28 places pour la prise en charge d'enfants âgés de 2 à 12 ans est également en projet sur le secteur I01 (ouverture de 14 places en 2021, pour atteindre 28 places en 2024).
- Offre privée à but non lucratif :
 - HDJ Salneuve : 28 places d'hospitalisation de jour pour enfants et adolescents de 3 à 16 ans souffrant de trouble du spectre de l'autisme associés à un déficit sensoriel, à vocation régionale ;
 - Centre Jean Macé : 40 places à destination des enfants de 6 à 14 ans psychotiques et autistes.

Hospitalisation temps-plein et activité de liaison

- Une seule UHTP pour enfants : l'unité d'hospitalisation « La Nacelle » (rattachée au secteur I03, localisée sur le site Neuilly-sur-Marne de l'EPS Ville-Evrard), d'une capacité de 11 lits temps complet et 2 lits de nuit, qui accueille des enfants de 3 à 12 ans présentant principalement des troubles du comportement pour des hospitalisations courtes visant à réaliser des bilans, à traiter des situations de crise ou à effectuer des séparations thérapeutiques.
 - Au sein de l'UHTP, 5 places d'HDJ de transition (utilisées sur des périodes brèves) permettent de faciliter une réinsertion progressive de l'enfant hospitalisé à temps plein dans sa famille.
- Une activité de liaison à destination des SAU et des services de pédiatrie des centres hospitaliers généraux, à Delafontaine, Ballanger, Avicenne, Jean Verdier et Montfermeil.
- Accueil familial thérapeutique : 10 places sur le secteur I04, 5 places sur le secteur I05 (fermeture en 2021).

Offre médico-sociale

- 11 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui proposent une offre de soins ambulatoires de consultations et de groupes aux enfants de 0 à 20 ans, au sein d'une équipe pluridisciplinaire comportant également des psychopédagogues mis à disposition par l'Education nationale, dont la répartition est inégale puisqu'ils sont essentiellement dans les communes limitrophes de Paris (données non disponibles).
 - File active 2016 : 4 466 enfants (seules données disponibles)

¹¹⁸ Source : données SAE 2019, bordereau PSY ; données INSEE issues de l'exploitation du recensement 2017.

- 37 instituts médico-éducatifs (IME) (environ 1800 places, soit une densité de 467,6 places / 100 000 enfants de 6 à 20 ans, au 78^{ème} rang des départements métropolitains¹¹⁹) ;
- 2 instituts éducatifs et pédagogiques (ITEP) (80 places, soit une densité de 60,5 places / 100 000 enfants de 6 à 18 ans, au 91^{ème} rang des départements métropolitains¹⁷) ;
- 20 services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), parmi lesquels 10 accueillent des enfants présentant une déficience intellectuelle (environ 370 places), 2 des enfants présentant des TSA (80 places), 3 des enfants présentant des troubles du comportement (130 places), 2 des enfants polyhandicapés (80 places)
 - Soit une densité de 243,3 places / 100 000 enfants de 6 à 20 ans, au 89^{ème} rang des départements métropolitains¹⁷ ;
- 4 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dont seuls 3 sont polyvalents (un des centres a développé une spécialisation dans la prise en charge des enfants atteints de surdité) (350 places au total).

Offre d'inclusion scolaire

D'après le site de la DSDEN 93, il existe en Seine-Saint-Denis 105 unités pour l'accueil des élèves en situation de handicap provenant de troubles des fonctions cognitives, 7 pour celui des élèves en situation de handicap moteur (dont les dyspraxies sans troubles associés et les situations de pluri-handicap), 11 UEE/UEM destinés aux enfants atteints d'autisme (9 unités d'enseignement en  cole élémentaire et 2 en maternelle ; l'ouverture de 2 UEMa est prévue suite à un AMI). En revanche, il n'existe pas d'ULIS TED ou d'ULIS TSLA en Seine-Saint-Denis.

Offre de coordination de parcours complexes

- Le **Dispositif Intégré Handicap** (DIH 93) est mis en œuvre par l'association Vivre et Devenir à destination de toutes les personnes en situation complexe de handicap. Si des actions de soutien aux aidants et des interventions de soutien au domicile sont également proposées, une grande partie de l'activité de coordination de parcours complexes consiste en une activité de soutien aux familles dans les démarches d'admission dans les établissements médico-sociaux.
 - En 2019, 93 personnes ont été accompagnées (dont plus de 80% ont moins de 20 ans et dont plus de la moitié présentent des TSA) et 157 nouvelles sollicitations ont été reçues.
- Le **Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées** (PCPE 93), également porté par l'association Vivre et Devenir, est accessible aux personnes en situation de handicap complexe en attente de réponse à leur orientation cible, sur notification de la MDPH. Il dispose de partenaires libéraux pour la réalisation de bilans ou d'interventions thérapeutiques ou éducatives non prises en charge par l'Assurance maladie (psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs).
 - En 2019, la quasi-totalité des 39 personnes accompagnées étaient des enfants autistes.
 - La création d'un deuxième PCPE portée par le Groupe SOS Solidarités est prévue sur le département.

Offre libérale

- L'offre libérale en pédopsychiatrie sur le territoire est très faible. Si le dénombrement est difficile en l'absence de spécialité spécifique à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans les systèmes d'information, 10 psychiatres libéraux sur l'ensemble avaient déclaré une compétence en « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » en 2019.¹²⁰

¹¹⁹ Source : Atlas de la santé mentale en France (en ligne : <http://santementale.atlasante.fr/>), à partir des données FINESS 2015 et des données de population issues du recensement de la population, INSEE.

¹²⁰ Source : annuaire de l'ordre des médecins.

- Malgré la place importante de la rééducation orthophonique en pédopsychiatrie, la carence de l'offre en CMP/CMPP, qui résulte du déficit en professionnels et de la durée plus longue des thérapies qu'impose l'aggravation des troubles observés ces dernières années par les professionnels chez les enfants suivis, n'est pas compensée par une offre libérale compatible avec une prise en charge dans des délais raisonnables. La densité en orthophonistes libéraux est la plus faible d'Ile-de-France (16,5 / 100 000 habitants, pour une moyenne régionale de 29,6¹²¹). Les délais d'attente en libéral sur le territoire, généralement de 1 à 2 ans, amènent les familles à solliciter une prise en charge en-dehors du département, souvent à Paris, générant des difficultés liées à la multiplication de temps de trajet parfois plusieurs fois dans la semaine.

Acteurs de prévention et de première ligne : autres acteurs

Les **services de PMI** (112 centres répartis sur l'ensemble du département) œuvrent pour le suivi de l'état de santé et du bon développement des enfants de 0 à 6 ans, dans le cadre d'une approche globale de la santé prenant en compte les dimensions médico-psycho-sociales. Acteur de prévention précoce, le service de PMI de Seine-Saint-Denis s'est doté des compétences de professionnels du champ de la santé mentale (une soixantaine de psychologues et des psychomotriciennes), qui ont reçu près de 2900 familles en 2019, souvent pour une ou quelques consultations¹²². Il propose aux familles un accompagnement contribuant à la mise en place d'un environnement favorable à la santé mentale, en proposant une offre de soutien à la parentalité visant à l'amélioration du lien parents/enfants (accueils parents-enfants, groupes de soutien pour les parents) et des entretiens de puéricultrices, des entretiens psychologiques, des consultations de psychomotricité. Le projet de service vise par ailleurs à l'augmentation du taux de réalisation des bilans de santé à l'école maternelle, à 3 ans.

L'école et les **professionnels de la médecine scolaire** (psychologues, infirmières et médecins scolaires) jouent un rôle primordial dans la détection des troubles et l'orientation vers une prise en charge. La situation de la médecine scolaire est dégradée ; entre 2013 et 2018, le nombre d'élèves par ETP de médecin scolaire a augmenté de 45 % (de près de 11 000 à environ 15 900)¹²³.

Il convient de mentionner également au titre des acteurs de première ligne l'ensemble **des autres acteurs intervenant auprès des enfants** : médecins généralistes, pédiatres, professionnels de la petite enfance...

Par ailleurs, d'autres **dispositifs de soutien à la parentalité** sont mis en œuvre ou soutenus par les services départementaux et les municipalités ; des professionnels de la pédopsychiatrie sont amenés à y participer de manière ponctuelle. Le dispositif Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents, soutenu par la CAF et le CD 93, fédère 115 lieux, espaces et initiatives de proximité (lieux d'accueil enfants-parents, maisons des parents...) valorisant le rôle des parents dans l'éducation de leurs enfants.

Enfin, les **missions handicap** des municipalités ont pour certaines identifié les problématiques de santé mentale des enfants et proposent parfois des actions (entretiens psychologiques, consultations de psychomotricité, groupes thérapeutiques, formation des AVS, soutien par des éducateurs...).

¹²¹ Source : AMELI, données 2018.

¹²² Source : Service de la PMI, CD93.

¹²³ Cour des comptes. Les médecins et les personnels de santé scolaire. Communication à la commission des finances, de l'économie et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale (avril 2020).

Les axes de la feuille de route « santé mentale et prise en charge des enfants »

15 FA	AXE 1	AXE 2	AXE 3	AXE 4	AXE 5
8) Prise en charge des enfants	Renforcer l'offre destinée aux enfants et aux familles (groupes de parole, dispositifs de répit, dispositifs de soutien aux fratries, séjours thérapeutiques...)	Renforcer l'offre sanitaire et médico-sociale à destination des enfants	Renforcer le repérage des troubles par les acteurs de premier niveau et faciliter l'orientation	Organiser les parcours et éviter les ruptures de prise en charge et les situations d'enfants sans solution	Développer l'inclusion des enfants dans les structures de droit commun
action 1	8.1.1 Construire une offre permettant de soutenir les familles, de les positionner comme l'acteur central de la prise en charge (cf. FA 1.1.1)	8.2.1 Renforcer l'offre ambulatoire de pédopsychiatrie -	8.3.1 Développer l'interconnaissance entre les acteurs de premier niveau et les partenaires à l'échelon infra-territorial	8.4.1 Organiser les transitions afin d'éviter les ruptures de prise en charge aux âges charnières	8.5.1 Renforcer l'inclusion scolaire -
action 2	8.1.2 Développer des actions de promotion de la santé mentale à l'école en s'appuyant sur des parents-experts	8.2.2 Mettre en place dans chaque secteur un HDJ enfants et adapter les capacités d'accueil aux besoins du territoire	8.3.2 Renforcer le rôle des professionnels de première ligne dans le repérage des enfants présentant des troubles psychiques	8.4.2 Définir des règles communes de prise en charge afin d'éviter les ruptures de suivi	8.5.2 En lien avec le tissu local (services municipaux, associations) et les CLSM, favoriser l'inclusion des enfants dans les dispositifs de droit commun
action 3		8.2.3 Augmenter les places en établissements médico-sociaux pour enfants et ados	8.3.3 Organiser dans chaque territoire un dispositif de liens entre pédopsychiatrie, enseignant référent, médecine scolaire et l'inspection	8.4.3 Définir une organisation territoriale de la prise en charge des TSLA couvrant le dépistage, le diagnostic et les soins	
action 4		8.2.4 Renforcer la pédopsychiatrie de liaison et formaliser un dispositif de prise en charge de la crise	8.3.4 Evaluer et renforcer les dispositifs actuels de prise en charge des enfants et des adolescents de l'ASE par les équipes de psychiatrie		

Axe 1 – Renforcer l’offre destinée aux enfants et aux familles

FICHE ACTION N°8.1.1 : Construire une offre permettant de soutenir les familles, de les positionner comme l’acteur central de la prise en charge de leur enfant et d’aider au développement des compétences parentales

1. **Pilotage** : ARS, MDPH, UNAFAM, psychiatrie infanto-juvénile
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Si le projet territorial de santé mentale a pour priorité le repérage précoce des troubles psychiques, la facilitation de l'accès aux soins, l'organisation de parcours sans rupture il a aussi pour objet de renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation et de la parentalité. (Décret PTSM de juillet 2017).

Les réseaux d'entraide sont peu développés, ou existent à des échelles très locales ou familiales, de même que les associations de familles. L'UNAFAM est l'association de familles la plus implantée dans le département. Orientée historiquement vers l'accompagnement des adultes avec des troubles psychiques, elle est de plus en plus sollicitée par les familles ayant un enfant avec des troubles psychiques. Elle participe à la mise en place de groupes de paroles à destination des parents dans certaines communes, et facilite les relations entre les familles et les soignants, parfois très distendues. Une expérimentation a également été lancée par l'Association Les Funambules - Œuvre Falret, dispositif global de prévention en faveur de l'entourage jeune (fratrie) des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique.

Soutenues par de nombreux rapports sur la santé mentale et essentielles à l'efficacité des soins des enfants, l'implication des familles dans les parcours de soins, et leur soutien, sont donc disparates et peu coordonnées à l'échelle du département, dépendant des initiatives des familles notamment et des pratiques locales. Un autre enjeu porte sur le soutien et l'articulation des interventions auprès des familles accompagnées par la Protection de l'enfance (ASE).

L'initiative gouvernementale de mettre en place un numéro national (le 360) qui décliné par territoire permet aux aidants (familles, proches) de trouver une solution et donc éviter des ruptures de soins est en cours de déploiement en SSD. Ce projet dit « communauté 360 » qui regroupent les acteurs intervenant dans le handicap (physique et psychique), piloté par la MDPH, connaît un coup d'accélérateur depuis la COVID19.

4. **Objectif général de l'action** : Construire et coordonner une offre de soutien diversifiée à destination des familles des enfants en SSD.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Permettre aux familles de se sentir soutenues et aidées tout au long du parcours de soins de leur enfant, en les positionnant comme l'acteur central des soins de leur enfant et en renforçant leur sentiment de compétence parentale dans la gestion des symptômes ;
 - Réduire les clivages entre les soignants et les familles ;
 - Favoriser l'alliance thérapeutique ;
 - Reconnaître et développer les compétences des familles à la communication et à la résolution de problèmes, dans une optique de rétablissement par des programmes de formation et de psychoéducation ;
 - Réduire l'impact des dysfonctionnements familiaux sur la santé mentale des enfants ;
 - Participer à l'amélioration de l'état de santé global de tous les membres de la famille (notamment fratries) ;
 - Soutenir la pair-aidance.
 - Réduire l'isolement social des familles dont les enfants sont atteints de troubles mentaux.

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Mobiliser les acteurs du territoire (secteurs de psychiatrie, associations représentantes de patients et des familles, universités,) pour répondre à l'AMI de l'ARS-IDF sur l'offre intégrée de soutien aux familles d'enfants ou adolescents souffrant de troubles psychiques ;
- Répertorier tous les dispositifs de soutien et de soins à destination des familles des enfants disponibles dans le département (y compris développés par la Protection de l'enfance et/ou les MDA), et en faire la cartographie : guidance parentale, psychoéducation, groupes de paroles, thérapies familiales, soutien aux fratries, thérapies multifamiliales¹²⁴...
- Contribuer à la mise en place d'une « communauté 360 » en SSD ;
- Mettre en place des forums, café-débats, cafés-rencontres, SISM, fêtes locales, rencontres associatives, actions médiatiques, participation active aux CLSM, etc. ;
- Rédiger et diffuser une charte de bonnes pratiques concernant l'articulation des soignants prenant en charge les enfants, avec les familles ;
- Former de nouveaux professionnels, notamment de l'ASE, aux différents outils impliquant les familles dans les prises en charge ;
- Renforcer les équipes existantes et créer de nouvelles équipes en fonction des besoins du territoire ;
- Soutenir l'émergence de groupes d'entraide familiaux et/ou d'associations de familles.
- Mettre en place un parcours de formation et d'inclusion des pairs aidants familiaux.
- Soutenir les travaux de recherche et d'évaluation des dispositifs de soutien et de soins destinés aux familles (pour exemple : LTP¹²⁵, Les Funambules) (cf. fiche-action 1.3.5) ;
- Réfléchir aux moyens de valoriser les prises en charge familiales dans le recueil de l'activité des institutions ;
- Renforcer l'articulation entre l'ASE et la psychiatrie notamment dans le suivi des situations complexes et lors des phases de transition ;
- Renforcer l'articulation entre la psychiatrie et les dispositifs d'accompagnement afin d'assurer un meilleur étayage autour des situations.

7. Publics concernés : enfants et leurs familles

8. Acteurs impliqués : MDA, ASV, CLSM, CCAS, Municipalités, Police, Justice, Associations, Soignants, RESAD, ASE, ASV, Académie de Créteil, Enseignants, Educateurs, CMP, etc.

9. Indicateurs de résultats :

- Diffusion d'une charte de bonnes pratiques concernant l'articulation des soignants prenant en charge les enfants, avec les familles
- Nombre de personnels formés à des outils impliquant les familles dans les prises en charge
- Nombre de familles suivies en thérapie familiale ou thérapie multi-familiale
- Nombre de familles ayant participé à un groupe de parole
- Nombre de familles ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation
- Nombre de secteurs où des offres, de thérapie familiale, psychoéducation, guidance parentale, sont accessibles
- Nombre de projets de recherche concernant des dispositifs à destination des familles
- Indicateurs de partenariat
- Indicateurs de formation

10. Moyens nécessaires :

- Chargé(e) de Mission ?

¹²⁴ Thérapie multifamiliale : née de la nécessité de trouver de nouvelles manières d'aborder les situations psycho-sociales complexes, ces dispositifs, qui consistent à réunir plusieurs familles partageant les mêmes difficultés, sont des cadres propices à la collaboration, à la mobilisation des compétences des familles et à la lutte contre l'isolement

¹²⁵ LTP : Lausanne Trilogic Play.

- Outils de communication
- Bureau, moyens financiers à définir

FICHE ACTION N°8.1.2 : Développer des actions de promotion de la santé mentale à l'école en s'appuyant sur des parents-experts

1. **Pilotage** : ARS, Education Nationale, Commission de pédopsychiatrie de la CPT-93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les enfants porteurs de troubles psychiques sont victimes de stigmas sociaux qui renforcent leurs troubles et retentissent sur le bien-être psychique de leurs parents. Depuis la loi d'inclusion de 2005 des efforts considérables ont été réalisés pour inclure les enfants porteurs de troubles psychiques mais la méconnaissance de ces difficultés reste importante dans le corps enseignant tout autant que l'information du public scolaire.

Par ailleurs, une récente instruction ministérielle vise à réduire la violence à l'école. Cette dernière conduit à des phénomènes d'exclusion d'une part, et de victimisation de l'autre. Les constats sont nombreux sur la dégradation des rapports sociaux au sein de l'école ainsi qu'entre les parents et l'école. Même si la prévention en santé ne fait pas partie des missions républicaines de l'Education Nationale, la direction départementale de celle-ci témoigne de la nécessité d'interventions préventives. De nombreux travaux existent à l'étranger (Royaume Uni, Finlande) qui montre l'effet positif de la promotion en santé mentale à l'école ainsi que des interventions préventives sur les phénomènes de harcèlement.

4. **Objectif général de l'action** : Promouvoir et développer les actions de prévention en santé mentale en milieu scolaire, en s'appuyant notamment sur les parents experts.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Piloter un programme départemental inter-institutionnel de prévention en santé mentale ;
 - Former et superviser des parents-experts ;
 - Associer élèves, parents d'élèves, enseignants et vie scolaire ;
 - Intervenir en milieu scolaire : maternelle, élémentaire, collège et lycée en pilotant par exemple une expérimentation de classe en famille (*family class room*) ;
 - Viser un meilleur accueil des populations vulnérables sur le plan psychique et la réduction des phénomènes de violence et de harcèlement.
6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**
 - Associer ARS prévention, Education Nationale, Secteurs de psychiatrie Infanto-Juvenile, Laboratoire Educations et Pratiques en Santé (université Paris 13) et l'UNAFAM93 pour piloter un programme de prévention en santé mentale en milieu scolaire ;
 - Installer des comités de suivi locaux dans chaque circonscription scolaire pour définir les modalités de l'intervention, coordonner les acteurs et mesurer les effets ;
 - Construire un parcours de formation pour des parents « experts », c'est-à-dire ayant l'expérience d'un enfant avec trouble psychique et souhaitant s'engager auprès des familles et des enfants dans un objectif de prévention et d'inclusion en santé mentale ;
 - Elaborer un programme de prévention en santé mentale avec co-intervention de professionnels et de parents experts. Ce programme devra pouvoir être conduit par des professionnels des institutions participantes (Education Nationale, sanitaire, CLSM...) quelle que soit leur formation ;
 - Déployer le programme de prévention au sein des circonscriptions scolaires sous la houlette des comités de suivi ;
 - Evaluer les effets du programme sur le public.
7. **Publics concernés** : enfants accueillis en école maternelle, élémentaire et secondaire ; leurs parents ; les enseignants ; les personnels de la vie scolaire
8. **Acteurs impliqués** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ, CMPP, Education Nationale, LEPS de Paris 13, UNAFAM93, CLSM

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'interventions en milieu scolaire
- Public participant (quantité et qualité)
- Qualité du programme et satisfaction des bénéficiaires
- Nombre de signalement de cas de violence par circonscription scolaire
- Nombre de signalement de cas de harcèlement par circonscription scolaire
- Recensement des situations d'inclusion d'enfants en handicap psychique et/ou mental relevé par les ERSEH

10. Moyens nécessaires :

- Coordinateur projet ARS Prévention
- Renforcement contractuel en personnel sanitaire pour les interventions

Axe 2 – Renforcer l’offre sanitaire et médico-sociale à destination des enfants

FICHE ACTION N°8.2.1 : Renforcer l’offre ambulatoire de pédopsychiatrie après en avoir évalué par une enquête l’activité, les moyens et les organisations

1. **Pilotage** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Pivots de la prise en charge du secteur infanto-juvénile, les CMP sont des « unités de coordination et d’accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d’interventions à domicile mises à la disposition de la population »¹²⁶. Ils offrent une prise en charge ambulatoire par une équipe pluridisciplinaire comprenant des consultations individuelles et des groupes thérapeutiques (pédopsychiatre, psychologue, éducateur spécialisé, orthophoniste, psychomotricien, assistante sociale, IDE) et permettent un recours de proximité au sein d’un modèle sectoriel dont la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 avait réaffirmé la pertinence. Egalement rattachés au secteur de pédopsychiatrie, les CATTP disposent d’une offre de prise en charge pour un nombre plus réduit d’enfants aux troubles sévères qui comprend des groupes thérapeutiques, souvent plusieurs fois par semaine. Les CMPP, qui relèvent du secteur médico-social, offrent une prise en charge organisée selon des modalités proches, et disposent de certaines spécificités liées à leur mission pédagogique.

Les CMP, CATTP et CMPP apportent aux enfants des prises en charge essentielles qu’il convient de renforcer compte tenu des besoins croissants de soins, d’une démographie médicale défavorable et de la nécessité d’une offre multidisciplinaire, gratuite et à proximité des lieux de vie.¹²⁷ L’allongement des délais d’attente en pédopsychiatrie ambulatoire est régulièrement souligné comme un obstacle majeur à l’accès aux soins¹²⁸¹²⁹ ; il est la conséquence de l’insuffisance de l’offre, alors que le nombre de demandes formulées, le nombre d’enfants accueillis et les durées de suivi ont connu une forte augmentation, et que le profil et les besoins en soins des enfants accueillis ont évolué. Cette augmentation du recours aux soins en pédopsychiatrie traduit plusieurs évolutions, sans qu’il soit réellement possible d’évaluer le poids relatif de chaque facteur¹³⁰ : repérage, diagnostic et prise en charge plus précoces des troubles psychiques ; évolutions dans leur définition, leur prévalence et/ou leur sévérité ; évolution des attentes sociétales vis-à-vis de la pédopsychiatrie de la part des parents et des partenaires (au premier plan desquels l’école, dans un contexte où un nombre croissant d’enfants sont scolarisés, certes sur des temps variables) ; diminution de la stigmatisation des troubles et de la stigmatisation du suivi institutionnel.

Il faut par ailleurs souligner l’importance de ce travail de réseau mené avec ces différents partenaires, central dans la prise en charge des enfants : écoles, aide sociale à l’enfance, PMI, structures d’accueil de la petite enfance, protection judiciaire de la jeunesse, service social polyvalent, mission handicap des communes, programme de réussite éducative, autres structures du secteur sanitaire (HDJ, unités d’hospitalisation à temps plein, CMP adulte), structures du secteur médico-social (IME, SESSAD, CAMSP...), associations. Il justifie un grand nombre d’interventions des équipes de pédopsychiatrie hors les murs du CMP, interventions qui se multiplient avec la sévérité des troubles des enfants à la fois pour coordonner la prise en charge de ces derniers comme leur inclusion.

En Seine-Saint-Denis, où l’offre libérale est déficitaire pour certains types de professionnels (pédopsychiatre, orthophoniste notamment) et où la problématique de l’accès aux soins pour les familles se pose avec une acuité particulière, l’offre ambulatoire de pédopsychiatrie institutionnelle constitue souvent le seul recours dont elles

¹²⁶ Arrêté du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l’organisation de la sectorisation psychiatrique.

¹²⁷ IGAS. Mission relative à l’évaluation du fonctionnement des CAMSP, des CMPP et des CMP-IJ, rapport n°2018-0005R, septembre 2018.

¹²⁸ IGAS. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, rapport n°2017-064R, novembre 2017. Annexe 14 : « Les obstacles à l’accès aux soins ».

¹²⁹ CESE. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge. Avis présenté par M. Jean-René Buisson, adopté le 24 février 2010.

¹³⁰ Rapport d’information n°494 fait au nom de la mission sénatoriale d’information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, avril 2017.

disposent. Malgré des disparités entre les structures, les délais importants de prise en charge (généralement entre 6 mois et 2 ans) actuellement constatés, y compris concernant des enfants présentant une symptomatologie nécessitant une prise en charge rapide en pédopsychiatrie (troubles autistiques...), remettent en cause l'accès effectif des enfants à des soins. Par ailleurs, les ressources limitées en personnels de ces structures ne permettent pas d'offrir une prise en charge optimale et conforme aux recommandations aux enfants accueillis, alors qu'une part croissante des enfants accueillis nécessitent une prise en charge intensive (plusieurs fois par semaine) et prolongée, par plusieurs types de professionnels, et que le nombre de situations complexes, impliquant une coordination avec les acteurs multiples intervenant au sein de l'environnement de l'enfant et de sa famille, est important. Il faut ajouter à ce tableau les difficultés rencontrées par les autres acteurs intervenant dans le champ de l'enfance et de la famille en Seine-Saint-Denis.

En 2019, la file active des CMP-IJ de Seine-Saint-Denis était évaluée à 8354 enfants¹³¹ (8202 en 2016), soit un taux de recours de 191 enfants suivis pour 10 000 enfants de 0 à 17 ans inclus (pour une moyenne nationale de 257/10 000, au 80^{ème} rang des départements métropolitains), et celle des CATT à 937 enfants¹³² (730 en 2016). L'analyse de l'activité corrobore une situation de forte tension et de forte concentration des soins sur un nombre limité d'enfants bénéficiant d'une prise en charge rapprochée : 13 % des enfants (pour lesquels le total des actes à type d'entretien ou de groupe sur 12 mois était supérieur à 3 actes / mois) concentrent 43 % du total des actes. Le taux d'accès à une prise en charge en CMP pour des enfants non suivis l'année précédente (77/10 000 enfants) était plus faible que la moyenne nationale (125/10 000, au 85^{ème} rang des départements métropolitains), certains bassins de population se caractérisant par des taux extrêmement faibles en raison de fortes tensions capacitaires de leurs structures (0,3 % à Livry-Gargan, soit 32 enfants entrant en file active en 2019 dont 6 n'avaient consulté qu'une seule fois sur une période de 12 mois).

4. **Objectif général de l'action** : Permettre l'accès effectif de tous les enfants qui le nécessitent à une offre de prise en charge ambulatoire de nature et d'intensité adaptées à leurs besoins.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Améliorer l'accès des enfants à l'offre de pédopsychiatrie ambulatoire, en réduisant les listes d'attente et les délais de RDV, afin de permettre l'évaluation et la prise en charge précoce des troubles ;
- Permettre l'accès à une offre thérapeutique adaptée aux besoins (y compris la rééducation et les activités de groupe) et l'intensification de la prise en charge des enfants qui le nécessitent ;
- Favoriser le travail de réseau avec l'ensemble des partenaires, au travers du développement de liens institutionnels et en facilitant la présence aux réunions de coordination pour les situations complexes ;
- Renforcer l'alliance thérapeutique avec les familles ;
- Donner les moyens de développer « l'aller-vers » ;
- Confirmer les CMP dans leur rôle-pivot au sein du secteur en leur permettant d'exercer toutes leurs missions, dont la prévention.

6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**

- Sous la responsabilité de la commission pédopsychiatrie de la CPT-93, réaliser une étude afin de disposer d'un état des lieux de la situation des 33 CMP infanto-juvéniles
 - Cette enquête évaluera l'activité, les moyens et les organisations des CMP à partir d'indicateurs quantitatifs (données sociodémographiques, données d'activité du RIM-P, dotation en ressources humaines) et d'entretiens qualitatifs (organisation des structures, modalités de prise en charge des nouvelles demandes et de gestion de la liste d'attente, insertion dans

¹³¹ Source : résumés d'activité ambulatoire 2019, RIM-P. N'ont été pris en compte que les enfants de 0 à 18 ans vus au moins une fois au cours de l'année civile 2019 dans un CMP. NB : la prise en charge se poursuit parfois au-delà de 18 ans ; ainsi, la file active passe à 8498 patients si le seuil d'âge est relevé à 25 ans.

¹³² Source : résumés d'activité ambulatoire 2019, RIM-P. N'ont été pris en compte que les enfants de 0 à 18 ans vus au moins une fois au cours de l'année civile 2019 dans un CATT. NB : la prise en charge se poursuit parfois au-delà de 18 ans ; ainsi, la file active passe à 973 patients si le seuil d'âge est relevé à 25 ans.

l'environnement local et relations avec les partenaires, adéquation des locaux à l'activité, difficultés rencontrées).

- Mettre en place des indicateurs de saturation des capacités de prise en charge ambulatoire permettant un suivi rapproché des déséquilibres entre l'offre et les sollicitations ;
 - Renforcer l'offre thérapeutique disponible au sein des structures (psychothérapie individuelle, thérapie familiale, activités groupales, consultations en psychomotricité et en orthophonie), en valorisant la pluralité des approches, et l'offre de soutien destinée aux familles (cf. fiche-action 8.1.1) ;
 - Sur la base de cet état des lieux, renforcer les équipes en personnels médicaux et non médicaux afin de prendre en compte le changement dans le profil des enfants suivis et de pouvoir assurer une prise en charge de qualité et conforme à leurs besoins ;
 - Fidéliser les personnels, particulièrement dans les corps de métiers où la démographie est défavorable (en lien avec les actions de la feuille de route « attractivité territoriale ») ;
 - Développer les interventions au sein des lieux de vie de l'enfant (visites à domicile, écoles, établissements médico-sociaux) et les activités visant à renforcer l'inclusion des enfants, y compris au-delà des murs, au besoin par la création d'équipes mobiles ou d'équipes mixtes (sanitaires/ non sanitaires).
 - Redéfinir les missions des CMP et leur articulation avec les partenaires dans le parcours du patient.
 - Permettre aux équipes des CMP d'exercer pleinement leur mission d'animation au sein du secteur et de renforcer l'interconnaissance avec les partenaires sur leur rôle (cf. fiche-action 8.3.1) ;
 - Articuler la réflexion sur le renforcement de l'offre ambulatoire avec celle qui concerne l'évolution de l'offre des autres types de structures (ESMS, HDJ, structures d'inclusion scolaire) et avec celle des autres axes de la feuille de route (par exemple, structuration de la prise en charge de la crise pour les enfants et ados) ;
 - Engager des travaux avec les communes afin d'identifier des locaux adaptés à l'accueil des enfants et des familles ;
 - Soutenir la réflexion de chaque équipe sur les modalités de prise en charge des nouvelles demandes et sur son organisation, en encourageant les échanges sur les pratiques.
7. **Publics concernés** : enfants pris en charge par l'offre ambulatoire des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (CMP/CATTP) et par les CMPP
8. **Acteurs impliqués** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ, CMPP, EPT du Grand Paris, CLSM.
9. **Indicateurs de résultats** :
- Evolution en temps de professionnels par enfant pris en charge
 - Nombre d'enfants sur la liste d'attente, nombre de sollicitations
 - Délai de premier RDV
 - % d'enfants vus à 3, 6, 9, 12 mois de la demande initiale
 - File active des CMP/CATTP/CMPP
 - Evolution qualitative et quantitative de l'activité des structures
 - Evaluation de l'évolution du report de la demande sur le secteur libéral (consultations d'orthophonie et de pédopsychiatrie)
 - Nombre et type de projets d'équipes hors les murs
10. **Moyens nécessaires** :
- Chargé d'étude pour la réalisation de l'état des lieux de la situation des CMP-IJ
 - Renforcement en personnels médicaux (pédopsychiatres) et non médicaux (psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, IDE)
 - Locaux adaptés

FICHE ACTION N°8.2.2 : Mettre en place dans chaque secteur un HDJ enfant et adapter les capacités d'accueil aux besoins du territoire

1. **Pilotage** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les hôpitaux de jour sont des structures sanitaires qui permettent la prise en charge des enfants pour la réalisation d'évaluations approfondies, de soins et la construction de projets individualisés, de façon individuelle ou collective. Accueillis à temps complet ou à temps partiel, les enfants peuvent y recevoir des soins selon plusieurs modalités : activités thérapeutiques de groupe, enseignement spécialisé, prise en charge individuelle psychothérapeutique et rééducative, travail avec les parents, le tout dans le cadre d'un travail institutionnel au sein d'une équipe pluridisciplinaire et en relation avec les partenaires éventuels.

Ces structures sont régulièrement sollicitées par les partenaires afin d'admettre des enfants qu'elles sont à même de prendre en charge de manière plus adaptée à leurs besoins, en permettant la réalisation d'évaluations et de bilans approfondis et une intensification des soins (multiplication des temps de soins, plusieurs demi-journées par semaine au minimum). Actuellement, en Seine-Saint-Denis, en l'absence de telles options, de nombreux enfants restent au sein des structures ambulatoires (CMP, CATTP, CMPP), alors que cette prise en charge séquentielle, d'une durée cumulée de quelques heures par semaine tout au plus, ne peut remplacer une prise en charge plus conséquente. L'absence de professionnels au sein de certaines équipes (orthophonistes notamment), leur taille relativement limitée et la concentration d'une part importante de leurs ressources sur le suivi au long cours d'enfants présentant des troubles sévères limite les capacités de ces structures ambulatoires pour la réalisation de bilans et de nouvelles prises en charge.

Il existe un large consensus au sein de la littérature internationale sur l'impact sur les troubles d'une intervention intensive la plus précoce possible. En ce qui concerne les troubles du spectre de l'autisme, les recommandations de bonnes pratiques insistent sur l'importance de la mise en œuvre d'interventions précoces et définies en fonction de l'évolution de l'enfant, par une équipe pluridisciplinaire formée spécifiquement à ces problématiques ; elles préconisent également une intensité et un taux d'encadrement élevés, qui doivent permettre de mettre en place des interventions « personnalisées et graduées » (et notamment les approches éducatives, comportementales et développementales).¹³³

En Seine-Saint-Denis, la densité de places d'HDJ pour enfants et adolescents était de 5,10 / 10 000 enfants de moins de 18 ans en 2019, au 71^{ème} rang des départements métropolitains (pour une moyenne régionale de 6,64 et une moyenne nationale de 6,42)¹³⁴. Parmi les 219 places recensées, 137 étaient destinées aux enfants (et 28 places du Centre Jean Macé à Montreuil aux enfants et adolescents). Une enquête réalisée en 2018 avait estimé que parmi les enfants suivis par un des secteurs de pédopsychiatrie (I01), 156 enfants âgés de 2 à 12 ans présentaient des troubles du neuro-développement qui nécessitaient une admission en HDJ.

4. **Objectif général de l'action** : Adapter les capacités de prise en charge en hôpital de jour aux besoins des enfants de Seine-Saint-Denis.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Mener une réflexion sur la place de l'hospitalisation de jour, sur ses indications et ses modalités¹³⁵ ;
 - Analyser quantitativement les besoins en hospitalisation de jour des enfants de Seine-Saint-Denis ;

¹³³ HAS-ANESM. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Recommandation de bonne pratique (mars 2012).

¹³⁴ Source : données SAE 2019, bordereau PSY ; données INSEE issues de l'exploitation du recensement 2017.

¹³⁵ Cette réflexion pourra s'appuyer sur les travaux en cours autour de la définition d'un cahier des charges des hôpitaux de jour en pédopsychiatrie par le comité de pilotage de la psychiatrie, en lien avec l'HAS, qui doit permettre d'aboutir à une clarification de la place des hôpitaux de jour.

- Disposer des moyens nécessaires pour réaliser les bilans et prendre en charge de manière précoce les troubles des enfants qui nécessitent une intensification des soins selon les recommandations de bonnes pratiques ;
- Articuler la réflexion sur la place de l'hospitalisation de jour avec les travaux sur l'inclusion des enfants dans les dispositifs de droit commun, à l'école en particulier, et sur l'évolution de l'offre
 - Avec les structures d'inclusion scolaire : UEM/UEMA, UEE
 - Avec les structures d'aval médicosociale
- Développer ou renforcer l'inclusion des parents dans les structures de soins intensives

6. Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions

- Produire une cartographie détaillée de l'offre d'hospitalisation de jour existante (profil des enfants accueillis, tranches d'âge, capacités d'admission, indications et place dans la prise en charge, nature de la prise en charge, sectorisation éventuelle) ;
- Créer un groupe de travail au sein de la commission de pédopsychiatrie de la CPT-93 pour conduire une réflexion sur les indications de l'hospitalisation de jour et pour mettre en place une évaluation du nombre d'enfants qui nécessiteraient une prise en charge en hôpital de jour (en précisant la nature et la durée de la prise en charge), afin de faire émerger une réflexion sur des projets de structure et sur le capacitaire ;
 - Cette réflexion devra s'articuler avec les autres travaux concernant l'inclusion scolaire et l'évolution de l'offre (structures d'inclusion scolaire, structures ambulatoires, ESMS)
 - Elle devra rendre explicite l'articulation prévue entre les différentes structures de prises en charge, les différents niveaux d'intervention, les passages de l'un à l'autre et les modalités d'adressage et de coordination, en visant une complémentarité.
- Construire une réflexion sur une stratégie territoriale de développement de l'offre s'appuyant sur une analyse des besoins et leur priorisation (tranches d'âge, indications, place dans la prise en charge, nature des interventions, profil des enfants et besoin d'encadrement, lieux d'implantation) ;
- Accompagner les acteurs dans l'élaboration des projets d'ouverture ou d'extension de nouvelles structures, en précisant de manière détaillée les projets de prise en charge au sein des unités (place dans le parcours de soin et le projet des enfants accueillis, temps d'accueil hebdomadaire et durée de suivi prévus, professionnels, approches retenues, modalités d'articulation avec les partenaires, inclusion des parents...).

7. **Publics concernés** : enfants

8. **Acteurs impliqués** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ, ESMS, éducation nationale.

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de structures et de places en HDJ pour chaque tranche d'âge
- Nombre de nouvelles admissions en hospitalisation de jour
- Nombre de nouvelles places en hospitalisation de jour

10. **Moyens nécessaires** :

- Données d'activité des structures existantes d'HDJ
- Crédits d'investissement et de fonctionnement, financement CD 93 + Assurance maladie
- Personnels médicaux (pédopsychiatres) et non médicaux (psychologues, IDE, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, assistantes sociales...)
- Parcelle foncière

FICHE ACTION N°8.2.3 : Renforcer l'offre en établissements et services médico-sociaux (notamment IME, IMPro, SESSAD)

1. **Pilotage** : ARS, CD 93, MDPH, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, DIH-93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

De nombreux enfants et adolescents entre 6 et 18 ans suivis dans les structures ambulatoires des secteurs de PIJ sont au domicile à temps plein du fait d'un manque de places en structure correspondant à l'orientation préconisée par la MDPH 93. Leur nombre est aujourd'hui estimé à environ 400 enfants par la MDPH 93.¹³⁶ Par ailleurs, en 2017, 93 enfants étaient accueillis dans un établissement belge faute de structure adaptée, ce qui positionne la Seine-Saint-Denis à la 3^{ème} place de la liste des départements ayant le plus d'enfants en Belgique (1^{ère} place en Ile-de-France)¹³⁷ ; cela implique une séparation du milieu familial et ne peut être considéré comme une solution convenant à toutes les familles. La plupart de ces enfants « sans solution » sont suivis dans le dispositif sanitaire, au sein des CMP et des CATT. La prise en charge au sein de ces structures (consultations mensuelles par un pédopsychiatre ; accompagnements individuels hebdomadaires d'1 à 2h au total par des psychologues, des éducateurs, des psychomotriciens, des orthophonistes, des infirmiers ; groupes thérapeutiques d'1h à 2h une ou deux fois par semaine), limitée au maximum à quelques heures par semaine, de façon séquentielle, ne permet pas de répondre aux besoins de ces enfants qui relèveraient d'une prise en charge à temps complet. Cette situation a des conséquences importantes pour les enfants en termes de développement cognitif, psychoaffectif, et d'acquisition d'autonomie.

Ces enfants et adolescents non accueillis dans une structure adaptée à leur situation souffrent, la plupart du temps, de problèmes multiples : un handicap psychique et mental, des troubles du comportement, un milieu familial précaire, sur le plan des ressources financières des parents ou de la stabilité du logement. L'absence de structure d'accueil à temps-plein pour les enfants amène souvent les parents (généralement les mères) à quitter leur emploi, le retard dans l'instruction des demandes et le versement des prestations attribuées par la MDPH compliquant la situation des familles.

A la suite du rapport « Zéro sans solution » (2014) qui formulait des propositions pour éviter toute rupture dans le parcours des enfants et des adultes en situation de handicap, la démarche Réponse accompagnée pour tous, que la Seine-Saint-Denis a rejoint dès 2017, prévoyait, en sus des dispositifs destinés à améliorer la coordination, l'initiation d'une réflexion territoriale sur l'évolution de l'offre médico-sociale, dont l'objectif était de permettre à terme la mise en œuvre de l'ensemble des décisions d'orientation de la CDAPH. En l'absence d'outils adaptés, les difficultés de description de l'offre existante (qui permettraient de saisir, au-delà de la qualification officielle, les publics effectivement accueillis et les compétences développées par les structures) et de quantification des besoins (le déploiement en cours du SI devant toutefois permettre de répondre de manière minimale à ces questions) rendent toutefois difficile la planification de la transformation de l'offre médico-sociale.¹³⁸ Le développement de l'offre pour permettre la prise en charge des personnes en situation de handicap figure parmi les priorités annoncées dans les plans les plus récents.¹³⁹

Selon une présentation récente de l'ARS-IDF sur la stratégie régionale de développement et de transformation de l'offre pour les personnes en situation de handicap¹⁴⁰, le taux d'équipement en établissements médico-sociaux pour les moins de 20 ans reste inférieur de 15 % à la moyenne régionale et de 38 % à la moyenne nationale et le manque de places reste important malgré l'effort de rattrapage (création de 469 places depuis 2010) et les prévisions d'installation. En l'absence de données fiables sur les besoins et sur la prévalence des déficiences, le

¹³⁶ Schéma départemental autonomie et inclusion 2019-2024, p. 55.

¹³⁷ Source : Statistiques de présence dans les établissements médico-sociaux belges au 31/12/2017 ARS Hauts-de-France, 2018.

¹³⁸ CNSA. Rapport de capitalisation. Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » : premiers enseignements et retours d'expérience, juillet 2017.

¹³⁹ Engagement n°7 de la 5^{ème} Conférence nationale du handicap (11 février 2020) : « Accélérer le déploiement de solutions adaptées aux personnes ayant les besoins les plus soutenus, et stopper l'exil en Belgique », qui prévoit la mise en œuvre d'un plan pour l'accélération pour la création des nouvelles solutions doté de 1000 places (enfants et adultes) dans trois régions prioritaires (en Ile-de-France, Hauts-de-France, Grand-Est).

¹⁴⁰ ARS Ile-de-France, « Stratégie régionale de développement et de transformation de l'offre pour les personnes en situation de handicap », présentation par la responsable de l'offre pour les personnes handicapées, 14 septembre 2018.

PRS-2 avait instauré un principe de priorisation des mesures nouvelles sur la base d'indicateurs composites construits à partir d'indicateurs administratifs considérés comme prédictifs du besoin et de la situation de l'offre existante. L'indice de dotation par population pondérée (ID-PP) de la Seine-Saint-Denis pour les enfants montrait par ailleurs que la dotation était inférieure de 30% à la cible (de 27 % après prise en compte des mesures nouvelles), ce qui en faisait le département francilien le plus éloigné. De même, l'analyse du taux d'équipement pour les enfants par type de déficience faisait ressortir des chiffres en-deçà de la moyenne régionale (de 39 % pour les TSA et de 59 % pour les troubles psychiques)¹⁴¹.

Par exemple, le taux d'équipement en IME et en SESSAD pour les enfants est le plus faible d'Ile-de-France (6,3 places pour 10 000 enfants, contre une moyenne régionale de 7,4),¹⁴² la situation présentant par ailleurs une forte hétérogénéité à l'intérieur du département, l'Est du département étant par exemple moins bien doté que les communes limitrophes de Paris.

L'évaluation territoriale réalisée par le DIH-93 (Association Vivre et Devenir) met en évidence des blocages importants pour certaines orientations, faute de place disponible en nombre suffisant, ce qui amène les responsables d'établissements et de structures à devoir sélectionner les enfants :

- En IME pour certains âges « charnières » : 11-14 ans, 16-21 ans, ce qui crée un manque de fluidité dans les transitions et un engorgement de structures notamment du fait de l'amendement Creton ;
- En IME pour les jeunes avec TSA ;
- En IME pour les jeunes avec un « faible niveau d'autonomie » ;
- En SESSAD pour soutenir la scolarisation et éviter les ruptures après la maternelle.

Un travail préliminaire mené dans 2 secteurs (I03, I05) rattachés à l'EPS de Ville-Evrard a conduit à l'identification de plus de 180 enfants en attente d'une structure médico-sociale à la suite d'une orientation par la MDPH. Il s'agissait majoritairement d'enfants autistes de 6 à 12 ans, non pris en charge par les IME du fait des difficultés associées aux troubles autistiques (niveau d'autonomie, troubles du comportement, auto- et hétéro-agressivité) nécessitant un taux d'encadrement supérieur à celui que les IME sont en mesure de proposer.

4. **Objectif général de l'action** : Permettre l'admission des enfants disposant d'une orientation vers un établissement ou un service médico-social dans une structure adaptée.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Mettre en adéquation l'offre avec les besoins d'établissements et de services médico-sociaux ;
- Eviter les situations de rupture et d'enfants « sans solution » ;
- Favoriser le maintien des enfants sur le territoire ;
- S'articuler avec la concertation et les projets menés dans le cadre de la stratégie départementale autonomie et inclusion ;
- Faire évoluer l'offre et développer les dispositifs inclusifs avec l'école (services médico-sociaux adossés à des écoles ordinaires)¹⁴³ (cf. fiches-actions 8.5.1 et 8.3.3).

6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**

- Produire une cartographie détaillée de l'offre médico-sociale existante (profil des enfants accueillis, tranches d'âge, capacités d'admission, le cas échéant communes desservies par le ramassage organisé par la structure) ;
- Créer un groupe de travail au sein de la commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, en lien avec les partenaires du secteur médico-social, pour conduire une réflexion sur les indications des orientations vers les ESMS et pour mettre en place le recensement des enfants « sans solution » au sein de tous les secteurs, en incluant une évaluation du profil médical et du niveau d'autonomie de ces enfants ;

¹⁴¹ ARS Ile-de-France. Schéma régional de santé (PRS-2), plan d'action 2018-2022.

¹⁴² Rapport d'activité 2017 MDPH 93.

¹⁴³ En lien avec les orientations définies par la 5^{ème} Conférence nationale du handicap en février 2020 (engagement n°1 : « réussir l'école inclusive) et de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (engagement n°3 : « rattraper notre retard en matière de scolarisation » ; fiche opérationnelle n°3 : « scolarisation inclusive et accompagnement des enfants »).

- Cette réflexion devra s'articuler avec les autres travaux concernant l'évolution de l'offre (structures ambulatoires, HDJ, structures d'inclusion scolaire).
 - Construire une réflexion sur une stratégie territoriale de développement de l'offre s'appuyant sur une analyse des besoins et leur priorisation (tranches d'âge, profil des enfants et besoin d'encadrement, lieux d'implantation) ;
 - Sur la base de cet état des lieux préalable, poursuivre l'effort de rattrapage en renforçant l'offre en établissements et structures médico-sociales (ouverture de places supplémentaires et de nouvelles structures) ;
 - Extension du nombre de places pour les enfants avec profils simples (IME pour des enfants présentant un retard mental et des TSA ; ITEP pour des enfants présentant des troubles du comportement sans retard) ;
 - Solutions adaptées innovantes pour les profils complexes (niveau d'autonomie faible, pathologies mixtes associant retard mental et troubles du développement) ;
 - Dispositifs inclusifs avec l'école (UEMA, UEE...) (cf. fiche-action 8.5.1), en lien avec le projet éducatif départemental, le schéma départemental autonomie et inclusion et la démarche « Territoires 100% inclusifs »
 - Accompagner les acteurs dans l'élaboration des projets d'ouverture de nouvelles structures et de renforcement de l'existant.
7. **Publics concernés** : enfants et adolescents disposant d'une orientation de la MDPH vers un établissement ou une structure médico-sociale
8. **Acteurs impliqués** : ARS, CD 93, MDPH, DIH 93, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ, CMPP, établissements médico-sociaux, Education nationale
9. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre de structures et de places pour chaque type de structure et pour chaque tranche d'âge
 - Nombre d'enfants notifiés par la MDPH en attente d'admission (sous réserve de la mise en service du SI de la MDPH)
 - Nombre d'enfants « sans solution » recensés par la PIJ
 - Nombre de nouvelles admissions dans les établissements médico-sociaux
10. **Moyens nécessaires** :
- Données d'équipement et d'activité des structures médico-sociales existantes
 - Données des décisions d'orientation vers des structures médico-sociales de la CDAPH
 - Crédits d'investissement et de fonctionnement, financement CD 93 + Assurance maladie
 - Parcelle foncière

FICHE ACTION N°8.2.4 : Renforcer la pédopsychiatrie de liaison et formaliser un dispositif de prise en charge de la crise

1. **Pilotage** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les situations d'urgence et de crise nécessitent une organisation pédopsychiatrique pour répondre à la demande de l'enfant, de la famille ou des professionnels au moment où elle se présente. Ces situations comprennent, sans y être limitées, les urgences pédopsychiatriques (notamment tentatives de suicide et menaces suicidaires), les états psychiatriques aigus (bouffée délirante aiguë...), le psycho-traumatisme aigu, des situations médico-psychosociales difficiles (situations socio-familiales explosives...). En l'absence de dispositif dédié formalisé, il est parfois difficile, en particulier pour les enfants et les adolescents non préalablement connus des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, de proposer une consultation d'évaluation et des soins dans des délais raisonnables en raison de la saturation des structures ambulatoires. De même, il est souvent difficile d'admettre en hospitalisation en urgence faute d'aval (*a fortiori* pour les adolescents dont la prise en charge en pédiatrie peut présenter des difficultés). Il est nécessaire de s'assurer que l'organisation du dispositif soit formalisée et clairement identifiable par les familles et par l'ensemble des partenaires.

L'organisation actuelle de la prise en charge de la crise et des urgences pédopsychiatriques présente des particularités entre les secteurs, en fonction de la présence ou non sur le territoire d'un hôpital général doté d'un SAU et de capacités d'hospitalisation à temps complet, en UHTP ou au sein d'un service de pédiatrie.

- **Secteur I01** : jusqu'à 18 ans
 - Une unité de psychiatrie de liaison localisée au CH Delafontaine (qui comprend un pédopsychiatre à mi-temps, un psychologue à temps-plein, parfois un interne de pédopsychiatrie à mi-temps, appuyée d'une psychologue du service de pédiatrie). En 2017, elle a pris en charge 156 patients en pédiatrie (environ 600 actes) ; son activité réalisée aux urgences n'était en revanche pas comptabilisée.
 - Les moins de 15 ans et 3 mois sont initialement accueillis au SAU pédiatrique du CH Delafontaine et un sénior de pédopsychiatrie est appelé pour évaluation en cas de besoin (équipe de liaison sur place ou astreinte du secteur). Si nécessaire et si son état est compatible (pas d'agitation, pas de trouble grave du comportement avec risque de fugue), l'enfant est hospitalisé en pédiatrie.
 - Les 16-18 ans sont accueillis au SAU adulte de Delafontaine ; une évaluation est faite par l'équipe psychiatrique des urgences (secteur G04 de l'EPS-VE). Si le patient est connu du secteur de pédopsychiatrie ou en cas de besoin d'un avis spécialisé adolescent, le psychiatre adulte peut avoir recours à l'astreinte de pédopsychiatrie.
- **Secteur I02** :
 - Le secteur géographique du pôle 93102 ne comporte pas d'hôpital général. Ce secteur n'a pas de psychiatrie de liaison. 30% des patients pris en charge par l'unité de pédopsychiatrie de liaison du secteur I01 (CH de Saint-Denis) résident sur le territoire du secteur I02.
 - En cas de nécessité (graves troubles du comportement, ou besoin de la mise en place d'un traitement médicamenteux conséquent incompatible avec une simple prise en charge en ambulatoire), possibilité d'orientation vers le CAC d'Aubervilliers (G06) pour les adolescents ou à l'unité pour adolescents du G02 (« L'Escale », 6 lits d'HC à vocation départementale, fermée le week-end actuellement) si une hospitalisation est nécessaire (parfois également pour les grands adolescents aux services de psychiatrie adulte, de façon le plus souvent transitoire).
 - Du fait de l'absence d'hôpital général sur le secteur, le volume non excessif des demandes en urgence a permis d'initier des projets régionaux d'exception, en direction des adolescents

(UCA¹⁴⁴ / IHSEA¹⁴⁵). L'UCA permet d'accueillir de jeunes patients pour lesquels un suivi simple en consultation ne suffit pas. Le CATTP ados d'Aubervilliers vise à permettre à certains jeunes en grande souffrance psychique de bénéficier d'un temps d'accueil complétant (sur le même site) la prise en charge à l'UCA/IHSEA, en hospitalisation de semaine.

- En ce qui concerne les plus jeunes (9-14 ans), des difficultés majeures sont rencontrées lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire (manque de places à La Nacelle dans le secteur I03).
- **Secteur I03 :**
 - Une structure de psychiatrie de liaison en pédiatrie au CHI André Grégoire et aux urgences pédiatriques tous les jours de semaine de 9 à 17h et une astreinte.
 - Une structure de psychiatrie de liaison en maternité au CHI André Grégoire
 - Une unité intersectorielle d'hospitalisation temps plein pour les 3-11 ans de 11 lits (La Nacelle à Neuilly-sur-Marne), qui peut admettre en urgence.
 - Une unité intersectorielle d'hospitalisation temps plein pour les 12-18 ans de 9 lits (unité ados 93 au CHI André Grégoire), qui peut admettre en urgence.
 - Une astreinte de sécurité de pédopsychiatrie de 17h à 9h et le week-end est assurée par les praticiens du I03.
- **Secteur I04 :** jusqu'à 17 ans et 3/4
 - Unité de psychiatrie de liaison intra-hospitalière au sein du CH Robert Ballanger
 - Durant la journée, des consultations hospitalières (notamment l'accueil jeunes) peuvent recevoir des urgences (activité « d'évaluation et de consultation rapide »). Il existe également une consultation spécialisée psychotraumatisme.
 - Au SAU du CH Robert Ballanger, les enfants et adolescents sont reçus par un psychiatre adulte qui sollicite le pédopsychiatre (unité de liaison).
 - Les adolescents suicidaires bénéficient d'un protocole de prise en charge avec une semaine d'hospitalisation en pédiatrie ; pour les troubles du comportement, protocole de prise en charge ambulatoire rapprochée et intensive (au sein des unités de consultations intra-hospitalières).
 - L'hospitalisation des 12-18 ans peut être réalisée au sein des 10 lits ados
- **Secteur I05 :** jusqu'à 18 ans
 - Unité de liaison à l'hôpital Montfermeil : sous la responsabilité d'un PH du secteur présent à temps partiel, environ 200 passages par an (60 % en provenance de la Seine-et-Marne) ; prise en charge initiale par un pédiatre puis par un pédopsychiatre (pas d'intervention des psychiatres adultes), au sein du service de pédiatrie, de néo-natalité ou au SAU. Existence d'un protocole d'accueil pour les enfants suicidaires/suicidants.
 - Unité de liaison à l'hôpital Jean Verdier : sous la responsabilité d'un PH du secteur présent à temps partiel (avec un interne et une assistante tous deux présents à mi-temps et deux psychologues à 70%), entre 500 et 600 passages par an. Prise en charge au sein du service de pédiatrie (8 lits, dont la moitié est occupée par des situations psychiatriques). Les patients se présentent au SAU pédiatrique et sont évalués en journée par l'équipe de liaison. Une consultation d'avis pédopsychiatrique différée après passage aux urgences pour évaluation et orientation (pas de suivi hospitalier) a été mise en place.
- **Hôpital Avicenne :** deux lignes de garde au SAU (urgences psychiatriques adultes, dont la liste est gérée avec des psychiatres adultes et des pédopsychiatres ; urgences pédopsychiatriques). L'aval peut se faire avec le service de pédiatrie de Jean Verdier, la MDA ou l'Extracte (secteur G02) selon l'âge et les besoins de suivi. L'organisation actuelle où la pédopsychiatrie de liaison est réalisée par l'équipe du secteur I05

¹⁴⁴ Unité clinique de soirée et de nuit pour adolescents (UCA) : 7 lits, de 15 à 25 ans.

¹⁴⁵ Institut hospitalier soins-études pour adolescents (IHSEA) : 36 places, dont 10 lits en internat (7 ouverts).

de l'EPSVE sera amenée à évoluer en fonction des réflexions en cours sur le projet de déplacement de la maternité et de la pédiatrie de Jean Verdier à Avicenne.

Par ailleurs, certains CMP s'organisent selon des pratiques diverses pour recevoir avec un délai court et de manière rapprochée les urgences (suicidants, enfants en rupture), surtout lorsqu'il s'agit d'enfants déjà suivis, parfois également même en l'absence de suivi préalable au sein de la structure. Généralement, ils réorientent les enfants et leurs familles sur les services d'urgence (estimation moyenne : 5 à 15 cas en 6 mois).

4. **Objectif général de l'action** : Apporter une réponse rapide à toute demande relevant du champ de la pédopsychiatrie et associée à un vécu d'urgence.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Permettre une prise en charge réactive des situations de crise en garantissant la disponibilité rapide d'une équipe pluridisciplinaire de pédopsychiatrie ;
- Limiter l'aggravation et les phénomènes de chronicisation suite à une situation de crise ;
- Favoriser des alternatives à l'hospitalisation tout en assurant une meilleure disponibilité de lits en cas d'indication ;
- Faciliter l'alliance thérapeutique avec les enfants, leurs familles et les structures d'accueil sociales ;
- Garantir continuité de la prise en charge post-crise en organisant et en préparant le suivi au sein des dispositifs de soins existants.

6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**

- Organiser la prise en charge des situations de crise relevant de la pédopsychiatrie en limitant l'impact sur les autres structures (SAU, services de pédiatrie) et en limitant par ailleurs l'alimentation de la liste d'attente des structures ambulatoires de pédopsychiatrie ;
- Formaliser les relations entre secteur de PIJ, SAU du secteur et services de pédiatrie dans la prise en charge de l'urgence et de la crise ;
- Mettre en place des dispositifs formalisés d'évaluation et d'orientation rapide dans un contexte de crise permettant une réponse rapide à la demande, en lien avec la réponse à l'AMI pour la labellisation de dispositifs d'évaluation, d'orientation et de prise en charge des situations de crise en pédopsychiatrie :
 - Consultations d'évaluation et orientation rapide au sein des CMP (réponse téléphonique aux demandes des professionnels de santé et des partenaires ; consultation rapide sur RDV et sans RDV) ;
 - Renforcement des dispositifs de pédopsychiatrie de liaison auprès des SAU et des services de pédiatrie ;
 - Développement d'unités mobiles en intervention directe sur les lieux de vie de l'enfant (à domicile, dans les lieux d'accueil) et auprès des partenaires (ASE, Education nationale...) pour développer les approches de prévention de la crise.
 - La réponse à la demande consiste soit en un retour à domicile avec suivi plus ou moins intensif en ambulatoire (prise en charge de la crise sur une période brève au sein de la structure et/ou organisation de l'accès rapide à une prise en charge en CMP/MDA), soit en une hospitalisation (au sein de structures d'hospitalisation complète ayant une vocation d'accueil en cas de crise en PIJ ou en pédiatrie générale), avec un accompagnement adapté à la situation et aux besoins de l'enfant et de sa famille.
- Identifier les structures d'hospitalisation ayant une vocation d'accueil en cas de crise (nombre de lits, tranche d'âge, sectorisation, objectifs de soins, durées de séjours, modalités d'accès) et formaliser les attentes vis-à-vis de ces structures ;
- Améliorer la répartition des structures d'accueil en cas de crise dans le département ;
- Evaluer la pertinence et les modalités du positionnement d'un bed manager pour les recherches de lits ;
- Développer une offre de soutien intensive aux familles dans le cadre de la crise ;
- Mettre en place un protocole d'adressage et de suivi post-crise formalisé, en fonction des besoins de prise en charge de l'enfant.

7. **Publics concernés** : enfants et adolescents
8. **Acteurs impliqués** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ (unités de liaison, unités d'hospitalisation éventuelles, CMP), MDA, services de pédiatrie des hôpitaux généraux, pole solidarité du CD 93.
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre d'enfants pris en charge en urgence dans le cadre du dispositif de gestion de la crise
 - Nombre d'enfants suivi dans le cadre du dispositif de gestion de crise en ambulatoire ; délai entre la sollicitation et le premier entretien
 - Nombre d'enfants hospitalisés
 - Délai de premier RDV pour un suivi dans les structures ambulatoires en aval de l'épisode de crise
 - File active et activité des structures de pédopsychiatrie de liaison
10. **Moyens nécessaires** :
 - A déterminer

Axe 3 – Renforcer le repérage des troubles par les acteurs de premier niveau et faciliter l'orientation

FICHE ACTION N°8.3.1 : Développer l'interconnaissance entre les acteurs de premier niveau et les partenaires à l'échelon infra-territorial

1. **Pilotage** : ARS, CD93 pôle solidarités, Education Nationale, Commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, Etablissements publics territoriaux du Grand Paris
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les réseaux professionnels actifs font partie de la richesse du travail en Seine-Saint-Denis. Ils sont cependant souvent personne-dépendants, et lorsqu'il existe des espaces institués, ces derniers sont rapidement saturés par les situations d'urgence et/ou complexes. Ces dernières sont facteur d'épuisement des équipes et d'attentes souvent trop fortes d'intervention des partenaires, conduisant souvent à de la frustration et en renvoi de responsabilité.

Ces éléments empêchent la construction de rapports d'échange pérennes et la réflexion commune permettant l'apprentissage et la connaissance mutuelle des acteurs de terrain. L'effritement de ces réseaux renforce le sentiment de solitude des professionnels et le fonctionnement en silo, à l'origine d'une perte de chance pour les usagers de chaque institution.

4. **Objectif général de l'action** : Elaborer un réseau structuré basé sur le niveau infra-territorial
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Accorder les découpages infra territoriaux des institutions partenaires pour mieux les articuler ;
 - Développer des Réseau Infra territoriaux de Santé Mentale de l'Enfant, de l'Adolescent et de la Famille (RISME) co-animés ;
 - Doter les RISME d'espaces de concertation ;
 - Développer des lieux d'accueil ou de travail inter-institutionnels ;
 - Renforcer la formation des professionnels.
6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**
 - Cartographier les différents niveaux d'infra-territoire (ou bassins) administratifs prévalant dans l'Education Nationale, la justice des mineurs, service social, l'aide sociale à l'enfance, la protection maternelle et infantile, le handicap (MDPH, DIH), la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les maisons des adolescents, les CLSM et les services de santé des communes.
 - Formaliser un modèle de Réseau Infra territorial de Santé Mentale de l'Enfant, de l'Adolescent et de la Famille (RISME)
 - Réviser la note de cadrage des réunions pluri-professionnelles (RPP) pour les associer au RISME et en faire un des outils de concertation du RISME : coordinateurs, permanents, invités, missions tournées vers la concertation et la prévention, sans renoncer à leurs missions de protection de l'enfance.
 - Inclure les CLSM et les animatrices sociales du CD 93 dans la dimension d'animation du RISME
 - Associer les représentants d'usagers au fonctionnement du RISME, ainsi que pour la médiation au sein des RPP.
 - Soutenir les initiatives de dispositifs intégrés de travail en santé mentale (associant des professionnels de champs divers : CSS, ASE, psychiatrie, Education Nationale) auprès des tutelles concernées. Ces dispositifs peuvent être des lieux d'accueil psychologique en santé mentale en milieu scolaire, en circonscription de service social, en PMI...
 - Favoriser la sensibilisation et la formation en santé mentale des partenaires dans le cadre de formations communes ou organisées par les institutions partenaires.
 - Favoriser les « stages en immersion inter-institutions » pour renforcer la connaissance mutuelle.

7. **Publics concernés** : professionnels des institutions citées dont les compétences se chevauchent dans le champ de la santé mentale des enfants, des adolescents et des familles
8. **Acteurs impliqués** : ARS, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ, CMPP, Education Nationale, CD93 (PMI, ASE, CSS) et MDPH/ DIH, CLSM et directions santé des communes, Tribunal pour mineurs de Bobigny
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Résultats de la cartographie et des propositions d'articulation inter-institutions
 - Nombre de RISME établis par convention
 - Nombre de RPP « concertation-prévention » conduites
 - Participation des représentants d'usagers
 - Qualité des dispositifs intégrés de conception
 - Nombre de formations réalisées et nombre de participants par institution
 - Nombre de stages en immersion réalisés
10. **Moyens nécessaires** :
 - Coordinateur projet ARS Prévention/ coordination CLSM/ coordination CD 93

FICHE ACTION N°8.3.2 : Renforcer le rôle des professionnels de première ligne dans le repérage des enfants présentant des troubles psychiques en diffusant des outils adaptés et en développant une offre de formation spécifique

1. **Pilotage** : CD 93, DSDEN, MDPH, DIH-93, psychiatrie infanto-juvénile
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La stratégie nationale de santé 2018-2022 vise le « repérage et la prise en charge précoce des troubles sensoriels, des troubles du langage et des troubles du comportement et autres troubles du neuro-développement, [qui] conditionnent la qualité des apprentissages nécessaires à la réussite éducative et scolaire des enfants et des adolescents »,¹⁴⁶ en insistant sur la nécessité d'un travail en réseau entre les différents acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des enfants.

Aux différents âges, plusieurs types d'acteurs de l'environnement de l'enfant (notamment à l'école et à la crèche) et de professionnels de santé non spécialisés (PMI, médecins généralistes et pédiatres, médecine scolaire) peuvent être amenés à repérer des signes évocateurs de troubles sensoriels, de troubles du langage et des apprentissages, de troubles du comportement ou de TSA. Afin de favoriser le repérage et l'orientation précoces vers les services spécialisés, il est nécessaire de développer les connaissances de ces professionnels sur les signes d'alerte et sur les dispositifs de prise en charge par la diffusion d'outils et la mise en place d'une offre de formation initiale et continue adaptés aux différentes catégories de professionnels. Inscrites dans les cursus des écoles des professionnels des métiers de l'enfance et de la petite enfance du territoire, ces formations doivent être intégrées aux plans de formation initiale et continue des partenaires. Beaucoup de CMP interviennent déjà sous la forme d'interventions courtes (PMI, écoles...).

4. **Objectif général de l'action** : Améliorer le repérage et l'orientation vers une prise en charge adaptée des enfants présentant des troubles psychiques.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Renforcer la connaissance des signes d'alerte et des dispositifs spécialisés dans la prise en charge des enfants présentant des troubles par les professionnels de première ligne ;
 - Favoriser le repérage et l'orientation des enfants vers les soins afin de permettre une prise en charge précoce ;
 - Fournir des ressources sur les troubles psychiques et un appui aux professionnels amenés à être au contact des enfants.
6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**
 - Développer et diffuser des outils de repérage des enfants présentant des troubles psychiques adaptés aux différents acteurs de première ligne qui sont amenés à se trouver au contact des enfants (médecins généralistes et pédiatres, PMI, acteurs de la petite enfance et de la parentalité, enseignants, médecine scolaire...), précisant les signes d'alarme et les structures vers lesquelles orienter les familles pour un bilan et/ou une prise en charge spécialisée ;
 - Activer la mise en œuvre de la PCO
 - Mettre en place une offre de formation courte au repérage et à l'orientation des enfants présentant des troubles psychiques adaptée aux différentes catégories d'acteurs de première ligne, accessible en formation initiale et au sein des plans de formation continue (en lien avec les actions prévues par la feuille de route « formation »). Les formations gagneraient à être conduites par des acteurs de la pédopsychiatrie locale.
7. **Publics concernés** : enfants
8. **Acteurs impliqués** : CD 93, DSDEN, MDPH, DIH-93, PMI, médecins généralistes et pédiatres, acteurs de la petite enfance et de la parentalité, enseignants, médecine scolaire, secteurs de PIJ, établissements

¹⁴⁶ Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022, décembre 2017, pp. 77-78.

médico-sociaux, écoles de formation initiale et continue des professionnels de la petite enfance, PCO (APF France Handicap) ...

9. Indicateurs de résultats :

- Diffusion d'outils d'aide au repérage des signes d'alerte et des comportements problèmes motivant une orientation pour une évaluation et/ou une prise en charge spécialisée
- Nombre d'acteurs de l'enfance et de la petite enfance formés
- Connaissance par les acteurs de première ligne des signes d'alerte et des dispositifs de prise en charge

10. Moyens nécessaires :

- PCO

FICHE ACTION N°8.3.3 : Organiser dans chaque territoire la coopération des acteurs pour mettre en place les parcours adaptés d'inclusion scolaire

1. **Pilotage** : ARS, MDPH, UNAFAM, psychiatrie infanto-juvénile, DSDEN, établissements médico-sociaux
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La convention des Nations unies recommande une éducation inclusive pour que les personnes handicapées ne soient pas exclues du système de l'enseignement général (article 24). En France, le code de l'Éducation stipule que tous les élèves sans distinction doivent bénéficier d'une inclusion scolaire, le service public de l'éducation ayant à charge de s'adapter aux besoins spécifiques des enfants (article L. 111-1).

La circulaire n°2019-088 du 05 juin 2019 répond à ces principes. Elle a donné aux inspections académiques plusieurs objectifs : instituer un service départemental de l'École inclusive, organiser des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL), mieux accueillir les parents et mieux scolariser les élèves, reconnaître le travail des enseignants, les soutenir et déployer une offre de formation accessible, renforcer l'appartenance des AESH à la communauté éducative, simplifier les démarches pour tous, mieux suivre les parcours inclusifs et suivre la qualité des actions.

Les profils des élèves susceptibles de bénéficier d'une démarche d'inclusion scolaire sont larges et englobent les élèves en situation de handicap (enfants atteints de TND, d'handicaps physiques) et les élèves à besoins éducatifs particuliers (élèves allophones ou non francophones, élèves à haut potentiel...).

Le parcours d'inclusion de l'enfant et de sa famille ou de ses responsables légaux doit être construit pour préparer l'accueil de l'enfant au sein de l'école dans des conditions favorisant son implication. La scolarisation dans le cadre de l'inclusion scolaire demande que puissent être menées des réflexions communes d'organisation des partenariats et des pratiques.

Le département de Seine-Saint-Denis est un département jeune puisque 40 % de la population de SSD a moins de 30 ans. Les services de l'Éducation Nationale sont rattachés à l'académie de Créteil. Les vulnérabilités sont importantes (précarité, migration...) et retentissent sur le développement des enfants, sur leurs capacités d'apprentissage et sur leur accès à la connaissance.

Pourtant, les efforts des acteurs ont déjà été considérables. Au sein de l'académie de Créteil, le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés est passé de 7324 en 2012 à 11 810 en 2018 dans le premier degré, et de 3719 à 7 591 dans le second degré. La DSDEN de Seine-Saint-Denis a mis en place un pôle « Service public de l'école inclusive » et les familles ont désormais accès à une cellule spécialisée chargée de répondre à toute question liée à un parcours d'inclusion scolaire via un numéro vert (0 805 805 110).

Des PIAL ont été créés pour permettre un accueil et un accompagnement des élèves sans délai, au sein des écoles, des collèges et des lycées et renforcer la coopération entre les différents acteurs qui y travaillent : enseignants, accompagnants, agents territoriaux et professionnels du handicap, en tenant compte de l'évolution des besoins des élèves, de la vie des écoles et des établissements.

Des équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap ont vu le jour, d'autres doivent naître sur le territoire.¹⁴⁷

Ces avancées doivent être consolidées par un renforcement des partenariats et des échanges entre les services concernés pour clarifier les missions, les rôles, et simplifier les parcours.

4. **Objectif général de l'action** : consolider les partenariats existants entre l'Éducation Nationale et les services des soins sanitaires ou médico-sociaux pour soutenir l'inclusion scolaire des enfants avec ou sans situation de handicap.
5. **Objectifs spécifiques de l'action** :
 - Promouvoir l'inclusion scolaire en Seine-Saint-Denis ;

¹⁴⁷ Circulaire N°DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019.

- Favoriser les échanges d'informations entre les dispositifs dédiés de l'Éducation Nationale et les services de soin au bénéfice du parcours inclusif de l'enfant ;
- Favoriser l'implication des familles dans les parcours de scolarisation inclusive ;
- Former les partenaires.

6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous actions**

- Cartographier les PIAL et répertorier les acteurs de soin de leurs territoires afférents ;
- Faciliter l'articulation des liens entre les services de soins et les PIAL ;
- Mobiliser les acteurs du territoire (secteurs de psychiatrie, établissements médico-sociaux) pour que se développent les équipes mobiles d'appui médico-sociales ;
- Aménager la place des équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap ;
- Conceptualiser et faire connaître les étapes et démarches d'un parcours d'inclusion scolaire (rôle des CASEH, des ERSEH, place du GEVASCO, place de la MDPH, place des parents, missions des acteurs...);
- Définir les éléments nécessaires et partageables en RESS permettant de comprendre les difficultés psycho-affectives et cognitives de l'enfant pour soutenir la scolarisation ;
- Organiser des rencontres sous forme de journées d'accueil par territoire pour les nouveaux professionnels arrivants ;
- Mieux former les acteurs de l'inclusion scolaire, notamment les AESH.

7. **Publics concernés** : jeunes de 3 à 18 ans et leurs familles

8. **Acteurs impliqués** : CMP, MDA, ITEP, SESSAD, PIAL, équipes mobiles d'appui médico-sociales, pôle service public de l'école inclusive de la DSDEN 93.

9. **Indicateurs de résultats** :

- Rédaction d'une charte de bonne pratique des partenariats inter services et de la participation des familles
- Nombre de PIAL et d'équipe mobiles de soutien créées.
- Nombre de personnels rencontrés dans les journées d'accueil annuelles
- Nombre d'enfants en inclusion scolaire
- Nombre d'enfants sans inscription scolaire (sans solution)
- Indicateurs de partenariat
- Indicateurs de formation

10. **Moyens nécessaires** :

- Flyer de description des parcours par PIAL
- Renforcement des ressources humaines des services de soins pour leur permettre de disposer du temps nécessaire pour pouvoir participer aux RESS, aux différentes réunions du territoire et des parcours (CMP, SESSAD, ITEP...) et aux formations des acteurs de l'inclusion scolaire.

FICHE ACTION N°8.3.4 : Evaluer et renforcer les dispositifs actuels de prise en charge des enfants et des adolescents de l'ASE par les équipes de psychiatrie

1. **Pilotage** : responsable(s) ASE du CD 93, responsable(s) PMI, commission pédopsychiatrie de la CPT-93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'Aide sociale à l'enfance (ASE) met en œuvre la politique départementale de protection de l'enfance au regard des lois du 5 mars 2007 et du 14 mars 2016 ; elle s'adresse aux familles, aux mineurs et jeunes majeurs de 18 à 21 ans. L'intervention de l'ASE, définie par le Schéma départemental de protection de l'enfance, s'articule autour de trois orientations majeures : - la prévention des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives ; - l'accompagnement des familles ; - la prise en charge physique.

En 2018, l'activité connaît une évolution importante avec plus de 5 000 enfants confiés et 360 familles en accueil mères enfants.¹⁴⁸ En particulier, le nombre de mineurs non accompagnés (MNA, ex mineurs isolés étrangers) pris en charge par le Département augmente sensiblement depuis la fin 2015, avec un engorgement des phases d'évaluation et de mise à l'abri. 997 MNA étaient pris en charge par le Département au 30 septembre 2017, contre 435 deux ans plus tôt ; ils représentent désormais 20 % des enfants et jeunes pris en charge par l'ASE. Cette augmentation est due en particulier au non-respect des critères de péréquation nationale par certains départements, à une modification de l'organisation du Tribunal pour enfants (les dossiers de mineurs étrangers ne sont plus confiés à des juges non spécialisés), ainsi qu'au maintien à un niveau élevé des flux de jeunes migrants. Face à cette forte activité, le dispositif départemental continue à être fortement sollicité en urgence, ou par défaut de réponse du soin et de prise en charge du handicap, avec par ailleurs un nombre important de mesures éducatives ordonnées par le juge en attente d'exécution et des réponses aux situations qui restent, au global, majoritairement judiciaires. La contrainte des moyens invite à imaginer des nouveaux modes de faire et à construire avec les partenaires de nouvelles complémentarités des compétences.

Les enfants et adolescents pris en charge par l'ASE constituent une population à risque de développer une pathologie psychiatrique et un trouble du langage. Ainsi un jeune de l'ASE a 3,5 fois moins de chance de bénéficier de séances d'orthophonie pour un trouble du langage.

L'arrivée de l'enfant dans le dispositif ASE ne s'accompagne pas d'une évaluation systématique somatique et psychique. Le plus souvent, l'enfant ou l'adolescent est vu par les pédopsychiatres et/ou les pédiatres au moment d'une crise.

Le Conseil départemental de Seine-Saint-Denis vient de publier un nouveau schéma de protection de l'enfance et appui à la parentalité (2020-2024) et porte l'ambition de mieux répondre aux besoins de santé des enfants accompagnés en protection de l'enfance, s'appuyant sur le rapport sur les besoins fondamentaux et les travaux du groupe national du CNPE (conseil national de protection de l'enfance).

De leur côté les pédopsychiatres du département, organisés au sein d'une commission pédopsychiatrie de la CPT-93, souhaitent agir plus préventivement sur la population des enfants placés à l'ASE pour diminuer le nombre d'intervention en urgence

4. **Objectif général de l'action** : Améliorer la prise en charge des mineurs confiés à l'ASE ayant des besoins de soins psychiques
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Renforcer la cohérence des interventions entre les acteurs du soin et de l'éducation ;
 - Développer des réponses adaptées aux mineurs placés ;
 - Mieux accompagner les professionnels de l'ASE dans la prise en charge des mineurs ayant des besoins spécifiques ;
 - Développer les actions de formations conjointes.

¹⁴⁸ Source : CD 93, Bilan d'activités par programmes 2018, p. 37. Il faut par ailleurs ajouter à ces enfants ceux qui sont placés au sein de familles d'accueil de Seine-Saint-Denis par les services d'ASE de d'autres départements.

6. Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions

- Mettre en place un groupe de travail réunissant les services de l'ASE (référents des EPT) et la commission pédopsychiatrie de la CPT-93 ;
- Associer les somaticiens a ce groupe de travail (pédiatre, généralistes, orthophonistes, etc.) ;
- Systématiser le bilan psychique pour un premier placement.
- Définir les règles de sectorisation compatibles avec des soins réguliers pour les enfants placés.

7. Publics concernés : enfants de l'ASE

8. Acteurs impliqués : référents ASE des EPT, secteurs de pédopsychiatrie, orthophonistes, centre référent des troubles du langage et des apprentissages.

9. Indicateurs de résultats :

- Constitution d'un groupe de travail
- Rédaction d'une fiche action commune dans le cadre du PTSM et du schéma de la protection de l'enfance

10. Moyens nécessaires :

- A définir

Axe 4 – Organiser les parcours et éviter les ruptures de prise en charge et les situations d'enfants sans solution

FICHE ACTION N°8.4.1 : Organiser les transitions afin d'éviter les ruptures de prise en charge aux âges charnières et l'articulation des dispositifs de coordination des cas complexes en renforçant le travail partenarial entre les services de PIJ, la MDPH et les établissements médico-sociaux

1. **Pilotage** : ARS, CD et MDPH, DIH, Commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, association des directeurs d'EMS du 93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La situation des enfants et adolescents sans solution de prise en charge institutionnelle est bien connue dans le département. Elle se complique de ruptures de prise en charge conduisant à des situations complexes qui rendent difficile le processus d'orientation. Par ailleurs, la saturation des listes d'attente et la méconnaissance des institutions chargées de la santé mentale d'un côté et du handicap mental/psychique de l'autre, rend difficile le ciblage des orientations selon les besoins de l'enfant.

4. **Objectif général de l'action** : Renforcer la coordination des acteurs de la PIJ, médico-sociaux et du handicap (MDPH, DIH) pour éviter les ruptures de parcours et fluidifier les processus d'orientation.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Coordonner les acteurs majeurs du handicap psychique (PIJ, EMS, MDPH, DIH) dans une logique de parcours ;
 - Développer les complémentarités au profit d'une prise en charge globale du patient ;
 - Mettre en œuvre des partenariats opérationnels et des instances de concertation sur la base de réseaux handicap.
6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**
 - Pilotage par le DIH, la MDPH, la commission pédopsychiatrie de la CPT93, et l'association des directeurs d'EMS d'un projet de coordination des acteurs du handicap dans une logique de prévention des ruptures de parcours ;
 - Mettre en place et coordonner des instances de concertation par infra-territoire ou par filière (troubles du spectre de l'autisme, polyhandicap...) regroupant les acteurs avec pour objectif :
 - De développer des coopérations partenariales favorisant la continuité de la prise en charge ;
 - De soutenir les EMS via des mises à disposition d'effectif médical et/ou de formation/ supervision par les acteurs sanitaires ;
 - De développer des outils partagés pour favoriser le partage d'information sur les profils des patients et leurs besoins, ainsi que pour favoriser l'inclusion du patient par des supports harmonisés ;
 - D'aborder des situations complexes entre partenaires dans le but de rechercher des solutions en amont d'un PAG dans le cadre de la RAPT ;
 - De mieux cibler les orientations pour faciliter le travail de la MDPH ;
 - Promouvoir et construire des équipes mobiles d'appui du secteur médico-social : appui au bilan fonctionnel, appui aux troubles du comportement, équipes de répit...
7. **Publics concernés** : enfants et adolescents bénéficiant d'une notification d'orientation MDPH
8. **Acteurs impliqués** : ARS, Commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ, CMPP, MDPH, DIH, PCPE, UNAFAM93.
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Description de la population des enfants sans solution
 - Nombre de situations réglées sur nombre des situations présentées
 - Délai d'obtention d'une solution
10. **Moyens nécessaires** :
 - Groupe de travail ad hoc regroupant les acteurs cités.

FICHE ACTION N°8.4.2 : Définir des règles communes de prise en charge afin d'éviter les ruptures de suivi (changement de domiciliation, enfants placés à l'ASE, migrants)

1. **Pilotage** : ARS, UNAFAM, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial** :

La population du département de Seine-Saint-Denis est une population spécifique. Avec une population immigrée estimée à 30,5 % (contre une moyenne nationale de 9,8 %) et une population d'origine étrangère estimée à 24,2 % (pour une moyenne nationale de 7,1 %),¹⁴⁹ le nombre de personnes arrivant sur son sol après des parcours migratoires est plus important que dans d'autres départements. Certaines familles circulent sur ce territoire sans bénéficier d'une domiciliation et sont considérées comme en errance, en attente d'un hébergement provisoire. Pour ces familles, l'absence de domiciliation ne doit pas être un obstacle à l'accès aux soins.

Le public des mineurs non accompagnés, même s'il est essentiellement adolescent, doit pouvoir bénéficier de soins. Les services qui en ont la charge doivent pouvoir solliciter différents lieux de soins du territoire pour répartir leurs demandes, même si la plupart de ces jeunes sont accueillis sur une des communes du territoire.

Le nombre de mesures de placement par l'ASE est important. En 2017, selon le conseil départemental 4 963 enfants bénéficiaient d'une mesure de placement en foyer.¹⁵⁰ Ces enfants sont fragilisés par des parcours biographiques complexes ou des événements de vie difficile (maltraitements, antécédents de violence intrafamiliale, ruptures familiales...). Souvent placés loin du domicile de leurs parents, les conditions de domiciliation requises pour régir leur accès aux soins pédopsychiatriques est variable. Certains acteurs prennent en compte le domicile de leurs parents, imposant des trajets trop longs à l'enfant et aux équipes qui l'accompagnent ou des horaires inaccessibles. D'autres considèrent qu'un accès à un lieu de soin à proximité de leur foyer est préférable.

Les conditions de salubrité ou l'augmentation des loyers sans corrélation avec l'augmentation des revenus poussent certaines familles à déménager. En 2017, 9,0 % de la population de Seine-Saint-Denis occupait un logement différent de celui de l'année précédente (3,0 % dans la même commune, 6,0 % dans une autre commune).¹⁵¹ De nombreuses ruptures de parcours surviennent après un déménagement. La prise en charge construite parfois depuis plusieurs années avec une équipe ne parvient pas à se retisser avec une autre équipe. Un travail conjoint entre le secteur d'origine et celui de destination doit s'établir pour garantir l'absence de rupture de suivi.

Les règles de sectorisation doivent s'adapter à ces différents publics, que l'on peut qualifier de « *publics à besoin d'accès spécifique* ». Il convient, en fonction de la situation de l'enfant ou de la famille, de choisir le lieu le plus adapté, tenant compte de l'histoire du patient, de sa situation actuelle, et de son projet de soin.

4. **Objectif général de l'action** : Garantir un accès aux soins adapté aux besoins de l'enfant lorsque les conditions de domiciliation et la sectorisation compliquent son accès aux soins.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Assouplir ou déroger aux règles de sectorisation pour faciliter l'accès aux soins ;
 - Définir les enfants de moins 18 ans et ou leurs familles comme des « *publics à besoin d'accès spécifique* » lorsque leurs besoins justifient de déroger aux règles de la sectorisation pour garantir un accès aux soins adapté ;
 - Permettre aux enfants placés dans les foyers éducatifs d'accéder au lieu de soin le plus adapté à leurs besoins, soit sur le secteur de domiciliation de leurs parents, soit *a contrario* sur l'unité la plus proche de l'établissement où il est pris en charge ;
 - Permettre aux mineurs non accompagnés d'accéder à un dispositif de soins adaptés ;
 - Permettre aux familles en errance ou sans domiciliation d'accéder au dispositif de soins situé sur le territoire géographique qu'elles ont l'habitude de fréquenter ;
 - Poursuivre des prises en charge sur le lieu où elles ont débuté lorsque les conditions de logement ne sont pas stables et non pérennes (logement social provisoire, logement au 115) ;

¹⁴⁹ Source : INSEE, RP 2017, exploitation principale.

¹⁵⁰ Source : Conseil Départemental, 2017.

¹⁵¹ Source : INSEE, RP 2017, exploitation principale.

- En cas de déménagement, poursuivre les soins débutés sur un secteur en attendant qu'un relais construit et solide ait débuté sur le secteur afférent à la nouvelle domiciliation. Garantir un relais de qualité par des échanges entre les partenaires, en collaboration avec la famille et l'enfant.

6. Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions

- Mobiliser les acteurs du territoire, secteurs de pédopsychiatrie, représentant des établissements éducatifs, responsables du conseil départemental, équipes de pédopsychiatrie de liaison et des PMI pour définir les règles de bonne pratique ;
- Rédiger et diffuser une charte de bonnes pratiques concernant l'accueil non sectorisé des publics à besoins spécifiques.

7. Publics concernés : enfants de 0 à 18 ans

8. Acteurs impliqués : secteurs de pédopsychiatrie, services adultes pour les plus de 16 ans, MDA, services éducatifs, CAMNA (mineurs non accompagnés).

9. Indicateurs de résultats :

- Diffusion d'une charte de bonnes pratiques concernant l'articulation des soignants prenant en charge les jeunes, avec les familles
- Nombre de patients hors secteur et raisons du hors secteur.

FICHE ACTION N°8.4.3 : Définir une organisation territoriale de la prise en charge des TSLA couvrant le dépistage, le diagnostic et les soins, associant notamment les acteurs de premier niveau

1. **Pilotage** : ARS, commission pédopsychiatrie de la CPT-93, centre référent des troubles du langage et des apprentissages (service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent d'Avicenne, HU PSSD)
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Malgré les incertitudes sur leur prévalence, on admet généralement que les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), communément rassemblés sous l'appellation de « troubles *dys* », touchent autour de 8 % des enfants de chaque classe d'âge. Ils peuvent concerner une ou plusieurs fonctions cognitives : langage oral (dysphasies), troubles des apprentissages (déficit en lecture : dyslexies, déficit de l'expression écrite : dysorthographies, déficit du calcul : dyscalculies), troubles de la coordination (dyspraxies), troubles des fonctions transversales (attention, mémoire, fonctions exécutives) ; on y range parfois également les déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (« TDAH »). La présentation et les conséquences de ces troubles sont variables en fonction de leur degré, de leur nature, du développement de stratégies de compensation, de la présence d'une prise en charge et d'un accompagnement pédagogique, ainsi que de l'environnement de l'enfant.

Les suspicions de TSLA constituent un motif fréquent d'orientation vers les structures de pédopsychiatrie, les enfants étant souvent adressés par l'école pour un bilan et/ou la prise en charge de ces troubles. Certains enfants ont des TSLA isolés, d'autres ont des TSLA associés à des comorbidités, parfois multiples. Les premiers pourraient relever d'une simple remédiation ou rééducation, quand les seconds nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire associant rééducation, psychothérapie et interventions psychopédagogiques.

La HAS a émis une série de recommandations pour l'organisation du parcours de santé pour les enfants présentant une suspicion de TSLA ou pour lesquels la présence de troubles a été confirmée par le bilan afin de favoriser une prise en charge précoce et adaptée des troubles associant les différents acteurs dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, afin d'en limiter les conséquences fonctionnelles de moyen et long-terme et le décrochage scolaire.¹⁵² Elle propose une structuration en 3 niveaux en fonction de la complexité de la situation : les situations simples sont gérées au premier niveau dans le cadre d'une prise en charge de proximité assurée par le médecin traitant et les différents professionnels qui reçoivent l'enfant ; le second niveau est celui de la prise en charge au sein d'équipes pluridisciplinaires, pour des situations complexes dans lesquelles le diagnostic est plus difficile à poser (au sein des CMP, CMPP, certains réseaux de professionnels libéraux...). Enfin, le troisième niveau est celui du centre de référence des TSLA (CRTLA) pour les situations qui relèvent de leur expertise. Il est par ailleurs nécessaire de prévoir les modalités de mise en place des adaptations pédagogiques et des compensations afin de favoriser l'accès aux apprentissages des enfants.

En Seine-Saint-Denis, la situation se caractérise par des tensions importantes sur l'offre de rééducation. Les CMP infanto-juvéniles sont dans l'incapacité de proposer une prise en charge en orthophonie ou en psychomotricité à l'ensemble des enfants qui le nécessiteraient, ce type de prise en charge étant généralement réservé aux enfants dont les troubles sont les plus sévères, qui sont parfois suivis pendant de nombreuses années. Le faible renouvellement des files actives pour ces prises en charge impose de longues listes d'attente internes, ce qui amène les CMP à orienter les familles vers la recherche de solutions dans le secteur libéral (avec la problématique du remboursement du suivi en psychomotricité, non remboursé par l'Assurance maladie, qui amène à solliciter une prise en charge par la MDPH). Les délais d'accès à un premier rendez-vous dans le secteur libéral en orthophonie (la densité d'orthophonistes libéraux sur le territoire étant la plus faible des départements franciliens : 16,5 / 100 000 habitants, pour une moyenne régionale de 29,6¹⁵³), atteignent généralement un à deux ans sur le territoire et les familles consultent fréquemment à Paris.

Par ailleurs, la présence de nombreuses familles d'origine étrangère pose parfois la question de l'évaluation des enfants dans un contexte bi- ou multilingue. Le centre référent des troubles du langage et des apprentissages (service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du Pr Baubet à Avicenne, HU PSSD) a développé une

¹⁵² HAS. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ? Guide parcours de soins, décembre 2017.

¹⁵³ Source : AMELI, données 2018.

expertise spécifique autour de l'évaluation (avec des échelles d'évaluation spécifiques, et notamment l'ELAL¹⁵⁴ d'Avicenne) et de la prise en charge des enfants dans un contexte de bilinguisme ; d'autres centres développent actuellement une filière d'évaluation et de prise en charge de ces enfants (unité d'ethnopsychiatrie de l'EPS Ville-Evrard).

4. **Objectif général de l'action** : Mettre en place une organisation territoriale pour la prise en charge des troubles spécifiques du langage et des apprentissages couvrant le dépistage, le diagnostic et les soins, associant également les acteurs de premier niveau.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Réfléchir à la mise en place de dispositifs locaux/territoriaux de prise en charge des TSLA, du dépistage au diagnostic puis aux soins, organisés autour des besoins des enfants ;
- Articuler la logique de la demande (école, parents, patients) et celle de l'indication en fonction des troubles évalués ;
- Permettre le repérage par ces dispositifs des enfants nécessitant une prise en charge spécialisée pluridisciplinaire ;
- Animer un travail de réseau et de formation des acteurs situés à l'ensemble des niveaux ;
- Eviter et limiter les situations de handicap en préservant les possibilités d'insertion scolaire et professionnelle ;
- Améliorer l'accès effectif à un bilan et à une prise en charge adaptée pour les enfants présentant une suspicion de TSLA ou des TSLA confirmés ;
- Favoriser la mise en œuvre des compensations (aide humaine, aide matérielle...) et des adaptations pédagogiques par des acteurs formés aux problématiques des enfants présentant des TSLA (enseignants, AESH...).
- Mettre en place des UE ou des ULIS spécialisées TSLA sur le territoire.

6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**

- Mettre en place un groupe de travail afin de porter la réflexion sur l'organisation territoriale des TSLA ;
- Mettre en place un dispositif de formation au repérage et à la prise en charge à destination des acteurs de premier niveau (notamment les médecins généralistes et pédiatres, les psychologues et médecins scolaires, la PMI) ;
- En lien avec le CRTLA, mettre en place des dispositifs de niveau 2, variables selon les territoires, sous forme de réseaux de partenaires, associant pédiatres, pédopsychiatres, neuropsychologues, orthophonistes ;
- Augmenter le nombre de professionnels formés aux outils d'évaluation et à la prise en charge d'enfants en contexte de bilinguisme ;
- En lien avec le CRTLA et dans le cadre des dispositifs de l'école inclusive, mettre en place des actions de formation des enseignants et des personnels de l'Education nationale et un appui afin de favoriser la mise en œuvre des adaptations pédagogiques ;
- Articuler l'organisation du repérage avec les actions prévues par le projet de service de la PMI (intégration au sein des bilans de santé à l'école maternelle).

7. **Publics concernés** : enfants présentant des signes évocateurs de TSLA ou pris en charge pour des TSLA

8. **Acteurs impliqués** : ARS, centre référent des troubles du langage et des apprentissages (service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent d'Avicenne, HU PSSD), CMP et secteurs de PIJ, CMPP, PDAP et PCO, orthophonistes libéraux, services de médecine scolaire (psychologues, infirmières et médecins scolaires), écoles, RASED, pédiatres, médecins généralistes, PMI.

9. **Indicateurs de résultats** :

¹⁵⁴ Evaluation Langagière pour ALlophones et primo-arrivants

- Nombre d'enfants pris en charge par les différents niveaux ;
- Nombre de bilans réalisés au sein du dispositif ;
- Nombre de professionnels formés aux outils d'évaluation des enfants en contexte de bilinguisme ;
- Evaluation du délai d'attente pour un bilan et/ou une prise en charge pour un enfant présentant des signes de TSLA et orienté vers le dispositif par les partenaires.

10. **Moyens nécessaires** : à définir

Axe 5 – Renforcer l'inclusion des enfants

FICHE ACTION N°8.5.1 : Renforcer l'inclusion scolaire des enfants

1. **Pilotage** : ARS, DSDEN, CD-93, MDPH, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, CMPP, UNAFAM
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Dans la continuité de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, la mise en place du service public de l'École inclusive¹⁵⁵ a réaffirmé l'objectif d'une scolarisation de tous les élèves au sein du système d'enseignement général et de l'amélioration de l'accompagnement de ceux qui se trouvent en situation de handicap. Parmi les orientations retenues ont été annoncées la création de postes d'accompagnants et la pérennisation de leur statut, la création de structures d'inclusion scolaire (ULIS, UEE, UEM), la mise en œuvre des pôles inclusifs d'accompagnement localisés et le renforcement de la formation initiale et continue des enseignants, des AESH et des autres acteurs amenés à accompagner les élèves, ainsi que le renforcement de la coopération entre l'éducation nationale et les structures médico-sociales. Ces orientations ont été confirmées par les mesures annoncées dans le cadre de la dernière conférence nationale du handicap du 11 février 2020 et lors du comité national de suivi de l'école inclusive du 30 juin 2020.

La stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022 prévoit par ailleurs le triplement du nombre d'unités d'enseignement en classes maternelle autisme (UEMA)¹⁵⁶ afin d'améliorer l'inclusion scolaire des enfants présentant des TSA dès la petite enfance en permettant à ces enfants de poursuivre un parcours de scolarisation conforme aux programmes et de bénéficier d'interventions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques au sein de la même structure. En Seine-Saint-Denis, il existe à l'heure actuelle 9 unités d'enseignement en école élémentaire et 2 en école maternelle destinées aux enfants avec autisme ; l'ouverture prochaine de 2 UEMA supplémentaires est prévue suite à un AMI.

Bien que son champ ne soit pas restreint au seul handicap psychique et qu'il couvre tous les types de handicap, le schéma départemental autonomie et inclusion 2019-2024 fait de l'inclusion des élèves en situation de handicap un axe prioritaire et propose plusieurs mesures : poursuite de la création de nouvelles UEEA (Unités d'enseignement externalisées autisme), avec un objectif d'une unité par collège et de plusieurs unités en école élémentaire et en école maternelle ; réalisation d'aménagements spécifiques permettant d'éviter la mise à l'écart des élèves concernés ; formation de l'école au handicap par la mise en œuvre de formations territorialisées ; contractualisation entre l'ARS et le rectorat afin de favoriser l'inclusion des élèves en situation de handicap au sein de l'école ordinaire ; formation des AVS et des AESH autour de l'accompagnement de ces enfants ; amélioration de la prise en charge pendant les temps périscolaires ; déploiement des PIAL (Pôles inclusifs d'accompagnement localisés).¹⁵⁷

En Seine-Saint-Denis, le taux de scolarisation des élèves en situation de handicap a connu une forte progression au cours des dernières années, il reste en-dessous de la moyenne nationale. Ainsi, à la rentrée scolaire 2017, 8 895 enfants en situation de handicap (tous types de handicap confondus) sont scolarisés en milieu ordinaire (pour 87 % d'entre eux, sans que soit toutefois précisé le nombre hebdomadaire d'heures de scolarisation) ou dans une unité d'enseignement d'un établissement médico-social. Ces effectifs sont en forte croissance depuis 2013 (+ 48 % au total, + 40 % dans le 1^{er} degré et +64 % dans le 2nd degré), mais la proportion d'élèves en situation de handicap scolarisés restait inférieure à la moyenne nationale (24,1/1000 élèves dans le 1^{er} et dans le 2nd en Seine-Saint-Denis contre une moyenne nationale de 28,2/1000 ; 19,3/1000 élèves scolarisés en milieu ordinaire en SSD contre une moyenne nationale de 22,6/1000). Le retard de scolarisation des enfants en situation de handicap en lien avec des troubles psychiques ou des troubles du langage et de la parole étant plus marqué encore (avec des taux de scolarisation plus de deux fois inférieurs à la moyenne nationale : respectivement 1,9 et 2 pour 1000 élèves du 1^{er} et du 2nd degré, contre 4,5 et 4 pour la France entière).¹⁵⁸ Par ailleurs, si le nombre d'enfants

¹⁵⁵ Circulaire n°2019-088 du 05 juin 2019 pour une école inclusive ; loi n°2019-791 pour une école de la confiance.

¹⁵⁶ Cahier des charges national prévu par l'instruction interministérielle N°DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 relative à la modification du cahier des charges national des unités d'enseignement en maternelle prévues par le 3^{ème} plan autisme.

¹⁵⁷ Schéma départemental autonomie et inclusion 2019-2024, objectif 4 : « De la petite enfance à l'emploi, un objectif : aucun accueil impossible », p. 75.

¹⁵⁸ Source : données DSDEN présentées dans le Schéma départemental autonomie et inclusion 2019-2024, p. 38.

(tous types de handicap confondus) bénéficiant d'une aide humaine a doublé, cette augmentation n'a pas permis de satisfaire les besoins de l'ensemble des enfants notifiés par la MDPH, le nombre de prescriptions d'aide individuelle ou mutualisée par la MDPH ayant également suivi une croissance importante.¹⁵⁹

4. **Objectif général de l'action** : Favoriser l'inclusion scolaire des enfants présentant un handicap psychique.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Favoriser l'inclusion scolaire des enfants au plus près des dispositifs de droit commun ;
 - Permettre aux enseignants et aux AVS/AESH d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leurs fonctions pour contribuer à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation des élèves en situation de handicap psychique ;
 - Favoriser la mise en œuvre des compensations (aide humaine, aide matérielle...) et des adaptations pédagogiques en proposant une offre de formation et un appui adaptés aux enseignants ;
 - Appuyer les professionnels de l'Education nationale dans l'accompagnement des élèves en situation de handicap psychique.
6. **Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions**
 - Conduire une réflexion sur l'évolution du nombre de structures d'inclusion scolaire (UEE, UEM, ULIS) ainsi que sur les modalités d'accompagnement (équipes mobiles dédiées, renforcement des SESSAD...) ;
 - Dans le cadre d'une collaboration avec l'Education nationale et des actions de renforcement de la formation des professionnels, prévues par la circulaire du 5 juin 2019, qui accompagnent la mise en place du service public de l'école inclusive, développer une offre de formation sur l'accompagnement des enfants en situation de handicap psychique et/ou de troubles du langage et des apprentissages à destination des enseignants et des AESH ;
 - Mettre en adéquation et pérenniser les recrutements d'AESH afin de permettre à l'ensemble des enfants pour lesquelles une aide humaine a été notifiée par la MDPH d'être accompagnés par des professionnels formés spécifiquement au handicap, en lien avec le déploiement progressif des PIAL d'ici la rentrée 2021 ;
 - Contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances en prévoyant le suivi des cohortes d'enfants entrant dans des dispositifs spécifiques d'inclusion scolaire (UEMA, UEE...), en lien avec des équipes de recherche.
7. **Publics concernés** : enfants
8. **Acteurs impliqués** : ARS, DSDEN, CD-93, MDPH, services de médecine scolaire, UNAFAM, enseignants, enseignants référents, AESH, PIAL (pôles inclusifs d'accompagnement localisés), établissements médico-sociaux, commission de pédopsychiatrie de la CPT-93, secteurs de PIJ, CMPP, Universités et URC EPSVE.
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire, temps de présence
 - Nombre d'enfants scolarisés dans une UEE ou une UEM
 - Nombre d'enseignants formés à l'accompagnement des élèves en situation de handicap psychique
 - Nombre d'AESH formés
 - Nombre d'AESH recrutés et % des besoins couverts (sur la base du nombre d'enfants notifiés par la MDPH)
10. **Moyens nécessaires** :
 - A définir

¹⁵⁹ Sur la période 2013-2017, augmentation de 50 % du nombre de prescriptions d'aides individuelles et multiplication par 5 du nombre de prescriptions d'aides mutualisées.

FICHE ACTION N°8.5.2 : En lien avec le tissu local (services municipaux, associations) et les CLSM, favoriser l'inclusion des enfants dans les dispositifs de droit commun (centres de loisirs, clubs sportifs...)

1. **Pilotage** : CD 93, CLSM, UNAFAM, MDPH
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Au-delà de l'accès effectif à des soins et à l'éducation, une inclusion réussie au sein de la cité nécessite aussi de veiller à l'accessibilité réelle aux activités physiques, culturelles, artistiques, sociales, qui doivent faire partie intégrante des parcours de vie des enfants atteints de troubles psychiques. Si la question de l'inclusion dépasse celle du seul handicap psychique et concerne plus largement l'ensemble des personnes en situation de handicap, elle est essentielle au développement et à l'épanouissement de l'enfant. De même que les conventions internationales sur les droits des enfants en situation de handicap¹⁶⁰, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a consacré le principe d'un plein accès « *aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et [de leur] maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie* ». Les orientations fixées par le Comité interministériel du handicap¹⁶¹ et par la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement¹⁶² ont plus récemment conforté ces principes.

Les problématiques des enfants et adolescents ont généralement fait l'objet d'un investissement relativement limité de la part des CLSM, là où ils existent, alors qu'ils constituent pourtant l'échelon territorial pertinent pour l'impulsion d'une dynamique au sein du tissu local et la mise en œuvre de ces projets en liaison avec les services municipaux et les associations. Le succès du travail mené à Saint-Ouen suite à un groupe de travail mis en place par le CLSM en témoigne ; réunissant les services de la ville (centres de loisirs, services culturels), les associations représentatives des familles et des professionnels du secteur de pédopsychiatrie, ce groupe a abouti à la définition et à la mise en œuvre d'un protocole d'inclusion des enfants en centre de loisirs (grâce à la mise à disposition d'éducateurs par la municipalité, formés aux problématiques du handicap, présents durant une période de transition limitée dans le temps pour aider à l'intégration de l'enfant, en appui des équipes d'animation). Ce travail s'est secondairement poursuivi avec des responsables d'associations sportives, à leur demande.

Cette réflexion devra être menée en articulation avec les autres plans départementaux s'intéressant à l'inclusion dans la vie sociale des personnes handicapées, et notamment le schéma départemental autonomie et inclusion. En ce qui concerne l'enfant, celui-ci prévoit plusieurs actions au-delà de celles visant à améliorer l'inclusion scolaire (notamment le développement de l'accès des enfants en situation de handicap aux modes d'accueil de la petite enfance).

4. **Objectif général de l'action** : Favoriser l'inclusion des enfants présentant des troubles psychiques aux dispositifs de droit commun.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Permettre l'inclusion effective des enfants atteints de troubles psychiques aux activités sociales, culturelles et de loisirs ouvertes aux enfants de leur classe d'âge ;
 - Permettre aux enfants de développer leurs capacités d'adaptation ;
 - Contribuer à la déstigmatisation du handicap psychique ;
 - Permettre une meilleure connaissance des problématiques liées au handicap psychique par les professionnels de l'enfance ;
 - Favoriser l'association des familles dans l'élaboration du projet de l'enfant, dans le cadre d'une relation de confiance avec les professionnels ;

¹⁶⁰ Article 30 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU du 13 décembre 2006.

¹⁶¹ Comité interministériel du handicap du 20 septembre 2017, « Etre acteur dans la cité : s'y déplacer, accéder aux loisirs, au sport et à la culture »

¹⁶² Stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND (2018), objectif 2 : « Garantir et valoriser avec les accompagnements requis, l'accomplissement des parcours de vie et de participation sociale »

- Offrir les conditions d'un accueil effectif des enfants en situation de handicap psychique au sein des structures de droit commun (centres de loisirs, crèches, associations sportives et culturelles) ;
- Articuler la réflexion sur l'inclusion des enfants présentant des troubles psychiques et/ou développementaux aux orientations du schéma départemental autonomie et inclusion, du dispositif « Territoire 100% inclusif », en lien avec le CD 93.

6. Objectifs opérationnels de l'action / Sous-actions

- Améliorer la connaissance des problématiques liées au handicap et aux troubles psychiques des enfants des professionnels amenés à se trouver à leur contact (en lien avec les actions de la feuille de route « formation ») ;
- Sous l'impulsion des CLSM, mettre en place des groupes de travail sur l'inclusion des enfants dans les dispositifs de droit commun réunissant les professionnels amenés à être en contact avec les enfants, les municipalités, les associations représentatives des familles et les professionnels de la pédopsychiatrie (cette réflexion doit être déclinée par tranche d'âge) ;
- Définir des protocoles-types d'accueil, incluant en tant que de besoin un soutien par des professionnels-référents formés aux problématiques du handicap psychique (éducateurs spécialisés...).

7. Publics concernés : enfants

8. Acteurs impliqués : ASV, CLSM, CCAS, municipalités, CMP, CMPP, SESSAD, associations, centres de loisirs, MDPH...

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de protocoles d'inclusion mis en œuvre, territoires concernés
- Nombre d'enfants concernés
- Evaluation qualitative des dispositifs par les familles

10. Moyens nécessaires :

- Postes partagés d'éducateurs spécialisés
- A définir

Périnatalité et santé mentale

Introduction

La période périnatale, couvrant la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme une période à risque de survenue de troubles psychiques ou de déséquilibre de troubles préexistants chez les mères, et d'installation de troubles de développement pour l'enfant. Ces troubles psychiques périnataux sont des tableaux symptomatiques qui se répartissent tant du côté de la femme enceinte, des parents que du côté du bébé.

Les troubles psychiques maternels périnataux vont des troubles anxieux et dépressifs anté et postnataux, aux psychoses du post-partum, et à risque accru de survenue de troubles thymique dans le cadre de troubles bipolaires. Ils sont la principale cause de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année qui suit.

Du fait de la longue néoténie du bébé dans l'espèce humaine, la dyade mère-enfant, ou la triade parents-enfant sont considérées comme des boucles interactives aux influences développementales réciproques. D'un côté, le bébé est particulièrement sensible et peut voir son développement et son fonctionnement se désorganiser lorsque son environnement est inadéquat, de l'autre, le bébé peut désorganiser le fonctionnement parental et modifier l'exercice de la parentalité, en particulier s'il est atteint d'un trouble du développement. Cet effet désorganisant du bébé sur ses parents est particulièrement observé lorsque les enfants sont atteints de trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Les troubles des interactions précoces peuvent entraîner une spirale dysfonctionnelle entre la mère et le bébé. Une intervention professionnelle spécifique doit être mise en place. Des symptômes psychosomatiques et fonctionnels (pleurs, cris incessants, troubles du sommeil et troubles de l'alimentation), peuvent traduire un dysfonctionnement interactif et prendre le masque de pathologies organiques. Des dysfonctionnements précoces et sévères entraînent des retards de développement psychomoteur, des troubles des acquisitions et du fonctionnement cognitif. Ils représentent des facteurs de risque d'évolution vers des troubles dépressifs ou vers des troubles de l'attachement qui doivent être distingués des troubles envahissants du développement. Dans certains cas, la gravité des situations (négligences, maltraitance) et leur pérennisation peuvent conduire à une séparation et à un placement dans l'objectif de la protection de l'enfant. Les soins précoces permettent aussi de dépister le risque autistique et d'engager immédiatement des interventions.

Épidémiologie et périnatalité :

Une étude réalisée au Royaume-Uni estime qu'environ 20 % des femmes développent des troubles psychiques au cours de la période périnatale¹⁶³. En France, environ 12,5 % des femmes enceintes déclarent une détresse psychologique anténatale dans le cadre de l'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE)¹⁶⁴.

Une part importante de ces troubles est cependant non diagnostiquée et non traitée. Une étude française montre que seules 42 % des femmes rapportant une détresse psychologique ont bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et/ou ont pris un traitement psychotrope².

Le coût économique et social de ces troubles est élevé pour la société. Une étude réalisée au Royaume-Uni évalue ce coût à 8,1 milliards de livres. Près du trois quarts de cette dépense est relative aux répercussions des troubles psychiques périnataux sur les enfants, répercussions prises en compte jusqu'à l'anniversaire de leurs 18 ans (Bauer, 2014).

Ces données épidémiologiques montrent l'importance des actions de prévention et de soin en période périnatale, tant en faveur des mères qu'en faveur de l'enfant.

Soins et périnatalité :

¹⁶³ Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B. The cost of perinatal mental health problems. London: Center for Mental Health and London School of Economics; 2014.

¹⁶⁴ Bales M, Pambrun E, Melchior M, et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *European Psychiatry* 2015 ;30 : 322-328..

La prévention débute par le repérage, le dépistage et l'évaluation rapide des situations à risque, dès la déclaration de grossesse, puis s'échelonne au cours de l'accompagnement des futurs parents pendant la durée de la grossesse et les premières années de vie de l'enfant. Durant cette période, les femmes et familles sont plus sensibles aux messages de prévention et adhèrent plus facilement à un parcours de soins.

Le rôle des acteurs professionnels de première ligne (PMI, sages-femmes, médecins traitants, centres médicaux de santé, crèches, autres lieux d'accueil petite enfance, services de maternité et de néonatalogie ...) est à ce stade indispensable tant sur le plan sanitaire que social pour prévenir les décompensations pendant la grossesse et en post-natal ¹⁶⁵ et pour s'assurer que sont réunies les conditions favorables à l'établissement de liens affectifs propices au développement psychique de l'enfant. Ces acteurs de première ligne doivent pouvoir repérer les troubles anxio-dépressifs maternels (10 à 20 % des parturientes), les complications de l'histoire obstétricale (grossesse non souhaitée, histoire d'infertilité et de procréation médicalement assistée, antécédent obstétrical douloureux, accouchement compliqué, accouchement prématuré...), les antécédents de mort in utero, d'enfant décédé, de handicap ou de pathologie grave d'un enfant aîné, etc... Ils doivent pouvoir évaluer les conditions de vie chez des populations exposées et vulnérables dont les difficultés sont cumulatives : les femmes isolées, en situation de grande précarité, les populations migrantes, les très jeunes filles, les femmes victimes de violences...

Les acteurs de première ligne doivent également évaluer les facteurs de risque du côté du bébé : accompagnant la grossesse ou l'accouchement comme les grossesses multiples, la prématurité, les malformations ; ou liés aux facteurs d'environnement (négligence de soins, surexposition aux écrans, etc.). Ils doivent enfin être formés au repérage des signes principaux de souffrance du bébé.

Les services de PMI sont des acteurs fondamentaux de dépistage et de prévention au cours de la grossesse et des deux premières années de vie de l'enfant. Leur visibilité est importante, et leur accès est facile. Ils sont largement fréquentés dans le département : 76,2% des enfants sont allés en centre de PMI au moins une fois au cours des douze derniers mois » ¹⁶⁶. L'entretien facultatif dit « du quatrième » mois de grossesse¹⁶⁷ entre dans le cadre de ces évaluations. Il se déroule le plus souvent dans un service de PMI ; il est réalisé par un médecin ou une sage-femme et contribue à la réduction des facteurs de risque psychosociaux et à la prévention des décompensations psychologiques ou psychiatriques. Les sorties de plus en plus rapides des maternités justifient encore davantage la nécessité du repérage. Dans le repérage comme dans les soins précoces il faut être capable « d'aller au-devant ». En effet, les familles les plus en détresse sont bien souvent trop mal en point pour demander de l'aide, surtout s'il s'agit de familles déjà vulnérables pour d'autres raisons.

Au terme du repérage et du dépistage, l'évaluation conduit à une orientation vers les professionnels compétents si nécessaire pour que soient mises en œuvre des prises en charges sans délai, avec une logique graduelle en fonction de la sévérité des situations (tableau 1).

Tableau 3 : Classification des troubles avec description des pathologies
Tableau à titre indicatif (en cours de travail au sein du groupe périnatalité et santé mentale de l'ARS IDF)

¹⁶⁵ La PMI intervient dans trois domaines d'action :

- La Protection Infantile (PI) qui concerne le suivi de l'état de santé et du bon développement des enfants de 0 à 6 ans ;
- La Protection Maternelle (PM) qui s'intéresse au suivi de la grossesse des femmes ;
- La Planification Familiale (PF) qui aborde la maîtrise de la fécondité, la prévention des IST et l'accompagnement de la parentalité (prévention des conflits familiaux).

¹⁶⁶ Enquête ENFAMS 2013 ; Champ : 566 personnes interrogées, 563 répondants pour la PMI et le pédiatre, 562 répondants pour le médecin¹⁶ - Després C, Dourgnon P, et al. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé. 2011 ;170

¹⁶⁷ Prévu à l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, il s'agit d'un entretien prénatal précoce dont l'objet est de permettre au professionnel d'évaluer avec [la future mère] ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse ».

Classification des Troubles	Pathologies	Prise en charge
Troubles Très graves, Aigus	Psychose puerpérale Aigue Dépression du Post Partum très grave Décompensation dépression mélancolique ou décompensation psychotique	Psy adulte Et/ou HC E/ou HDJ Et/ou UPP ambulatoire
Troubles Sévères	Troubles graves de personnalité de type border line avec souvent comorbidités (troubles thymiques et/ou addictions) Troubles affectifs bipolaires Troubles schizo-affectifs et schizophréniques Dépressions récurrentes sévères Episode dépressif majeur avec ou non caractéristiques psychotiques Episode maniaque Premier épisode psychotique aigu Trouble des conduites mal socialisées Intrication troubles psychiatriques et précarité Troubles psy et troubles somatiques Trouble des interactions parents-bébé Troubles addictifs sévères Dépression du post-partum	UPP ambulatoire Et/ou HDJ Et/ou HC
Troubles modérés	Troubles anxieux sans comorbidité dépressive Etat de stress post traumatique Troubles des conduites alimentaires (fonction de leur gravité et intensité) Retard mental Addictions Dépression du post-partum	UPP ambulatoire Et/ou HDJ
Troubles légers, grande vulnérabilité interactions MBB	Troubles mentaux légers associés à la puerpéralité Troubles anxieux modérés Troubles du sommeil isolés Dépression du post-partum Modification durable de la personnalité après une expérience de guerre Vulnérabilité de la mère (précarité, violences...) et du bébé (n-né à risque : prématurité, maladies congénitales, avec parents présentant des troubles psy...)	UPP ambulatoire

A noter que les troubles aigus (sommet de la pyramide) aboutissent souvent à une hospitalisation en psychiatrie adulte afin de stabiliser la mère avant de pouvoir l'orienter sur une unité mère-enfant temps plein.

Au-delà des délimitations catégorielles des troubles, c'est plus souvent l'intensité, l'environnement, le contexte et le retentissement qui guident les décisions d'orientation et de projet de soins (prise en charge).

Des modalités de prise en charge et d'accompagnement spécifiques à la période périnatale se sont développées, en France et à l'étranger, et impliquent différents acteurs des secteurs sanitaires, social et médico-social, dans le cadre d'une action coordonnée.

Les difficultés dans l'instauration du lien d'attachement et les différents registres d'interactions parents-enfant sont traités dans le cadre de soins dits conjoints (de l'enfant et de sa mère, de l'enfant et de ses parents, ou plus largement de l'enfant et de son entourage). Ces soins prennent souvent la forme de psychothérapies parents-enfants ou mère-bébé, de guidance et d'accompagnement parental, effectuées en ambulatoire au sein des Unités de psychiatrie périnatale (UPP) ou dans le cadre d'Hôpitaux de jour parents-enfants (HDJ).

Certains bébés (prématurés, bébés à risque d'évolution autistique) doivent également bénéficier de prises en charge plus spécifiques, impliquant notamment la psychomotricité.

Lorsque la mère présente une décompensation psychiatrique sévère ou résistante, elle est orientée vers des unités d'hospitalisation à temps plein (UHTP- souvent également nommées unités mère-bébé, UMB). Lorsque la vie de l'enfant ou de la mère est en jeu, la mère doit être hospitalisée en service de psychiatrie adulte et l'enfant doit être confié à sa famille ou placé. Des services de soins de suite et de réadaptation accueillent les situations moins sévères qui nécessitent néanmoins un cadre d'hospitalisation d'une durée prolongée (SSR).

Les équipes pluri professionnelles de psychiatrie périnatale ont des compétences triples :

- Dans les difficultés psychiques et troubles psychiatriques des parents et l'appréciation des compétences maternelles et parentales,
- Dans la clinique du développement du bébé
- Dans l'observation des interactions parents enfants et de leur dysfonctionnement.

Par leurs compétences spécifiques, à la fois centrées sur le corps et sur le psychisme, et formés à la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, les pédopsychiatres sont à même de répondre aux nécessités de la psychiatrie périnatale. C'est pourquoi ces équipes doivent relever de la pédopsychiatrie.

Des liens serrés et articulés doivent se tisser entre les professionnels de l'ambulatoire (consultations, équipe mobile, équipe de liaison), les unités de jour, les unités d'hospitalisation parents-bébés, au sein d'un réseau qui associe la PMI, les services de psychiatrie adulte, les services sociaux et ceux de protection de l'enfance, les structures d'hébergement, les travailleuses d'intervention sociale et familiale (TISF) mais aussi le maillage social ou communautaire de la famille. Ce travail en réseau prend toute son importance et contribue à la qualité et à la cohérence des soins proposés.

Impulsion des tutelles et des administrations sanitaires

Les organismes sanitaires et les tutelles cherchent à renforcer les interventions de prévention. Dans le cadre du **programme « psychiatrie et santé mentale » (2018-2023) l'HAS** s'engage à mettre en place des outils favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge périnatale des troubles psychiques ainsi qu'une meilleure articulation entre les différents acteurs impliqués. Ces outils intègrent notamment l'entretien prénatal précoce, évoqué dans les recommandations professionnelles de l'HAS « Préparation à la naissance et à la parentalité ».

La prévention, l'accompagnement à la parentalité et la précocité des prises en charges sont des enjeux majeurs de santé publique. Ils font partie des objectifs du plan « Ma santé 2022 » en ce qui concerne la stratégie nationale de santé qui met en exergue la nécessité de développer le repérage, la prise en charge et les interventions précoces, notamment lors de la période de la périnatalité (Instructions de la DGOS du 19 juillet 2019).

Le Projet régional de santé 2 de l'ARS (PRS-2) priorise huit thématiques au sein desquelles figurent la périnatalité et la santé mentale. Les acteurs régionaux de la périnatalité¹⁶⁸ ont exprimé fin 2019, leur souhait de voir des projets santé mentale et périnatalité émerger dans le cadre des PTSM.

Le Conseil départemental de la SSD a publié son projet de santé publique de la PMI 2019-2021, en priorisant comme modalités d'action la visite à domicile, et comme thématiques le soutien à la parentalité, les troubles du développement, les troubles du langage et les difficultés relationnelles parents/enfants. Ces actions doivent s'articuler avec les actions des services de psychiatrie périnatale. De plus, le CD 93 finance des postes à mi-temps pour la coordination des 5 réseaux de proximité en périnatalité.

Plus largement, une réflexion centrée sur le soutien à la parentalité des usagers en santé mentale, en période périnatale, en amont, dès le projet de grossesse, et en aval aux différents stades de développement de l'enfant, sera conduite par l'HAS, en vue d'améliorer l'accompagnement au rôle parental.

¹⁶⁸ Commission régionale de la périnatalité : Dr Catherine Crenn-Hebert.

Le réseau de santé en périnatalité Naître dans l'Est Francilien (Réseau NEF) couvre le département de la Seine-Saint-Denis et le nord de la Seine et Marne. Ce réseau est porté par une association (loi 1901) qui regroupe l'ensemble des professionnels travaillant auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants. L'ensemble des maternités, les conseils départementaux ainsi que certaines directions municipales de la santé ont signé une convention avec le Réseau NEF. Il vise à mettre en place les actions et les missions du cahier des charges national (Circulaire N° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015, et du plan régional de santé). Dans cette perspective, il contribue à la coordination des parcours de grossesse sans rupture, à la vérification de l'audition, au suivi des enfants vulnérables. Il veille entre autres à l'accès à l'IVG, à la lutte contre les vulnérabilités, au dépistage de la trisomie 21 par les échographistes, au suivi des transferts in utero, à la formation des professionnels.

Au sein de ce réseau, une instance spécifique est dévolue au champ de la psychiatrie périnatale : le groupe de travail "psychopathologie et périnatalité". Associant des représentants des unités de psychiatrie périnatale du département à d'autres professionnels (services de maternité et de néonatalogie, PMI, ASE, sage-femme et puéricultrice coordinatrices du réseau NEF, etc...), il se réunit pluri-annuellement pour animer, suivre et veiller aux bonnes pratiques de psychiatrie périnatale sur le territoire. En 2018, ce groupe a élaboré un annuaire ressource et un petit guide pratique à destination des professionnels. Il organise également des formations à destination des professionnels comme la dépression maternelle ou le suivi des enfants à risque. Le prochain colloque est fixé au 25 Mars 2021 sur le thème des bébés en souffrance. L'équipe de coordination du réseau ainsi que les membres principaux du groupe de travail ont participé au pilotage et à la rédaction du projet périnatalité du PTSM. L'appui du réseau NEF dans la déclinaison opérationnelle du PTSM est indispensable pour améliorer les parcours en périnatalité et favoriser la collaboration des acteurs entre eux.

Diagnostic territorial :

Contexte de la Seine-Saint-Denis

La population de Seine-Saint-Denis présente des particularités démographiques et socio-économiques qui doivent être prises en compte dans la mise en œuvre des dispositifs d'offre de soins.

Le taux de natalité le plus élevé de France. Il est évalué à 2,46 enfants/femme en 2015. 24 380 naissances ont eu lieu en SSD en 2018 (en baisse de 2,2% par rapport à 2017). L'espérance de vie à la naissance a progressé. Cependant, la mortalité infantile reste particulièrement élevée : 4,8 pour 1 000 naissances vivantes contre 3,2 en France métropolitaine en 2012. Parmi les jeunes, 57 % des moins de 18 ans en Seine-Saint-Denis sont d'origine étrangère (au moins un parent immigré) contre 37 % en Ile de France et 18,10 % en France métropolitaine. Un ménage sur quatre vit en dessous du seuil de pauvreté et les inégalités tendent à se creuser. Les familles, et notamment les familles monoparentales, sont les plus touchées. Sur l'ensemble du territoire de Seine-Saint-Denis, 8571 enfants bénéficient de mesures de protection de l'enfance (chiffres de fin juillet 2017). Les mesures judiciaires restent fortement majoritaires. Les enfants de moins de 6 ans représentent 11% des enfants confiés aux services de protection de l'enfance.

L'accumulation de ces facteurs de risque psycho-sociaux expose les femmes enceintes, les enfants, et notamment les plus jeunes, à des risques plus importants de mortalité, de morbidité et de maltraitance. Cela augmente aussi le risque de décompensations psychiatriques périnatales, venant entraver les premiers liens entre les parents et leur bébé.

L'accès aux soins de ces familles est plus limité que dans les autres départements. Le taux d'équipement en professionnels libéraux, en structures sanitaires et médico-sociales est faible (4,6 à 5,3 médecins généralistes pour 10 000 habitants selon les communes). Le secteur public en Seine-Saint-Denis représente l'offre de soins majoritaire en pédopsychiatrie.

Il est important de rappeler la part importante de la population de femmes jeunes et en âge de procréer. Le territoire a une population de jeunes adultes en croissance importante, jeunes adultes qui deviennent rapidement parents.

Le territoire est une terre d'accueil des phénomènes migratoires internationaux. La part de population migrante en situation irrégulière, « invisible » statistiquement, essentiellement constituée de jeunes adultes, avec

souvent des enfants en bas âge, est évaluée à 200 000 personnes en Seine-Saint-Denis (rapport assemblée nationale du 31/08/2018).

Les difficultés d'accès aux soins et à la contraception (pour raison médicale, migratoire ou culturelle), et les suivis précoces et réguliers des grossesses et des enfants en bas âge quasi inexistantes (du fait des mobilités ou autres facteurs) sont fréquemment constatés dans cette population « invisible », dont les enfants ont plus de risque d'avoir besoin de soins. En effet, certaines femmes sont dans une situation de pauvreté extrême, sans ressources, sans logement, parfois sans droits sociaux ou sans papiers, et souvent soumises à des situations de violence ou d'exploitation. Leur parcours migratoire les a exposées à des psycho-traumatismes répétés qui aggravent leur santé psychique. Ces situations sont parfois terrifiantes, bien connues des soignants et rapportées dans les journaux nationaux (Le Monde du 14 janvier 2020). Selon l'ARS, 7 % des femmes enceintes de Seine-Saint-Denis sont sans couverture sociale en début de grossesse. Cette donnée correspond aux chiffres obtenus dans l'enquête réalisée par le Conseil départemental dans 3 centres PMI de SSD entre 2014 et 2016 qui estimait que 8 % des consultantes étaient sans couverture sociale¹⁶⁹.

L'ensemble de ces spécificités territoriales impose des ajustements dans les propositions de soins plus spécifiques, pour pouvoir répondre aux besoins de ce public exposé à une extrême précarité socio-économique et psychique, ne maîtrisant, en outre, pas toujours la langue française.

Offre sanitaire périnatale et santé mentale

Les maternités de SSD

Le département de SSD est équipé de 10 maternités, 5 publiques et 5 privées. Elles ont accueilli en 2019, **23 901 naissances** qui se répartissent ainsi :

- **Aulnay-sous-Bois : Centre Hospitalier Robert Ballanger [3621 naissances, Niveau 2B¹⁷⁰]**
- **Montfermeil : GHI Le Raincy-Montfermeil [2273 naissances, Niveau 2B]**
- **Montreuil : CHI André Grégoire [4142 naissances, Niveau 3]**
- **Saint-Denis : Centre hospitalier général Delafontaine [4361 naissances, Niveau 3]**
- **Bondy : Hôpital Jean Verdier [2395 naissances, Niveau 2B], avec un déménagement prévu de cette maternité à l'hôpital Avicenne, à Bobigny**
- *Le Blanc-Mesnil : Hôpital privé de Seine-Saint-Denis [2331 naissances, Niveau 2]*
- *Les Lilas : Maternité [1387 naissances, Niveau 1]*
- *Livry-Gargan : Polyclinique Vauban [1029 naissances, Niveau 1],*
- *Stains : Clinique de l'Estrée [1697 naissances, Niveau 2]*
- *Aubervilliers, clinique de la Roseraie (665 naissances, Niveau 1)*

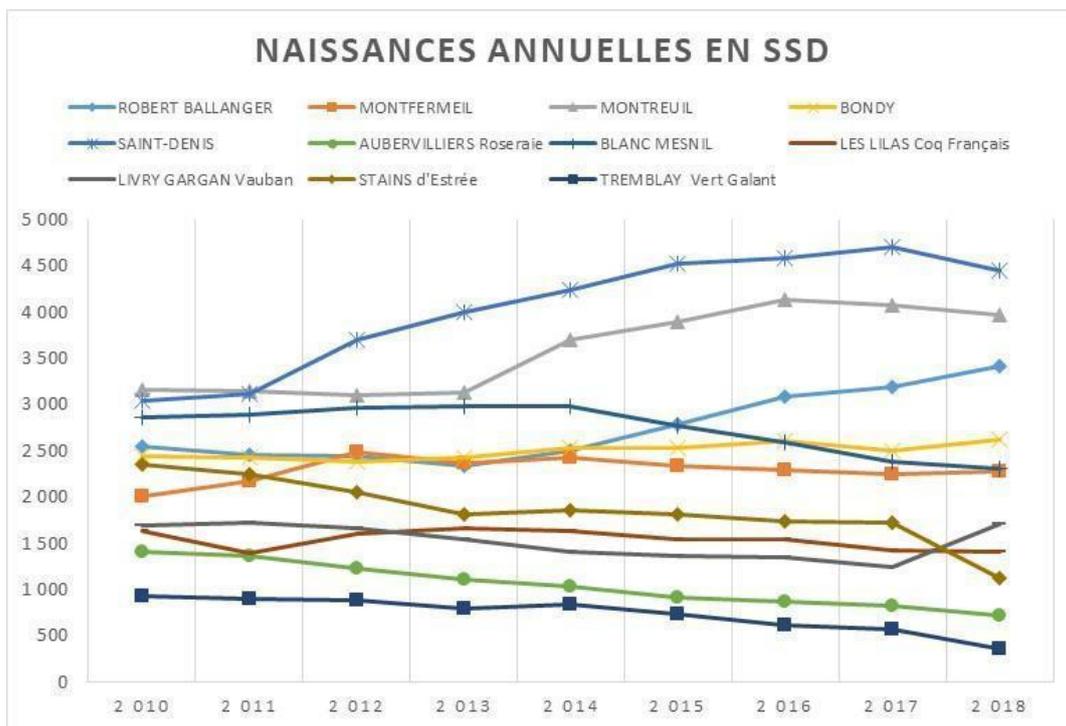
¹⁶⁹ P. Martin, La patientèle et les usages sociaux de la PMI de Seine-Saint-Denis et de la Somme, 2016.

¹⁷⁰ Maternité de niveau 1 : maternité destinée à la prise en charge des femmes dont la grossesse ne présente pas de risque particulier et des nouveau-nés qui ne nécessitent que des soins de puériculture.

Maternité de niveau 2 : maternité équipée d'un service de néonatalogie. Elle assure la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

Maternité de niveau 3 : maternité équipée pour les soins de néonatalogie et pour la réanimation néonatale. Elle assure la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Centre périnatal de proximité : centre ne prenant pas en charge les accouchements mais assurant des consultations pré et post-natales, des cours de préparation à l'accouchement, des soins aux nouveau-nés, des séances de rééducation périnéale et des consultations de planification familiale.



La psychiatrie périnatale en Seine-Saint-Denis :

La psychiatrie périnatale en SSD se déroule en ambulatoire ou en hospitalisation de jour. Elle est portée par les 5 secteurs de pédopsychiatrie publique et le service de pédopsychiatrie de HUPSSD non sectorisé.

- **Saint Denis** : 3 unités
 - **Unité de liaison en maternité** (dénommée UPP, Unité de Psychopathologie Périnatale) : prévention, évaluation, consultations prénatales et postnatales dans toutes les unités de la maternité. Construction des projets de sortie et liens avec les partenaires.
 - **Hôpital de Jour** (dénommé UAPE, Unité d'Accueil Parent Enfant) : HDJ parents/enfant : consultations prénatales, prise en charge préventive et thérapeutique de la naissance aux 3 ans de l'enfant ; articulation de consultations spécialisées avec un accueil mère-bébé hebdomadaire en Hôpital de jour.
 - **Unité ambulatoire** : (dénommée Maison du bébé) : CATTP parents/enfant : prise en charge pluridisciplinaire de 0 à 3 ans de l'enfant, consultations, psychothérapies, accueil de groupe, dépistage et prise en charge précoces des troubles du développement, suivi des adolescentes enceintes.

- **Robert Ballanger** : 2 unités
 - **Unité de liaison et unité ambulatoire** (dénommée La Maison de la Petite Enfance). Destinée aux bébés de 0 à 3 ans, l'équipe pluridisciplinaire de la Maison de la Petite Enfance partage son temps entre une activité de liaison au sein des services de maternité, néonatalogie et pédiatrie (Unité de psychiatrie périnatale) ; et une activité de consultations ambulatoires (Unité thérapeutique d'évaluation et de prise en charge précoce). Les soins sont intensifs pour les bébés les plus malades. Des accueils séquentiels à la journée au sein de la Crèche familiale Thérapeutique (issue du Placement Familial Thérapeutique) permettent d'intensifier les soins des bébés.
 - **Unité mobile** : (dénommée Unité Libellule rattachée à la Maison de la Petite Enfance) : unité mobile de prévention et de soins précoces, permettant des soins à domicile et/ou dans les lieux d'accueil des bébés, destinée aux familles les plus vulnérables qui échappent au dépistage et aux soins.

- **Jean Verdier** : 1 unité.

- **Unité de liaison en maternité** (dénommée UPP, Unité de Psychopathologie Périnatale). Travail de liaison à la maternité (évaluations, suivis et orientations en hospitalisation et en consultation). Il est assuré par le service de pédopsychiatrie du CHU Avicenne. L'hôpital Jean Verdier prévoit de créer une "maison de la périnatalité" dans le cadre de son projet « nouveau Jean Verdier ». Parallèlement, la maternité sera délocalisée à Avicenne.
- **Montreuil** : 3 unités
Elles sont regroupées dans une unité polyvalente dénommée UPP (Unité de pédopsychiatrie périnatale), non sectorisée, inscrite au sein du réseau périnatal de proximité centré par le pôle mère-enfant du Centre hospitalier Intercommunal André Grégoire
 - **Unité de liaison en maternité** : L'unité propose un travail de liaison au sein des services de maternité et de pédiatrie (néonatalogie) du CHI.
 - **Unité ambulatoire** : centre d'accueil et de consultations ambulatoires des parents de la grossesse aux 18 mois de leur(s) enfants, associé si besoin à un travail à domicile.
 - **Hôpital de jour** : « l'apatam » dévolue à la prise en charge pluri hebdomadaire de 3 dyades ou triades parent(s)-bébé(s).
- **Montfermeil** : absence d'unité et d'organisation institutionnelle dédiée à la psychiatrie périnatale malgré les besoins
 - **Interventions en maternité** : consultations de liaison assurées par les psychologues de la maternité et intervention de l'équipe de liaison pédopsychiatrique du secteur 93105 en néonatalogie. Ces modalités d'intervention sont insuffisantes et les professionnels sont isolés.
 - **Projet de création d'une équipe ambulatoire mobile**, qui permettrait un repérage précoce des situations à risque, une évaluation sans délai à l'hôpital et/ou au domicile, et une orientation si besoin vers des structures d'aval comme les hôpitaux de jour ou un lieu d'hospitalisation mère-bébé.

Le recours régional en unité d'hospitalisation à temps complet ou en HDJ

Aucune offre de lits d'hospitalisation mère-bébé à temps plein n'est pour l'instant déployée en SSD. L'offre en Hôpital de jour est insuffisamment déployée. Lorsque de telles indications sont nécessaires, les services de périnatalité du département font appel aux unités mère-bébé d'Ile de France réparties de la façon suivante :

- **94** : Kremlin Bicêtre -UHTP mère-bébé : 6 dyades en postnatal
- **75** :
 - La Pomme (CH Bichat) : UHTP 5 femmes et 6 bébés en postnatal
 - L'Est Parisien :
 - UHTP : 6 femmes au T3 de grossesse / 9 dyades avec bébé < 3 mois / 8 dyades avec bébé de 3 à 12 mois.
 - HDJ : 8 dyades
 - Centre de Psychopathologie Périnatale Boulevard Brune (75014) : HDJ : 4 dyades en postnatal (Paris Sud)
- **78** :
 - Le Vésinet :
 - UHTP : 20 femmes en anténatal / 21 femmes et 23 bébés en post natal
 - HDJ : 3 dyades/demi-journée (ante et postnatal) + plateforme d'évaluation des demandes d'UHTP
 - Théophile Roussel (Montesson) UHTP : 6 dyades post-natal

Les Centres maternels

A défaut de pouvoir orienter des situations complexes et sévères vers des unités d'hospitalisation temps plein au niveau régional, les couples mère-enfant nécessitant un accompagnement conséquent et pluridisciplinaire, sont fréquemment adressés vers des Centres maternels en sortie de maternité. Ces structures collectives d'accueil et d'hébergement sont très faiblement équipées en personnels spécialisés (psychologues ou éducateurs ou infirmiers, à hauteur d'1 ETP en moyenne par centre. De plus l'admission dans ces unités ne peut se faire que sous une prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Il s'agit donc souvent d'admissions par défaut conduisant à des prises en charge sur un mode dégradé.

Le nombre de centres maternels en IDF est de 36

- 10 à Paris
- 4 dans le 77, 1 dans le 78, 2 dans le 91, 4 dans le 92, 5 dans le 94, 2 dans le 95.
- **8 dans le 93.**

Leur répartition en Seine-Saint-Denis est la suivante :

- EPD Foyers d'aide sociale Enfance (Le Raincy)
- FOYER d'accueil mère-enfant de l'AVVEJ (Bobigny)
- Centre maternel Association Sœur Emmanuelle ASMAE (Bobigny)
- Centre maternel SOS Femmes (Bondy)
- Toit Accueil Vie (Montreuil)
- Centre d'accueil Urgence Mères-enfants (Saint-Denis)
- Association LEDA, Centre maternel ALJM (Saint-Denis)
- Centre maternel (Saint-Ouen)

Les trois équipes Mobiles régionales :

- Secteur de pédopsychiatrie 75107 : intervient dans le 9^e et 10^e arrdt.
- Secteur de pédopsychiatrie 78104 : Unité COLIBRY (St Cyr l'École) : HDJ parents/enfant : 6 dyades en postnatal
- Centre de Psychopathologie Périnatale Boulevard Brune : E.M.I.P (Paris Sud)

Projets de renforcement de l'offre de soins en santé mentale périnatale dans le cadre du PTSM 93 :

Les enjeux exprimés lors de la phase de diagnostic territorial partagé dans le cadre du PTSM 93 d'une part et par la commission pédopsychiatrie de la CPT93 ont été unanimement ¹⁷¹ :

- D'améliorer le repérage des troubles périnataux : via la psychopathologie maternelle (préexistante à la grossesse ou survenue pendant la grossesse), la psychopathologie de la parentalité en anténatal et en postnatal, ou par des signes de souffrance du bébé et des troubles du développement de l'enfant après la naissance.
- De faciliter l'évaluation des situations et fluidifier l'orientation vers des structures spécialisées
- De disposer des moyens ambulatoires et d'hospitalisation (HDJ, HC) en SSD pour prendre en charge
 - Les problèmes psychiques des mères (et pères),
 - Les troubles développementaux des bébés, et mettre en place,
 - Le soutien à la parentalité et à la guidance parentale.
- De conforter le travail en réseau, notamment avec les PMI, et de participer aux expérimentations mises en place dans le cadre des projets « 1000 premiers jours de l'enfant ».
- De s'articuler avec tous les acteurs de la psychiatrie adulte notamment dans le cadre de la prise en charge de la mère

¹⁷¹ CPT: Communauté Psychiatrique de Territoire

- De poursuivre et développer le travail de formation déjà mis en place dans le territoire par le groupe "psychopathologie périnatale" du réseau NEF (nouveau-nés à risques, dépression maternelle...)

Renforcement de l'offre de soins périnatale départementale

Au niveau quantitatif :

A titre de référence en matière d'équipement, et selon la revue Pluriels de 2009, la Grande Bretagne estime à 35 pour 1000 accouchements les demandes d'avis spécialisés lors de la grossesse et de la 1^e année de vie, et à 1 lit et 1 berceau pour 2000 accouchements les besoins en hospitalisation. ¹⁷²

Sur le plan qualitatif :

Les travaux du groupe régional de périnatalité, en s'appuyant sur les travaux d'Alain Grégoire¹² recommandent une répartition pyramidale de l'offre de soins en périnatalité.¹⁷³ Cette répartition a été reprise en France par Jean Ebert¹⁷⁴ sous la forme d'une pyramide de 3 niveaux répartis en 6 étages (tableau 2) : le niveau local de quartier ou de sous-territoire, le niveau départemental, le niveau régional. Selon ces travaux, le taux d'équipement et sa répartition doivent être adaptés à l'épidémiologie et au contexte spécifique du territoire.

Tableau 2 : Gradations des soins en psychiatrie périnatale adaptée au système de soins français

Niveau Régional :	Troubles aigus ou très graves	UNITES MERE-BEBE PSYCHIATRIQUES : Psychose post-partum Dépression post-partum très grave Décompensation dpr mélancolique Décompensation psychotique
Niveau Régional	TROUBLES GRAVES ET/OU MULTIPLES	SSR PERINATALITE Troubles somatiques Troubles psychiques (psychose stabilisé, dépression grave) Troubles anxieux, Troubles addictifs Intrication entre plusieurs dimensions (somatiques, psychiques, sociales) Troubles graves des interactions mère-bébé +/- père En hospitalisation conjointe mère-bébé temps plein
Niveau Départemental	TROUBLES SEVERES	SSR TEMPS PLEIN SERVICES AMBULATOIRES PERINATALS, ET/OU PSYCHIATRIQUES (CMP) HÔPITAUX DE JOUR PERINATALITE, EQUIPES DE SAD PERINATALITE
Niveau Départemental	TROUBLES MODERES	SERVICES AMBULATOIRES PERINATALS / UNITES PARENTS ENFANTS, UNITES PARENTALITE... EQUIPES DE SOINS A DOMICILE PERINATALITE
Niveau Local (quartier)	Maladie légère grande vulnérabilité des interactions M-BB	EQUIPES DE SOINS A DOMICILE PERINATALITE PEDOPSYCHIATRES LIBERAUX, SF LIBERALES, PSYCHIATRES, PSYCHOLOGUES CENTRES DE SANTE... TISF, PMI SERVICES AMBULATOIRES : UNITES PARENTS ENFANTS, UNITES PARENTALITE
Niveau Local	PREVENTION SANTE MENTALE DES PARENTS ET DE L'ENFANT BIEN-ETRE	BILAN PRENATAL ET ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE PMI, TISF, PMI MEDECINE GENERALE, PSYCHOLOGUES MATERNITES, NEONATOLOGIE

GRADATION DES SOINS EN PERINATALITE (Dr Jean Ebert)

¹⁷² Revue Pluriels, n°80, année 2009, auteurs : KANNAS S., CAZAS O., GLANGEAUD FREUDENTHAL N., NEZELOF S., RAINELLI C., ISSERLIS C., SUTTER AL, DUGNAT M. ; les unités mère bébé en hospitalisation temps plein: leurs rôles en psychiatrie périnatale

¹⁷³ Développer encore les soins de santé mentale périnatale au Royaume-Uni Alain Grégoire, Eres, « Spirale »2016/2 n° 78, p 84 à 90.

¹⁷⁴ Psychiatre participant au groupe de travail Périnatalité et santé mentale de l'ARS IDF

Renforcement de l'offre de niveau 1, niveau local, sous-territoire, quartier :

- Renforcement des équipes de PMI en personnel spécialisé dans le repérage et l'accompagnement des troubles maternels et des troubles du développement de l'enfant y compris par des visites à domicile (VAD).
- Renforcement des réseaux de proximité périnataux (5 dans en SSD) : fonctionnement hétérogène et postes de coordination vacants
- Renforcement des équipes de TISF et formation des personnels
- Renforcement des unités de liaison en maternité et en néonatalogie afin d'améliorer le dépistage au cours du suivi de grossesse et à l'accouchement
- Renforcement des actions de communication et financement de dispositifs de formation du réseau NEF, à destination des professionnels médico-psycho-sociaux du territoire : médecins traitants, pédopsychiatres, psychiatres d'adulte, sages-femmes libérales etc...
- Création de dispositifs d'accueil et d'hébergement en urgence en sortie de maternité, adapté aux besoins psycho-sociaux du département, ou de mise à l'abri en cas de violences conjugales.

Renforcement de l'offre de niveau 2, niveau départemental :

- Création de nouvelles unités ambulatoires de psychiatrie périnatale (UPP) sur les bassins de vie où un tel équipement fait défaut. Le groupe de travail du PTSM a identifié trois territoires dépourvus de telles unités : le bassin de vie d'Aubervilliers (territoire de l'Inter secteur 93102), le territoire desservi par la maternité de Jean Verdier (Service de pédopsychiatrie d'Avicenne), le territoire desservi par la maternité de Montfermeil (Inter secteur 93105). Chaque maternité devrait être associée fonctionnellement à une unité externe de soins ambulatoire.
- La maternité de Jean Verdier doit prochainement déménager à Avicenne. Ce déménagement, devrait être l'occasion de créer les équipements nécessaires (unité ambulatoire)
- Renforcement des unités existantes : unités de liaison en maternité, unités ambulatoires, Hôpitaux de jour pour répondre aux besoins
- Créations d'unités mobiles pour effectuer un travail de visite à domicile.

Création d'une offre de niveau 3, niveau régional :

- Création d'une unité départementale d'hospitalisation temps plein ou de SSR adaptée aux caractéristiques psychosociales du département.

Pour parvenir à ces objectifs dans le cadre du PTSM 93, 5 axes de travail ont été retenus. Ils se déclinent en 19 fiches action (tableau 3).

Axe 1 : Renforcer l'offre de soins en psychiatrie périnatale

Axe 2 : Prévenir, repérer, évaluer et orienter.

Axe 3 : Développer une prise en charge graduée en psychiatrie périnatale

Axe 4 : Renforcer et diversifier les modalités de suivi et de prise en charge

Axe 5 : Elaborer des parcours spécifiques

Les axes de la feuille de route « périnatalité et santé mentale »

19 FA	AXE1	AXE2	AXE3	AXE4	AXE5
9) Périnatalité	Renforcer l'offre de soins en psychiatrie périnatale	Prévenir, Repérer, évaluer et orienter	Développer une prise en charge graduée en psychiatrie périnatale	Renforcer et diversifier les modalités de suivi et de prise en charge	Elaborer des parcours spécifiques
action 1	9.1.1. Cartographier l'offre de soins en psychiatrie périnatale	9.2.1. Informer les usagers sur la santé mentale en périnatalité	9.3.1. Prendre en charge des troubles légers et les vulnérabilités	9.4.1. Renforcer la prise en charge globale des situations complexes	9.5.1 Prendre en charge des demandes d'IMG psychosociale
action 2	9.1.2. Définir l'offre en psychiatrie périnatale au sein de sous-territoires fonctionnels	9.2.2. Prévenir et repérer des situations à risque en périnatalité	9.3.2. Prendre en charge des troubles modérés	9.4.2. Mettre en place des téléconsultations	9.5.2 Suivre des grossesses adolescentes
action 3	9.1.3. Renforcer la collaboration entre les différents acteurs médico-psycho-sociaux	9.2.3. Évaluer chaque situation pour faciliter les orientations	9.3.3 Prendre en charge des troubles sévères	9.4.3. Développer et renforcer l'ethnopsychiatrie	9.5.3 Organiser le suivi des nourrissons par l'ASE
action 4		9.2.4. Prévenir les troubles psychiques périnataux par l'action sociale	9.3.4 Prendre en charge des troubles aigus	9.4.4 Systématiser le recours à l'interprétariat	9.5.4 Accompagner le deuil périnatal et la mort subite du nourrisson

Les **3 priorités** des pilotes du groupe de travail parmi les 19 actions préconisées figurent en rouge dans le tableau ci-dessus.

Axe 1 - Renforcer l'offre de soins en psychiatrie périnatale

FICHE ACTION N°9.1.1 : Cartographier l'offre de soins en psychiatrie périnatale

1. **Pilotage** : ARS - Groupe périnat-santé mentale du PTSM 93 (cf participants feuille de route)
2. **Calendrier** : 2020-2021
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Une étude réalisée au Royaume-Uni estime qu'environ 20 % des femmes développent des troubles psychiques au cours de la période périnatale. En France, environ 12,5 % des femmes enceintes déclarent une détresse psychologique anténatale dans le cadre de l'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE). Une part importante de ces troubles est cependant non diagnostiquée et non traitée. Une étude française montre que seules 42 % des femmes rapportant une détresse psychologique ont bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et/ou ont pris un traitement psychotrope.

Le coût économique et social de ces troubles est élevé pour la société. Une étude réalisée au Royaume-Uni évalue ce coût à 8,1 milliards de livres. Près du trois quarts de cette dépense est relative aux répercussions des troubles psychiques périnataux sur les enfants, répercussions prises en compte jusqu'à l'anniversaire de leurs 18 ans (Bauer, 2014). Ces données épidémiologiques montrent l'importance des actions de prévention et de soin en période périnatale, tant en faveur des mères qu'en faveur de l'enfant.

L'offre de soins se répartit en une offre sanitaire développée autour des maternités (au nombre de 10 en SSD, 5 publiques et 5 privées), une offre de santé mentale périnatale principalement portée par la pédopsychiatrie et présente à Delafontaine, Montreuil, Jean Verdier et Robert Ballanger (rien à Montfermeil ni dans les cliniques privées) et une offre de prévention portée par les PMI (22 services de PMI, 112 centres PMI et 60 psychologues y travaillant). Le diagnostic territorial a montré que 4 ou 5 services de PMI ont des réels partenariats avec le sanitaire. L'animation territoriale est portée principalement par un réseau, le réseau NEF. Enfin 8 centres maternels (36 en Ile de France) sont installés en SSD.

La SSD étant un département qui cumule tous les déterminants négatifs de la santé mentale, la cartographie est nécessaire afin de décrire les moyens actuels et ceux manquants afin d'adapter l'offre aux besoins et décrire précisément les relations entre les différents secteurs.

4. **Objectif général de l'action** : Dresser un état des lieux précis des ressources présentes dans le territoire en psychiatrie périnatale.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Définir les compétences et caractéristiques attendues des structures de soins spécialisés en psychiatrie périnatale (des troubles légers aux plus graves).
- Répertoire les dispositifs de soins existants répondant à ces exigences : équipes de liaison en maternité et néonatalogie, équipes mobiles, centres de consultation ambulatoires parents-bébés, hôpitaux de jour parents-bébé, unités d'hospitalisation mère-bébé temps plein, lien avec la psychiatrie adulte.
- Décrire précisément ces dispositifs (notamment le nombre et la nature des professionnels impliqués), et leur périmètre d'activité.

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Maintenir et compléter le groupe de travail « périnatalité - santé mentale » et assurer une articulation avec le groupe de travail psychopathologie périnatale du Réseau NEF.
- Visualiser et cartographier les ressources disponibles en psychiatrie périnatale.
- Repérer les dispositifs de soins non existants.
- Repérer les territoires non pourvus en dispositifs de soins.
- Décrire l'adéquation ou non des moyens existants dans les territoires pourvus (besoins de renforcement) avec les besoins du territoire concerné.
- Actualiser et améliorer l'annuaire-ressource des structures de psychiatrie périnatale du 93 établi par le GT « psychopathologie périnatale » du réseau NEF.
- Actualiser le « Guide Santé Mentale/ Soins, accompagnement et entraide en Seine-Saint-Denis » (Psycom), ainsi que les répertoires nationaux des structures de psychiatrie périnatale.

7. **Publics concernés** : femmes enceintes et dyades (ou triades) parents-bébé, jusqu'aux dix-huit mois de l'enfant

8. **Acteurs impliqués** : GT « psychopathologie périnatale » du réseau NEF, CPT, Inter-secteurs de pédopsychiatrie, secteurs de psychiatrie adulte.

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de réunions du groupe de travail PTSM 93
- Nombre de réunions du groupe de travail du réseau NEF
- Annuaire et cartographie à jour des structures et des ressources de psychiatrie périnatale

10. Moyens nécessaires : graphisme, impression

FICHE ACTION N°9.1.2 : Définir l'offre de soins en psychiatrie périnatale au sein de sous-territoires fonctionnels

1. **Pilotage** : ARS, CD 93, Groupe périnat santé mentale PTSM 93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Le diagnostic territorial partagé a permis de souligner l'importance, pour une politique de soins en santé mentale dans le champ de la périnatalité, de l'inscription d'équipes spécialisées au sein d'un « réseau (cf. histoire de la psychiatrie périnatale) et de définir une offre de soins cohérente. Il est nécessaire de délimiter ainsi un « sous-territoire » centré autour d'un hôpital principal (maternité et néonatalogie), en lien étroit avec le réseau extrahospitalier des communes l'entourant.

En Seine-Saint-Denis, les différents sous-territoires définis par la PMI, ou la psychiatrie ou autres services du département, ne sont pas cohérents et ne se superposent pas. Cela entraîne des difficultés d'organisation et de prise en charge pour les professionnels et les familles.

La Seine-Saint-Denis dispose de 5 réseaux de proximité en périnatalité (autour des 5 maternités publiques et englobant les maternités privées). Ces réseaux de proximité bénéficient d'une coordination (0.5 ETP) financée par le CD 93. Sur le plan de la psychiatrie périnatale, ces sous-territoires définis par les réseaux de proximité semblent le plus pertinents et fonctionnels à l'heure actuelle. De plus, ces réseaux locaux s'articulent avec le réseau NEF qui englobe l'ensemble des professionnels du département, tous champs confondus.

4. **Objectif général de l'action** : Définir une organisation et une répartition optimales des structures de soins en psychiatrie périnatale par sous-territoires.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Permettre aux professionnels de « première ligne » et aux familles qu'ils accompagnent un accès aisé et de proximité à des structures de soins spécialisées en psychiatrie périnatale.
- Mieux identifier le rôle et les missions des réseaux de proximité dans le cadre de la santé mentale en périnatalité
- Valider la cohérence d'une offre de soins en psychiatrie périnatale articulée au sein des 5 « réseaux périnataux de proximité » du département.
- Définir au sein de chaque réseau de proximité une offre de soins en psychiatrie périnatale répondant aux critères spécifiques de ces soins (triple compétence, pluridisciplinarité, réactivité, mobilité)

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Définir le champ d'intervention des dispositifs gradués de psychiatrie périnatale (liaison, ambulatoire, HDJ, hospitalisation temps plein) selon les 5 réseaux de proximité du département
- Adapter l'offre de soins en psychiatrie périnatale aux 5 réseaux de proximité du département
- Renforcer les structures de soins en psychiatrie périnatale en les articulant aux 5 réseaux de proximité du département
- Retravailler les partenariats avec la psychiatrie à l'occasion de l'implantation de la maternité de Jean Verdier à Avicenne (HUPSSD)
- Créer des unités de psychiatrie périnatale là où elles font défaut (ex : GHI Le Raincy-Montfermeil)
- Développer les équipes mobiles en psychiatrie périnatale
- Réfléchir à la création d'une unité d'hospitalisation temps plein mère-bébé pour le territoire de la Seine-Saint-Denis

7. **Publics concernés** : femmes enceintes et dyades (ou triades) parents-bébé, jusqu'aux dix-huit mois de l'enfant ; professionnels de « première ligne » intervenant dans le champ de la périnatalité.

8. **Acteurs impliqués** : Réseaux de proximité, CPT, services de psychiatrie, réseau NEF, PMI, services de maternité

9. Indicateurs de résultats :

- Un projet médical et organisationnel par sous-territoire
- Nombre de conventions à jour

10. **Moyens nécessaires** : A définir dans les projets médicaux

FICHE ACTION N°9.1.3 : Renforcer la collaboration entre les différents acteurs médico-psycho-sociaux

1. **Pilotage** : CD 93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Les acteurs médico-psycho-sociaux en périnatalité sont tous les professionnels de PMI, du libéral, les tutelles, les services sociaux, les structures de psychiatrie, les crèches, les haltes garderies, les lieux d'accueil, les structures d'hébergement etc. Ces acteurs sont nombreux et dépendent de différentes tutelles, ce qui entraîne des difficultés de collaboration.

Le diagnostic territorial partagé a montré l'importance, dans la prise en charge des femmes enceintes, des (futurs) parents et bébés en difficulté, de la fonction contenante des liens tissés entre professionnels d'institutions différentes. La complémentarité des interventions de ces institutions (services de PMI, services sociaux, ASE, structures de soins) est essentielle.

4. **Objectif général de l'action** : Améliorer la continuité des parcours et la nécessaire complémentarité des actions d'accompagnement en renforçant la collaboration entre les structures de psychiatrie périnatale et les acteurs principaux du réseau de proximité.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Améliorer la continuité de l'accompagnement par les différents acteurs médico-psycho-sociaux du pré au postnatal et de l'hospitalier à l'extrahospitalier (cf fiche action 9.4.1)
- Renforcer, au sein de chaque réseau périnatal de proximité, les collaborations entre les structures de psychiatrie périnatale et les professionnels de première ligne : PMI, sages-femmes, CMS, professionnels libéraux, services sociaux, lieux d'accueil petite enfance.
- Renforcer les collaborations entre les structures de psychiatrie périnatale et les services ASE du département
- Renforcer les collaborations entre les structures de psychiatrie périnatale, les services de psychiatrie adulte, les services de pédopsychiatrie.

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Restructurer au sein de chaque réseau périnatal de proximité les staffs médico-psycho-sociaux afin d'assurer la participation des partenaires principaux impliqués dans l'accompagnement périnatal.
- Garantir, au sein de chaque circonscription, le bon fonctionnement des RPP (réunions pluri-professionnelles avec représentants de la PMI, de l'ASE et du SS) et la possibilité de synthèses rapides lorsque la santé mentale d'une (future) mère et/ou d'un bébé est concernée.
- Promouvoir les réunions et instances pluri-institutionnelles de proximité regroupant tous les acteurs impliqués dans l'accompagnement périnatal : RPP, synthèses cliniques, etc.
- Mettre en place un groupe de travail avec la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes) du département et le médecin responsable de l'ASE portant sur les questions de « protection de l'enfance » dans le champ de la périnatalité.
- Organiser, au sein de chaque réseau de proximité, des temps de rencontre annuels « périnatalité et santé mentale » rassemblant les responsables des équipes de psychiatrie périnatale et les principales institutions du réseau (hôpital, PMI, CMS, services « petite enfance », psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, ASE).
- Promouvoir, via le réseau NEF, des actions de formation sur les conditions de l'alliance thérapeutique avec les familles au sein des réseaux de proximité.

7. **Publics concernés** : femmes enceintes et dyades (ou triades) parents-bébé, jusqu'aux dix-huit mois de l'enfant ; professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité

8. **Acteurs impliqués** : équipes de psychiatrie périnatale, secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, PMI, CMS, professionnels libéraux, maternités et services de néonatalogie, ASE (et CRIP), Services Sociaux

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de réunions entre les différents acteurs médico-psycho-sociaux

10. **Moyens nécessaires** : Aucun

Axe 2 - Prévenir, Repérer, Évaluer et orienter

FICHE ACTION N°9.2.1 : Informer les usagers sur la santé mentale en périnatalité

1. **Pilotage** : ARS, NEF, PMI, CAF
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Le département de la SSD a enregistré 23988 naissances en 2019.

La période périnatale, couvrant la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme une période à risque de survenue de troubles psychiques pour les mères, voire de décompensation de troubles psychiques déjà présents, et d'installation de troubles de développement pour l'enfant.

Les caractéristiques de la population de Seine-Saint-Denis, sont autant de facteurs de risque de survenue ou de décompensation de troubles pendant la grossesse et en post-partum. Les multiples lieux d'accueil recevant les femmes enceintes, parents et enfants sont des espaces d'informations (CAF, CPAM, PMI, cabinets médicaux, établissements de santé...)

Cette action s'inscrit dans le projet régional de santé d'Île de France, chapitre périnatalité, dont l'objectif est de réduire la surmortalité en périnatalité, maternelle, néonatale et infantile. Elle s'inscrit également dans le projet régional de santé d'IDF dans son programme régional d'accès à la prévention et aux soins - Améliorons la santé des franciliens - Accompagnement des plus démunis.

4. **Objectif général de l'action** : Prévenir les complications psychiques pendant la période périnatale.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Informer les femmes enceintes et couples des remaniements psychologiques et fragilités pouvant accompagner la grossesse et l'arrivée d'un bébé
- Communiquer aux femmes enceintes/parents, les ressources et soins en périnatalité existants dans le territoire
- Adapter les supports d'information aux caractéristiques de la population du 93

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Elaborer et diffuser des supports d'information ou des actions d'information auprès des femmes enceintes, parents en partenariat avec la CAF et le Réseau NEF (cf fiche élaborée pendant la crise COVID)
- Proposer une ligne d'écoute de soutien psychologique aux usagers "Allo Parents bébés 93"
- Traduire en plusieurs langues les documents
- Développer l'interprétariat (cf Fiche action 9.4.4)
- Développer des actions de prévention auprès de la population : atelier CAF, groupe de parole, (ex sur les surexpositions aux écrans...)

7. **Publics concernés** : Femmes enceintes et triades parents-bébés

8. **Acteurs impliqués** : tous les professionnels médico-psycho-sociaux en lien avec les femmes enceintes et les nourrissons

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de femmes ayant reçues les fiches ressources
- Nombre de sollicitations de la ligne d'écoute
- Nombre d'action en santé communautaire déployées sur le territoire
- Nombre de support d'information élaborés

10. **Moyens nécessaires** : moyens liés à la mise en place de la ligne d'écoute, coûts de la traduction

FICHE ACTION N°9.2.2 : Prévenir et repérer des situations à risque en périnatalité

1. **Pilotage** : ARS, NEF, PMI, psychiatrie périnatale

2. **Calendrier** : 2020-2024

3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Le département de la SSD a enregistré 23988 naissances en 2019. La période périnatale, couvrant la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme une période à risque de survenue de troubles psychiques pour les mères, voire de troubles psychiques déjà présents, et d'installation de troubles de développement pour l'enfant. Les caractéristiques de la population de Seine-Saint-Denis, sont autant de facteurs de risque de survenue ou de décompensation de troubles pendant la grossesse et en post-partum.

Selon les enquêtes périnatales de 2003 et de 2010, 10,3 % des femmes avaient eu un entretien prénatal précoce alors qu'elles étaient 20,3 % dans les autres départements d'Île-de-France. Ce chiffre est surestimé étant donné que les femmes non francophones n'ont pas pu participer aux enquêtes nationales périnatales. (cf article Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ? <https://www.em-consulte.com/en/article/957311>) Les multiples lieux recevant les femmes enceintes, parents et enfants sont des espaces d'accueil, de prévention, d'accompagnement, d'évaluation et d'orientation des familles (CAF, CPAM, PMI, cabinets médicaux, établissements de santé...)

Cette action s'inscrit dans le projet régional de santé d'IDF, chapitre périnatalité, dont l'objectif est de réduire la surmortalité en périnatalité, maternelle, néonatale et infantile. Elle s'inscrit également dans le projet régional de santé d'IDF dans son programme régional d'accès à la prévention et aux soins - Améliorons la santé des franciliens - Accompagnement des plus démunis.

4. **Objectif général de l'action** : Prévenir et améliorer le repérage des situations à risque de psychopathologie en périnatalité le plus tôt possible au cours de la grossesse et dans la première année de vie de l'enfant.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Positionner l'entretien prénatal précoce comme outil de repérage des FDR médico-psycho-sociaux
- Développer l'entretien post-natal
- Développer et mettre en place des outils auprès des professionnels médico-psycho-sociaux travaillant en périnatalité pour faciliter la prévention et le repérage des situations à risque
- Renforcer l'accompagnement de la parentalité
- Sensibiliser et former les professionnels médico-psycho-sociaux au repérage des situations à risque de psychopathologie en périnatalité

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Former les médecins et sages-femmes à la pratique de l'entretien prénatal précoce (EPP) et post-natal
- Systématiser l'EPP et l'entretien post-natal dans le parcours de grossesse (EPP obligatoire depuis 1er Mai 2020)
- Systématiser l'utilisation de l'échelle EPDS pour le repérage de la dépression maternelle
- Systématiser l'utilisation de la grille PREAUT pour le dépistage précoce des bébés à risque de troubles neuro-développementaux (dont les TSA)
- Renforcer les visites à domicile en post-natal via le PRADO, la PMI, l'HAD...
- Développer des formations ou journées d'information pluridisciplinaires pour les professionnels notamment sur les signes de souffrance à repérer chez la mère, dans l'interaction parents-bébé, chez le bébé.

7. **Publics concernés** : Tous les professionnels médico-psycho-sociaux en lien avec les femmes enceintes et les nourrissons

8. **Acteurs impliqués** : Organismes de formation, GT psychopathologie périnatale NEF, UPP, PMI, maternités

9. **Indicateurs de résultats** :

- Taux d'EPP réalisés
- Nombre de professionnels formés à l'EPP
- Nombre de professionnels formés au repérage des situations à risque
- Nombre de sorties précoces et sorties par SF Lib (CPAM 93)

10. **Moyens nécessaires** : Aucun

FICHE ACTION N°9.2.3 : Évaluer chaque situation pour faciliter les orientations

- 1. Pilotage** : ARS, NEF, PMI, psychiatrie périnatale, GT psychopathologie périnatale
- 2. Calendrier** : 2020-2024
- 3. Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Le département de la SSD a enregistré 23988 naissances en 2019.

On estime que 15% à 30% des femmes peuvent avoir des troubles allant de troubles légers à des détresses sévères. Cette proportion est donc plus importante au niveau du repérage et également en tenant compte du contexte particulier de la Seine-Saint-Denis.

Cette action s'inscrit dans le projet régional de santé d'IDF, chapitre périnatalité, dont l'objectif est de réduire la surmortalité en périnatalité, maternelle, néonatale et infantile. Elle s'inscrit également dans le projet régional de santé d'IDF dans son programme régional d'accès à la prévention et aux soins - Améliorons la santé des franciliens - Accompagnement des plus démunis.

- 4. Objectif général de l'action** : Évaluer les situations comportant des facteurs de risque pour la mise en place de la parentalité, la décompensation de pathologies existantes ou l'apparition de pathologies puerpérales, pour orienter vers les structures ou professionnels compétents pour la prise en charge.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Mobiliser et associer en transversal l'ensemble des professionnels compétents autour d'une situation
- Faciliter et fluidifier les orientations
- Développer les temps d'observation et l'évaluation des interactions parents-enfants
- Renforcer les connaissances des professionnels sur les ressources existantes

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Faire connaître et renforcer le rôle des espaces collaboratifs autour des situations à risque (Staff MPS, RESAD, RPP...)
- Identifier des référents de parcours dans chaque bassin de naissance
- Permettre à tous les professionnels de première ligne d'avoir un accès et un recours rapide à un avis en psychiatrie périnatale et des propositions d'orientation (hotline, télé-expertise)
- Promouvoir les espaces d'accueil parents-enfants permettant l'observation et l'évaluation des situations
- Poursuivre le travail initié par le GT Psychopathologie périnatale NEF et la diffusion du guide des ressources, des annuaires locaux d'orientation et des outils d'aide à l'orientation.

- 7. Publics concernés** : tous les professionnels médico-psycho-sociaux en lien avec les femmes enceintes et les nourrissons

- 8. Acteurs impliqués** : acteurs de première ligne

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de sollicitations du dispositif facilitant
- Nombre d'annuaires locaux élaborés

- 10. Moyens nécessaires** : Coûts de mise en place et de fonctionnement d'une plateforme de réponse rapide

FICHE ACTION N°9.2.4 : Prévenir les troubles psychiques périnataux par l'action sociale

- 1. Pilotage :** ARS, NEF, CD 93, ASE
- 2. Calendrier :** 2020-2024
- 3. Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial :**

Le département de la SSD a enregistré 23988 naissances en 2019.

Paragraphe issu de l'article "Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ?" qui repose sur l'enquête nationale périnatale de 2003 et 2010 :

« Les femmes de Seine-Saint-Denis ont des caractéristiques sociodémographiques plus défavorables que les femmes domiciliées dans les autres départements d'Île-de-France : 10,3 % versus 4,1 % étaient non scolarisées ou avaient un niveau scolaire primaire et 37,4 % versus 58,4 % avaient un niveau scolaire supérieur au baccalauréat. De même, 25,8 % des femmes de Seine-Saint-Denis étaient sans profession alors qu'elles étaient 14,3 % en Île-de-France. Les femmes de Seine-Saint-Denis étaient plus souvent de nationalité étrangère (40,2 % versus 22,7 %) et sans couverture sociale en début de grossesse (4,3 % versus 2,2 %). Elles étaient aussi moins nombreuses à avoir un logement personnel (85,1 % versus 90,3 %) (Données 2010 uniquement). Entre 2003 et 2010, les caractéristiques des femmes ont évolué en Île-de-France, par exemple, le pourcentage de femmes sans couverture sociale a baissé (3,4 % versus 1,7 % p <000,1) et le pourcentage de femmes avec un niveau scolaire supérieur au baccalauréat a augmenté (51,9 % versus 58,5 % p <0,001) (données non présentées). Ces tendances étaient semblables pour les femmes de Seine-Saint-Denis et celles des autres départements de la région. »

Ces chiffres montrent l'importance de mettre en œuvre une politique de santé décloisonnée et en lien avec les actions sociales. Cette action s'inscrit dans le projet régional de santé d'IDF, chapitre périnatalité, dont l'objectif est de réduire la surmortalité en périnatalité, maternelle, néonatale et infantile. Elle s'inscrit également dans le projet régional de santé d'IDF dans son programme régional d'accès à la prévention et aux soins - Améliorons la santé des franciliens - Accompagnement des plus démunis.

4. Objectif général de l'action

Prévenir les troubles psychiques en mettant en place une stratégie d'accompagnement social auprès des femmes enceintes ou des parents avec nouveau-nés en situation de vulnérabilité.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Évaluer le plus précocement possible les besoins de la famille
- Elaborer un plan d'action sociale pour étayer la prise en charge médicale en proximité dès le début de la grossesse
- Faciliter l'accès aux droits et à l'hébergement des femmes et familles les plus précaires (projet en cours ARS- CD93-NEF)
- Identifier les ressources et développer les partenariats pour l'action sociale

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Faciliter le recours à une assistante sociale au plus près des consultations médicales
- Mettre en place des réunions pluri professionnels pour élaborer le plan d'action médico-psycho-social autour d'une situation.
- Développer l'animation territoriale autour des ressources mobilisables de proximité
- Développer des actions innovantes de soutien à la parentalité par des travailleurs sociaux sans reste à charge
- Développer et renforcer les connaissances de l'ensemble des professionnels du social au parcours de grossesse, aux besoins de l'enfant (à chaque âge) et à la parentalité, préalable à un dispositif d'action relevant du soin et de la santé mentale
- Faciliter l'accès à un hébergement pour les femmes enceintes et familles à la rue
- Stabiliser les logements pour faciliter la mise en place d'un plan d'action en proximité et limiter les errances.

- Développer le recours au service social pour les femmes/famille hébergées par le samu social
7. **Publics concernés** : Toutes femmes enceintes et notamment les plus vulnérables socialement
 8. **Acteurs impliqués** : PMI, travailleurs sociaux, maternités, associations, professionnels de l'hébergement...
 9. **Territoire** : Réseaux de proximité en périnatalité
 10. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre de femmes enceintes sans droits
 - Nombre d'actions innovantes mise en place
 - Nombre de bénéficiaires des actions innovantes
 - Nombre de formations et de professionnels formés
 - Nombre d'enfants placés à la naissance ou dans les premiers mois de vie
 11. **Moyens nécessaires** : moyens de l'action sociale et des acteurs de l'hébergement

Axe 3 - Construire une offre graduée sur le territoire

FICHE ACTION N°9.3.1 : Prendre en charge les troubles légers et les vulnérabilités des femmes enceintes, des dyades parents-bébé de la naissance aux 18 mois de l'enfant

1. **Pilotage** : ARS, CD 93, Groupe périnatal PTSM 93, CPT
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Les troubles légers regroupent les troubles mentaux légers associés à la puerpéralité, les troubles anxieux modérés, les troubles du sommeil isolés ou encore les modifications durables de la personnalité après une expérience de guerre et tous les troubles fragilisant les interactions parents-bébé (addictions, violences intrafamiliales, vulnérabilités...). La prise en charge, en proximité, nécessite une collaboration forte des acteurs de première ligne médico-psycho-sociaux en lien étroit avec des spécialistes (addictions, psycho-trauma...). Les caractéristiques de la population de la Seine-Saint-Denis rendent susceptibles le développement de troubles légers ou dans une situation d'extrême vulnérabilité (cf feuille de route).

4. **Objectif général de l'action** : Permettre aux futures mères, mères ou aux dyades parents-bébé de bénéficier d'un suivi ambulatoire ou d'un accompagnement psychosocial à titre préventif devant des facteurs de risque ou des signes d'alerte de risque d'aggravation.
5. **Objectifs spécifiques de l'action** :
 - Garantir l'accès dans un parcours de soins le plus précoce possible au cours de la grossesse ou dès l'apparition des premiers symptômes.
 - Permettre aux acteurs de première ligne de bénéficier d'un avis rapide en cas de suspicion de trouble périnatal
 - Garantir une continuité de suivi après un premier contact avec une des unités de périnatalité du territoire
 - Faciliter les articulations entre partenaires pour permettre des adressages rapides sur un membre du réseau au plus près du lieu de résidence de la famille.
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**
 - Garantir un équipement suffisant en ressources humaines et en personnels formés dans les lieux dédiés à la petite enfance : services de néonatalogie, PMI, crèche, halte jeux, espaces d'accueil parents-enfants....
 - Former régulièrement les professionnels de première ligne à la prise en charge globale
 - Garantir un équipement en personnel suffisant des unités ambulatoires et des unités de liaison pour permettre qu'au-delà des repérages et des premières évaluations une poursuite des suivis des femmes enceintes et des dyades puisse être mis en place dans des conditions suffisantes et adaptées.
 - Garantir par convention des articulations optimales de collaboration entre les Unités de psychiatrie périnatale (unités de liaison en maternité, unités ambulatoires de psychiatrie périnatale) et les PMI.
 - Doter le département en techniciens d'intervention sociale et familiale en nombre suffisant pour permettre l'étayage des situations en cas de difficultés psycho-sociales sans reste à charge pour les familles.
 - Doter le département de places en crèche et halte -jeux en corrélation avec les besoins de la population de la Seine-Saint-Denis
7. **Publics concernés** : Femmes enceintes et dyades parents-enfants de moins de 18 mois et leur environnement (parents et ou assistant maternel)
8. **Acteurs impliqués** : services de psychiatrie, Maternités, PMI, professionnels médico-psycho-sociaux (hospitaliers et extrahospitaliers), TISF (techniciens d'intervention et de soutien familial), équipe mobile parentalité et addictions
9. **Territoire** : Réseaux de proximité de périnatalité
10. **Indicateurs de résultats** : Organisation mise en place
11. **Moyens** : A définir

FICHE ACTION N°9.3.2 : Prendre en charge les troubles modérés des femmes enceintes et des dyades mère-enfant de la naissance aux 18 mois de l'enfant

1. **Pilotage** : ARS, CPT, services de psychiatrie, PMI, CAMSP, coordonnateurs de réseaux.
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Les troubles modérés regroupent les troubles anxieux sans comorbidité dépressive, les états de stress post traumatique, les troubles des conduites alimentaires (fonction de leur gravité et intensité), le retard mental et les addictions entre autres.

Ces troubles nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire au niveau local en ambulatoire avec une collaboration forte des différents acteurs de la psychiatrie et des spécialités à associer. Les caractéristiques de la population de la Seine-Saint-Denis favorisent le développement de ces troubles ou l'aggravation des troubles légers (cf feuille de route)

4. **Objectif général de l'action** : Permettre aux situations de psychiatrie périnatale de gravité modérée d'accéder à une prise en charge ambulatoire adaptée
5. **Objectifs spécifiques de l'action** :
 - Garantir que chacun des 5 réseaux de proximité en périnatalité ait accès sur son territoire à une unité ambulatoire de psychiatrie périnatale (UPP).
 - Garantir un équipement suffisant pour permettre d'effectuer des interventions diversifiées : pluridisciplinaires, individuelles, de groupe, à médiation artistique ou culturelle,
 - Équiper ces unités d'unités mobiles pour suivre les situations vulnérables difficiles à mobiliser.
 - Garantir la continuité des soins sans ruptures de parcours
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**
 - Ouvrir deux unités ambulatoires supplémentaires : Montfermeil, et Jean verdier (Avicenne après le déménagement).
 - Adapter l'équipement de ces unités aux données socio-démographiques de ces territoires
 - Doter les unités mobiles d'un équipement suffisant en ressources humaines
 - Conventionner ces unités avec les CAMSP, les CMP de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte pour garantir la continuité des parcours: relais en pédopsychiatrie, en CAMSP, soins concomitants de la mère en psychiatrie adulte
7. **Publics concernés** : Enfants de moins de 18 mois et leur environnement (parents et ou assistant maternel)
8. **Acteurs impliqués** : Services de psychiatrie, Maternités, PMI
9. **Territoire** : sous territoire de périnatalité de département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
 - File active des unités
 - Durée moyenne de prise en charge, nombre d'orientations en CMP ou en CAMSP,
 - Diagnostics PMSI

FICHE ACTION N°9.3.3 Prendre en charge les troubles sévères des femmes enceintes et des dyades mères-bébés de 0 à 18 mois au sein d'une unité temps plein mère-enfant

1. **Pilotage** : ARS, CPT
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Les troubles sévères regroupent plusieurs pathologies (cf tableau 1 de la feuille de route) qui vont nécessiter une prise en charge psychiatrique rapprochée tout en renforçant le lien mère-enfant. Les troubles pré-existants à la grossesse nécessitent une prise en charge dès le désir de grossesse afin d'anticiper le suivi et la préparation à la parentalité, d'adapter le traitement pendant la grossesse, d'accompagner/étayer la mise en place du lien mère-enfant et prévenir les phases aiguës. Cela nécessite une prise en charge globale et un lien étroit entre les différents services de psychiatrie pour garantir la continuité du parcours de soins.

Actuellement les capacités des unités temps plein mère-enfant (au niveau régional) ne permettent pas de prendre en charge les patientes et couple mère-bébé nécessitant une hospitalisation complète. De plus ces unités étant situées hors du département de la Seine-Saint-Denis, la prise en charge en proximité du domicile n'est pas possible et rend compliqué l'adhésion des patientes au projet thérapeutique.

4. **Objectif général de l'action** : Permettre aux situations sévères de psychiatrie périnatale d'accéder à une prise en charge adaptée en hospitalisation de jour ou en hospitalisation temps plein
5. **Objectifs spécifiques de l'action** :
 - Anticiper la prise en charge des patientes avec pathologies psychiatriques pré-existantes avec désir de grossesse
 - Adapter le nombre de places en HDJ nécessaires dans le département
 - Évaluer les besoins de places d'HC et création si nécessaire
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**
 - Systématiser les consultations pré-conceptionnelles pluridisciplinaires (psy adulte, psy périnatale, obstétricien)
 - Renforcer les besoins en HDJ et en HC en corrélation avec les besoins évalués et selon les territoires
 - Définir l'implantation des unités et leurs territoires de chalandise (recrutement)
 - Ecrire le projet médical de l'unité d'HC en tenant compte des caractéristiques sociales et démographiques de la population
7. **Publics concernés** : femmes enceintes et mères avec un bébé de moins de 18 mois
8. **Acteurs impliqués** : Services de psychiatrie, Maternités.
9. **Territoire** : sous territoire de périnatalité de département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre d'hospitalisations annuelles, nombre de demandes non honorées, taux de fuite hors département
 - Durée moyenne de séjour, devenir de la mère et de l'enfant à la sortie

FICHE ACTION N°9.3.4 : Prendre en charge les troubles aigus des femmes enceintes et des dyades mères-bébés de 0 à 18 mois

1. **Pilotage** : ARS, CPT (commission de pédopsychiatrie, commission urgence), Conseil départemental.
2. **Calendrier** : Fin de l'action un an après la mise en œuvre des groupes de travail des sous-territoires.
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

L'incidence des psychoses aiguës du post-partum ou des dépressions sévères avec risque suicidaire (1ère cause de mortalité maternelle) ou de troubles bipolaires aigus est de 0,1% pour les femmes sans antécédents psychiatriques. Il correspond à 24 femmes/ an dans le département. L'incidence de ces troubles est considérablement augmentée en cas d'antécédents d'hospitalisation pour de tels troubles, évaluée à 13,6 %.

Actuellement, il y a peu de prise en charge par la psychiatrie adulte et ces femmes restent hospitalisées dans les services de maternité, et en l'absence de ressources familiales, l'enfant peut être confié à l'ASE.

4. **Objectif général de l'action** : Permettre aux situations aiguës de décompensation maternelle en prénatal ou en post-natal d'accéder à une prise en charge adaptée.
5. **Objectifs spécifiques de l'action** :
 - Hospitaliser en urgence de la mère en service de psychiatrie adulte
 - Confier l'enfant à l'entourage familial après évaluation (notamment de la présence des pères et des ressources familiales) ou avoir recours à un service relais en lien avec le service de la PMI et de l'ASE
 - Assurer le relai vers une unité de prise en charge temps plein ou ambulatoire mère-bébé une fois la phase aiguë passée.
 - Veiller à maintenir le lien mère-enfant malgré la phase aiguë
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**
 - Définir la nosographie des troubles entrant dans cette catégorie.
 - Établir le périmètre des interlocuteurs concernés : maternités, PMI, unités ambulatoires de psychiatrie périnatale, services de psychiatrie adulte, professionnels libéraux
 - Mettre en place des conventions entre les acteurs concernés
 - Mettre à disposition des professionnels des outils d'évaluation de la sévérité des troubles
 - Mettre à disposition un protocole d'alerte de la CRIP et de placement en OPP de l'enfant.
 - Garantir par convention des espaces de collaboration pour l'élaboration du projet de sortie : Réunions de synthèse, réunions pluri-professionnelles
 - Former les professionnels de la psychiatrie adulte à la thématique adulte
7. **Publics concernés** : femmes enceintes et mères avec un bébé de moins de 12 mois
8. **Acteurs impliqués** : Psychiatrie adulte et infanto-juvénile, Maternités, PMI, ASE, CRIP, professionnels du réseau NEF ou hors réseau, CPTS...
9. **Territoire** : sous territoire de périnatalité de département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre d'hospitalisations annuelles,
 - Durée d'hospitalisation de la mère,
 - Durée du placement de l'enfant
 - Evolution à un an

Axe 4 - Renforcer et diversifier les modalités de suivi et de prise en charge en périnatalité

FICHE ACTION N°9.4.1 : Renforcer le travail collaboratif et transversal dans les prises en charge de situations complexes

1. **Pilotage** : ARS, Département, Réseau NEF, DRIHL SIAO, CPT
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Un dépistage des troubles psychiques en période périnatale ainsi qu'un accompagnement et une prise en charge des mères et des enfants concernés, incluant un accompagnement au rôle parental, et ce quel que soit le niveau de sévérité des troubles, apparaissent essentiels afin d'infléchir les conséquences à court, moyen et long terme pour les mères et leurs enfants. Des modalités de prise en charge et d'accompagnement spécifiques à la période périnatale se sont développées, en France et à l'étranger, et impliquent différents acteurs des secteurs sanitaires, mais aussi social et médico-social, dans le cadre d'une action coordonnée. Les pratiques ont toutefois été décrites comme hétérogènes, des disparités régionales étant observées, et l'offre sanitaire et sociale était considérée comme ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins (HAS -Programme pluriannuel - Psychiatrie et santé mentale 2018-2023)

La dépression maternelle concerne 20 à 30% des femmes. Seules 42 % des femmes rapportant une détresse psychologique ont bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et/ou prenaient un traitement psychotrope (Cohorte ELFE)

Du fait des caractéristiques de la population et de l'offre de soin en psychiatrie en Seine-Saint-Denis, ces chiffres sont certainement sous-estimés par rapport à la réalité.

4. Objectif général de l'action

Assurer la prise en charge globale et continue centrée sur les besoins et aux spécificités de la patiente, du couple, de la famille et de la triade parents-enfant.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Articuler les différents professionnels entre eux (DAC et réseau NEF comme ressources)
- Aider les professionnels à prendre la mesure des enjeux :
 - de l'anticipation des prises en charge dès l'ante-natal
 - de la continuité ante et post-natal pour éviter les ruptures de parcours
 - du travail collaboratif transversal médico-psycho-social pour renforcer les moyens thérapeutiques mis en œuvre (DAC et réseau NEF comme ressources)
- Permettre à tous les professionnels médico-psycho-sociaux un accès et un recours rapide à un avis en psychiatrie périnatale
- Privilégier au maximum la démarche d'aller-vers avec une prise en charge à domicile ou en ambulatoire

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Permettre l'accès aux soins spécialisés le plus tôt possible pendant la grossesse afin d'éviter l'aggravation des situations
- Développer les équipes mobiles et les visites à domicile de la prévention à la prise en charge
- Promouvoir les temps d'échanges pluridisciplinaires autour des situations complexes
- Limiter les errances des femmes enceintes et familles en stabilisant les hébergements pour les populations les plus précaires

7. Acteurs impliqués : Tous les acteurs médico-psycho-sociaux de la périnatalité : Hôpitaux (maternité, pédiatrie), PMI, Unités de psychiatrie périnatale, service social, ASE, services de protection de l'enfance, professionnels libéraux, hébergements

Indicateurs de résultats : Nombre de situations complexes traitées

8. Moyens nécessaires

- Coût de la permanence téléphonique
- Coût des équipes mobiles
- Coût des hébergements (notamment en centres maternels)

FICHE ACTION N°9.4.2 : Mettre en place des téléconsultations

1. **Pilotage** : ARS, Réseau NEF, CPT
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Un grand nombre de femmes ou mères de SSD sont en errance et elles sont nombreuses à être hébergées au 115, voire sans domicile fixe. Ainsi, 647 femmes ont accouché en 2018 sans avoir de logement en période périnatale. La mobilité des familles avec bébés du département est plus importante que dans d'autres départements. Les familles sont nombreuses à ne pas être installées définitivement et le lieu de résidence des 18 premiers mois de l'enfant peut se trouver éloigné des premiers lieux de soin. La crise sanitaire a permis le développement de la téléconsultation notamment en psychiatrie et psychologie ; la crise sanitaire a également permis d'identifier les zones de fracture numérique. La télé-consultation pourrait permettre à certaines familles de continuer les soins à distance de leur nouveau domicile.

4. **Objectif général de l'action** : Renforcer l'accès aux soins pour garantir la continuité des parcours de soins sans rupture
5. **Objectifs spécifiques de l'action** :
 - Définir les caractéristiques de la population pouvant bénéficier de téléconsultations
 - Permettre aux unités de périnatalité d'avoir accès aux téléconsultations.
 - Poursuivre des téléconsultations en cas d'éloignement d'une situation connue
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**
 - Équiper les unités de périnatalité en moyens techniques de téléconsultation
 - Former les professionnels à l'utilisation et aux limites des téléconsultations
7. **Publics concernés** : Femmes enceintes et dyades éloignées du lieu de soin antérieur ou habituel. Situation d'alliance thérapeutique de bonne qualité.
8. **Acteurs impliqués** : unités de liaison en maternité, Unités ambulatoires de psychiatrie périnatale, HDJ et unité d'HC.
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre de téléconsultations
 - Nombre de perdus de vue
 - Durée moyenne d'un suivi en téléconsultation.

FICHE ACTION N°9.4.3 : Développer et renforcer l'ethnopsychiatrie ou psychiatrie transculturelle

1. **Pilotage** : ARS, Département, Réseau NEF
2. **Calendrier** : 2021-2022
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Le département de la SSD compte une population migrante ou d'origine migrante importante. Près de 30 % de la population de SSD est immigrée. Cette proportion place le département au 1^{er} rang de France métropolitaine. La situation de migration représente une vulnérabilité spécifique pour les troubles psychiques dans la période périnatale pour les parents et les bébés.

La prise en compte de la dimension culturelle dans l'approche des familles migrantes est indispensable afin de mieux comprendre les problématiques rencontrées, de faciliter l'alliance et d'améliorer la qualité des soins.

Les acteurs de la périnatalité sont diversement formés aux problématiques transculturelles.

Des dispositifs de soins spécifiques de psychiatrie transculturelle existent sur le territoire (Consultation transculturelle dans le service de Psychopathologie à Avicenne, à Ville Evrard...) ainsi que des dispositifs de médiations transculturelles (Centre Babel, Femmes relais...)

4. **Objectif général de l'action**

Améliorer la prise en charge des familles migrantes en période périnatale

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Développer la prise en compte de la dimension culturelle par les professionnels de la périnatalité, dans leur rencontre avec les familles migrantes
- Aider les professionnels à mieux repérer, comprendre les problématiques liées à la culture et à en tenir compte dans leur accompagnement
- Proposer une offre de soins adaptée en psychiatrie périnatale dans les situations où une problématique culturelle est en jeu et plus largement où la culture peut être utilisée comme levier thérapeutique.

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**

- Faire un état des lieux de l'offre de soins en psychiatrie transculturelle sur le territoire (dispositifs spécifiques, personnes formées au transculturel...) et des dispositifs de médiation culturelle... ainsi que de l'offre en terme de formations dans le champ transculturel sur le territoire
- Recenser les problématiques et besoins des professionnels de la périnatalité auprès des familles migrantes afin d'adapter au mieux les objectifs de formation et de définir des dispositifs pertinents
- Diffuser l'information sur les dispositifs existants (à partir des réseaux de proximité en périnatalité en lien avec le réseau NEF, en mettant à disposition des supports)
- Développer les partenariats et favoriser le partage d'expériences et les liens entre les institutions.
- Soutenir la mise en place de dispositifs spécifiques directs et indirects : groupes de paroles de femmes migrantes en période périnatale notamment dans les maternités, dans les PMI, consultations transculturelles périnatales en lien avec les unités de psychiatrie périnatale, consultations indirectes (destinées aux professionnels pour élaborer des situations). Recenser les besoins
- Former largement les professionnels de la périnatalité à l'approche transculturelle en période périnatale (développer des formations spécifiques avec le réseau NEF, favoriser l'accès aux formations transculturelles)

7. **Publics concernés** : Parents et bébés en situation migratoire ou d'origine migrante

8. **Acteurs impliqués** : Services hospitaliers (Maternité, pédiatrie), PMI, Unités de psychiatrie périnatale, professionnels de la périnatalité libéraux, service social, ASE et associations de protection de l'enfance, ethno-psychologues et ethnopsychiatres, services spécialisés en psychiatrie transculturelle

9. Territoire : département de SSD et réseaux de proximité

10. Indicateurs de résultats :

- Nombre de professionnels formés
- Nombre de dispositifs spécifiques en projet ou mis en place
- Nombre d'objectifs de formation définis par les professionnels
- Supports d'information mis en place à l'attention des professionnels

11. Moyens nécessaires : à définir

FICHE ACTION N°9.4.4 : Systématiser le recours à l'interprétariat

- 1. Pilotage :** ARS, Département, Réseau NEF, associations d'interprétariat
- 2. Calendrier :** 2021-2022
- 3. Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial :**

La SSD comprend une population migrante non francophone importante. (33 nationalités identifiées et 29 langues parlées dans la file active de l'EPS-VE). 22,8% des habitants de SSD ne sont pas de nationalité française et 44% des enfants ont des parents immigrés.

La « barrière » de la langue représente un obstacle dans l'accès aux soins, l'adhésion à ces derniers, et dans la qualité de ces soins et plus généralement dans l'accès aux services de droit commun.

Les équipes ont des réponses très diverses en fonction des lieux. Certaines ont un recours large à des interprètes professionnels, d'autres beaucoup moins par contraintes budgétaires, par manque de temps, ou encore par une méconnaissance du travail avec les interprètes.

Le recours à des personnes accompagnantes et de l'entourage peut être utile mais ne permet pas d'avoir un accès direct à la personne concernée et limitent donc l'évaluation des professionnels et la possibilité des personnes de s'exprimer librement.

De même, des supports en langue étrangère existent et sont diversement utilisés et accessibles.

La période périnatale est une période de rencontre avec de nombreuses institutions et de nombreux professionnels.

Elle est une période de vulnérabilité psychique pour la mère où la situation de non compréhension de ce qui se passe pour elle est source de stress et de fragilité. Cette situation peut participer à des vécus traumatiques, peut être source de sous dépistage des difficultés, ou encore source de malentendus et de tensions entre usagers et professionnels.

4. Objectif général de l'action

Permettre aux personnes non francophones de bénéficier de la même qualité de soins et d'accueil dans les services que les personnes francophones en développant le recours à l'interprétariat professionnel (qui permet un accès à une information de qualité pour les personnes non francophones et leur donne la possibilité de s'exprimer pleinement, de manière autonome et confidentiel).

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Aider les professionnels à prendre la mesure des enjeux de la barrière linguistique et de l'intérêt de l'intervention d'un interprète professionnel
- Permettre à tous les professionnels médico-psycho-sociaux un accès et un recours facile aux interprètes professionnels
- Préciser les modalités et les moments d'intervention pertinents et indispensables de recours à des interprètes professionnels dans la période périnatale

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Recenser les pratiques dans les institutions de périnatalité avec des personnes non francophones (recours aux interprètes professionnels, recours à l'entourage, à Google traduction, à des collègues parlant la langue de l'usager...)
- Sensibiliser et former largement les professionnels au travail avec les interprètes
- Définir les situations nécessitant le recours aux interprètes professionnels : les indications, les moments du parcours nécessitant la présence d'un interprète professionnel comme par exemple l'entretien prénatal, une consultation en fin de grossesse et dans le postpartum.
- Développer les pratiques telles les groupes de préparation à l'accouchement avec des interprètes
- Favoriser une organisation dans les institutions permettant la mutualisation des moyens et l'utilisation de la présence de l'interprète pour plusieurs interventions.
- Développer des supports en langue étrangère qui pourront être largement diffusés (réseau, CAF, maternités, PMI...)
- Informer les usagers sur la possibilité qu'ils ont de demander le recours à un interprète professionnel
- Développer le partenariat avec les associations d'interprétariat

- Définir les besoins dans le secteur libéral et les modalités possibles de financement du recours aux interprètes
- Financer largement le recours à l'interprétariat

7. Publics concernés : toute personne ne maîtrisant pas la langue française

8. Acteurs impliqués : Tous les acteurs médico-psycho-sociaux de la périnatalité : Hôpitaux (maternité, pédiatrie), PMI, Unités de psychiatrie périnatale, service social, ASE, services de protection de l'enfance, professionnels libéraux...

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de recours aux interprètes
- Nombre de formations
- Nombre de supports développés
- Nombre de partenariats engagés
- Nombre de supports d'informations en périnatalité traduits et nombre de langues
- Nombre de structures de soins (maternités, PMI, cabinets...) bénéficiant de l'interprétariat professionnel

10. Moyens nécessaires :

- un groupe de travail pour définir les besoins du département
- Financement pour généraliser l'interprétariat en psychiatrie périnatale
- Financement pour traduire les supports d'informations

Axe 5 - Elaborer des parcours spécifiques

FICHE ACTION N°9.5.1 : Prendre en charge les demandes d'IMG psycho-sociales

1. **Pilotage** : ARS, CPT (collège médical et COMOP notamment), réseau NEF
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Une grande partie de la population de la SSD est précaire et cumule de nombreuses vulnérabilités. Un nombre important de femmes découvrent tardivement leur grossesse alors que les délais légaux d'IVG sont dépassés. Bien qu'elles ne présentent pas de troubles psychiatriques nosologiquement identifiables, la poursuite de la grossesse met en péril leur santé selon la définition OMS « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Si les législations de certains pays Européens autorisent l'IVG plus tardivement que la législation française (24 SA en Angleterre et aux Pays-Bas), en France le délai légal est de 14 SA. Certaines sont obligées de se rendre à l'étranger lorsque de délai est dépassé et qu'elles souhaitent une IVG. Certaines femmes sont démunies socialement, affaiblies psychologiquement, ou sous l'emprise de situations conjugales ou familiales qui ne leur permettent pas de telles démarches.

Selon les dispositions du Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF), elles doivent pouvoir bénéficier d'une IMG psychosociale dans le cadre de la loi qui encadre les IMG : L'IMG d'indication maternelle implique une prise en compte des causes psycho-sociales « lorsqu'il y a péril grave pour la santé de la mère ». Ce cadre juridique existe depuis la loi du 4 juillet 2001 (Code de la santé publique, Article L2213-1 et suivants ; Article R2213-1 et suivants)¹⁷⁵. Cela concerne des femmes en situation de danger personnel, de violences, de difficultés psychologiques majeures ou d'extrême précarité, rendant impossible la poursuite de leur grossesse alors même qu'elles dépassent le délai légal de l'IVG de 14 semaines d'aménorrhée.

A titre d'exemple, le CH Delafontaine est la seule maternité à disposer d'un parcours fléché pour les IMG pour raisons psycho-sociales. Les demandes sont faites au niveau du service de diagnostic anténatal qui fait l'évaluation médico-psycho-sociale de la situation (évaluation psychiatrique obligatoire). Si la demande est recevable, le dossier sera présenté au Centre pluridisciplinaire de diagnostic anténatal qui prendra la décision finale. De septembre 2019 à Juillet 2020, 30 demandes ont été faite au CH Delafontaine, 26 ont été jugé recevables par le service du DAN et les 26 demandes ont été validés par le CPDPN de Robert Debré.

4. Objectif général de l'action

Organiser au niveau départemental le parcours des d'IMG Psycho-sociale de l'accueil de la demande à la prise en charge

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Analyser quantitativement et qualitativement le nombre de demandes d'IMG psycho-sociales parvenant au sein des Centres pluridisciplinaires de Diagnostic PréNatal (CPDPN) et provenant des maternités du 93.
- Disposer des moyens nécessaires pour soutenir la mise en place d'un parcours spécifique pluridisciplinaire d'évaluation selon les modalités légales (Gynécologue-obstétricien, psychologue et ou Assistante sociale, médecin psychiatre.
- Assurer la présence de la psychiatrie adulte dans toutes les structures MCO
- Sensibiliser la psychiatrie adulte à cette spécificité pour garantir une évaluation optimale de la détresse maternelle

¹⁷⁵ Communiqué de la commission d'Éthique, d'Orthogénie et de Médecine Fœtale du CNGOF réunies le 20/9/19, validé au CA du CNGOF du 11/10/19. Article L2213-1 Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 25 du code de la santé publique

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Mettre en place un groupe de travail piloté par le réseau NEF et rassemblant les acteurs des maternités publiques et privées du département
- Promouvoir la mise en place d'un parcours d'accueil et d'évaluation dans chaque maternité
- Protocoliser le parcours ville-hôpital-CPDPN des demandes d'IMG pour raisons psychosociales
- Codifier dans le PMSI cette indication particulière d'IMG
- Instaurer un groupe de référents pour les retours d'expérience afin d'améliorer les prises en charge sur le département

7. Publics concernés : Femmes enceintes majeures ou mineures ayant dépassé le terme légal d'une demande d'IVG et formulant une demande d'IMG pour raison psycho-sociale

8. Acteurs impliqués : ARS, CPT, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, Planning familial, maternités, services de pédiatrie, référents des CPDPN du réseau NEF

9. Territoire : département de SSD

10. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'IMG pour raisons psycho-sociales demandées annuellement.
- Nombre d'IMG effectuées.
- Nombre de maternités avec un protocole dédié aux IMG psychosociales
- Nombre de maternités ayant pris en charge au moins une IMG pour raison psycho-sociale

FICHE ACTION N°9.5.2 : Organiser le suivi des grossesses adolescentes

1. **Pilotage** : ARS, Conseil Départemental (PMI et Plannings Familiaux), Maternités Hospitalières, Pédiopsychiatres des UPP, ASE.
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. Les mères mineures âgées de 10 à 19 ans font face à des risques plus élevés d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans. Les risques psychopathologiques sont différents selon l'âge au moment de la conception (avant ou après 16 ans). Les nourrissons nés de mères âgées de moins de 20 ans, sont plus exposés au risque de faible poids de naissance, de naissance prématurée et d'affections néonatales graves.

Le territoire de la SSD est jeune, la proportion des 0 – 19 ans est supérieure à la moyenne nationale. La proportion des jeunes filles mineures enceintes de la SSD se situe entre 0,8 et 1%, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (0,6%). Entre 200 et 250 jeunes filles enceintes sont prises en charge chaque année en SSD. (Source Ressources SSD – Accompagnement pluri professionnel des mineures enceintes de 2018). Quel que soit l'âge, les taux d'IVG sont plus élevés en Seine-Saint-Denis. Pour les femmes de moins de 18 ans, le taux d'IVG est de 11,1 ‰ en Île-de-France avec des extrêmes allant de 7,6 ‰ dans les Yvelines à 15,6 ‰ en Seine-Saint-Denis. (Source : Observatoire Social des Données Sociales en SSD). Il existe un moindre recours aux IVG chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées (source INJEP, 2016)

Le suivi de grossesse des mineures est globalement inférieur en qualité aux moyennes nationales. Les éléments sociodémographiques ont des répercussions significatives sur le suivi. Plus le contexte social, professionnel et familial est dégradé ou instable, plus le suivi est chaotique et la grossesse moins investie (source : L. GENEST, 2013).

Parmi les conséquences sociales auxquelles sont confrontées les adolescentes enceintes célibataires peuvent figurer la stigmatisation, le rejet ou la violence intrafamiliale. Les jeunes filles qui tombent enceintes avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de subir des violences perpétrées par l'environnement extérieur (petit-ami, collègue, cité ...). La grossesse et la maternité poussent souvent les adolescentes à abandonner leur scolarité et bien que, dans certains endroits, des efforts sont déployés pour leur permettre de retourner à l'école après la naissance de leur enfant, il est fort possible que cela mette à mal les possibilités d'éducation et d'emploi des jeunes femmes. (Source OMS). En 2018, un guide pratique à l'usage des professionnels sur l'accompagnement pluri professionnel des mineures enceintes a été élaboré par le conseil départemental et plusieurs partenaires (CAF, éducation nationale, centre maternels...).

4. Objectif général de l'action

Protocoliser au niveau départemental un parcours de soin spécifique pour les adolescentes enceintes renforçant le travail en réseau et le réseau ville-hôpital, ceci afin de favoriser un suivi de meilleure qualité permettant de prévenir des complications somatiques et psychiques liées aux spécificités des grossesses adolescentes.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Définir un accompagnement ciblé en lien avec les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) pour les mineures avec ATCD ou demande d'IVG pour les mineures qui interrompent leur grossesse.
- Organiser les dispositifs nécessaires à l'évaluation de la nature des risques pour la mère et l'enfant à naître, en fonction du contexte environnemental et psychopathologique dans lequel survient la grossesse pour les mineures désireuses ou contraintes de poursuivre la grossesse.
- Elaborer un parcours spécifique pluridisciplinaire d'évaluation et de soin, s'assurant de la mise en lien de tous les acteurs du sanitaire et du social dans le cadre d'un réseau partenarial clairement identifié : Sage

femmes et psychologues de PMI, Equipes des CPEF, Equipes médico-psycho-sociales des maternités hospitalières, Pédopsychiatres des UPP, Professionnels de l'ASE, Médecins et Infirmières scolaires.

- Renforcer les dispositifs d'aval de soins et d'aides sociales pour l'accompagnement à la parentalité des mères mineures et leur réinsertion sociale.
- Sensibiliser et Former des professionnels à la spécificité de la grossesse chez les adolescentes.

6. Objectifs opérationnels/ sous-actions

- Définir les modalités d'orientation et d'entrée dans ce parcours de soins spécifique en fonction de l'âge de la patiente et du projet d'interruption ou de poursuite de la grossesse.
- Définir les modalités et protocoles de signalements institutionnels adaptés à la protection de chaque adolescente et de leur bébé, en lien avec les services de justice (Brigade des mineurs) et de protection de l'enfance (situation de carences, violences ou abus sexuels ...)
- Définir au sein des maternités publiques des référents pour le suivi des grossesses adolescentes et la coordination avec l'ensemble des partenaires. Evaluer les dispositifs existants et les moyens nécessaires à mettre en place.
- Protocoliser les séjours en maternité pour l'évaluation psycho-sociale et pédopsychiatrique complémentaires et la validation d'un projet de sortie pour la jeune mère et le bébé, en lien avec les partenaires sociaux (ASE, Service social départemental) et les professionnels chargés du suivi post-natal (gynécologue, pédiatres et puéricultrices de PMI, Consultations pédopsychiatriques)
- Diffuser largement le guide pratique "Accompagnement pluri-professionnel des mineures enceintes auprès des professionnels médico-psycho-sociaux en périnatalité
- Actualiser le recensement des ressources sur le département de la SSD (cf guide pratique) proposant un accompagnement social spécifique pour les mineures enceintes : foyers d'hébergement, Suivis de la protection de l'enfance, Aides de la CAF, Places en crèches, Suivi et réinsertion scolaire.
- Définir des indicateurs de qualité et leur mode de recueil.

7. Publics concernés : Les Mineures enceintes

8. Acteurs impliqués : Centres hospitaliers (services de gynéco mater, pédiatrie, UPP), PMI, Plannings familiaux, Education nationale (Médecins et Infirmières scolaires), Services de Protection de l'Enfance, Foyers d'hébergement pour mineures.

9. Indicateurs de résultats :

- Evolution du nombre d'adolescentes prises en charge dans le protocole de soin.
- Evolution de l'incidence des complications obstétricales, pédiatriques, psychiques.
- Nombre de référents au sein des maternités
- Nombre de protocoles spécifiques au sein des maternités ou des réseaux ville-hôpital
- Nombre de signalements ou d'IP concernant des mères mineures

FICHE ACTION N°9.5.3 : Organiser le suivi des bébés et jeunes enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance (ASE)

1. **Pilotage** : ARS, Conseil Départemental, ASE, CPT, Services en charge des Services d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO).
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

En SSD, 8571 enfants bénéficient d'une mesure de protection de l'enfance (fin juillet 2017). Les mesures judiciaires restent fortement majoritaires. Les enfants de moins de 6 ans représentent 11% des enfants confiés au service de protection de l'enfance. Les bébés et jeunes enfants de 0 à 3 ans confiés aux services de protection de l'enfance représentent une population à haut risque de désordres psychopathologiques. Ces risques sont liés aux défaillances environnementales auxquelles ils sont exposés (carences, négligences, inadaptations, pathologies psychiatriques parentales ...) mais aussi à la dimension potentiellement traumatique du placement judiciaire qui représente une rupture environnementale à ces âges très précoces. En janvier 2020, dans le cadre du schéma départemental de protection de l'enfance, le Conseil départemental 93, a lancé un projet « Santé des enfants confiés à l'ASE » devant garantir un parcours de santé coordonné dès l'entrée dans le dispositif avec la prise en compte des spécificités des situations les plus complexes. Cette fiche action doit permettre de faire le lien avec ce groupe projet sur la partie des enfants de 0 à 3 ans.

4. **Objectif général de l'action** : Protocoliser un parcours d'évaluation et de soins spécifiques pour les bébés pris en charge par les services de protection de l'enfance.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Développer un parcours spécifique pluridisciplinaire de soins des bébés et jeunes enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance.
 - Définir les acteurs impliqués dans une logique de gradation des soins en fonction des signes de souffrance
 - Former des professionnels impliqués dans la protection de l'enfance aux troubles de l'attachement, aux signes de souffrances psychiques précoces et aux dys-parentalités dans le contexte de pathologies psychiatriques.
6. **Objectifs opérationnels/ sous-actions**
 - Mettre en place dans une logique territoriale et/ou intersectorielle, un réseau pluri-partenarial et transversal : PMI, Service de Protection de l'Enfance, UPP, acteurs impliqués dans le parcours d'évaluation et de soins des bébés et jeunes enfants.
 - Définir les dispositifs de soins les plus adaptés à la spécificité des bébés et jeunes enfants confiés aux services de Protection de l'enfance.
 - Elaborer des outils communs d'évaluation et de suivi (ADBB, grille des interactions de Bobigny, échelle de Steinhauer) et former les équipes à ces outils.
7. **Publics concernés** : Les bébés et jeunes enfants pris en charge par les services de Protection de l'Enfance dans le cadre de mesures administratives et judiciaires.
8. **Acteurs impliqués** : Equipes ASE, Equipes des associations en charge des AEMO, Equipes en charge du placement des bébés et jeunes enfants, Equipes de PMI, Equipes des UPP, Inter secteurs de pédopsychiatrie.
9. **Indicateurs de résultats**
 - Evolution du nombre de bébés et jeunes enfants pris en charge dans le protocole d'évaluation et de soin.
 - Evolution de l'incidence des désordres psychopathologiques présentés par le bébé et jeunes enfants confiés aux services de protection de l'enfance.

FICHE ACTION N°9.5.4 : Accompagner le deuil périnatal

1. **Pilotage** : ARS, NEF, PMI Empathie 93, UPP, psychiatrie adulte
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Lien avec le PTSM et principaux éléments du diagnostic territorial** :

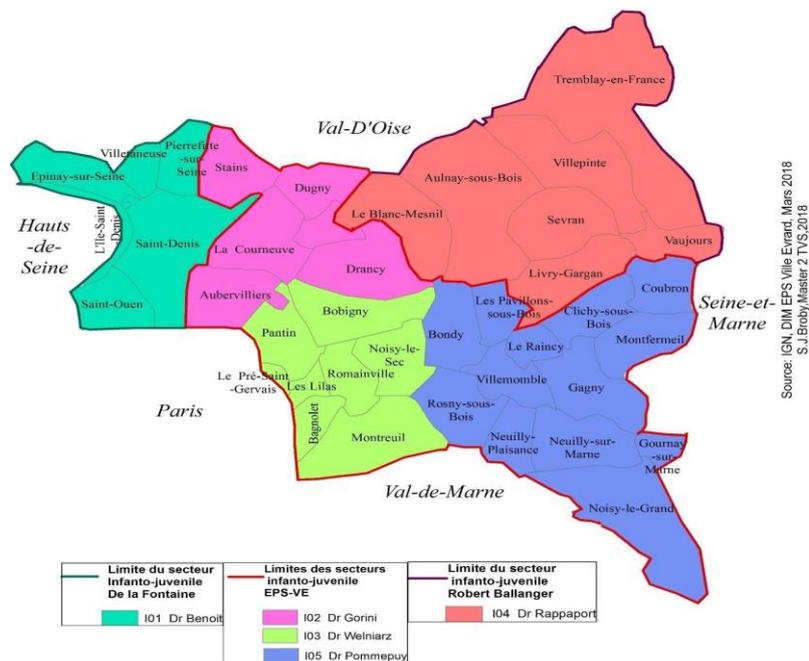
Une définition large du deuil périnatal peut englober les expériences suivantes : les fausses couches, les morts fœtales in utero, les morts néonatales, les interruptions médicales de grossesse pour des raisons médicales fœtales ou maternelles. Le deuil périnatal a des caractéristiques bien particulières qui nécessitent une prise en charge spécifique du couple et de la famille. La Seine-Saint-Denis accuse une surmortalité périnatale et infantile par rapport aux autres départements d'IDF, ce qui a engagé le projet de réduction infantile et périnatale de Seine-Saint-Denis par l'ARS IDF dès 2012. Un audit des décès, réalisé par l'INSERM en 2014, prenait en compte les décès survenus entre la 22^{ème} semaine d'aménorrhée et le 27^j de vie du n-né, en excluant les IMG. En 2014, 249 décès ont été recensés. A l'issue de cette étude 2 axes de réflexion ont été proposés par l'équipe de recherche : l'une sur la formation et l'harmonisation des pratiques autour de l'annonce d'un décès et la prise en charge en post-partum immédiate et l'autre sur le fait de recontacter à distance les patientes sous la forme d'une visite à domicile permettant d'orienter vers les structures de prise en charge si besoin mais également d'anticiper une grossesse ultérieure. Selon les données PMSI 2019, la Seine-Saint-Denis enregistrait 102 morts fœtales (soit 0,4% des naissances), 158 IMG (soit 0,6% des naissances), 97 décès postnataux (soit 0,4% des naissances). La prévalence des fausses couches se situent entre 15 à 20% des issues de grossesse mais certainement sous-évaluée notamment pour les fausses couches précoces.

En Seine-Saint-Denis, il existe un centre de PMI, spécialisé dans l'accompagnement et le soutien des familles et des professionnels confrontés à un deuil périnatal ou une morte inattendue du nourrisson. Ce centre participe également à la sensibilisation et à la formation des professionnels du territoire.

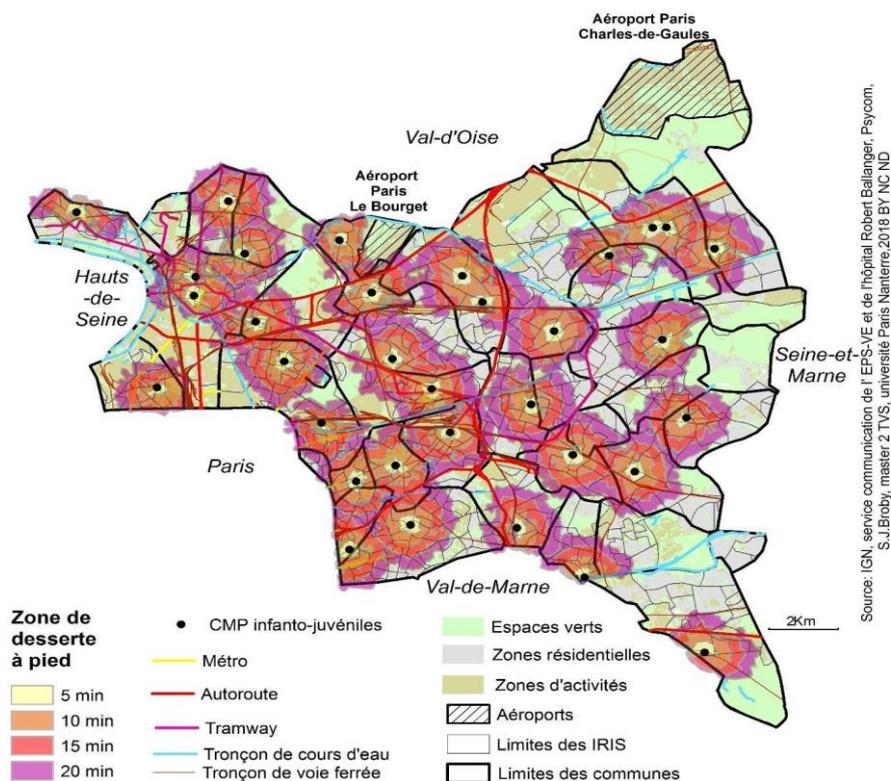
4. **Objectif général de l'action** : Mieux accompagner le deuil périnatal pour réduire les risques psychologiques et prévenir des complications lors d'une grossesse future.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Recenser les actions ou dispositifs existants autour du deuil périnatal en SSD
 - Mettre en place un accompagnement spécifique pour les couples et les familles endeuillées
 - Former les professionnels pour améliorer et harmoniser les pratiques
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**
 - Etablir un annuaire des ressources mobilisables sur le deuil périnatal
 - Renforcer l'action d'Empathie 93 dans le département
 - Identifier des référents en psychiatrie adulte formés à la thématique du deuil périnatal
 - Mettre en place des actions innovantes pour l'accompagnement des familles comme la visite à domicile systématique d'un professionnel pour débriefer de la situation
 - Elaborer des protocoles ville-hôpital pour la prise en charge de ces situations
 - Favoriser le recours à l'autopsie pour tenter d'apporter des réponses aux familles endeuillées
 - Organiser des formations pour les professionnels médico-psycho-sociaux
 - Faire le lien avec les autres actions engagées par le réseau NEF sur cette thématique (Groupe de travail PALIPED)
7. **Publics concernés** : Famille endeuillée par une perte périnatale ou néonatale
8. **Acteurs impliqués** : professionnels médico-psycho-sociaux en périnatalité
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Evolution du nombre de bébés et jeunes enfants pris en charge dans le protocole d'évaluation et de soin.
 - Evolution de l'incidence des désordres psychopathologiques présentés par le bébé et jeunes enfants confiés aux services de protection de l'enfance.

Annexes

Annexe 1 : Carte des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en Seine-Saint-Denis



Annexe 2 : Carte des zones de desserte des 33 CMP infanto-juvéniles de SSD



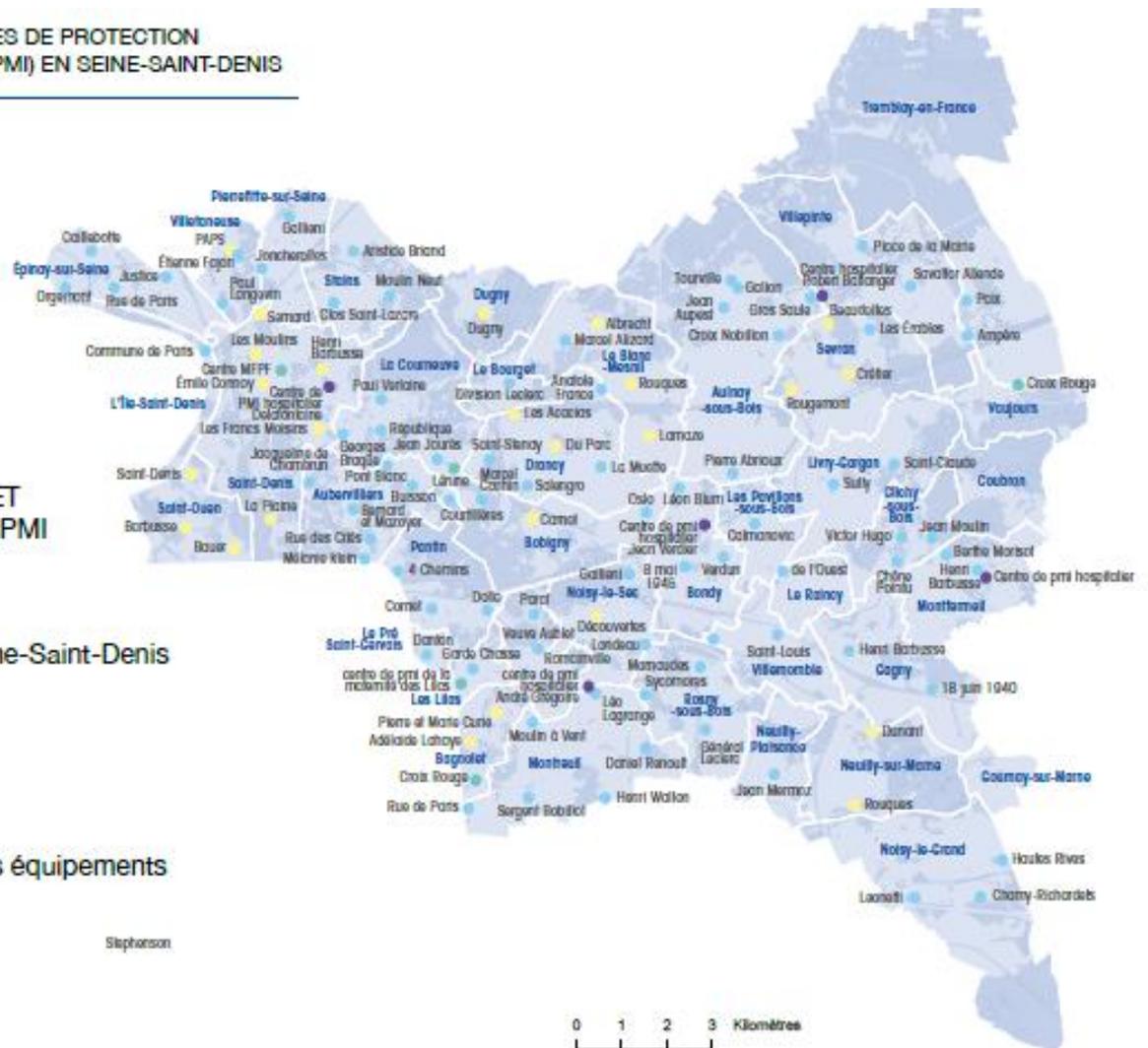
Annexe 3 : Carte des 112 centres de PMI de Seine-Saint-Denis, répartis en 22 circonscriptions

IMPLANTATIONS DES CENTRES DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) EN SEINE-SAINT-DENIS

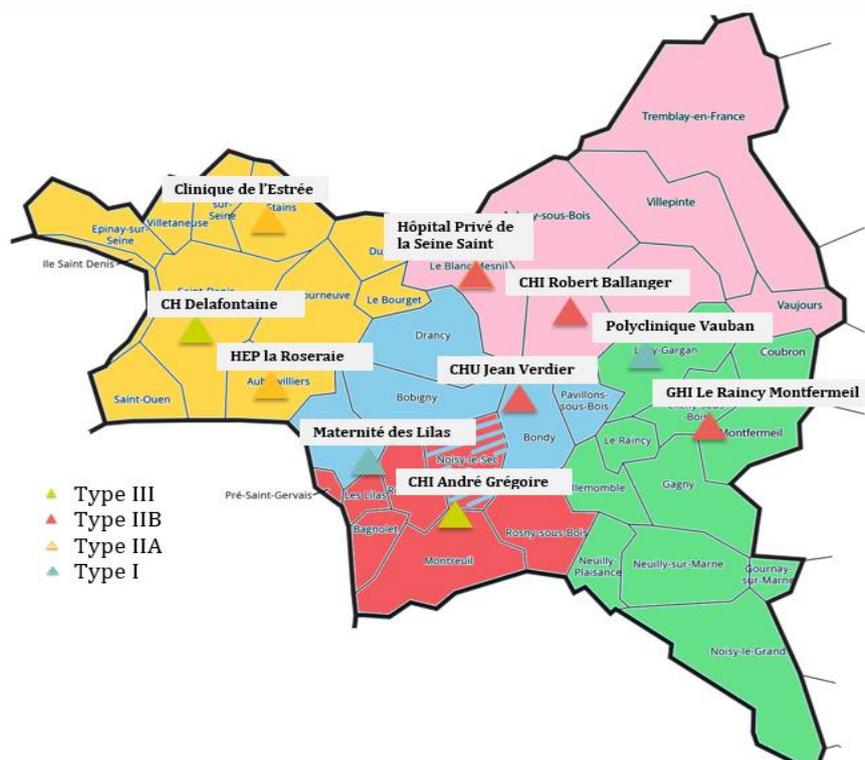
PATRIMOINE EXISTANT ET ACTIVITÉ ACTUELLE DE PMI

PMI : Gestionnaires

- Département de la Seine-Saint-Denis
 - Commune
 - Hospitalier
 - Privé
- Emprises grands équipements



Annexe 4 : Carte des maternités et des 5 réseaux de proximité définis par la PMI 93



Annexe 5 : Description détaillée de l'offre de psychiatrie périnatale du département

L'offre de psychiatrie périnatale en SSD se décline en ambulatoire ou en Hospitalisation de jour. Elle est portée par les services de pédopsychiatrie publique, et se répartit ainsi :

- **Saint Denis : 3 unités**
 - **UPP** (Unité de Psychopathologie Périnatale) : Unité de liaison en maternité : prévention, évaluation, consultations prénatales et postnatales dans toutes les unités de la maternité. Construction des projets de sortie et liens avec les partenaires.
 - **UAPE** (Unité d'Accueil Parent Enfant) : HDJ parents/enfant : consultations prénatales, prise en charge préventive et thérapeutique de la naissance aux 3 ans de l'enfant ; articulation de consultations spécialisées avec un accueil mère-bébé hebdomadaire en Hôpital de jour.
 - **Maison du bébé** : CATTP parents/enfant : prise en charge pluridisciplinaire de 0 à 3 ans de l'enfant, consultations, psychothérapies, accueil de groupe, dépistage et prise en charge précoces des troubles du développement, suivi des adolescentes enceintes.

Villes de recrutement et proportion dans la file active

- **Robert Ballanger : 2 unités**
 - La Maison de la Petite Enfance est organisée en 3 secteurs d'activité :
L'unité thérapeutique d'évaluation et de prise en charge précoce (UTEPP), la Crèche familiale thérapeutique, l'Unité de psychiatrie périnatale. C'est l'équipe pluridisciplinaire de « La Maison de la Petite Enfance » qui assure l'ensemble de ces missions réparties dans ces trois secteurs d'activité, ce qui favorise une grande continuité dans le parcours de soins des bébés et de leurs familles.
 - L'UTEPP est une consultation spécialisée à destination des bébés âgés de 0 à 3 ans qui nous sont adressés par des professionnels de première ligne, portant des inquiétudes au sujet du développement de l'enfant. Des évaluations diagnostiques, des bilans étiologiques en

collaboration avec les pédiatres de l'hôpital et des prises en charges pluridisciplinaires sont mises en place. Les soins proposés sont intensifs, pluri-hebdomadaires pour les bébés les plus malades.

- La Crèche familiale thérapeutique s'est développée en continuité avec le placement familial thérapeutique. Elle correspond à des accueils séquentiels à la journée des bébés chez des assistantes maternelles ou familiales appartenant au placement familial. La crèche familiale thérapeutique représente un dispositif central dans les soins qui vont être proposés aux bébés avec des troubles sévères et qui se trouvent dans des conditions de développement très chaotiques, dans des situations familiales précarisées et débordées par les troubles de leurs jeunes enfants.

La Maison de la Petite Enfance » se situe dans le bâtiment « Femmes-Mères-Enfants », permettant ainsi une proximité géographique et institutionnelle avec les services de pédiatrie, maternité et néonatalogie. Notre collaboration avec ces services s'appuie sur un travail de liaison (consultations pédopsychiatriques au sein des services d'hospitalisation des mères et des bébés), ainsi que sur l'organisation de réunions pluridisciplinaires : le staff médico-psycho-social de la maternité, le staff médico-psycho-social de néonatalogie, le staff de liaison pédopsychiatrique, le staff partenarial avec le service de néonatalogie, et le CAMSP Arc-en-ciel.

- L'Unité Libellule rattachée à la Maison de la Petite Enfance : unité mobile de prévention et de soins précoces; elle met en place des interventions à domicile périnatale renforcée en continuité des prises en charges hospitalières en maternité, néonatalogie et pédiatrie, à destination des familles les plus vulnérables. Elle intensifie les soins (à domicile et dans les lieux d'accueil) des bébés à haut risque développemental. Enfin elle met en place le travail de sensibilisation et de formation de l'ensemble du réseau partenarial transdisciplinaire afin de favoriser l'adressage croissant et précoce des bébés à risque et permettant de garantir l'efficacité des actions de prévention et de soins précoces.

- **Jean Verdier :**

- Une unité de liaison en maternité (UPP Unité de Psychopathologie Périnatale) assurant évaluation, suivi et orientation au cours de de la grossesse et dans le postpartum immédiat.
- Une unité Parentalités addictions au CSAPA assurant l'évaluation et le suivi parents/bébé avec des parents en situation d'addiction

- **Montreuil :**

- UPP : L'UPP (unité de pédopsychiatrie périnatale) est inscrite au sein du réseau périnatal de proximité centré par le pôle mère-enfant du Centre hospitalier Intercommunal André Grégoire. Elle accueille les parents de la grossesse aux 18 mois de leur(s) enfant(s). Elle est conçue comme un espace d'accueil, de prévention et de soins des troubles précoces de la relation parents- bébé, que ces derniers soient liés à un moment de fragilité ou à une psychopathologie parentale avérée, antérieure ou non à la grossesse et à l'accouchement ; et/ou qu'ils soient induits, par des difficultés du bébé (sommeil, alimentation, développement psychomoteur, relation), notamment dans des situations à risque telles que la prématurité. L'UPP est constituée d'une équipe pluridisciplinaire et potentiellement mobile. Elle associe dans un souci de continuité de la prise en charge des familles, plusieurs dispositifs d'intervention dans le champ périnatal.
 - Un travail de liaison au sein des services de maternité et de pédiatrie (néonatalogie) du CHI.
 - Un centre d'accueil et de consultations ambulatoires, associé si besoin à un travail à domicile,
 - Une unité d'hospitalisation de jour, « l'apatam » dévolue à la prise en charge pluri hebdomadaire de 3 dyades ou triades parent(s)-bébé(s).

- **Montfermeil** : Sur l'inter-secteur 93I05, l'offre en périnatalité n'est pas formalisée malgré les besoins. A la maternité de Montfermeil, des psychologues effectuent un travail de liaison, et l'équipe de liaison pédopsychiatrique intervient en néonatalogie. Aucune équipe de périnatalité n'est constituée, les liens se font au cas par cas en fonction des situations mais les professionnels se sentent isolés devant des situations de plus en plus complexes. Le secteur envisage la création d'une équipe ambulatoire mobile, qui permettrait un repérage précoce des situations à risque, une évaluation sans délai à l'hôpital et/ou au domicile, et une orientation si besoin vers des structures d'aval comme les hôpitaux de jour ou un lieu d'hospitalisation mère-bébé. Cette équipe mobile articulerait les soins avec le réseau, avec lequel elle co-construirait un projet de soins cohérent.

Annexe 6 : Etudes préliminaires

Précarité et hébergement d'urgence en sortie de maternité :

La question des mères sans hébergement en sortie de maternité est préoccupante en SSD. Pour mieux prendre en charge cette difficulté, les maternités du 93 ont établi depuis 2014 un partenariat avec le service du 115 du 93. En 2018, une enquête rendait compte des demandes d'hébergement en sortie de maternité¹⁷⁶. La moitié des ménages concernés par les demandes d'hébergement sont des femmes seules ou en couple avec un enfant. 82% des patientes ont des droits ouverts ou en cours pour une couverture sociale et 75 % n'ont pas de suivi social à la sortie de la maternité. Lorsqu'elles connaissent de tels problèmes d'hébergement, les familles se tournent essentiellement vers la consultation en centre de PMI¹⁷⁷.

Le délai moyen de réponse du 115 en Ile-de-France est de 7 jours. Ce délai est variable en fonction des maternités. Il a été évalué à :

- Centre Hospitalier de Saint-Denis : 26 jours
- Centre Hospitalier de Montreuil : 14 jours

Le tableau suivant répertorie les demandes d'hébergement en période périnatale réparties par maternité.

Demands par maternité	Delafontaine	A Grégoire	J Verdie	GHI Montfermeil	R Ballanger	Autres 93	Tenon	Bichat	Autres Paris	Autres IDF	PMI	Total
Au cours de la grossesse	98	72	47	27	12	33	23	16	32	12	32	404
En sortie de maternité	185	59	46	24	24	20	24	27	57	34	0	500
Total Effectif	283	131	93	51	36	53	47	43	89	46	32	904
Total %	31%	14%	10%	6%	4%	6%	5%	5%	10%	5%	4%	100%
Total 2017 %	32%	17%	13%	4%	4%	2%	-	-	22%	1%	5%	100%
Total 2016 %	35%	20%	8%	5%	9%	5%	-	-	17%	1%	0%	100%

Face à ces difficultés, les maternités ont été contraintes de prononcer des « sorties sèches », sorties par décision administratives malgré l'absence de solution d'hébergement pour la mère et l'enfant. En 2018, 33 demandes d'hébergement au 115 ont abouti à des sorties sèches de maternité, dont 14 au mois d'octobre.

¹⁷⁶ Bilan annuel 2018 « Femmes en errance, enceintes ou sortantes de maternités – Siao 93 » Ars 93-Drihl 93

¹⁷⁷ Enquête ENFAMS 2013 ; Champ : 566 personnes interrogées, 563 répondants pour la PMI et le pédiatre, 562 répondants pour le médecin¹⁶ - Després C, Dourgnon P, et al. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé. 2011;170

Des foyers d'hébergement, des centres maternels ou des dispositifs d'accueil spécifiques pour les femmes enceintes ou les dyades mère-bébé sans solution d'hébergement doivent être créés dans le département.

Un dispositif dédié a été mis en place au sein de la maternité de Saint-Denis : l'Unité Précarité Errance. Les femmes enceintes sans hébergement sont prises en charge au sein d'une consultation sans rendez-vous, en urgence par 3 professionnels (Sage-femme, assistante sociale, psychologue). La recherche de solution d'hébergement débute dès le premier contact avec la maternité. Cette intervention précoce et conjointe (obstétricale, sociale et psychologique) a permis de diminuer le nombre de demandes d'hébergement d'urgence après l'accouchement.

Évaluation des besoins en offre de niveau 3 -Unité d'Hospitalisation temps plein mère-bébé. Données de repérage :

Durée de séjour et devenir en fin d'hospitalisation en UHTP.

Une étude effectuée en 2010 par l'unité mère-bébé de Théophile Roussel en 2010 constatait une DMS de 1 à 2 mois en prénatal et de 2 à 3 mois en post natal.

L'observation de la durée de séjour au sein de l'HDJ de l'Est parisien constatait une DMS de 23 semaines.

La répartition était la suivante :

- < 3 mois : 10%
- De 3 à 4 mois : 40%
- 6 mois : 50%

A partir de cette unité, le devenir des dyades au terme de l'hospitalisation était le suivant :

- Retour à domicile : 33%
- Centre maternel ou CHRS ou appartement thérapeutique : 33%
- 115 : 15%
- Placement : 5%.

Quantification des orientations hors département :

Les données concernant les patientes de Seine-Saint-Denis hospitalisées dans d'autres départements au sein des unités mère-bébé de jour ou à temps complet ont pu être recueillies pour 4 unités d'hospitalisation. Elles sont les suivantes :

- Le Vésinet : 10% de la file active provient du 93
 - 11 patientes en prénatal sur 92 admissions
 - 5 patientes en post natal sur 64 admissions
- Est-Parisien :
 - UHTP : 17 patientes en 2019 provenaient du 93
 - HDJ :
 - 2017 : 12% de dyades venant du 93 d'une file active de 173 patients (mères + bébés)
 - 2018 : 10% ; file active : 167
 - 2019 : 4% ; file active 150
- Théophile Roussel :
 - 3 dyades sur 20 admissions en 2019 provenaient du 93
- La Pomme
 - 2018 : 15 dyades hospitalisées : 2 dyades du 93
 - 2019 : 14 dyades hospitalisées : 1 dyade du 93

Évaluation des besoins estimés en Unité d'hospitalisation temps plein en SSD :

Plusieurs méthodes complémentaires peuvent permettre d'évaluer le besoin en capacités d'hospitalisation dédiées à la périnatalité :

1. **Première méthode** : A partir de la base nationale PMSI-MCO, on identifie les séjours pour accouchement des parturientes domiciliées en SSD, comportant en diagnostic associé (DA) un code CIM-10 en F* ou en Z640 (difficultés liées à une grossesse non désirée), Z865 (ATCD personnels d'autres troubles mentaux et du

comportement), Z914 (ATCD personnels de traumatisme psychologique) ou Z915* (ATCD personnels de lésions auto-infligées), et calculer les durées de séjour.

RS	Séjours d'acc. En 2019	Dont séjour avec un DA en F*	% séj. Avec DA en F*	Journées	DMS	Médiane DS	Min DS	Max DS
Montfermeil	2 245	3	0,1%	16	5,3	4,0	3	9
Jean Verdier	2 357	7	0,5%	209	29,9	19,0	4	105
Montreuil	4 038	48	1,4%	467	9,7	7,0	3	26
Saint-Denis	4 282	147	4,8%	1 856	12,6	6,0	3	93
Aulnay	3 260	232	8,8%	1 152	5,0	4,0	2	25
Les Lilas	1 382	81	6,1%	349	4,3	4,0	0	15
La Roseraie	602	3	0,5%	55	18,3	18,0	17	20
HP de SSD	2 067	9	0,4%	41	4,6	4,0	3	8
Vauban	934	3	0,3%	21	7,0	8,0	4	9
L'Estrée	1 530	4	0,3%	77	19,3	10,0	4	53
Total étbl. Du 93	22 697	537	2,4%	4 243	7,9	5,0	0	105
Total maternités publiques ou assimilées	17 564	518	2,9%	4 049	7,8	5,0	0	105

La validité de cette méthode se heurte sur la qualité du codage PMSI. Le codage PMSI est largement insuffisant et inégalement effectué. Cette méthode conduit à une sous-estimation des besoins.

- Deuxième méthode** : A partir des bases PMSI-SSR et Rim-P, on identifie les séjours en unité mère-bébé des parturientes domiciliées en Seine-Saint-Denis et on calcule leur durée de séjour.
- Troisième méthode** : A partir de la base nationale PMSI-MCO, on identifie les parturientes de Seine-Saint-Denis par leur numéro anonyme, puis repérer leurs hospitalisations postérieures dans une des unités mère-bébé de la région (établissements des champs SSR ou psychiatrie), et calculer la durée de séjour de ces patientes. Cette méthode est plus précise mais aussi plus restrictive que la précédente, puisqu'elle ne prend en compte que les femmes ayant accouché dans les établissements du 93. Dans la méthode 2, les femmes du 93 ayant accouché ailleurs (notamment à Paris) sont incluses.
- Quatrième méthode** :

Une extrapolation des données de la maternité de Delafontaine à l'ensemble du département peut être réalisée

a. Étude des demandes d'hospitalisation mère-bébé à la maternité de Saint-Denis (2020)

Le nombre total de naissances en 2019 au sein de la maternité de Saint-Denis est de 4363 naissances. Parmi celles-ci **1834 femmes ont été évaluées** par l'équipe de liaison périnatale, soit environ 42% des parturientes.

Au terme de l'évaluation, 18 dyades ont été adressées en unité d'hospitalisation mère-enfant en provenance de la maternité de Saint-Denis soit 0,41 % des parturientes. Elles se répartissent de la façon suivante :

- 5 Femmes enceintes admises en (UHTP-MBB) en prénatal
- 12 dyades admises en UHTP-MBB en post-natal dont une avec bébé en OPP
- 10 dyades admise en Hôpital de Jour Mère-Bébé (1 hors 93, 2 UPP de Montreuil, 7 UAPE de Saint-Denis)
- 2 refus de mère malgré accord des unités mère-bébé (éloignement, non adhésion après la préadmission).

La Durée Moyenne de Séjour en suites de couche au CHSD en attente d'une UMB temps plein est la suivante :

- Postnatal : 39 jours (min : 11j ; max : 75 jours)
- Anténatal : 31 jours (une patiente en 2019)

Ce délai d'attente gêne l'activité de la maternité en occupant un lit MCO pour un motif psychiatrique

5 dyades ont été adressées en centre maternel.

b. *Extrapolation des données issues de la maternité de Saint-Denis à l'échelle départementale :*

Les chiffres de la maternité de Saint-Denis pris comme référence sont étendus aux maternités du territoire. La méthode de calcul utilise un coefficient multiplicateur de 6,66 (rapport entre nb de naissance à Delafontaine et en SSD).

File active du nombre de femmes évaluées en liaison en maternité en Seine-Saint-Denis : TOTAL : $1834 \times 6,66 = 12\,214$

Chiffrage de la file active potentielle des hospitalisations mère-enfant sur le département : TOTAL : $18 \times 6,66 = 119,88 = 120$

Si la durée d'hospitalisation doit être de 6 semaines (45 jours) le nombre de lits nécessaire est de 14,79. Faire le même calcul avec la durée observée

Organisation de la prise en charge des crises et des urgences psychiatriques en Seine-Saint-Denis

Introduction

Le décret de projet territorial de santé mentale (décret PTSM juillet 2017) inscrit dans ses 6 priorités, l'organisation d'un schéma des urgences psychiatriques pour chaque département, assortie d'objectifs précis de réduction des soins sous contrainte¹⁷⁸. Ce décret distingue clairement ce qui relève de la crise et ce qui relève de l'urgence ; cette distinction était déjà faite dans la circulaire de mise en place des centres d'accueil et de crise (CAC)¹⁷⁹.

- La crise est définie comme l'irruption d'une symptomatologie psychiatrique anxieuse ou thymique dans un contexte de changement brutal ou de rupture du cadre de vie chez un patient connu pour présenter une fragilité structurelle ou pas.
- L'urgence est définie comme la décompensation d'une pathologie psychiatrique sévère : une psychose, un trouble de l'humeur, un trouble de la personnalité, un trouble des conduites alimentaires.

La feuille de route du PRS-2 Ile de France prévoit dans **sa fiche action 16** de disposer **d'ici 2022** d'un schéma d'organisation des urgences psychiatriques dans chaque département francilien.

Enfin depuis 2014, la DT-ARS a organisé des réunions entre UNAFAM, urgentistes, pompiers et psychiatres pour trouver des solutions aux tensions de plus en plus importantes liées en grande partie à la démographie médicale et aux tensions capacitaires. Ces réunions n'ont pas débouché sur des réorganisations mais ont permis une prise de conscience des acteurs de s'emparer du problème. C'est ainsi que **la Communauté Psychiatrique de Territoire** de Seine-Saint-Denis (CPT-93) mise en place en avril 2018, a inscrit dans son projet la constitution d'une commission « urgences et proximité ». Sous son égide, une **fédération** des responsables des urgences psychiatriques du territoire s'est mise en place¹⁸⁰.

Les constats faits lors de la phase de diagnostic territorial partagé, par les usagers, les partenaires, les soignants sont :

- Une activité soutenue aux urgences psychiatriques

¹⁷⁸ « A ce titre, il prévoit :

« 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;

« 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.

« 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;

« 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. »

¹⁷⁹ Circulaire de 1992

¹⁸⁰ La CPT-93 a mis en place une commission spécifique « urgences et proximité » pilotée par les Drs Selma (G7, G8 et G17 à Ballanger) et Pécot (G10 et urgences Montreuil). Les membres de la fédération sont : Dr Fayçal Mouaffak (GO4, urgences Delafontaine), Dr Sellim Mehallem (Urgences psychiatriques Avicenne), DR Toufik Selma (Ballanger), Dr Eugenia Mascarenas (G10, Urgences Montreuil), Dr Sandrine Bonnel (G11, centre d'accueil de Montreuil), Dr Pedro Serra (G14, Urgences Jean Verdier), Dr Shakir Beggar (G15, Urgences Montfermeil).

- Comme dans le reste de l'île de France (données ARS), les urgences psychiatriques au SAU en SSD représentent environ 3% des urgences
- Des passages aux SAU psychiatriques relativement stables sur une période courte de trois ans, malgré une croissance de la population (plus 200 000 habitants d'ici 2026) se traduisant par des taux de fuite vers certains établissements parisiens (TENON, BICHAT, LARIBOISIERE principalement).
 - Delafontaine (2200 passages/AN)
 - Avicenne (2500/AN)
 - Montreuil (1500/AN)
 - Ballanger (1700/AN)
 - Montfermeil (1400/AN)
 - Jean Verdier (500/AN)

Donc environ 8000 passages par an. Pour information le nombre de passages au CPOA est de 10 000 environ. Des passages qui se situent principalement dans l'après-midi et en première partie de nuit selon une étude réalisée en novembre 2018 par la fédération des urgences psychiatriques du 93 dans quatre sites d'urgences de SSD.

- Une dégradation de l'accueil des patients
 - Se traduisant par une augmentation des mises sous contrainte, phénomène très en lien avec une saturation de l'aval (tensions capacitaires) et une prise en charge à domicile (IAD) et au CMP rapidement, variable selon les secteurs mais en baisse.
 - Des conditions et une durée de prise en charge aux urgences de plus en plus dégradée
 - L'absence d'infirmière de psychiatrie pèse énormément sur la durée de prise en charge par les psychiatres
 - Les locaux ne sont peu adaptés à l'accueil des patients souffrant de pathologies psychiatriques et à la réalisation des soins nécessaires dans des conditions optimales.
- Des problèmes posés par la démographie des soignants
 - La démographie des psychiatres est en tension entraînant des difficultés pour maintenir des listes de garde au SAU et en UHTP (au total 11 lignes de garde, celles des UHTP sont le plus souvent tenues par des internes).
 - Une détérioration alarmante des relations entre soignants aux urgences, leurs correspondants hospitaliers et les administratifs est régulièrement signalée dans les comptes rendus de garde des administrateurs principalement le week-end.
- Des centres d'accueil et de crises dotés de lits d'hospitalisation (CAC) détournés de leurs missions
 - Au nombre de trois dans le département, les CAC présentent des durées moyennes largement supérieures à celles prévues par la circulaire (théoriquement les hospitalisations dans ce type de structure doivent être de courte durée : 48h à 72h pour une évaluation diagnostique, une adaptation thérapeutique, une mise à distance à la suite d'un traumatisme violent comme un deuil, un licenciement ou autre).
 - **Le CAC de St Denis (8 lits) DMS = 8,8**
 - Dans les faits, le CAC de St Denis installé « en ville » a un taux d'occupation de 81,5%. La durée moyenne de séjour des 170 patients hospitalisés en 2018, dépasse les dix jours. 27% seulement des patients ont une durée de séjour de moins de trois jours. La pratique de l'accueil est irrégulière et les patients qui se présentent en crise sont souvent orientés vers le SAU du CH St Denis. Ce fonctionnement a eu et continue d'avoir pour conséquence de priver les urgences d'un débouché nécessaire pour les patients se présentant en état de crise, catégorie clinique qui représente 48% des demandes au SAU soit un millier de patients approximativement par an. Paradoxalement, le SAU n'hospitalise que peu de patients au CAC. Au mois de mai 2019, 2,5% des patients seulement ont pu y être pris en charge.

- Le CAC de Neuilly sur Marne (7 lits) DMS = 10,6
- Le CAC d'Aubervilliers (4 lits) DMS = 15 jours en 2018.
 - LE CAC d'Aubervilliers est une structure intersectorielle GO2, GO6. Inauguré le 2 janvier 1982, ce centre dispose de 4 lits et quatre places de HDJ. Les hospitalisations se font en soins libres. Le CAC est ouvert de 9 heures à 18H30 en semaine. En cas de nécessité, le psychiatre de garde du Clos Bénard se déplace hors des horaires d'ouverture pour y assurer la permanence des soins. En 2020 deux nouveaux secteurs s'installeront au Clos Bénard à Aubervilliers (G05 et G13). Une réflexion devra être menée sur le devenir du CAC avec en perspective soit le maintien de cette unité au service des quatre secteurs ou son transfert à Avicenne dans pour la création d'une unité de décision psychiatrique en aval des urgences. Avantage du transfert : des lits de psychiatrie au plus près des urgences permettant de réaliser des consultations prolongées et d'améliorer la sécurité des patients dans l'attente d'un transfert vers leurs secteur d'origine. Inconvénient : perte de proximité avec les médecins généralistes, les médecins du CMS, du CASAP d'Aubervilliers.
- Une prise en charge du suicide peu performante
 - Dans certains CAC, les conditions de sécurité et l'isolement de la structure (St Denis, Aubervilliers) limitent les indications d'hospitalisation de patients suicidaires et rend difficiles l'accueil et l'hospitalisation 24H/24.
 - La prévention de la récurrence du suicide n'est pas prise en charge systématiquement
 - Le dispositif Vigilans peine à se mettre en place car la formation des soignants est jugée trop longue et difficile à mettre en place.

Les axes de la feuille de route « urgences »

Les priorités sont en rouge dans le tableau

18 FA	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4
10) Urgences	Prévenir le passage aux urgences	Proposer un schéma et une organisation des SAU psychiatriques	Organiser l'aval et le suivi des urgences	Lutter contre la violence aux urgences psychiatriques
Action 1	10.1.1. Rédiger une charte des CMP	10.2.1. Réorganiser les SAU sur la base d'une évaluation des dispositifs actuels	10.3.1. Évaluer et actualiser le dispositif mis en place entre les établissements publics de psychiatrie et les deux cliniques privées du territoire	10.4.1. Disposer d'une unité dédiée aux malades difficiles UPID/USIP à vocation départementale
Action 2	10.1.2. Développer l'IAD.	10.2.2. Développer le métier d'infirmier de psychiatrie et/ou d'IPA aux urgences, au SAMU et au centre 15	10.3.2. Systématiser les évaluations des indications d'hospitalisation aux urgences	10.4.2. Réactiver l'observatoire des violences
Action 3	10.1.3. Développer la téléconsultation avec les établissements médico sociaux notamment EHPAD et MAS.	10.2.3. Lutter contre la psychophobie	10.3.3. Développer la RPS et les places en médicosocial pour libérer des lits aigus	
Action 4	10.1.4. Former les personnes de premiers recours	10.2.4. Promouvoir la pair aideance au sein des urgences	10.3.4. Mettre en place et développer le dispositif de prévention des récives suicidaires	
Action 5	10.1.5. Evaluer, mettre à niveau et accompagner les équipes mobiles existantes (EMPP, EMPPA..)	10.2.5. Développer l'enseignement universitaire et post universitaire sur les urgences psychiatriques		
Action 6	10.1.6. Lutter contre la psychophobie dans les milieux soignants non psychiatriques.			
Action 7	10.1.7. Proposer des stages en psychiatrie pour les externes et internes de médecine générale			

Axe 1 – Prévenir le passage aux urgences

FICHE ACTION N°10.1.1 : Rédiger une charte des CMP rappelant notamment le rôle des CMP dans la prise en charge des crises et l'orientation des urgences

11. **Pilotage** : Collège médical ? CPT ?
12. **Calendrier** : 2019-2020
13. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Malgré le déploiement d'un maillage territorial important depuis la mise en place de la politique de secteur, le rôle de premier recours des soins au niveau des CMP est entravé par des délais d'attente parfois trop longs. La transition entre l'hospitalisation et l'extra hospitalier s'accompagne d'une déperdition qui avoisine les 50%. Ces ruptures affectent les plus désocialisés, en effet la moitié des patients SDF se retrouvent en rupture thérapeutique. En perte de repères thérapeutiques, ils s'adressent aux urgences et finissent pour certains à faire partie des usagers à répétition des urgences ou « frequent users ». Dans une étude menée à l'hôpital Ste Marguerite à Marseille, ces patients représentent jusqu'à 20% des passages. Ils souffrent le plus souvent de schizophrénie, de troubles de la personnalité, et pour près de 40% d'entre eux, sont désocialisés. Le passage de ces patients aux urgences se conclut dans 33 à 50% des cas par des hospitalisations.

Peu d'études ont été réalisées sur les critères qui motivent l'hospitalisation dans cette catégorie, il est cependant évident que les alternatives à l'hospitalisation sont difficiles à construire dans le cadre des urgences générales. Il a pu être montré que l'intervention préventive dans le milieu, ainsi que le soutien à l'entourage améliorent l'adhésion aux soins et diminuent les ré-hospitalisations. Cette aide in situ s'avère particulièrement bénéfique au renforcement de l'alliance thérapeutique.

Les 22 centres médico-psychologiques de psychiatrie adulte de SSD (17 dépendent de l'EPS-VE et 5 de Robert Ballanger), sont des piliers de l'offre de soin des 18 secteurs avec presque 80% de prises en charge de la file active. Comme l'illustre la carte faite dans le cadre du diagnostic territorial, certaines zones du territoire n'ont pas accès à pied ni en transport en commun à un CMP. On note également qu'un secteur, le GO5 a implanté une consultation psychiatrique hors CMP dans un centre de santé. Ils sont cependant soumis à une saturation croissante de leurs capacités de soins et un allongement de la liste d'attente. Premièrement, la démographie du département est en croissance constante, particulièrement chez les moins de 20 ans, et les conditions sociales se détériorent, retentissant sur les maladies mentales. Deuxièmement, la démographie médicale diminuant, l'existence de petits centres de proximité est compromise. Enfin, les carences en termes de solutions sociales et médico-sociales d'aval contribuent à la saturation tant de l'hospitalier que de l'extra hospitalier.

Chaque secteur organise ses horaires, son accès et ses modalités de suivi selon ses propres règles. Une enquête faite entre le 8 janvier et le 18 janvier 2018 auprès de tous les CMP du territoire (16 réponses sur 18) avec un questionnaire en ligne sur Google form a montré que :

- La majorité des CMP font deux « nocturnes » jusqu'à 18H30 ; un CMP reste ouvert tous les jours jusqu'à 19 heures
- La plupart des CMP ont un dispositif d'accueil centré sur le personnel infirmier pour les connus en crise et les non connus
- Il n'y a pas de suivi systématisé des délais et des listes d'attente
- S'agissant des IAD : pas généralisées dans tous les secteurs
- Les demandes par un tiers : de nombreuses réponses positives

Ce constat a incité à la mise en place un « groupe CMP » avec un ou deux représentants de chaque CMP adulte afin de réfléchir à une charte commune et des indicateurs de suivi.

1. Objectif général de l'action

Eviter les passages inutiles aux urgences, la dégradation d'une crise en une urgence et les hospitalisations inadéquates.

2. Objectifs spécifiques de l'action

- Permettre que tout patient adulte du département ait une prise en charge ambulatoire, rapide et adaptée à sa situation.

- Développer une culture commune dans le département en faisant travailler ensemble des acteurs de CMP du territoire.
- Mettre en place des indicateurs de suivi.
- Développer l'intervention in situ par téléconsultation par exemple).
- Favoriser la transversalité et la créations d'unités intersectorielles mixtes.

3. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Poursuivre l'animation d'un groupe CMP
- Mettre en place des indicateurs simples de suivi d'activité
- Développer l'intervention à domicile et la téléconsultation
- Favoriser la création d'unités transversales intersectorielles mixtes.

4. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes et leurs proches, associations d'usagers

5. **Acteurs impliqués** : DT-ARS, UNAFAM, personnels de CMP (psychologues, infirmiers, psychiatres)

6. **Territoires** : secteurs de psychiatrie ou coopérations intersectorielles, département de SSD

7. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de réunions du groupe CMP
- Charte écrite et affichée dans les CMP
- Evaluation de la charte

8. **Moyens nécessaires** : moyens pour diffuser la charte

FICHE ACTION N°10.1.2 : Développer l'intervention à domicile IAD (quel que soit le lieu de domicile) en utilisant les moyens adéquats

1. **Pilotage** : Collège médical, CPT, UNAFAM
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Une analyse faite dans le cadre du diagnostic territorial et portant sur 15 secteurs adultes a montré que le nombre d'IAD par patient va de 1,8 à 28,4 ; quatre secteurs ont une activité nettement supérieure aux autres ; 10 secteurs sont en dessous de la moyenne. Les organisations diffèrent selon les secteurs.

Un secteur a mis en place un CAC sans lit (EMAUC) à Bondy pour équipe mobile d'accueil des urgences et de la crise ouvert 12 heures, fermé samedi et dimanche) ; l'EMAUC fait à la fois un travail sur l'accueil (pré-soin) et sur la crise. L'activité de l'EMAUC est d'environ 50 à 70 patients par semaine ; 1/3 à domicile, 1/3 à Jean Verdier ; 1/3 à l'EMAUC située à Bondy. L'EMAUC reçoit des patients connus et non connus (signalés par toutes sortes d'acteurs de la ville).

A Aubervilliers, où le réseau d'acteurs de la santé mentale est très développé (RESAD, CLSM, élus locaux impliqués etc), un tissu favorable aux IAD se construit. Le dispositif s'appuie principalement sur des infirmiers-ères et sur un médecin (parti depuis 2019 ?). L'organisation du travail est la suivante : le matin en IAD, l'après-midi en CATTP. La file active en 2018 était de 40 patients.

A Montfermeil il existe une équipe dédiée aux IAD pour patients suivis dans le secteur.

Si la plupart des IAD se font à partir du CMP, d'autres se font à partir des UHTP. La variabilité de cette activité s'explique à la fois par les moyens, la politique de secteur et selon certains, l'insécurité des déplacements dans certaines zones du département.

Un groupe de travail a été mis en place au sein de l'EPS Ville Evrard sur le développement de l'offre de soins par téléconsultation pour mettre en place avec des EHPAD. Cette expérience a été mise à profit pendant la crise sanitaire (COVID 19).

Ce travail se poursuit avec la contribution de représentants des CMP. Les objectifs sont l'élaboration d'une charte commune et la mise en place d'indicateurs d'évaluation.

Par ailleurs, il existe à Bobigny Pantin 8 places d'HAD.

1. Objectif général de l'action

Eviter les passages inutiles aux urgences, la dégradation d'une crise en une urgence et les hospitalisations inadéquates.

2. Objectifs spécifiques de l'action

- Augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, établissements d'hébergement) de 15 % (Objectif ARS : se référer à la fiche-action du PRS2)
- Permettre que tout patient connu ou non des services de psychiatrie du département ait une prise en charge ambulatoire, rapide et adaptée à sa situation (crise, suivi, évaluation etc.).
- Faciliter la prise en charge des patients difficiles à mobiliser ou à prendre en charge dans les structures de soins (adolescents)
- Faciliter la prise en charge des patients à mobilité réduite (personnes âgées)
- Développer une culture commune dans le département de l'aller vers
- Renforcer la culture du soin dans l'environnement du patient

3. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Analyser quantitativement et qualitativement les IAD du département
- Mettre en évidence les facteurs favorisant le développement au sein de chaque secteur

- Mettre en place un plan d'action pour développer la téléconsultation (retour d'expérience post-Covid)
 - Rechercher les déterminants du succès ou de l'échec de la téléconsultation afin de mieux définir les indications à l'avenir
4. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes et leurs proches, associations d'utilisateurs
 5. **Pilotage** : ARS, services de psychiatrie, CPT, UNAFAM, groupe de travail télémédecine (EPS VE)
 6. **Acteurs impliqués** : DT-ARS, UNAFAM, personnels de CMP (psychologues, infirmiers, psychiatres), chefs de pôle de psychiatrie
 7. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre d'IAD par secteur, par an
 - Caractérisation des IAD (malades connus, non connus, crise etc)
 - Nombre de passages aux urgences par secteur, par an
 - Nombre d'hospitalisations et de ré-hospitalisations par secteur, par an
 8. **Calendrier : 2021**
 9. **Moyens nécessaires** :
 - Accès aux bases de données
 - Adaptation de l'outil d'information (Cortexte) aux indicateurs de résultats recherchés

FICHE ACTION N°10.1.3 : Développer la téléconsultation avec les établissements médico-sociaux

1. **Pilotage** : établissements médico-sociaux, MAIA, Secteurs de psychiatrie
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmenté de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La moyenne d'âge d'entrée en établissement est de 88 ans pour une durée de vie d'environ un an. La plupart de ces personnes âgées dépendantes sont donc maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux et 40%, d'aidants professionnels, pour la plupart employés de gré à gré. Selon le Conseil départemental, 13 422 personnes (soit 6,25% des personnes de 60 ans et plus contre 2,9 à 3,9% dans les autres départements) bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (l'APA). Par ailleurs les personnes âgées n'échappent pas aux indices socio-économiques défavorables. Les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie. Les EHPAD en SSD disposent de 5870 places (pour 66 établissements), soit un ratio de 69 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus, en avril 2018 (source DT ARS). Le constat est le suivant en EHPAD (réseau OCEANE) : 30 % des résidents présentent des troubles du comportement ; 30% seulement des EHPAD ont une convention avec un secteur de psychiatrie et 40% font appel ponctuellement à l'intervention d'un psychiatre libéral. Par ailleurs les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé ne couvrent pas tout le territoire.

Une des demandes exprimées par les EHPAD est de bénéficier d'un accès facilité aux consultations psychiatriques. La téléconsultation apporte à cette égard une réponse pertinente.

Les équipes de psychiatrie de secteurs et les médecins coordonnateurs des établissements médico-sociaux se connaissent peu, et interagissent rarement, il est donc souhaitable de faciliter l'identification des interlocuteurs en amont de la mise en place de la télé-consultation.

4. Objectif général de l'action

Eviter les passages inutiles aux urgences, la dégradation d'une crise en une urgence et les hospitalisations inadéquates.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Former les gériatres et le personnel soignant de gériatrie à la prise en charge spécifique des patients souffrant de troubles psycho organiques dans un contexte neurodégénératif.
- Mettre en place des organisations (conventions) permettant de faciliter l'accès des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères aux prises en charge dans les EHPAD.
- S'assurer que tout malade âgé psychiatrique fasse l'objet par les services sociaux d'une demande et d'un suivi de dossier EHPAD
- Lutter contre la stigmatisation des malades psychiatriques
- Lutter contre le cloisonnement sanitaire et médico-social

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Mettre en place dans chaque secteur un ou plusieurs référents géronto-psychiatrie en leur proposant des missions et une formation adéquate
- Équiper et développer la télémédecine entre les référents de secteur et les EHPAD de leur territoire.
- Favoriser la formation et le recrutement des IPA en géronto-psychiatrie

- Favoriser et valoriser les activités d'intérêt général des psychiatres dans les établissements médico-sociaux du territoire
 - Favoriser la création de postes d'assistants partagés entre les services de secteur et les EHPAD du territoire.
 - Commencer ce plan d'action avec les 6 EHPAD publics du territoire car leur population psychiatrique est importante (30% au moins dans la Seigneurie à Pantin)
7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adultes et leurs proches, associations d'usagers
8. **Acteurs impliqués** : DT-ARS, UNAFAM, personnels de CMP (psychologues, infirmiers, psychiatres)
9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie ou coopérations intersectorielles, département de SSD
10. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre d'actes télémédecine avec les établissements médico-sociaux
 - Nombre conventions avec les établissements médico-sociaux
 - Nombre de référents désignés et formés par secteurs
 - Nombre d'infirmières en pratiques avancées (IPA) en géro-psi-chiatrie
11. **Moyens nécessaires**
- Moyens de télémédecine (ORTIF ?)

FICHE ACTION N°10.1.4 : Former les personnes de premiers recours (famille, médecins traitants) à l'identification des troubles et à l'orientation des patients

1. **Pilotage** : Acteurs porteurs de formations (Psycom, CEAPSY, UNAFAM, Iris Messidor, CLSM, EPS-VE)
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le retard de diagnostic des pathologies schizophréniques et des troubles bipolaires de l'humeur se compte en années, dans notre territoire. Ces troubles sont malheureusement tardivement identifiés au stade de la décompensation bruyante. Les services d'urgence sont malheureusement trop souvent le lieu où débute la prise en charge psychiatrique. L'absence de personnes recours ou de structures sentinelles qui permettraient une détection précoce de la maladie, une évaluation et une orientation entretient la saturation des urgences et empêche le développement d'alternatives à l'hospitalisation.

4. **Objectif général de l'action**

Favoriser la détection précoce des troubles psychotiques et des troubles de l'humeur. Développer des filières de soins articulées avec les acteurs du terrain : médecins généralistes, enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Former les médecins généralistes au repérage et à l'évaluation des troubles psychiatriques sévères (psychose, trouble de l'humeur)
- Créer des plateformes d'échange entre les différents intervenants.
- Former les SAMU, Pompiers, Police à la prise en charge de situations « d'urgences » psychiatriques
- Former les acteurs de l'action sociale
- Rendre lisible l'offre du territoire
- Lutter contre la stigmatisation des malades psychiatriques

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**

- Se référer aux fiches-actions de la thématique Formation du PTSM :
 - Faire connaître les formations mises au point par Psycom
 - Faire connaître les formations mises au point par l'UNAFAM et IRIS messidor
 - Faire connaître les formations et actions développées par le CCOMS
 - Soutenir la Formation action sociale santé mentale (FASSM)

7. **Publics concernés** : médecins généralistes, personnel de police, pompiers, personnel de SAMU, personnel de l'action sociale (CLSM, Hébergement etc.)

8. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de personnes formées : MG, SAMU, POMPIERS, Police
- Nombre de personnes ayant suivi la FASSM

9. **Moyens nécessaires** : financement des formations pour les professionnels

FICHE ACTION N°10.1.5 : Evaluer, mettre à niveau et accompagner les équipes mobiles existantes (EMPP, EMPSA...)

1. **Pilotage** : DT-ARS, Responsables EMPP et EMPSA, secteurs de psychiatrie
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les « secteurs publics de psychiatrie » en France tentent de s'adapter à la demande de réactivité et de disponibilité qui émane des pouvoirs publics et des usagers. Une des modalités de réponse adaptées à la pathologie psychiatrique, qui constitue en outre, une alternative à l'hospitalisation est l'intervention mobile et l'aller vers au plus près du patient. Plus globalement, il s'agit d'un travail de « liaison » impliquant de nombreux partenariats, du travail en réseau et une palette variée de dispositifs soignants.

Il existe deux types d'équipes mobiles sur le territoire en sus des interventions à domicile que pratiquent certaines équipes de secteur : les équipes mobiles géronto-psychiatrie et les équipes mobiles psychiatrie précarité ou EMPP.

S'agissant des équipes mobiles géronto-psychiatrie, il existe trois équipes mobiles sectorielles, deux dépendantes de EPS-VE (G06 et G14) et plus récemment pour le CHI Robert Ballanger (G07, G08 et G17).

S'agissant des EMPP, leurs missions sont d'aller au-devant des publics précaires, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (dans un quartier, en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins.

Cinq EMPP existent sur le territoire de SSD. Ces structures devraient pouvoir desservir la totalité des communes et répondre aux besoins des patients les plus vulnérables en articulation avec les CMP et les services d'urgence. Malheureusement, le travail en transversalité et en réseau apparaît peu satisfaisant et appelle à une réflexion sur leurs missions.

4. Objectif général de l'action

Favoriser l'alternative à l'hospitalisation

Réduire le recours aux urgences pour raisons sociales des patients souffrant de troubles mentaux sévères.

Améliorer le travail transversal intersectoriel et en réseau avec les intervenants médico sociaux des EMPP

Redéfinir les missions des EMPP et leur gouvernance.

Objectifs spécifiques de l'action

- Faciliter l'accès aux soins des personnes les plus fragiles
- Déployer les soins au plus près des personnes (aller vers)
- Eviter des crises et des hospitalisations inadéquates

5. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Rédiger un cahier des charges des EMPP et EMPSA
- Evaluer les activités des EMPP et EMPSA
- Couvrir tout le territoire d'EMPSA
- Couvrir tout le territoire d'EMPP et d'EMPSA

6. **Publics concernés** : acteurs du social, notamment acteurs de l'hébergement ; EPHAD, SSIAD etc.

7. Indicateurs de résultats :

- Nombre de communes couvertes par une Equipe mobile
- Nombre de personnes très âgées prise en charge hors EPHAD
- Nombre de recours aux urgences pour raisons sociales des patients souffrant de troubles mentaux sévères.

8. **Moyens nécessaires** : à déterminer selon les résultats de l'évaluation

FICHE ACTION N°10.1.6 : Lutter contre la psychophobie dans les milieux soignants non psychiatriques.

1. **Pilotage** : à définir
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La France a perdu, en quarante ans, 50% de ses capacités d'hospitalisation avec une accélération de la déperdition entre 1994 et 2007 et une stabilisation depuis. En Seine Saint Denis, le taux de lits pour 1000 habitants est à ce jour inférieur à celui observé en Ile de France (0.49 versus 0.77) et ce malgré une augmentation de la population observée et attendue de 200 000 habitants d'ici 2026 et une objectivation de la précarité de cette population par l'IDH2 inférieur à 0.52. Un psychiatre anglais a établi une corrélation inverse entre la diminution des lits d'hospitalisation en psychiatrie, l'inflation de la population carcérale et l'augmentation du nombre de morts violentes. Aujourd'hui, ce fait est vérifié aux États-Unis où la prison est considérée désormais comme la plus grande institution psychiatrique du pays, avec pas moins de 350 000 détenus souffrant de troubles psychiatriques graves. En France, 20% des détenus souffrent de pathologies psychotiques (schizophrénie, trouble délirant persistant et psychose hallucinatoire chronique). De plus en plus d'auteurs tendent à remplacer le terme de désinstitutionnalisation par celui de trans-institutionnalisation soulignant l'échec de ce processus. Outre les prisons, Allison et al. suggèrent que la trans-institutionnalisation affecte les services des urgences, où les patients pharmaco-résistants ou dépendants de l'institution (PRDI) se réfugient en quête d'une reprise en charge dont ils sont souvent incapables de formuler la demande. Cette situation est parfaitement illustrée par les études qui se sont intéressées aux « frequent users » ou usagers récurrents des urgences. A l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille, 2,2% des patients représentent 21,3% des visites sur une période de 5 ans. Ces patients souffrent dans 72% des cas de pathologies psychotiques et viennent plutôt dans des états de crise (anxiété, plainte somatique) ou avec des demandes sociales. Le recours croissant aux urgences pointe les insuffisances de l'offre de soins extra hospitalière et met à l'épreuve le dispositif psychiatrique « dégradé » proposé dès 1995 au sein des SAU. Cette évolution majore une double stigmatisation à la fois du psychiatre considéré comme responsable du processus de désinstitutionnalisation, et du patient, notamment dans les secteurs d'urgence où la violence devient pandémie. Le résultat est l'émergence d'un phénomène inquiétant : la psychophobie (forme de discrimination et d'oppression à l'encontre de personnes qui ont ou sont censées avoir un trouble psychique ou une autre condition mentale stigmatisée).

4. Objectif général de l'action

Eviter les passages inutiles aux urgences, la dégradation d'une crise en une urgence et les hospitalisations inadéquates.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Collecter les données relatives à la sous-population des usagers à répétition (données cliniques, sociales...)
- Etablir un lien entre la situation institutionnelle et leurs passages aux urgences
- Définir pour ces patients un parcours spécifique
- Etablir les besoins de ces patients, et adapter l'offre

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Mettre en place une étude descriptive
 - Disposer de temps recherche (voir la fiche du Poste épidémiologiste, fiche-action Recherche)
7. **Publics concernés** : acteurs du social, notamment acteurs de l'hébergement ; de l'addictologie etc.

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'étude sur FU par SAU
- Nombre de dispositifs mis en place pour éviter le recours fréquent aux urgences

9. Moyens nécessaires : un poste de référent épidémiologie santé mentale

Axe 2 - Proposer un schéma et une organisation des SAU psychiatriques

FICHE ACTION N°10.2.1 : Réorganiser les SAU sur la base d'une évaluation des dispositifs actuels

1. **Pilotage** : Collège médical CPT, fédération des urgences, UNAFAM, ARS
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Le décret de projet territorial de santé mentale (juillet 2017) inscrit dans ses 6 priorités, l'organisation d'un schéma des urgences psychiatriques pour chaque département, assortie d'objectifs précis de réduction des soins sous contrainte¹⁸¹. Ce décret distingue clairement ce qui relève de la crise et ce qui relève de l'urgence ; cette distinction était déjà faite dans la circulaire de mise en place des centres d'accueil et de crise (CAC)¹⁸².

- La crise est définie comme l'irruption d'une symptomatologie psychiatrique anxieuse ou thymique dans un contexte de changement brutal ou de rupture du cadre de vie chez un patient connu pour présenter une fragilité structurelle ou pas.
- L'urgence est définie comme la décompensation d'une pathologie psychiatrique sévère : une psychose, un trouble de l'humeur, un trouble de la personnalité, un trouble des conduites alimentaires.

La feuille de route du PRS-2 Ile de France prévoit dans sa fiche action 16 de disposer d'ici 2022 d'un schéma d'organisation des urgences psychiatriques dans chaque département francilien.

Enfin depuis 2014, la DT-ARS a organisé des réunions entre UNAFAM, urgentistes, pompiers et psychiatres pour trouver des solutions aux tensions de plus en plus importantes liées en grande partie à la démographie médicale et aux tensions capacitaires. Ces réunions n'ont pas débouché sur des réorganisations mais ont permis une prise de conscience de la complexité de la situation et de l'urgence de la réforme. C'est ainsi que la **Communauté Psychiatrique de Territoire** de Seine-Saint-Denis (CPT-93) mise en place en avril 2018, a inscrit dans son projet la constitution d'une commission « urgences et proximité ». Cette commission travaille en lien avec la fédération des psychiatres urgentistes de Seine Saint Denis, groupe de réflexion, créée en 2017 par un collectif de psychiatres urgentistes du territoire.

Les constats faits lors de la phase de diagnostic territorial partagé, par les usagers, les partenaires, les soignants sont :

- Comme dans le reste de l'Ile de France (données ARS), les urgences psychiatriques au SAU en SSD représentent environ 3% des urgences
- Des passages aux SAU psychiatriques relativement stables sur une période courte de trois ans, malgré une croissance de la population (plus 200 000 habitants d'ici 2026) se traduisant par des taux de fuite vers certains établissements parisiens (TENON, BICHAT, LARIBOISIERE principalement).
 - Delafontaine (2200 passages/AN)
 - Avicenne (2500/AN)

¹⁸¹ « A ce titre, il prévoit :

« 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;

« 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.

« 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;

« 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. »

¹⁸² Circulaire de 1992

- Montreuil (1500/AN)
- Ballanger (1700/AN)
- Montfermeil (1400/AN)
- Jean Verdier (500/AN)

Donc près de 8000 passages par an. Le nombre de passages au CPOA est de 10 000 environ. Des passages qui se situent principalement en journée et en première partie de nuit selon une étude réalisée en novembre 2018 par la fédération dans quatre sites d'urgences de SSD.

Une dégradation de conditions d'accueil des patients

- Se traduisant par une augmentation des durées de séjour aux urgences, en attente d'hospitalisation, en lien avec une saturation de l'aval (tensions capacitaires).
- Une augmentation du recours à la sédation pharmacologique et aux mesures de contention.
- Augmentation des risques iatrogéniques.
- Augmentation de la morbi-mortalité.

Une dégradation des conditions de travail des soignants

- Sentiment d'insécurité en lien avec la multiplication des épisodes de violence,
- Dévoiement des soins vers un recours excessif à la sédation et à la contention à des fins de temporisation.
- Une détérioration des relations entre les professionnels comme en témoignent les nombreux comptes rendus de garde des administrateurs principalement le week-end.
- La recherche de lit monopolise un temps précieux et empiète sur les missions de soins.

– Des centres d'accueil et de crises (CAC) dotés de lits d'hospitalisation détournés de leurs missions

- Au nombre de trois dans le département, les CAC présentent des durées moyennes largement supérieures à celles prévues par la circulaire (théoriquement les hospitalisations dans ce type de structure doivent être de 48h à 72h pour une évaluation diagnostique, une adaptation thérapeutique, une mise à distance à la suite d'un traumatisme violent comme un deuil, un licenciement ou autre).
- **Le CAC de St Denis (8 lits) DMS = 8,8**
 - Dans les faits, le CAC de St Denis installé « en ville » a un taux d'occupation de 81,5%. La durée moyenne de séjour des 170 patients hospitalisés en 2018, dépasse les dix jours. 27% seulement des patients ont une durée de séjour de moins de trois jours. La pratique de l'accueil est irrégulière et les patients qui se présentent en crise sont souvent orientés vers le SAU du CH St Denis. Ce fonctionnement du CAC a eu pour conséquence de priver les urgences d'un débouché nécessaire pour les patients se présentant en état de crise, catégorie clinique qui représente 48% des demandes au SAU soit un millier de patients approximativement par an. Paradoxalement, le SAU n'hospitalise que peu de patients au CAC. Au mois de mai 2019, 2,5% des patients seulement ont pu y être pris en charge.
- Le CAC de Neuilly sur Marne (7 lits) DMS = 10,6
- Le CAC d'Aubervilliers (4 lits) DMS = 15 jours en 2018.
 - Le CAC d'Aubervilliers est une structure intersectorielle GO2, GO6 ouvert depuis le 2 janvier 1982, qui dispose de 4 lits et quatre places de HDJ. Les hospitalisations s'y font en soins libres. Le CAC est ouvert de 9 heures à 18H30 en semaine. En cas de nécessité, le psychiatre de garde du Clos Bénard s'y déplace en dehors des horaires d'ouverture et de présence médicale. En 2020 deux nouveaux secteurs s'installeront au Clos Bénard à Aubervilliers (G05 et G13). Une réflexion devra être menée sur le devenir de ce CAC. Deux options sont envisagées soit le maintien de l'unité en soutien des quatre secteurs ou le transfert des lits aux urgences d'AVICENNE.
 - Le premier cas de figure préserverait l'accessibilité de ce site d'hospitalisation aux acteurs sanitaires des secteurs concernés. Le deuxième permettrait de renforcer les

urgences psychiatriques du CHU d'Avicenne par la création de lits de décision ou de consultation prolongée favorisant l'alternative à l'hospitalisation.

- Une prise en charge du suicide peu performante
 - Dans les CAC de St Denis et d'Aubervilliers, l'éloignement des UHTP et de l'hôpital général crée un sentiment d'insécurité chez les équipes soignantes qui s'oppose à l'accueil des patients présentant des risque suicidaires ou susceptibles de développer des complications somatiques ou des troubles du comportement. Le champ des indications s'en trouve réduit à la poursuite des soins en aval des UHTP ou à la prise en charge des crises « sans risque ».
 - La prévention de la récurrence suicidaire peu satisfaisante.
 - Le dispositif Vigilans peine à se mettre en place dans le territoire en raison de l'indisponibilité des moyens humains. Les infirmiers et les médecins sont engagés dans des plannings particulièrement serrés.

4. **Objectif général de l'action**

Améliorer les conditions de prise en charge aux urgences.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Réduire les temps d'attente aux urgences
- Réduire le taux de recours à l'hospitalisation
- Réduire le taux de recours à l'hospitalisation sous contrainte notamment pour péril imminent.
- Réduire le taux de recours à la contention aux urgences.
- Mettre en place une formation à la prise en charge des urgences psychiatriques.

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**

- Développer un outil de classification des sites d'urgence selon des critères sociodémographiques, cliniques et organisationnels.
- Péréquation des moyens en fonction de la classification sus mentionnée

7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d'usagers, SAMU, SMUR, Pompiers, police, PJJ

8. **Acteurs impliqués** : DT-ARS, UNAFAM, personnels de CMP (psychologues, infirmiers, psychiatres)

9. **Territoires** : ceux des SAU/ secteurs

10. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre d'hospitalisations sous contrainte
- Durée de séjour aux urgences
- Nombre de liste de garde

11. **Moyens nécessaires**

- Accès aux bases de données
- Enquête
- Statisticien

FICHE ACTION N°10.2.2 : Développer le métier d'infirmier de psychiatrie et/ou d'IPA aux urgences, au SAMU et au centre 15

1. **Pilotage** : Collège médical CPT, fédération des urgences, UNAFAM, ARS
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Deux unités d'urgence psychiatrique seulement sur le territoire disposent d'une présence infirmière. Métier peu attractif, l'infirmier psychiatrique est un rouage indispensable au fonctionnement des unités de psychiatrie et des services d'urgences qui les hébergent.

L'infirmier psychiatrique travaillant dans un service d'urgences générales :

- Participe avec l'infirmier d'accueil et d'orientation au tri des patients.
- Anticipe les prises en charge psychiatriques, en prenant contact avec l'entourage, la police, les pompiers et en réunissant les éléments nécessaires à la constitution de l'anamnèse.
- Réalise avec le patient et sa famille un premier entretien d'accueil.
- Participe à l'entretien médical.
- Assure l'articulation avec ses collègues somaticiens, en cas d'urgence mixte somato-psychiatrique.

Une fois la décision médicale prise :

- L'infirmier assure la délivrance du traitement.
- Participe à la recherche de lit en cas de décision d'hospitalisation.
- En cas d'orientation extrahospitalière, l'infirmier de psychiatrie participe à l'organisation de la prise en charge.
- En cas de mise en place d'une veille sanitaire téléphonique (prise en charge des suicidants) ou de consultation post urgence, l'infirmier est appelé à y participer.
- L'infirmier développe une connaissance fine des usagers à répétition des urgences et de leurs besoins tant sanitaires que socio-économiques. Il peut en conséquence participer efficacement à l'élaboration de leurs projets thérapeutique.
- En cas de prolongation du séjour du patient aux urgences, l'infirmier psychiatrique assure la surveillance et les soins nécessaires.

En cas de besoin :

- L'infirmier participe au travail de désescalade verbale ou le réalise lui-même
- Il est responsable de la mise sous contention des patients présentant des troubles graves du comportement.

Enfin,

- L'infirmier des urgences participe au recensement de l'activité
- Contribue aux activités de recherche menées dans le service.

A défaut d'équipe infirmière dédiée à la psychiatrie, certains infirmiers somaticiens s'individualisent par leur intérêt pour la psychiatrie et en deviennent les référents. Cette adaptation tout en soulignant la nécessité d'une présence infirmière psychiatrique, impacte négativement les équipes des urgences.

4. **Objectif général de l'action**

Mettre à niveau les urgences psychiatriques du territoire.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Développer la participation des infirmiers psychiatriques à la phase d'accueil et d'orientation des patients.
- Améliorer la fluidité des échanges avec les somaticiens.
- Réduire le temps d'attente pour la consultation psychiatrique.

- Améliorer l’articulation avec l’intra et l’extra hospitalier.
- Favoriser l’alternative à l’hospitalisation.
- Généraliser la formation à la désescalade verbale.
- Réduire le recours à la contention.
- Encourager la participation des infirmiers à la veille sanitaire des suicidants et au suivi post urgences des patients
- Développer la téléconsultation infirmière dans les EHPAD, les MAS.

6. Objectifs opérationnels de l’action/ sous-actions

- Redéfinir les missions de l’infirmier psychiatrique des urgences à l’aune de la réorganisation des urgences psychiatriques en SSD.
- Favoriser le développement de la gestion de cas à partir des urgences notamment pour les suicidants et les usagers à répétition des urgences.
- Développer la téléconsultation infirmière aux urgences psychiatriques.
- Lutter contre la psychophobie chez les soignants somaticiens.

7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d’usagers, SAMU, SMUR, Pompiers, police, PJJ

8. **Acteurs impliqués** : DT-ARS, UNAFAM, SAMU, fédération, police, PJJ, CPT

9. **Territoires** : ceux des SAU/ secteurs

10. Indicateurs de résultats :

- Nombre d’hospitalisations sous contrainte
- Durée de séjour aux urgences
- Temps de séjour aux urgences
- Hospitalisation après un séjour aux urgences
- Nombre de téléconsultations

11. Moyens nécessaires

- Mesures nouvelles par site

FICHE ACTION N°10.2.3 : Lutter contre la psychophobie et sensibiliser le personnel non soignant (BSPP et police) aux stratégies de prise en charge des urgences psychiatriques

1. **Pilotage** : Psycom, Fédération des Psychiatres Urgentistes, UNAFAM, ARS
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Alors que l'espérance de vie de la population générale a connu un bond dans les dernières décennies, celle des personnes souffrant de troubles psychiatriques se réduit. L'OMS estime que 8 millions de morts prématurées dans le monde sont liées à ces pathologies. La psychophobie et la stigmatisation sont des déterminants reconnus de cette surmortalité.

Le passage dans les services d'urgences des hôpitaux généraux en phase aigüe d'une pathologie psychiatrique débutante ou chronique est un moment charnière dans le parcours de soins et plus largement dans la vie d'un patient. La qualité de la prise en charge et le regard des soignants jouent un rôle majeur dans la construction de l'alliance thérapeutique ou sa déconstruction.

A ce jour, la lutte contre la psychophobie au sein des services d'urgence est peu satisfaisante. La formation et l'information des intervenants (équipes soignantes des urgences, BSPP, police, médecins généralistes) sur la psychophobie et les moyens de lutte contre cette discrimination ne sont pas suffisants. Le manque de lisibilité des parcours de soin aggravée par la tension capacitaire aggrave le sentiment de désarroi et de discrimination des patients et de leur famille.

4. **Objectif général de l'action :**

- Améliorer les conditions d'accueil des patients et leur famille au sein des services d'urgence du département.
- Améliorer la formation et l'information sur la psychophobie et la lutte contre les comportements psychophobes les services d'urgences générales.
- Améliorer la lisibilité des circuits des soins et la communication sur les orientations.

5. **Objectifs spécifiques de l'action**

- Diminuer le recours à la contrainte aux soins.
- Lutte contre le dumbing down de la terminologie médicale
- Limiter le recours à la contention pour la gestion des troubles du comportement.

6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**

- Développer la connaissance des professionnels des soins psychiatriques et somatiques sur la psychophobie, la terminologie psychophobe et les comportements psychophobes par l'organisation de campagnes régulières (distribution de flyers, affichages, conférences) coordonnées au niveau des différents sites d'urgence du département.
- Travailler sur la communication avec les familles notamment lors de la prise en charge des premiers épisodes psychotiques.
- Former des intervenants dans la prise en charge des urgences psychiatriques à la désescalade verbale.
- Développer au sein des urgences la pratique de la médiation avec les patients et leurs familles.

7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d'usagers, SAMU, SMUR, Pompiers, police, PJJ

8. **Acteurs impliqués** : Psycom, CEAPSY, DT-ARS, UNAFAM, SAMU, fédération, police, PJJ, CPT

9. **Territoires** : ceux des SAU/ secteurs

10. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de personnes formées

11. **Moyens nécessaires**

- Un kit de formation

FICHE ACTION N°10.2.4 : Promouvoir la pair aideance au sein des urgences

1. **Pilotage** : Fédération des urgences, collègue médical CPT, UNAFAM, ARS
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La prise en charge aux urgences pour un premier épisode psychotique est un moment très difficile dans la vie d'un jeune homme ou d'une jeune femme et de leur famille. Tout en étant confrontés aux troubles et parfois à la violence de la maladie, ils sont tentés par le déni et un repli sur soi potentiellement délétère. Lorsque la décision médicale de soin ou d'hospitalisation est difficile à entendre, le besoin d'une médiation se fait ressentir. Malheureusement, l'organisation des urgences ne prévoit pas cette possibilité.

Les pairs praticiens ou pairs aidants sont des personnes qui ont vécu des troubles psychiatriques et se sont formées, une fois suffisamment rétablies pour soutenir le rétablissement d'autres personnes. Leur présence dans les services de psychiatrie et dans l'extra hospitalier est un formidable message d'espoir puisqu'ils sont la preuve vivante de la possibilité d'un rétablissement. De nombreuses études soulignent l'intérêt de la pair-aideance dans la réduction de la violence dans les services psychiatriques et dans la lutte contre la stigmatisation.

Dans la perspective de la réorganisation des urgences psychiatriques et de la création d'unité de décision avec lit, la présence de pairs aidants peut être d'une grande utilité à la fois vis-à-vis du patient et sa famille mais aussi vis-à-vis des professionnels. Puisque la pair-aideance permet aussi aux professionnels de changer leur regard sur la maladie.

4. **Objectif général de l'action** : Mise à niveau des urgences psychiatriques sur le territoire.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Améliorer la qualité de la prise en charge des premiers épisodes psychotiques
 - Développer la pratique de la médiation au sein des urgences
 - Développer la culture de la transparence.
 - Lutter contre la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiatriques
 - Soutenir et responsabiliser les patients dans la reprise de pouvoir sur leurs vies.
 - Lutter contre la psychophobie chez les soignants somaticiens.
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**
 - Création de poste de pair aidant, rémunéré ou bénévole.
 - Identifier avec l'aide des associations d'usagers et des GEM les potentiels candidats
 - Mettre en place une formation dédiée à la pair aideance.
 - Intégrer le candidat pair aidant, dans un premier temps dans un centre médico psychologique
 - Relais progressif avec les urgences
7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d'usagers, SAMU, SMUR, Pompiers, police, PJJ
8. **Acteurs impliqués** : DT-ARS, UNAFAM, SAMU, fédération, police, PJJ, CPT
9. **Territoires** : ceux des SAU/ secteurs
10. **Indicateurs de résultats** :
 - Réduction des épisodes de violence au sein des urgences
 - Réduction du recours aux hospitalisations pour péril imminent
 - Réduction du taux de recours à la contention.
11. **Moyens nécessaires** : Mesures nouvelles par site

FICHE ACTION N°10.2.5 : Développer l'enseignement universitaire et post universitaire sur les urgences psychiatriques

1. **Pilotage** : Université Paris 13, Faculté de médecine
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Il existe en île France un seul diplôme universitaire dédié aux urgences psychiatriques, dirigé par le Dr R GOUREVITCH, chef du pôle CPOA-SMPR-VigilanS au GHU Neurosciences. En dépit du nombre important des sites de prise en charge des urgences et crises en psychiatrie (5 unités de psychiatrie d'urgence et 4 centres d'accueil et de crise), il n'y a pas d'offre de formation en Seine Saint Denis dédiée à cette branche de la spécialité psychiatrique.

Les dernières années ont été marquées par une désaffection des psychiatres pour le travail aux urgences comme en témoigne le recours désormais à l'assignation des praticiens hospitaliers pour la réalisation des gardes. Cette désaffection est en partie due à l'augmentation de la charge de travail, à l'aggravation des phénomènes de violence, à la complexification de la législation des hospitalisations sous contrainte et à la rémunération insuffisante de la permanence des soins.

Le développement d'une formation universitaire et post universitaire originale, interactive, en adéquation avec l'évolution des connaissances sur la gestion des flux aux urgences, la régulation médicale, la prévention de la violence, la téléconsultation, la prise en charge des suicidants la prise en charge des populations spéciales (enfants, adolescents, femmes enceintes, sujets âgés) et la lutte contre la psychophobie peut constituer un levier pour la redynamisation de cette activité.

4. **Objectif général de l'action** : Améliorer l'attractivité de la psychiatrie d'urgence en Seine Saint Denis.
5. **Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions**
 - Recenser les besoins en formation au moyen d'une enquête auprès des psychiatres du territoire.
 - Mener une consultation à l'échelle régionale (enquête Delphi) sur la formation des intervenants aux urgences psychiatriques auprès des psychiatres et des médecins urgentistes.
 - Elaborer un programme de formation original complémentaire du DU de Psychiatrie d'urgence proposé par l'université Paris V axé sur la gestion des flux, la régulation, la spécificité des demandes territoriales, la prise en charge des suicidants, la prise en charge des populations spéciales (enfants, adolescents, femmes enceintes, sujets âgés), la lutte contre la violence et la lutte contre la psychophobie.
 - Recherche du feedback des usagers et de leurs représentants.
6. **Publics concernés** : Psychiatres, médecins urgentistes, étudiants en médecine, médecins généralistes, police, BSPP.
7. **Acteurs impliqués** : ARS-IDF, Université Paris 13, faculté de médecine, DT-ARS, AFERUP/GRUP, SFMU, UNAFAM.
8. **Territoires** : Seine-Saint-Denis
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Nombre de participants aux formations
 - Nombre de gardes non pourvues
10. **Moyens nécessaires**
 - Création d'un DU de psychiatrie d'urgence
 - Création d'un poste de Professeur des universités dédié à la psychiatrie d'urgence

Axe 3 – Organiser l’aval et le suivi des urgences

FICHE ACTION N°10.3.1 : Évaluer et actualiser le dispositif mis en place entre les établissements publics de psychiatrie et les deux cliniques privées du territoire

1. **Pilotage** : EPS-VE, GHTGPNE (site Robert Ballanger) / ARS, PCME, direction des établissements
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En Seine-Saint-Denis, il existe trois établissements publics **sectorisés**, Ville-Evrard, Robert Ballanger et Delafontaine. L’hôpital universitaire (AP-HP) HUPSSD qui regroupe Avicenne à Bobigny, Jean Verdier à Bondy et René Muret à Sevran n’est pas sectorisé. L’offre privée à but lucratif, composée de deux cliniques psychiatriques : clinique d’Epinay et clinique de l’alliance à Villepinte, n’est pas sectorisée non plus.

- La Maison de santé d’Epinay à Epinay-sur-Seine, 186 lits et 27 places de jour, est habilitée à prendre en charge les patients en soins sans consentement. Cet établissement reçoit 30% de patients originaires de SSD, 30% de Paris, et 30% du 95 et du 92,
- La clinique de l’Alliance à Villepinte, 90 lits et 20 places, est habilitée également à prendre en charge des patients en soins sans consentement, et possède une unité de coopération de secteur en collaboration avec le CHI Robert Ballanger.

L’offre privée à but non lucratif comporte également 3 hôpitaux de jours non sectorisés :

- L’hôpital de jour Salneuve à Aubervilliers (pour enfants souffrant de trouble du spectre autistique associé à une déficience sensorielle),
- L’hôpital de jour Jean Macé à Montreuil (pour enfants souffrant de trouble du spectre autistique),
- L’hôpital de jour Bipol Falret à Saint-Ouen (pour adultes souffrant de troubles de l’humeur, articulant sur 3 mois programme de psychoéducation et programme d’accompagnement à la réinsertion socioprofessionnelle, antenne d’employabilité).

Les tensions capacitaires liées au déficit de lit du département par rapport à l’Ile De France et à la croissance de la population ont conduit les acteurs publics et privés à coordonner leurs efforts. Deux dispositifs ont été mis en place : des lits de secteur pour Robert Ballanger à la clinique de Villepinte et des prises en charge de patients de VE soit directement en aval des urgences soit pour poursuivre les soins entamés en UHTP. Dans les deux cas une convention de partenariat a été établie

4. **Objectif général de l’action**

Evaluer les dispositifs mis en place entre public et privée ; renouveler les conventions

5. **Objectifs spécifiques de l’action**

- Diminuer les tensions capacitaires
- Établir des coopérations entre privé et public (somatiques, réhabilitation psychosociale, addictologie, etc)

6. **Objectifs opérationnels de l’action/ Sous-actions**

- Organiser une réunion régulière entre les instances
- Partager des données
- Faire évoluer la convention

7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d’usagers,

8. **Acteurs impliqués** : DT-ARS, UNAFAM, personnels de CMP (psychologues, infirmiers, psychiatres)

9. **Territoires** : secteurs de psychiatrie ou coopérations intersectorielles, département de SSD

10. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de réunions
- Actualisation des conventions

11. **Moyens nécessaires** : Aucun

FICHE ACTION N°10.3.2 : Systématiser les évaluations des indications d'hospitalisation aux urgences

1. **Pilotage** : Unités de recherche, DIM, épidémiologiste
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

On distingue plusieurs types d'hospitalisations inadéquates.

- Les patients vus aux urgences et hospitalisés « par défaut » : difficultés pour l'entourage (famille, proches, voisins, bailleur etc) d'assumer la situation.
- Les patients récurrents, qui à eux seuls concernent 20% des passages. Ce sont le plus souvent des patients souffrant de schizophrénie, de troubles de la personnalité, et pour près de 40% d'entre eux, désocialisés, Entre 33 et 50% d'entre eux sont systématiquement hospitalisés après leurs passages.
- Et les patients restant à l'hôpital faute de solution le plus souvent médicosociale, le plus souvent désignés par les terme de longs séjours ou chroniques.

Peu d'études ont été réalisées sur les critères qui motivent l'hospitalisation pour les psychiatres, mais ils sont largement contextuels. Il a pu être montré que l'intervention de crise dans le milieu, ainsi que le soutien à l'entourage amélioreraient l'adhésion aux soins et diminueraient les hospitalisations et les ré-hospitalisations. Cet accompagnement de la famille est fondamental pour l'alliance car il a été relevé que le caractère « violent et brutal » du recours à l'urgence a une répercussion traumatique sur les familles, conduisant à des rapports de défiance.

Plusieurs modalités existent pour éviter ces hospitalisations inadéquates.

- Pour les situations de crise : des réponses ambulatoires connues, repérables et réactives,
- Pour les urgences : les hospitalisations de jour, l'accès rapide au CMP pour des adaptations thérapeutiques rapides suivies d'une hospitalisation à domicile (HAD, IAD),.

La situation des lits de psychiatrie en SSD (0,5 versus 0,7 pour 1000 hab. en Ile de France) renforce l'idée qu'il faut de manière continue analyser les indications d'hospitalisations pour faire évoluer les pratiques et développer les alternatives.

4. Objectif général de l'action

Analyser les hospitalisations inadéquates.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Diminuer les tensions capacitaires
- Développer des alternatives à l'hospitalisation
- Adapter les places en médicosocial aux besoins
- Développer la réhabilitation psychosociale
- Informer l'environnement des usagers aux dispositifs existants

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Elaborer une méthode d'analyse en continu au sein des UHTP
- Étudier les motivations des psychiatres pour hospitaliser les patients
- Mettre en place du « management » de lits

7. Publics concernés : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d'usagers

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'études sur les hospitalisations inadéquates
- Nombre de ré-hospitalisations par patient, par secteur

9. Moyens nécessaires : Appui méthodologique

FICHE ACTION N°10.3.3 : Développer la réhabilitation psychosociale et les places en établissement médicosocial pour libérer des lits aigus

1. **Pilotage** : ARS, PCME, direction des établissements
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En aval des urgences, 50% des patients selon une étude réalisée aux urgences de Delafontaine en 2018) sont hospitalisés en UHTP. L'attente pour avoir un lit d'hospitalisation peut être longue. Cette attente est génératrice de violence, de recours à la sédation et à la contention.. Or si le nombre de lits de psychiatrie en SSD est effectivement plus faible que la moyenne régionale (0,5 versus 0,7 pour 1000 hab), certains de ces lits sont indûment occupés par des patients en attente de solutions dans le médico-social. Les hospitalisations dites « au long cours » en psychiatrie, définies comme des hospitalisations de durée supérieure ou égale à 292 jours dans l'année, continus ou non, associée à une présence en hospitalisation l'année précédente, ont concerné près de 12 700 patients en 2011 (sur le plan national), soit 0,8 % des patients pris en charge dans les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie. Malgré leur faible poids dans la file active, ces hospitalisations constituent un quart des journées d'hospitalisation et occupent ainsi un quart des lits, ce qui représente un poids majeur.

Une prise en charge hospitalière sur une longue durée ne répond pas à une indication thérapeutique mais est davantage symptomatique du cloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux ou de l'absence et du manque de réponses sociales ou médicosociales. Dans une enquête transversale « un jour donné » réalisée sur quatre secteurs le nombre de patients en UHTP en attente de solution sociale et/ou médicosociale était de 20 à 25%. A l'échelle d'un hôpital de 400 lits cela représente 80 lits. Une enquête plus large est prévue en 2020, concernant l'ensemble des secteurs de psychiatrie adulte. Par ailleurs l'objectif de la réhabilitation psychosociale est de permettre aux patients de vivre le plus normalement possible « dans la ville ». Pour toutes ces raisons, le département doit augmenter les places en établissement médicosociaux et faire bénéficier les patients des outils de la Réhabilitation psychosociale.

4. Objectif général de l'action

Réduire le recours intempestif aux hospitalisations par défaut

Améliorer la fluidité des articulations avec le médico-social

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Diminuer les tensions capacitaires
- Eviter les hospitalisations inadéquates
- Réduire les durées de séjour des quartiles les plus longs.
- Augmenter le nombre d'orientations dans le médico-social (EHPAD, MAS, Foyer de Vie, Hôtel Social).

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Faire une étude dans tous les secteurs adultes des caractéristiques des patients en attente de solution
- Partager ces données avec le conseil départemental

7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d'usagers

8. **Acteurs impliqués** : à définir

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de places en EMS

10. **Moyens nécessaires** : Méthode, temps enquêteur

FICHE ACTION N°10.3.4 : Mettre en place et développer le dispositif de prévention des récurrences suicidaires en l'adaptant aux spécificités de l'âge et de la SSD

1. **Pilotage** : fédération des urgences psychiatriques
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

En France, un décès sur 50 est un suicide. Chaque année, plus de 11 000 personnes meurent de suicide et 70 000 personnes sont hospitalisées pour tentative de suicide (TS), cumulant environ 90 000 séjours hospitaliers pour TS. On estime par ailleurs qu'entre 175 000 et 200 000 tentatives de suicide sont prises en charge par les urgences hospitalières.¹⁸³

La statistique de mortalité par suicide est produite depuis 1968 par le CépiDc- Inserm¹⁸⁴ qui gère la base de données des causes médicales de décès, établie à partir des certificats de décès. Les tentatives de suicide sont repérables dans le PMSI et exploitables à partir de 2003. Depuis 2007, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) a été mis en place pour tout patient pris en charge dans un établissement psychiatrique en hospitalisation complète ou partielle, ou en ambulatoire. Comme pour le PMSI-MCO, les diagnostics sont codés en CIM-10 de l'OMS¹⁸⁵. En Ile de France pour la période 2009-2011, le taux standardisé est de 9.3/100 000 pour une moyenne nationale de 18,1/100 000. Le taux en Île-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris. Le taux de 5.1 pour la SSD souffre des mêmes critiques.

Une des fiches actions du volet santé mentale du PRS2 comprend la mise en place d'un programme de lutte contre la récurrence suicidaire. Le programme Vigilans est un dispositif de veille des suicidants sur une période de 6 mois. Une carte comprenant le numéro d'appel de ressource régional est initialement transmis à chaque participant. Les médecins traitants, psychiatres et psychologues traitants des suicidants sont prévenus de la mise en place du dispositif de veille. Des re-contacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes. Les objectifs du dispositif sont de contribuer à une baisse de la mortalité et la morbidité par suicide, dans une population de sujets suicidants. Il visera à constituer des procédures d'alerte efficaces dans chaque centre, en cas d'identification de sujets en crise suicidaire ainsi que de contribuer à la mise en place de stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires.

4. **Objectif général de l'action** : Prévenir la récurrence suicidaire.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Contribuer à une baisse de la mortalité et la morbidité par suicide, dans une population de sujets suicidants

¹⁸³ L'Observatoire national du suicide mis en place depuis septembre 2013 ; il élabore chaque année un rapport qu'il rend public, en s'appuyant sur deux groupes de travail. Le premier, piloté par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide. Le second, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, qui assure également le secrétariat de l'Observatoire), est chargé d'améliorer la connaissance des mécanismes de suicide et des tentatives de suicide, et de promouvoir des recherches sur ce thème.

¹⁸⁴ <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

¹⁸⁵ Chaque année, les bases de données du RIM-P sont mises à la disposition des institutions, dont l'InVS, pour les besoins de surveillance et de production d'indicateurs. Les indicateurs issus de cette base concernant la surveillance des tentatives de suicide sont :

- le nombre d'hospitalisations en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- le nombre d'hospitalisations en MCO et en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- les taux bruts et standardisés d'hospitalisations en psychiatrie pour TS.

Toutefois, l'exhaustivité du codage des TS lors des hospitalisations en établissement psychiatrique semble encore imparfaite. Les hospitalisations en psychiatrie n'ont donné lieu à des enregistrements pour le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) qu'à partir de 2007 avec une montée en charge progressive.

Ainsi dans le RIMP, entre 2009 et 2011, on dénombre 33 269 patients avec un code de TS pour un total de 44 748 séjours en établissements psychiatriques en France métropolitaine, soit une moyenne annuelle de 11 000 patients dont environ 4 000 transférés en psychiatrie après un séjour en médecine.

- Constituer des procédures d'alerte efficaces dans chaque centre, en cas d'identification de sujets en crise suicidaire
- Contribuer à la mise en place de stratégies innovantes et répliquables dans la prise en charge des conduites suicidaires.

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Cibler un site pilote pour le département
- Mettre en place un numéro d'appel
- Former le personnel soignant des SAU au dispositif
- Mettre en place le dispositif et ses outils
- Étudier les motivations des psychiatres pour hospitaliser les patients
- Mettre en place du « management » de lits

7. Publics concernés : tous les suicidants

8.

9. Indicateurs de résultats :

- Nombre de récurrence suicidaire
- Nombre de décès par suicide

10. Moyens nécessaires : Appui méthodologique, appui en personnel

Axe 4 – Lutter contre la violence aux urgences psychiatriques

FICHE ACTION N°10.4.1 : Disposer d'une unité dédiée aux malades difficiles de type Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) à vocation départementale

1. **Pilotage** : EPS VE, ARS
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Projet médical de l'USIP : une réponse nécessaire et adaptée aux tensions capacitaires actuelles et à la prise en charge insatisfaisante des patients agités et difficiles

La difficulté afférente à la prise en charge des patients difficiles, instables, perturbateurs et/ou agités est une préoccupation majeure pour les acteurs de la psychiatrie. L'EPS de Ville-Evrard ne dispose pas, à ce jour, d'une unité dédiée et sécurisée qui lui permettrait de prendre en charge ces patients difficiles, en augmentation sur le département 93. Le projet de création d'une USIP s'inscrit dans le cadre du projet médical de l'**EPS de Ville-Evrard** et du **PTSM de Seine-Saint-Denis** (cf. annexe 1) et a été travaillé en étroite collaboration avec la communauté psychiatrique de territoire. Il s'intègre également dans la **réflexion régionale en cours visant à améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus**.

L'USIP est une unité spécifique non intégrée aux secteurs psychiatriques et ayant une vocation départementale et intersectorielle. Elle se distingue notamment de l'UMD (Unité pour Malades Difficiles) car elle permet une admission beaucoup plus rapide des patients en relevant sur le territoire. L'USIP se distingue également des UHSA, qui sont par ailleurs saturées en Ile-de-France. La DMS de l'USIP est en outre plus courte (2 mois maximum) que celle des patients relevant de l'UMD. L'EPS de Ville-Evrard, et plus généralement l'offre psychiatrique du département, souffre d'une saturation capacitaire ainsi que d'un **taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale et nationale** (0,45 lits pour 1000 habitants pour l'EPS-VE contre 1,16 en national). L'hôpital de Ville-Evrard, qui a pleinement assumé depuis plusieurs années une trajectoire de réduction des lits, en appui de sa transition ambulatoire (plus de 80% de sa file active est aujourd'hui prise en charge en ambulatoire), est **aujourd'hui confronté à des tensions capacitaires récurrentes. Cette situation rend encore plus complexe, voir dangereuse, la prise en charge pourtant croissante de patients difficiles**, qui se retrouvent au contact des autres patients hospitalisés dans les unités à temps plein, ce qui engendre un risque certain de contamination de la violence. A ce contexte, s'ajoute la volonté pour l'EPS De Ville-Evrard de **tenir compte des recommandations de l'HAS** visant à ouvrir les unités et à réduire l'enfermement des patients hospitalisés. L'établissement, qui s'est vu infliger un classement en D à l'issue de la dernière visite de certification en 2018 pour cet unique motif, doit aujourd'hui revoir sa stratégie de prise en charge des patients pour envisager deux niveaux d'hospitalisation à temps plein :

- L'hospitalisation en UHTP, pour les patients non agités/non difficiles ;
- L'hospitalisation au sein d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) pour les patients agités/difficiles, qui présentent une dangerosité pour eux-mêmes ou pour autrui, sans pour autant nécessiter un transfert en U.M.D ou UHSA. Cette unité permettrait en outre d'utiliser à bon escient les thérapies médicamenteuses adaptées à cette population.

Le besoin d'une USIP à vocation départementale s'inscrit également dans **le contexte démographique et socio-économique alarmant du territoire du 93**. Les indicateurs actuels, évoquant une croissance d'environ 200 000 habitants d'ici 2026 sans compter les personnes en situation irrégulière et une paupérisation chronique de la population (précarité, migrants, foyers, violences etc.) font envisager une augmentation de la file active et notamment du nombre de patients agités ou difficiles.

Les objectifs inscrits dans le projet médical et organisationnel de l'USIP sont les suivants :

- Limiter les séjours en chambre fermée (chambre de soins intensifs ou chambre sécurisée)
- Recevoir des détenus (D.398) dans le cadre d'une démarche articulée avec les différents acteurs et dispositifs existants sur le territoire (cf annexe 2). En 2017, 12 détenus ont été hospitalisés dans une UHTP de l'EPS de Ville-Evrard. Ce chiffre est monté à 20 en 2018.
- Sécuriser les prises en charge tant pour les patients que pour les soignants

- Contribuer à la recherche sur une population spécifique en augmentation, avec l'appui de l'Unité de Recherche Clinique du Dr Dominique Januel.

L'USIP couvrira les besoins de l'EPS de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne, ainsi que ceux du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, des cliniques d'Epinais-sur-Seine et de Villepinte.

L'organisation concrète et les principes concourant à la prise en charge sont les suivants :

- Une relation forte avec l'équipe de secteur d'origine. Des réunions de synthèse et d'évaluation seront réalisées régulièrement durant le séjour. Elles permettront que l'équipe d'origine réajuste en conséquence les modalités de prise en charge lors du retour dans le service.
- Chaque patient bénéficiera durant son séjour d'un projet de soins personnalisé. Son accueil lors de l'admission est un temps important, la qualité de ce premier contact réalisé par l'équipe pluridisciplinaire étant déterminante pour la suite de la prise en charge.
- La durée du séjour est de 1 mois renouvelable 1 fois, et de manière exceptionnelle un troisième séjour peut être envisagé pour finaliser le projet de soins.
- L'équipe soignante pluridisciplinaire est capitale dans ce type de structure. L'expérience et la compétence face à la violence et à l'agressivité sont privilégiées.
- L'architecture doit répondre à la prise en charge du passage à l'acte et de la violence des patients. Elle doit disposer d'espaces de circulation intérieurs et extérieurs afin de permettre des passages, et en même temps de lieux contenant d'apaisement où le patient peut lui-même se mettre à l'écart, pour gérer sa propre violence. Il s'agira d'éviter absolument des structures « qui tournent en rond » et/ou qui peuvent conduire à des va-et-vient, comme les longs couloirs.

En conclusion, l'USIP permettra une prise en charge temporaire et sécurisée du patient en permettant tout à la fois une prise de distance et un maintien du lien du patient avec son équipe de secteur. Cette prise en charge temporaire doit à la fois permettre de réajuster le traitement médicamenteux et d'assurer un retour sécurisé avec un projet de soins réadapté dans son UHTP de secteur.

Déclinaison capacitaire : un calibrage à 24 lits

Les analyses actuelles, détaillées dans le projet de la CPT du 93 (*cf annexe 1*), concluent à un besoin s'étalant de 14 à 25 lits. Afin de tenir compte des ratios de personnels (1 IDE pour 6 patients, soit les ratios d'une UMD), le projet prévoit la création de 24 lits répartis en 2 unités de 12 lits.

Chiffrage financier

Le projet de création de l'USIP de 24 lits (2x12 lits) est estimé à :

- **3 205 703 € par année de fonctionnement, dont 85.8 % de charges de personnel**
- **5 403 500 € en investissement (travaux et équipements).** L'unité sera construite d'emblée avec un dimensionnement de 24 lits (2x12 lits). L'ouverture pourra quant à elle se faire en exploitation, au choix, soit sur la base de 24 lits, soit sur la base d'une montée en charge.

L'EPS de Ville-Evrard sollicite pour ce projet un accompagnement à hauteur de :

- 40% des dépenses d'investissement, soit un montant de 2 161 400 €. L'établissement assurera via sa capacité d'autofinancement le financement restant à hauteur de 60% du coût total.
- 100% des dépenses d'exploitation, soit un total de 3 205 703 € annuels. En effet, le projet vise in fine à prendre en charge des patients supplémentaires et ne peut dès lors pas s'accompagner de redéploiements de personnels déjà calibrés sur des ratios stricts dans les unités UHTP.

Calendrier

A l'issue des temps d'études et de consultations en 2020, avec le choix retenu de passer par un marché global de performance énergétique pour accélérer les délais, le démarrage des travaux pourrait avoir lieu dès 2021. Ils s'étaleront jusqu'au 3^{ème} trimestre 2022.

FICHE ACTION N°10.4.2 : Réactiver l'observatoire des violences

1. **Pilotage** : ARS ?
2. **Calendrier** : 2021
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'hôpital est par nature un lieu où l'angoisse, la tension, l'émotion sont toujours très présentes et aboutissent, parfois, à des actes violents. Ces actes génèrent bien souvent une grande incompréhension et parfois de vraies difficultés professionnelles chez les personnels hospitaliers, dont la mission consiste précisément à venir en aide aux patients et à leurs proches. Les actes violents y apparaissent donc d'autant plus intolérables : c'est avant tout ce message que tiennent à faire passer les établissements volontaires qui développent une politique de signalement et renseignent la plateforme de signalement de l'observatoire. Les malades psychiatriques n'échappent pas à ces généralités et lors du diagnostic, de nombreux soignants ont signalé une recrudescence de la violence. Parmi les facteurs favorisant, on note la tension sur les lits d'hospitalisation générant beaucoup d'attente aux urgences, les locaux ne permettant pas l'isolement et le retour au calme. Un observatoire national de la violence s'est mis en place en 2005¹⁸⁶. Un protocole national signé le 12 août 2005 entre le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur met en avant le nécessaire rapprochement entre l'hôpital et les forces de l'ordre pour améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés. Ce protocole a été modifié et complété par celui du 10 juin 2010 dans lequel s'est associé le ministère de la justice. Parmi ses dispositions :

- La désignation d'un interlocuteur privilégié pour l'hôpital
- La facilité donnée aux personnels hospitaliers victimes de violence pour déposer plainte
- La surveillance des services d'urgences
- L'établissement d'un système d'alerte privilégié
- La possibilité de diagnostic de sécurité par les services de police ou de gendarmerie au bénéfice de l'établissement ou du cabinet professionnel.

Ce protocole national pour les établissements de santé a été transposé au profit des professionnels de santé par le protocole national du 20 avril 2011 avec les 3 ministères (santé, intérieur, justice)¹⁸⁷. Il prend en compte notamment le travail des professionnels de santé exerçant en libéral et formalise l'engagement des institutions ordinaires dans le dispositif partenarial. Il renforce la coopération entre lesdits professionnels et les services de l'État compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance. Cet observatoire a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés. Le domaine de compétence de l'ONVS recouvre les secteurs sanitaire et médicosocial publics et privés. Il entretient des contacts étroits avec les ordres professionnels de santé. Pour recenser les actes de violence commis en milieu de santé, l'observatoire a conçu et diffusé un système de remontée des actes de violence¹⁸⁸.

Le rapport 2019 disponible sur le site du Ministère de la santé démontre qu'en Ile de France, 75% des signalements concernent l'APHP, qui s'est engagée dans une politique très volontariste de signalements à l'ONVS depuis 2011. On ne dispose d'aucune information sur la politique des établissements qui accueillent des malades psychiatriques en SSD. Cette enquête serait nécessaire afin de relancer les établissements qui ne déclarent pas ou sous déclarent les violences et incivilités faites aux professionnels notamment ceux de la santé mentale.

¹⁸⁶ La circulaire DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence définissait les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence. La circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

¹⁸⁷ Voir les modèles de conventions santé-sécurité-justice.

¹⁸⁸ La plateforme de signalement : Compte-tenu de la montée en puissance de l'observatoire et du manque d'informations relatives à certaines données, la volonté de transformer l'outil de connaissance des faits de violence en un outil de pilotage opérationnel s'est concrétisée par la mise en place d'une nouvelle plateforme de signalement accessible via le site plateforme-signalement ONVS depuis le 9 janvier 2012.

4. **Objectif général de l'action** : Diminuer les violences et les incivilités et leurs conséquences sur le personnel.
5. **Objectifs spécifiques de l'action**
 - Diminuer les tensions capacitaires
 - Eviter les hospitalisations inadéquates
 - Favoriser l'adhésion aux soins
 - Diminuer les patients sous contrainte
6. **Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions**
 - Mettre en place un groupe de travail associant les tutelles et les établissements
7. **Publics concernés** : patients psychiatriques adolescents, jeunes adultes, adultes et leurs proches, associations d'usagers
8. **Indicateurs de résultats** : nombre de violences et incivilités déclarées à l'ONVS

Renforcer l'attractivité de la SSD

Introduction

L'établissement public de santé Ville-Evrard est situé en Seine-Saint-Denis, « *département de contrastes qui allie atouts et difficultés extrêmes* » comme le souligne un rapport d'information du Sénat de 2006¹⁸⁹. Cette situation n'a guère évolué depuis 2006.

Plusieurs éléments de démographie des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant en psychiatrie sur le territoire de la Seine-Saint-Denis illustrent les tensions rencontrées au niveau de l'offre de soins. Le tableau suivant permet de comparer la Seine-Saint-Denis avec les autres départements de la petite couronne qui offre des caractéristiques de niveau comparable sur certains éléments clés (transports, logement, coût de la vie) :

professions	Démographie territoriale nb de professionnels sur 100 000 habitants ¹⁹⁰					
	Moyenne nationale	Moyenne régionale	93	75	92	94
personnel médical	22,9	36,4	21,1	98,8	24,9	32,9
infirmiers	1047	936	494	1344	658	735
orthophonistes	38,2	38	3,9	5,6	4,8	5,2
ergothérapeutes	17,9	18,1	10,1	11,5	9,6	16,6
psychomotriciens	19,1	28,5	8,5	9,4	5,7	9,8

Nb : les assistants sociaux ne sont pas mentionnés en l'absence de chiffres précis pour le secteur sanitaire. Par ailleurs, cette profession ne peut pas bénéficier d'une installation en cabinet.

Par ailleurs, s'agissant du personnel médical, l'offre libérale apparaît également insuffisante. Dans ce tableau, les données sont exprimées en nombre de médecins :

Mode d'exercice	France entière	Ile-de-France	93	75	92	94
Ensemble	15 388	4 444	344	2 155	400	458
Libéraux exclusifs	4 623	1 427	40	939	150	68
Mixtes	1 827	623	32	428	38	37
Salariés hospitaliers	7 735	2 015	235	634	171	325
Autres salariés	1 203	359	37	154	41	28

A Ville-Evrard, par exemple, plusieurs indicateurs permettent d'illustrer les difficultés de l'établissement à attirer et fidéliser le personnel.

Pour le personnel médical, l'établissement est passé de 210 équivalents temps plein rémunérés en 2017 à 188 en 2019. Sur la même période, le taux de *turn-over* du personnel médical est passé de 11.27% à 17.14%. Quant à l'intérim médical, l'établissement y a eu recours pour la première fois en 2019 pour 171 jours. Au premier semestre 2020, 440 jours d'intérim ont été relevés.

¹⁸⁹ Rapport d'information du Sénat n°49 de M. Pierre André, « *Un nouveau pacte de solidarité pour les quartiers* », annexe 8

¹⁹⁰ Source DREES 2018

Dans ces conditions, l'établissement a créé une commission *ad hoc* pluri-professionnelle afin d'identifier et mettre en œuvre les actions prioritaires pour répondre aux difficultés soulevées.

Toutefois, la coordination des tous les acteurs du territoire est nécessaire. A cette fin, des actions pourraient être mises en œuvre, à l'échelle du territoire. Les présentes fiches entendent y répondre.

Les axes de la feuille de route « attractivité »

La feuille de route attractivité comprend quatre axe et 12 fiches actions (tableau)

12 FA	AXE1	AXE2	AXE3	AXE4
11) Attractivité	Faciliter l'accès au logement pour les personnels	Favoriser la Qualité de vie au travail (QVT)	Proposer des formations au personnel	Valoriser et faciliter l'accès à la recherche
action 1	11.1.1. Augmenter le nombre de logements locatifs sociaux pour le personnel de psychiatrie du territoire	11.2.1. Développer les coopérations et les équipes territoriales	11.3.1. Ouvrir l'offre de formation à l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire	11.4.1. Développer les postes universitaires en psychiatrie en SSD
action 2	11.1.2. Faciliter l'accès aux logements gérés par l'EPS VE (hôpital réservataire)	11.2.2. Identifier les talent managers du territoire et leur proposer une formation ad hoc		11.4.2. Soutenir la recherche paramédicale
action 3	11.1.3. Faciliter l'accès aux logements internes à l'EPS VE pour les nouveaux arrivants du personnel médical	11.2.3. Mettre en place des parcours d'accueil et d'intégration dans le territoire		11.4.3. Organiser un parcours de recherche lisible pour les professionnels
action 4		11.2.4. Améliorer les conditions de travail : locaux, crèches, remboursement des transports, prise en charge mutuelle, primes, travail en équipe		
action 5		11.2.5. Faire une enquête de satisfaction annuelle (baromètre social)		

Axe 1 – Faciliter l'accès au logement pour les personnels

FICHE ACTION N°11.1.1 : Augmenter le nombre de logements locatifs sociaux pour le personnel de psychiatrie du territoire

14. **Pilotage** : Conseil régional IDF
15. **Calendrier** : Septembre 2020
16. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La problématique du logement peut paraître paradoxale, le département de Seine-Saint-Denis connaissant le plus fort taux de logements sociaux en France¹⁹¹. Or, la répartition de ces logements dans le département est inégale, certaines communes connaissant un taux très élevé à l'instar de Stains et Dugny (65% de logements sociaux), alors que d'autres communes n'en comptent que très peu (5% au Raincy ou à Gournay-sur-Marne).

En outre, le taux de pauvreté du territoire ne permet pas au personnel hospitalier d'être prioritaire dans l'affectation de logements, nonobstant les critères de répartition des logements sociaux (PLUS etc.)¹⁹².

Les rémunérations en début de carrière accentuent les difficultés à se loger, particulièrement en Ile-de-France où le coût de la vie est plus cher qu'en France métropolitaine. Ce niveau de rémunération a des conséquences notamment dans l'accès au logement du parc locatif compte tenu des garanties demandées par les assurances pour loyers impayés (3 à 4 fois le montant du loyer) ou l'accès à la propriété. Ce niveau de rémunération a des conséquences d'autant plus fortes dès lors que sont concernées des familles monoparentales.

A Ville Evrard, 26% des personnes interrogées connaissent des difficultés liées au logement : constat important du fait des caractéristiques des répondants : personnels âgés entre 25 et 44 ans, avec 10 ans d'ancienneté dans l'établissement. Les principaux motifs de demande relevés par l'assistant social du personnel sont l'insalubrité des logements du parc privé et les difficultés familiales (séparation, familles monoparentales).

L'hôpital de santé mentale de VE comprend 90 lieux de soins répartis dans 30 communes. Certains de ces sites sont très faciles d'accès par un moyen de transport ; d'autres comme Neuilly-sur-Marne sont très éloignés de la station de RER. S'ajoutent donc des frais de transport non négligeables pour certains agents.

17. **Objectif général de l'action** : Augmenter le nombre de logements qui peuvent être proposés au personnel de Ville-Evrard

18. **Objectifs opérationnels de l'action/sous-actions**

- Démarcher les collectivités / bailleurs sociaux / Préfecture pour obtenir davantage de logements réservés
- Démarcher la caisse des dépôts + Grand Paris Habitat pour signer une convention avec la SNI (société nationale immobilière)
- Suivre la convention entre Ville-Evrard et Seqens Habitat (coulée verte)

19. **Publics concernés** : Tout le personnel soignant de psychiatrie du territoire

20. **Acteurs impliqués** : EPS VE (réfèrent logement + Assistant social du personnel), direction départementale de l'action sociale, Préfecture, Conseils départementaux (93 + Paris), communes

21. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de démarches effectuées
- Nombre de logements supplémentaires réservés

22. **Moyens nécessaires** : Contact avec les responsables régionaux et départementaux

¹⁹¹ 38% de logements sociaux en Seine-Saint Denis contre 25% en Ile-de-France, rapport de l'Institut Montaigne, *op. cit.*, p. 23.

¹⁹² Ainsi, un cinquième des ménages résident dans les zones urbaines sensibles, lesquelles concentrent une forte capacité d'accueil en logement social : source INSEE et DRIEA Ile De France

FICHE ACTION N°11.1.2 : Faciliter l'accès aux logements gérés par l'EPS VE (hôpital réservataire)

1. **Pilotage** : Référent logement Ville-Evrard – assistant social du personnel
2. **Calendrier** : Dès Juillet 2020
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Ville-Evrard est réservataire de 150 logements situés notamment à Neuilly-sur-Marne. Ces 150 logements sont situés à Neuilly-sur-Marne conformément à une convention signée le 24 juillet 1995 entre Ville-Evrard et la société nationale immobilière (SNI). Actuellement, des difficultés dans la gestion des flux de réservation sont relevés. Il est notamment indiqué que certains occupants ne libèrent pas les lieux une fois la qualité d'agent de Ville-Evrard perdue. Or, disposer d'une plus grande fluidité dans la gestion des flux de logements réservés à Ville-Evrard est impérieux. A Ville Evrard, 26% des personnes interrogées connaissent des difficultés liées au logement : constat important du fait des caractéristiques des répondants : âgés entre 25 et 44 ans, avec 10 ans d'ancienneté sur l'établissement.

En 2017, selon une cartographie établie par l'assistant social du personnel, 16% des 150 logements dont Ville-Evrard est réservataire étaient occupés par des locataires ne faisant plus partie des effectifs de Ville-Evrard.

4. **Objectif général de l'action** : Avoir une gestion dynamique de ces flux.
5. **Objectifs opérationnels de l'action/sous-actions**
 - Démarcher les collectivités / bailleurs sociaux / Préfecture pour obtenir davantage de logements réservés
 - Analyser les conventions d'occupation/baux locatifs
 - Disposer d'une cartographie des occupants
 - Faire le point avec le bailleur / les bailleurs sur chaque occupant
 - Résilier les baux si :
 - Aucun occupant n'est agent de Ville-Evrard
 - Et/ou la composition du foyer ne correspond pas aux caractéristiques du logement
6. **Publics concernés** : Agents de Ville Evrard
7. **Acteurs impliqués** : Pour Ville-Evrard : référent logement, assistant social du personnel, DRH ; Hors Ville-Evrard : à déterminer
8. **Indicateurs de résultats** :
 - Cartographie exhaustive des occupants : nombre d'occupant par logement en fonction des caractéristiques du logement, qualité/profession exercée *ie* lien avec VE
 - Mise en place d'une réunion avec les bailleurs : annuelle ou semestrielle
9. **Moyens nécessaires** :
 - Analyse du circuit d'attribution des logements
 - Contact avec les bailleurs sociaux

FICHE ACTION N°11.1.3 : Faciliter l'accès aux logements internes à l'EPS VE pour les nouveaux arrivants du personnel médical

1. **Pilotage** : EPS Ville Evrard
2. **Calendrier** : Dès Septembre 2020
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'établissement connaît des difficultés de recrutement de médecins, notamment pour attirer de jeunes médecins compte tenu du prix de l'immobilier à Paris et dans les départements de la petite couronne. De surcroît, face aux difficultés rencontrées, l'établissement fait appel à des médecins étrangers recrutés sous le statut de stagiaire associé.

Jusqu'à présent, des logements étaient proposés au sein de l'internat de Ville-Evrard. Toutefois, l'augmentation du nombre de demande de logement comporte un risque d'engorgement de l'internat dont l'affectation principale doit demeurer celle liée à l'accueil d'internes. Des logements ont été libérés par le personnel de direction afin que l'établissement dispose d'un vivier d'appartements pour l'accueil de médecins et doivent être rénovés. Ces logements seront proposés en fonction des critères suivants :

- Personnel médical
- Nouvelle embauche sur l'établissement (hors internes)
- Attribution temporaire (1 an maximum)

Paiement d'un loyer défini après consultation des services locaux du domaine.

S'agissant des intérimaires, il faudrait envisager de mettre en place un conventionnement avec un organisme d'appartement/hôtel.

4. Objectif général de l'action

Attirer des jeunes médecins en simplifiant leur arrivée dans le département.

5. Objectifs opérationnels de l'action/sous-actions

- Rénovation des logements
- Chiffrer le coût de la rénovation
- Saisir les services locaux du domaine pour la détermination d'un loyer
- Réunion d'une commission pour l'attribution des logements

6. **Publics concernés** : Nouveaux médecins de Ville Evrard

7. **Acteurs impliqués** : DPT, service local du domaine (DDFiP)

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre de logements rénovés (Objectif de rénovation au 1^{er} janvier 2021)
- Décision des services locaux du domaine sur le montant du loyer
- Attribution des logements
- Nombre de logements rénovés vacants

9. Moyens nécessaires :

- Réaliser les travaux des logements identifiés
- Communiquer sur la possibilité de proposer un logement à l'arrivée dans l'établissement
- Saisir les services locaux du domaine

Axe 2 - Favoriser la Qualité de vie au travail (QVT)

FICHE ACTION N°11.2.1 : Développer les coopérations et les équipes territoriales (entre les établissements)

1. **Pilotage** : CPT93, CTS93
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La notion de coopération territoriale dans un territoire émerge avec les GHT, les postes partagés et les communautés psychiatriques de territoire. Tous ces dispositifs luttent contre l'exercice solitaire des métiers et contre une charge de travail trop importante et doublonnée. Le GHT a pour mission d'écrire un projet médical territorial et de recomposer l'offre territoriale selon les besoins ; les CPT sont des dispositifs qui reposent sur le volontariat des acteurs qui coopèrent au travers de projets communs et/ou de réponse aux appels d'offre. Enfin la recherche et la formation sont autant de domaines où les coopérations territoriales peuvent se mettre en place

Trois établissements publics, un CHU et deux cliniques privées pilotent la psychiatrie en SSD. L'offre libérale est très faible. La psychiatrie est organisée en secteurs (18 secteurs adultes et 5 secteurs enfants), la pédopsychiatrie du CHU n'est pas sectorisée et les deux cliniques privées (Villepinte et Epinay) prennent des patients de SSD et hors SSD. Chacun intervient dans un sous territoire dans lequel il met en place ou pas des partenariats ou des conventions avec d'autres secteurs comme le médicosocial et le social. Dans les faits les coopérations existent et sont souvent peu formalisées. La communauté psychiatrique de territoire a pour objectif de développer ces coopérations et d'aider à la formalisation.

Parmi les outils de formalisation, la réponse commune à un appel d'offre ou la réponse à un AMI sont des options.

Il n'existe pas d'équipes territoriales, cependant le Conseil départemental envisage de créer des animateurs d'action sociale au sein des 4 EPT. L'équivalent n'existe pas au niveau de l'ARS.

Le PTSM est l'occasion de mettre en place certaines coopérations. Deux sont évidentes : la formation en santé mentale et la recherche. Ces coopérations contribuent à l'attractivité du territoire.

4. **Objectif général de l'action** : Inciter les équipes du territoire à travailler ensemble.
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Recenser les coopérations existantes
 - Compléter la CPT pré figurative avec une assemblée générale des partenaires
 - Disposer de bases de données territoriale
6. **Publics concernés** : Tous les soignants exerçant en santé mentale en SSD.
7. **Acteurs impliqués** : Acteurs de la CPT.
8. **Territoires** : Département, communes
9. **Indicateurs de résultats** : Nombre de coopérations recensées
10. **Moyens nécessaires** : Aucun

FICHE ACTION N°11.2.2 : Identifier les « talent managers » du territoire et leur proposer une formation ad hoc

1. **Pilotage** : DRH des établissements de santé
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La gouvernance actuelle hospitalière repose sur des pôles (chefs de pôle) et le dialogue de gestion s'engage entre la direction et les chefs de pôles.

Les praticiens et soignants n'ont pas tous la même appétence pour occuper des fonctions « managériales ».

La gestion des carrières au sein de l'hôpital public ne repose que sur des échelons administratifs et financiers. Contrairement au monde des affaires ou du sport l'hôpital ne cherche pas à faire émerger les talents de demain parmi les médecins et les soignants.

4. Objectif

Faire émerger les jeunes acteurs de la santé mentale « talent managers » du territoire au sein des établissements de santé

5. Publics concernés

Psychiatres, soignants, psychologues au sein des 18 pôles de psychiatrie adulte et des (secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

6. Objectifs spécifiques

- Repérer les candidats
- Créer une dynamique de groupe
- Créer une coopération d'acteurs
- Créer une marque « psychiatrie 93 »

7. Objectif opérationnel

- Elaborer un programme de formation continue pour un groupe par an
- Maintenir le réseau d'apprenants

FICHE ACTION N°11.2.3 : Mettre en place des parcours d'accueil et d'intégration dans le territoire

1. **Pilotage** : Directeurs chargés des affaires médicales des établissements de santé, Directeurs chargés des ressources humaines des établissements de santé, DDARS
2. **Calendrier** : 2022-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'accueil et l'intégration réussis au sein d'un territoire, d'un établissement sont des conditions essentielles pour attirer et surtout fidéliser le personnel. Dans son rapport définitif sur l'attractivité, la FHF propose notamment de « *garantir de bonnes conditions d'accueil et de formations des internes* » (L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public, Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale, proposition n°3, p. 7).

La problématique s'applique également au personnel médical et prend une dimension territoriale. Comme le rappelle la FHF, « *les collectivités territoriales (...) peuvent faciliter l'arrivée du médecin et de sa famille* » (*op.cit.*, p. 18). Si certaines actions relèvent de la responsabilité de chaque établissement, d'autres peuvent être mises en commun au sein du territoire.

4. **Objectif général de l'action** : Garantir un meilleur accueil et une meilleure intégration des professionnels de santé sur le territoire
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Intégrer dans les livrets d'accueil des établissements des informations sur la Seine Saint Denis et les coordonnées des principaux acteurs de santé du territoire et réseaux de santé
 - Remettre un document sur les perspectives de carrière
6. **Publics concernés** : Les professionnels de santé
7. **Acteurs impliqués** : Etablissements publics de santé, DDARS, conseil de l'ordre
8. **Territoires** : Département
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Rédaction d'informations à intégrer dans les livrets d'accueil de chaque établissement d'ici janvier 2022
10. **Moyens nécessaires** : Groupe de travail QVT interne aux hôpitaux à mutualiser

FICHE ACTION N°11.2.4 : Améliorer les conditions de travail liées à l'environnement au travail

1. **Pilotage** : Communes, élus, hôpitaux du territoire
2. **Calendrier** : Dès Septembre 2020 à l'EPS VE
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Dans son rapport définitif sur l'attractivité médicale rendu à la suite d'une vaste enquête nationale, la FHF consacre un axe stratégique pour « *favoriser la qualité de vie au travail* ». La FHF indique qu'il s'agit d'un axe « *majeur d'attractivité et de fidélisation* » (2018, p.17). Les objectifs peuvent être multiples mais il s'agit notamment de développer le projet social d'établissement pour le personnel médical, de « *rechercher comment mieux concilier la vie professionnelle et la vie privée* ».

L'établissement Ville-Evrard a mené une enquête auprès du personnel médical et non médical dont la profession est reconnue comme en tension compte tenu des difficultés pour recruter (médecins, infirmiers, assistants sociaux, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes). Cette enquête fait apparaître des problématiques communes à d'autres hôpitaux :

Thématiques territoriales :

- Vétusté des locaux
- Crèche : parmi les personnes interrogées et déclarant avoir des enfants en bas-âge, 49% déclarent avoir des difficultés pour trouver une place

Thématiques nationales :

- Prise en charge mutuelle / œuvres sociales : en l'état actuel des statuts, les œuvres sociales dans la fonction publique hospitalière ne peuvent pas profiter au personnel médical. Dans son rapport précité, la FHF note en 2018 qu'une « réflexion est en cours sur les modalités d'extension du dispositif [CGOS] au corps médical ». La réflexion n'a toujours pas abouti en 2020
- Rémunération : les rémunérations sont peu attractives dans la fonction publique hospitalière et ne permettent pas de valoriser l'exercice médical dans un territoire en difficulté (taux de précarité du territoire, déterminants de santé...)

Enfin, compte tenu de l'évolution démographique du territoire, il apparaît important de mener des actions de nature à mieux concilier la vie professionnelle et la vie privée. Sur ce plan, le département de Seine Saint Denis connaît un dynamisme démographique certain se mesurant par l'augmentation de sa population et nécessitant des places de crèche [voir cartes ci-dessous]¹⁹³.

Ville-Evrard s'inscrit déjà dans une telle dynamique :

- Programme de construction immobilière
- Appel d'offres pour des places en crèche supplémentaires

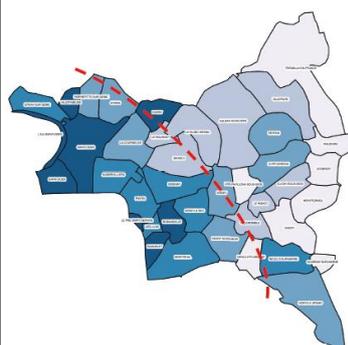
Travail en cours autour de la qualité de vie au travail.

¹⁹³ Source : Institut Montaigne *Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion* », 2020.

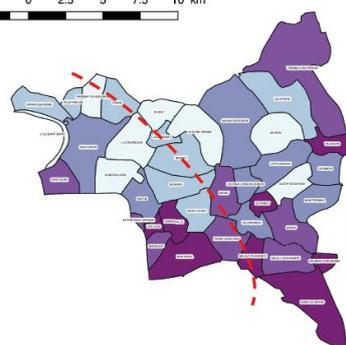
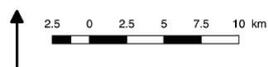
Place d'accueil petite enfance

La géographie des places d'accueil
semble obéir plus à des politiques
municipales et départementales.

La carte des places se superpose très mal
avec celle des familles monoparentales ou
d'autres cartes démographiques.



SEINE-SAINT-DENIS : LES BATAILLES DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION INSTITUTIONS ET GÉOGRAPHIE



11

INSTITUT
MONTAIGNE

- Objectif général de l'action** : Améliorer la qualité de vie au travail du personnel hospitalier
- Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Engager un programme de rénovation immobilière
 - Augmenter le nombre de places de crèche sur le territoire
 - Alerter le ministère sur la nécessité d'aboutir à une modification législative permettant au corps médical de bénéficier des œuvres sociales, de la prise en charge de mutuelle
 - Profiter du « Ségur de la santé » pour revaloriser les grilles indiciaires et permettre une différenciation de rémunération pour l'exercice d'un métier hospitalier sur un territoire :
 - Connaissant un taux de précarité supérieur à la moyenne nationale
 - Tenant compte des déterminants de santé territoriaux Publics concernés : Les professionnels de santé
- Publics concernés** : tout le personnel des établissements sanitaires, sociaux, et médico-sociaux
- Acteurs impliqués** : Hôpitaux, collectivités territoriales, Ministère de la santé
- Territoires** : Département
- Indicateurs de résultats** :
 - Rédaction d'informations à intégrer dans les livrets d'accueil de chaque établissement d'ici janvier 2022
- Moyens nécessaires** :
 - Obtenir des financements supplémentaires pour le programme de rénovation immobilière sur la base d'un plan de rénovation des établissements
 - Faire du lobbying, dans le cadre du Ségur de la santé, sur la rémunération du personnel hospitalier exerçant dans un territoire en difficulté
 - Faire du lobbying pour ouvrir au corps médical le bénéfice des œuvres sociales
 - Augmenter le nombre de place en crèche sur le territoire en tenant compte du lieu d'exercice des professionnels en santé

FICHE ACTION N°11.2.5 : Faire une enquête de satisfaction annuelle (baromètre social)

1. **Pilotage** : Directeurs chargés des affaires médicales des établissements de santé, Directeurs chargés des ressources humaines des établissements de santé, DDARS
2. **Calendrier** : Dès Septembre 2020
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Une enquête réalisée auprès du personnel soignant de Ville-Evrard a été réalisée au premier semestre 2020. Cette enquête s'adressait aux professionnels intervenant dans la prise en charge des patients et dont les métiers sont considérés comme *en tension* du fait des difficultés à recruter : médecins (psychiatres et généraliste), infirmiers, assistants sociaux, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens.

Il est ressorti des problématiques communes à ces différents métiers portant sur les conditions de travail.

Parallèlement, la crise sanitaire liée au virus du COVID-19 a démontré la nécessité d'offrir des temps de pause permettant aux professionnels de se libérer de la charge mentale liée aux conditions de travail : méditation, yoga, etc.

L'organisation de telles activités s'est faite spontanément et a recueilli la satisfaction de nombreux agents, comme l'ont souligné les chefs de pôle au cours d'une CME consacrée à un retour d'expérience sur la crise sanitaire.

4. **Objectif général de l'action** : Permettre au personnel soignant d'exercer leur activité professionnelle sereinement
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Développer les programmes de bien-être au travail
 - Développer l'animation culturelle au sein de chaque établissement du territoire
 - Mesurer le bien-être au travail du personnel soignant de Ville-Evrard, Robert Ballanger et Delafontaine à partir d'une grille de questions communes
6. **Publics concernés** : Tout le personnel soignant et des établissements de santé
7. **Acteurs impliqués** : Etablissements de santé
8. **Territoires** : Département
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Organiser une enquête annuelle de satisfaction auprès du personnel sous la forme d'un baromètre social
 - Nombre de programmes développés
 - Nombre de participants aux différents programmes
 - Formation de personnels volontaires au sein de chaque établissement
10. **Moyens nécessaires** :
 - Disposer de places de formation sur le bien-être au travail
 - Organiser des réunions entre les différentes directions des affaires médicales du territoire pour coordonner les actions
 - Diffuser l'enquête annuelle auprès de chaque établissement de santé comprenant une série de questions communes pour établir un baromètre social de territoire

Axe 3 – Proposer des formations au personnel

FICHE ACTION N°11.3.1 : Ouvrir l'offre de formation à l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux du territoire

1. Pilotage : Directeurs chargés des affaires médicales des établissements de santé, Directeurs chargés des ressources humaines des établissements de santé, DTARS, directeurs des établissements sociaux et médicosociaux
2. Calendrier : 2021
3. Principaux éléments du diagnostic territorial

Comme le rappelle l'axe « formation en santé mentale en Seine-Saint-Denis », les formations en santé mentale sur le territoire sont doublement cloisonnées :

- Par filières : sanitaire, social, médicosocial
- Par organisme au sein de chaque filière : par exemple, il existe trop peu de mutualisation de formation entre les établissements de santé

Si l'attente des acteurs de la santé mentale en termes de formations est importante, il est indispensable de coordonner l'offre de formation sur tout le territoire. Le développement de formations en santé mentale conjointes permettrait d'optimiser les places de formation offertes par chaque organisme, de mieux répondre aux besoins des différents acteurs et de croiser les regards entre les filières.

Un tel objectif doit pouvoir s'appuyer d'abord sur l'offre de formation existante laquelle doit évoluer en tenant compte des besoins territoriaux.

Enfin, cette action est en lien avec la fiche action 7.5.1 visant à mettre en place un DTRF.

4. Objectif général de l'action : Développer des formations communes à l'ensemble des filières (sanitaire, social, médico-social) en s'appuyant sur l'offre de formation existante
5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action
 - Recenser les besoins de formation sur le territoire
 - Analyser les catalogues de formation et le nombre de places disponibles
 - Recenser les formations susceptibles d'être ouvertes sur le territoire
6. Publics concernés : Tout le personnel des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en santé mentale du département de Seine-Saint-Denis
7. Acteurs impliqués : Etablissements de santé, services de formation, DTARS
8. Territoires : Département
9. Indicateurs de résultats :
 - Baisser le taux de places de formation non pourvues pour les formations communes
 - Régularité des réunions des groupes de travail entre les services de formation des différents acteurs territoriaux
 - Nombre de formations fusionnées entre organismes
10. Moyens nécessaires :
 - Organiser des réunions entre les différents acteurs concernés du territoire pour coordonner les actions

- Préparer un plan de communication à l'attention des personnels de ces établissements

Axe 4 – Valoriser et faciliter l'accès à la recherche

FICHE ACTION N°11.4.1 : Développer les postes universitaires en psychiatrie en SSD

Pilotes : Université Paris 13, CNU, collège médical de la CPT

1. Intitulé de l'action

Etablir un plan d'action d'universitarisation de la psychiatrie en Seine Saint Denis

2. Diagnostic territorial

De nombreux rapports sur la santé mentale soulignent le contraste entre l'ampleur et l'impact sociétal et économique des troubles mentaux et **la sous-dotation persistante de la recherche dans tous les domaines qui interviennent en santé mentale comme la psychiatrie, l'épidémiologie. S'agissant de la psychiatrie moins de 3 % des crédits publics de recherche** en santé lui est consacré. Pour autant, la nécessité d'investir dans la recherche afin d'améliorer les pratiques, innover dans les prises en charge et diminuer le coût et les répercussions des troubles psychiatriques sont reconnues. La Cour des comptes¹⁹⁴ notamment a appelé à développer des axes de recherche en épidémiologie psychiatrique et en santé mentale.

Les praticiens Hospitalo-Universitaires (PU-PH) de psychiatrie sont les médiateurs entre la communauté scientifique et les professionnels de la santé. Ils sont membres d'équipes de recherche labellisées. Ils ne représentent en France que 2,3% de l'ensemble des PU-PH. Malgré ce faible effectif, ils sont à l'origine pour partie de la production scientifique de la discipline qui a considérablement augmentée au cours de ces 10 dernières années, témoignant d'une implication croissante dans leur mission de recherche.

Les Praticiens Hospitaliers (PH) ont, pour certains, une activité de recherche, lorsque cette activité est reconnue et valorisée (sous forme de MERRI notamment). Les activités de recherche clinique dans les établissements de soin restent peu valorisées et fragilisées par l'absence de cadre institutionnel et le manque de reconnaissance tutélaire. Le rapport D. Robiliard¹⁹⁵ souligne la nécessité « de reconnaître la recherche menée par des praticiens hors du cadre universitaire et celle de définir les modalités de son évaluation ».

La recherche intéresse également l'ensemble des **professionnels de la santé mentale**, du champ sanitaire : infirmiers (un CNU infirmier est en cours de mise en place), orthophonistes, psychologues (...), du champ médico-social et du champ social. La recherche en psychiatrie devrait être intégrative, articulant les approches réalisées à plusieurs niveaux, des travaux les plus fondamentaux, en biologie moléculaire ou en imagerie cérébrale, aux niveaux les plus intégrés, individuel, sociétal et culturel. Or, le cloisonnement entre les équipes de recherche et les équipes cliniques reste important, et les projets translationnels allant du laboratoire à la cité ou de la cité au laboratoire sont encore peu nombreux.

La différence avec la recherche dans le domaine des MCO, porte sur l'accès aux patients. En effet, **les patients en psychiatrie sont pris en charge dans les 1140 secteurs et intersecteurs de psychiatrie**. Or, les recherches cliniques, les suivis de cohorte, sont organisés, le plus souvent, sur les sites universitaires avec quelques établissements disposant d'une cellule de recherche. Le regroupement des

¹⁹⁴ Rapport de la Cour des Comptes en 2011 page 113.

¹⁹⁵ **Le rapport Robiliard** pointe l'absence de recherche interventionnelle sur les pratiques ou les programmes permettant de repérer ce qui est efficace et le cas échéant de les diffuser ; « toute découverte afin d'être validée doit, au préalable, être évaluée sur une population clinique ».

forces de recherche des secteurs sanitaire, médicosocial et social constitue la condition nécessaire au développement d'une politique de recherche en Psychiatrie et Santé Mentale fédérative et mobilisatrice.

Dans son rapport au Ministre de la santé, Edouard Couty¹⁹⁶ a suggéré que la recherche en psychiatrie puisse s'articuler de manière souple et concertée en trois niveaux d'organisation. Pour dynamiser cette organisation, il recommande de favoriser le recrutement de chercheurs ayant une double formation, clinique et recherche, ainsi que le recrutement de personnels non médecins (épidémiologistes, socio-démographes, sociologues, et anthropologues peu ou pas représentés dans les organismes de recherche). Ceci afin « *d'encourager la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité à la recherche en mobilisant aussi bien les sciences humaines que les neurosciences, la recherche fondamentale et celle exploitant les données de la clinique* » pour assurer une meilleure diffusion des innovations.

Le renforcement et le développement des relations entre les associations de patients et de familles et les équipes de cliniciens et de chercheurs, sont des facteurs majeurs de développement des activités de recherche. Le rapport Milon propose la mise en place d'une instance alliant recherche et soins sur le modèle de l'Institut national du cancer (INCA) afin de permettre aux projets les plus innovants d'obtenir les crédits dont ils ont besoin tout en garantissant l'efficacité des sommes allouées.

En Seine-Saint-Denis, la cohorte de patients suivis est de plus de 35 000 soit une des plus importantes de France. Tous les déterminants agissant négativement sur la santé mentale sont présents : croissance rapide de la population, jeunesse de la population, précarité, migration, mal logement, chômage, familles nombreuses et monoparentales, pour autant il n'y a sur le territoire qu'un seul poste universitaire de PU-PH et un seul de MCU PH (HUPSSD AP HP, Université Paris 13) et les deux sont en pédopsychiatrie. Ceci constitue une dys-symétrie importante avec Paris (x postes U) ou le 94 (14 postes de PUPH). Le Plan d'action "Ma santé 2022" envisage la création en France de postes universitaires en psychiatrie (PU PH, MCU PH et CCA).

3. Objectif général de l'action :

Mettre en place et financer des postes Universitaires en psychiatrie (générale et pédopsychiatrie) : PU, MCU et CCA sur la base des besoins du territoire établis par l'université Paris 13

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Augmenter l'attractivité du territoire
- Repérer et accompagner les futurs candidats
- Fédérer les acteurs de la recherche clinique et en sciences sociales
- Travailler sur les déterminants de la santé mentale
- Conseiller les acteurs de terrain et les décideurs sur les dispositifs mis en place ou à mettre en place pour agir sur les déterminants
- Améliorer les pratiques en psychiatrie sur les différentes populations rencontrées
- Assurer un enseignement de qualité
- Mutualiser des cohortes

5. Objectifs opérationnels de l'action

- Mettre en place à l'Université Paris 13 un plan d'action pour la désignation d'universitaires
- Établir des priorités en fonction des populations rencontrées (périnatalité, adolescence, etc)

¹⁹⁶ Rapport Couty de janvier 2009.

6. **Publics concernés** : psychiatres
7. **Pilotage** : Université Paris 13, Ministère de la recherche
8. **Acteurs impliqués** : Doyen Paris 13 et Universitaires Paris 13
9. **Indicateurs de résultats** :
10. **Calendrier** : 2020-2030
11. **Moyens nécessaires**

FICHE ACTION N°11.4.2 : Soutenir la recherche paramédicale en profitant notamment de la mise en place d'un CNU infirmier

1. **Pilotage** : Centre de Recherche Clinique de l'EPS Ville-Evrard, Groupe-projet de RPS du PTSM-93.
2. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La recherche paramédicale (recherche en soins) est évidente dans les pays anglo-saxons et fait partie intégrante de la pratique. En France, elle est en plein essor depuis 50 ans. Elle s'apparente à une démarche intellectuelle où se côtoient éthique, sens, remise en question, doute, découverte, créativité et où les objectifs sont l'amélioration de la qualité des soins pour les patients et leur entourage, la création de savoirs et d'ouverture. La recherche est inscrite dans le décret infirmier (Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmière Article R. 4311-15) qui spécifie à l'alinéa « 8 » que les infirmiers peuvent participer ou organiser la « Recherche dans le domaine des soins infirmiers et [la] participation à des actions de recherche pluridisciplinaire ».

Il est important et nécessaire de se préoccuper de la place des paramédicaux dans la recherche. Ils y sont associés le plus souvent par les soins prodigués dans la cadre de la recherche et participent quelquefois aux recueils de données.

La recherche paramédicale étant en constante évolution, les professionnels devraient s'interroger sur leurs pratiques. En effet leur implication constitue un enjeu pour la qualité de vie des personnes, pour la prévention. De plus, les paramédicaux sont des professionnels expérimentés et de mieux en mieux formés (Infirmiers de Pratiques Avancées, formation LMD). Il est donc important de renforcer la professionnalisation des paramédicaux et des métiers support de la recherche.

En Île de France, Paris grâce à l'APHP propulse la recherche paramédicale. Dans le département de la Seine Saint Denis, la recherche infirmière en santé mentale a émergé en 2014 grâce au Centre de Recherche Clinique de l'EPS-Ville-Evrard. Ainsi x projets paramédicaux validés par les Autorités compétentes ont été réalisés et ont permis à des infirmiers formés à la recherche de les mener jusqu'à leur terme.

3. Objectif général de l'action

Impliquer les auxiliaires paramédicaux dans une démarche de recherche.

4. Objectifs spécifiques de l'action

- Développer des nouvelles compétences infirmières
- Permettre aux auxiliaires paramédicaux sur le terrain de participer à ou d'élaborer des projets de recherche en lien avec les problématiques de soins rencontrées dans la pratique quotidienne
- Valoriser la recherche paramédicale dans le département.

5. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Recenser auprès des établissements, tous les travaux de recherche paramédicale des auxiliaires paramédicaux : publications ou pistes de réflexions ou encore mémoires de fin d'études
- Recenser les auxiliaires paramédicaux volontaires à une activité de recherche
- Solliciter les auxiliaires paramédicaux volontaires à se former à la méthodologie de la Recherche (Formation délivrée à la Formation Continue de l'EPS Ville-Evrard depuis 2014) ou à l'écriture d'articles scientifiques (Formation délivrée à la Formation Continue de l'EPS Ville-Evrard depuis 2015)
- Création d'un lieu de rencontres, d'échanges/réflexions autour de la recherche paramédicale : réflexions cliniques, groupe composé de paramédicaux et de chercheurs
- Accompagnement logistique et technique des auxiliaires paramédicaux dans leur projet de recherche (aide méthodologique, soutien, réunions de travail, présentations bibliographiques)
- Contribution des équipes à la démarche de recherche : temps dédié à la recherche
- Proposer aux auxiliaires paramédicaux sur le terrain de participer/collaborer à des projets de recherche

- Inciter les auxiliaires paramédicaux volontaires à répondre à des appels à projet (PHRIP, PHRC, Revue Santé Mentale), à publier dans des revues professionnelles et scientifiques et à participer à des congrès, débats, séminaires de recherche.
- 6. Publics concernés :** Tous les paramédicaux exerçant en Santé Mentale et leur encadrement (Direction de Soins, Cadre de santé, Chef de pôle)
- 7. Acteurs impliqués :** Groupe-projet, Centre de Recherche Clinique de l'EPS de Ville-Evrard, Les Directions des établissements, Les Directions des Soins des établissements de la Seine Saint-Denis, Les structures d'hospitalisation, les CSIRMT des établissements, les centres de documentations, les Formations continues des établissements, Le Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie de l'Université Paris 8, Le Comité de Protection des Personnes, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé, Le GIRCI Ile de France, GRSI Lyon, Les structures du territoire de santé mentale et médico-sociales, les IFSI, les IFCS, les DIM
- 8. Territoire :** Département de la Seine-Saint-Denis.
- 9. Indicateurs de résultats**
- Nombre de projets de recherche en soins menés chaque année.
 - Nombre de publications et communications.
 - Nombre d'auxiliaires paramédicaux volontaires sur le territoire.
- 10. Calendrier**
- Automne 2019 : propositions de thématiques de recherche auprès des auxiliaires paramédicaux de toutes les structures de l'EPS Ville-Evrard (DS et CRC).
 - Septembre 2020 : Recensement global des publications/activités/projets de recherche des auxiliaires paramédicaux, Recensement global de Formation à la recherche dans les établissements.
- 11. Moyens nécessaires**
- Formation des auxiliaires paramédicaux : méthodologie de la recherche, rédaction d'article,
 - Temps infirmier/paramédical dédié à la recherche, implication de tous les professionnels de la recherche.

FICHE ACTION N°11.4.3 : Organiser un parcours de recherche lisible pour les professionnels

Voir feuille de route recherche axe 3 : mise en place d'un dispositif de recherche et de formation en santé mentale

L'animation territoriale en Seine-Saint-Denis

Dans le cadre de la rédaction du PRS 2, un bilan du précédent PRS fait l'état des lieux des partenariats et de l'animation territoriale en Seine-Saint-Denis où il est rappelé en préambule :

« Au-delà des indicateurs de résultats qui permettent sur un territoire donné d'évaluer les différents engagements inscrits dans les schémas composant le PRS, le Projet stratégique régional de santé (PSRS) avait fixé un objectif de conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires ».

L'incidence de la précarité économique et sociale du département de la Seine Saint Denis sur l'état de santé des populations est un facteur de mobilisation accrue de tous les acteurs de santé dans ce département. L'enjeu majeur pour le département le plus défavorisé de la région Ile de France est de parvenir à une réduction des inégalités de santé, en mobilisant des moyens supplémentaires et une organisation plus optimale des différentes modalités d'accès aux soins. Le bilan territorial du PRS 2010-2017 en Seine Saint Denis met en avant le bilan de cinq années d'animation territoriale. Il vise à démontrer l'efficacité mais aussi les limites de la mobilisation et de la coordination des différents acteurs de santé sur ce département. »

S'agissant de la santé mentale, mise au rang des huit priorités du PRS2, le Projet territorial de santé mentale (PTSM) a été l'occasion de mettre à l'épreuve les collaborations et l'animation de cet immense territoire et d'en faire un bilan.

Certes la loi de 2016 dans son article 69 rappelle que les acteurs sont à l'initiative « Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.»

Deux réflexions sont inspirées par cet article :

► Les acteurs ne peuvent être à l'initiative que s'ils se connaissent, ont déjà travaillé ensemble et acceptent de travailler hors de leur autorité de tutelle. Justement les autorités de tutelle (principalement l'ETAT et ses opérateurs) sont, dans le domaine de la santé, au moins triple : l'ARS, le Conseil départemental et pour certains aspects la Préfecture. Leurs coopérations sont sous-tendues par les buts poursuivis, les ressources dont elles bénéficient et les contraintes qui pèsent sur elles ! La crise sanitaire COVID 19 a été une mise à l'épreuve de certains dysfonctionnements qui mériteront d'être analysés.

► Les collectivités locales, les champs sociaux et médico-sociaux, l'économie sociale et solidaire et les associations sont des acteurs indispensables dans la santé mentale au même titre que la psychiatrie et les services de l'Etat. Tous ces acteurs travaillent au sein d'un sous-territoire dans lequel au mieux ils se connaissent, communiquent et travaillent ensemble. Mais le sous-territoire de l'un n'est pas celui de l'autre : le secteur en psychiatrie ne correspond pas aux circonscriptions de PMI, aux districts de l'Education nationale, ni au territoire communal du CLS/CLSM etc. Dans cette perspective, il peut être logique pour certaines institutions d'intervenir *a minima* sur des territoires où les conditions de partenariats sont très difficiles. Comment travailler ensemble dans ces découpages multiples ?

Les acteurs qui agissent dans le champ de la santé mentale sont multiples, et pour simplifier on parle du champ sanitaire, du champ médicosocial, du champ social. Mais au sein de chaque champ les acteurs sont multiples et peu fédérés ; chacun dépend d'une tutelle ou d'un bureau différent au sein d'une même tutelle. Faute de collaboration entre les acteurs au sein des tutelles et d'un véritable pilotage des actions menées, plusieurs enjeux clés sont insuffisamment pris en compte, ou mal financés. Le travail collectif réalisé à l'occasion du PTSM ne pourrait être qu'un soufflé retombant rapidement si l'animation territoriale du projet n'est pas définie et soutenue. C'est la raison pour laquelle le PTSM93 comprend un axe Animation territoriale.

Les axes de la feuille de route « animation territoriale »

13 FA	AXE1	AXE2	AXE3
12) Animation territoriale	Renforcer les acteurs de la coordination et de l'animation territoriale	Développer des espaces de concertation et de coordination locales	Informier, former et sensibiliser sur les troubles psychiques pour lutter contre la stigmatisation
action 1	12.1.1. Renforcer les CLSM existants et créer de nouveaux CLSM dans les communes	12.2.1. Maintenir et développer les actions d'animation territoriale de la DD-ARS (groupe d'appui santé mentale action sociale, groupe des coordonnateurs de CLSM, groupe des coordonnateurs de CLS)	12.3.1. Maintenir le principe d'une démarche commune départementale dans le cadre des SISM en s'assurant de l'accessibilité et de la participation des usagers
action 2	12.1.2. Renouveler le cahier des charges des CLSM	12.2.2. Ajuster la dynamique d'animation territoriale aux transformations internes en cours à la DD-ARS	12.3.2. Créer un lieu d'échange, d'écoute, d'expression et d'information des usagers à travers la création d'une maison des usagers
action 3	12.1.3. Renforcer les GEM existants	12.2.3. Positionner un coordonnateur du PTSM auprès de la DD-ARS	12.3.3. Soutenir le partenariat des actions des Gem et de l'Inter-Gem, avec les dispositifs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, socio-culturels du territoire
action 4	12.1.4. Pérenniser et renforcer la CPT préfigurative mise en place en avril 2018	12.2.4. S'appuyer sur les DAC (dispositifs d'appui à la coordination) pour impulser une dynamique territoriale de réseau, en lien avec les CLSM notamment -	12.3.4. Prévoir des formations pour le personnel hospitalier non psychiatrique (FDR formation)
action 5			12.3.5. Organiser des sensibilisations à destination des élu.e.s, des directions d'administration

Les **3 priorités** des pilotes du groupe de travail parmi les 13 actions préconisées figurent en rouge dans le tableau ci-dessus.

Axe 1 - Renforcer les acteurs de la coordination et de l'animation territoriale

FICHE ACTION N°12.1.1 : Renforcer les CLSM existants et créer de nouveaux CLSM dans les communes

1. **Pilotage** : DT-ARS (réfèrent CLSM), ARS siège (réfèrent CLSM), élus locaux
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les CLSM sont des initiatives locales référencées depuis 2010 par l'Union Européenne comme des dispositifs techniques permettant de formaliser au niveau local les recommandations formulées par l'OMS qui visent le décloisonnement des partenariats multisectoriels locaux, et la coordination locale des services et des stratégies de prévention et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Cet outil opérationnel de démocratie participative est présidé par le maire (et par délégation un élu local), co-animé par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants. Le Conseil local de santé mentale (CLSM) est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres, dont l'importance a été entérinée début 2015 par son inscription dans la loi de Modernisation du système de santé. La population desservie par ces CLSM varie entre 34 000 et plus de 100 000 personnes. Le CLSM aboutit à des actions concrètes qui émanent de groupes de travail par thématique ou par public. C'est un outil de pleine citoyenneté pour tous, facilitateur de rétablissement et permettant « l'empowerment » pour les personnes ayant des troubles psychiques.

Selon une enquête réalisée par le CC-OMS¹⁹⁷ en 2014¹⁹⁸, les actions des CLSM sont variables mais les trois principales sont :

- La mise en place et l'animation d'une cellule de cas complexe (RESAD) (80% des CLSM) ;
- La création d'un groupe de travail Logement/habitat (75 % des CLSM) ;
- La création d'un groupe de travail Information en santé mentale et l'organisation des Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) (60% des CLSM).

Selon les données les plus récentes de la direction départementale de l'ARS (DD93), la SSD dispose de 13 coordinateurs de CLSM qui couvrent 15 communes - les communes d'Epinay-sur-Seine, de Pierrefitte et en projet Villetaneuse étant couvertes par une même coordinatrice. La carte ci-dessous indique les communes pourvues ou non en CLSM. Aulnay-sous-Bois doit figurer en rouge car la ville n'a pas souhaité renouveler le poste en 2020. Les participants au diagnostic du PTSM-93 déplorent l'inégale implantation des CLSM dans le territoire, qui est dépendante de la sensibilité des élus à la santé mentale, et donc de leur volonté de portage politique ou non.

2 postes de coordinateurs ne sont pas pourvus actuellement : La Courneuve et Stains. Les postes de coordination de CLSM sont en effet considérés comme précaires, car souvent proposés à temps partiel, et avec un salaire peu avantageux (celui-ci dépend des dotations des communes, et des subventions de l'ARS¹⁹⁹). Cette situation engendre un important *turn-over* qui ne permet pas de mener des actions sur le long terme, ou de créer un réseau local robuste avec les différents partenaires.

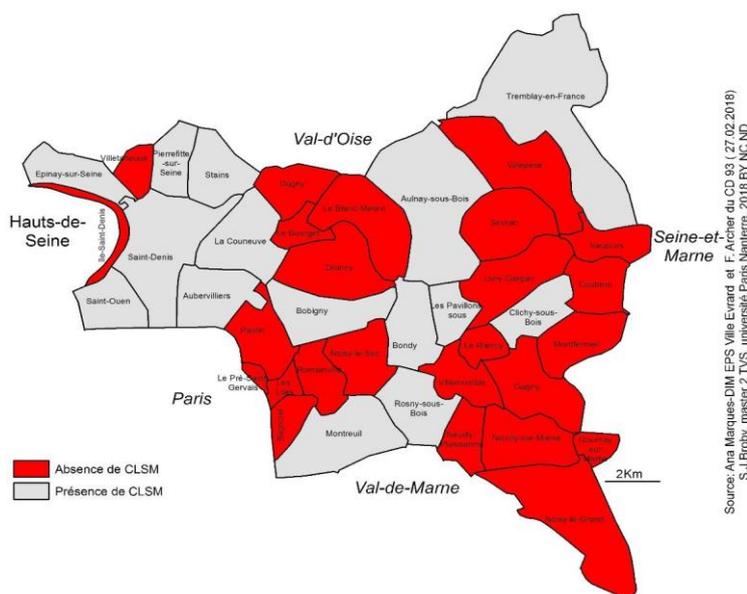
¹⁹⁷Le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CC-OMS) est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

¹⁹⁸5 CLSM de SSD ont participé à l'étude nationale CC-OMS de 2014 : Aubervilliers, Bondy, Montreuil, Tremblay en France et Pavillons-sous-bois.

¹⁹⁹ L'ARS finance 50 % du temps de coordonnateur nécessaire dans la limite d'un mi-temps pour chaque CLSM (calculé sur un forfait de 30.000 €/ an) le complément devant être apporté par les collectivités territoriales. Financement pour une période de 2 à 3 ans éventuellement renouvelable.

La carte ci-dessous indique que 26 communes ne disposent pas de CLSM.

Carte des communes de Seine-Saint-Denis disposant d'un CLSM et d'une RESAD en 2018



Dans le cadre des travaux du PTSM portant sur l'animation territoriale, le développement des espaces de concertation et de coordination a été relevé comme un axe de travail à approfondir pour les prochaines années. Le renforcement des CLSM existants et la création de nouveaux CLSM notamment, sont deux actions considérées comme essentielles :

- La création de nouveaux CLSM est un enjeu identifié par le PRS-2 d'Ile-de-France :
 - l'ARS-IDF souhaitant que la région passe de 58 CLSM actifs en 2017 à 116 CLSM en 2022, en priorisant les territoires les plus défavorisés (des territoires avec un IDH2 < 0,52 et/ou en Politique de la ville), les DD-ARS doivent apporter un soutien méthodologique et financier²⁰⁰ à leur mise en place.
 - Également, un travail de plaidoyer auprès des nouveaux élus locaux (élections municipales de Juin 2020) doit être réalisé afin de les convaincre de l'intérêt de porter des actions en santé mentale.
 - Le travail de plaidoyer est engagé par la DD-ARS dans le cadre de la constitution des CLS-3 : certains prévoient la création d'un CLSM.
- Le renforcement des CLSM existants passe notamment par le renouvellement de leur cahier des charges, la clarification de la fiche de poste du coordonnateur et la revalorisation de salaire (se référer à la fiche-action 12.1.2.)

4. Objectif général de l'action

Inclure dans l'agenda politique de toutes les villes de Seine-Saint-Denis la question de la santé mentale.

²⁰⁰ Les DD-ARS doivent soutenir les acteurs pour les actions suivantes : émergence de l'instance, élaboration d'un diagnostic local avec priorisation de besoins, organisation des groupes de travail construisant les réponses aux besoins retenus, monitoring et suivi des actions, évaluation et, enfin, capitalisation des actions réussies.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Réduire les inégalités dans l'offre de soins et d'aides ;
- Améliorer les coordinations intersectorielles pour une meilleure fluidité des parcours de santé et de vie ;
- Réserver une attention particulière à des populations exposées à des effets de stigmatisation et d'exclusion sociale
- Engager un travail de plaidoyer auprès des élus locaux (cf. fiche-action 12.3.5)

6. **Publics concernés** : Personnes ayant, ou pouvant développer des problématiques de santé mentale

7. **Acteurs impliqués** : Copil régional CLSM à l'ARS : Unafam, Psycom, CCOMS, psychiatrie de secteur, Collectif Santé Ville IDF, élus locaux ; Copil de chaque CLSM : le maire ou l'élu représentant un regroupement de communes, président, les élus concernés par l'action du CLSM, les chefs de secteurs ou de pôle représentant la psychiatrie publique, les associations des représentants des usagers et des aidants présents sur le territoire du CLSM, le coordonnateur du CLSM, le représentant de la délégation départementale de l'ARS, des représentants des professionnels de santé libéraux, des travailleurs sociaux, un représentant de la MDPH, un représentant de l'Education nationale, le coordonnateur de l'ASV, le coordonnateur du CLS s'il est différent de celui du CLSM, et toute personne désignée par l'assemblée plénière.

8. **Territoires** : Département, communes

9. **Indicateurs de résultats** :

- Nombre de CLSM en SSD en 2024
- Nombre de nouveaux CLSM créés entre 2019 et 2024
- Nombre de postes de coordinateurs de CLSM pourvus

10. **Moyens nécessaires**

Co-financement ARS et ville pour le financement du poste de coordinateur de CLSM.

FICHE ACTION N°12.1.2 : Renouveler le cahier des charges des CLSM

1. **Pilotage** : ARS-IDF, référent CLSM au siège de l'ARS
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les CLSM sont des initiatives locales référencées depuis 2010 par l'Union Européenne comme des dispositifs techniques permettant de formaliser au niveau local les recommandations formulées par l'OMS qui visent le décloisonnement des partenariats multisectoriels locaux, et la coordination locale des services et des stratégies de prévention et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Cet outil opérationnel de démocratie participative est présidé par le maire (et par délégation un élu local), co-animé par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants. Le Conseil local de santé mentale (CLSM) est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres, dont l'importance a été entérinée début 2015 par son inscription dans la loi de Modernisation du système de santé. La population desservie par ces CLSM varie entre 34 000 et plus de 100 000 personnes. Le CLSM aboutit à des actions concrètes qui émanent de groupes de travail par thématique ou par public. C'est un outil de pleine citoyenneté pour tous, facilitateur de rétablissement et permettant « *l'empowerment* » pour les personnes ayant des troubles psychiques.

Selon une enquête réalisée par le CC-OMS²⁰¹ en 2014²⁰², les actions des CLSM sont variables mais les trois principales sont :

- La mise en place et l'animation d'une cellule de cas complexe (RESAD) (80% des CLSM) ;
- La création d'un groupe de travail Logement/habitat (75 % des CLSM) ;
- La création d'un groupe de travail Information en santé mentale et l'organisation des Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) (60% des CLSM).

Selon les données les plus récentes de la direction départementale de l'ARS (DD93), la SSD dispose de 13 coordinateurs de CLSM qui couvrent 15 communes - les communes d'Epinay-sur-Seine, de Pierrefitte (et prochainement de Villetaneuse) étant couvertes par une même coordinatrice. La carte ci-dessous indique les communes pourvues ou non en CLSM. Aulnay-sous-Bois doit figurer en rouge car la ville n'a pas souhaité renouveler le poste en 2020. Les participants au diagnostic du PTSM-93 déplorent l'inégale implantation des CLSM dans le territoire, qui est dépendante de la sensibilité des élus à la santé mentale, et donc de leur volonté de portage politique ou non. 2 postes de coordinateurs ne sont pas pourvus actuellement : La Courneuve et Stains. Les postes de coordination de CLSM sont en effet considérés comme peu attractifs, car souvent proposés à temps partiel, et avec un salaire peu avantageux (celui-ci dépend des dotations des communes, et des subventions de l'ARS²⁰³). Cette situation engendre un important turn-over qui ne permet pas de mener des actions sur le long terme, ou de créer un réseau local robuste avec les différents partenaires. 26 communes ne disposent pas de CLSM.

Dans le cadre des travaux du PTSM portant sur l'animation territoriale, le développement des espaces de concertation et de coordination a été relevé comme un axe de travail à approfondir pour les prochaines années. Le renforcement des CLSM existants notamment est une action considérée comme essentielles. Pour ce faire, les acteurs de SSD proposent de renouveler leur cahier des charges, et ainsi de clarifier la fiche de poste des coordonnateurs, et de revaloriser leur salaire.

²⁰¹Le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CC-OMS) est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

²⁰²5 CLSM de SSD ont participé à l'étude nationale CC-OMS de 2014 : Aubervilliers, Bondy, Montreuil, Tremblay en France et Pavillons-sous-bois.

²⁰³ L'ARS finance 50 % du temps de coordonnateur nécessaire dans la limite d'un mi-temps pour chaque CLSM (calculé sur un forfait de 30000 € an) le complément devant être apporté par les collectivités territoriales.

4. **Objectif général de l'action**

Prioriser et préciser dans l'agenda politique de toutes les villes de Seine-Saint-Denis la question de la santé mentale.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**

- Réduire les inégalités dans l'offre de soins et d'aides ;
- Améliorer les coordinations intersectorielles pour une meilleure fluidité des parcours de santé et de vie ;
- Réserver une attention particulière à des populations exposées à des effets de stigmatisation et d'exclusion sociale
- Renforcer le rôle d'animation territoriale des coordonnateurs (valoriser la mission d'animation par retours d'expériences, des publications, en mettant en évidence les besoins du territoire, et la demande de la population)
- Renforcer la prise en compte de la santé mentale dans les actions de santé prévues dans le cadre de la politique de la ville

6. **Objectif(s) opérationnels de l'action**

- Réfléchir au rattachement des CLSM aux directions générales des services municipaux, compte tenu de la transversalité des questions rencontrées²⁰⁴
- Prévoir des postes de coordonnateur à temps plein (regroupements de CLSM existants, créations de CLSM pluri-communaux). Ces postes ont en effet bien souvent des triples missions d'animation de réseau et de gestion de projets, d'animation de territoires et d'instances de démocratie participative, et de co-gestion de cas complexes, au travers des RESAD notamment. Ce qui demande, dans les différents cas, une grande disponibilité et des compétences diversifiées.
- Favoriser le partage des expériences, des actions et des projets partenariaux aussi bien à l'échelle du département, via l'organisation d'une journée annuelle départementale des CLSM,
- Favoriser le partage des expériences à l'échelle locale des secteurs de psychiatrie, co-animateurs des CLSM, via la participation facilitée, voire systématisée, des coordonnateurs aux conseils de pôle de psychiatrie, qui réunissent l'ensemble des unités fonctionnelles et leur personnel chaque année,

7. **Publics concernés** : personnes ayant, et pouvant développer des problématiques de santé mentale

8. **Acteurs impliqués** : DT-ARS (les référents CLSM de chaque DT en IDF), élus locaux et coordonnateurs CLSM

9. **Territoires** : Département, communes

10. **Indicateurs de résultats** :

- Révision du cahier des charges,
- Retour d'expérience des coordonnateurs en poste sur la mise en œuvre de leur fonction d'animation territoriale

11. **Moyens nécessaires** : financement des postes

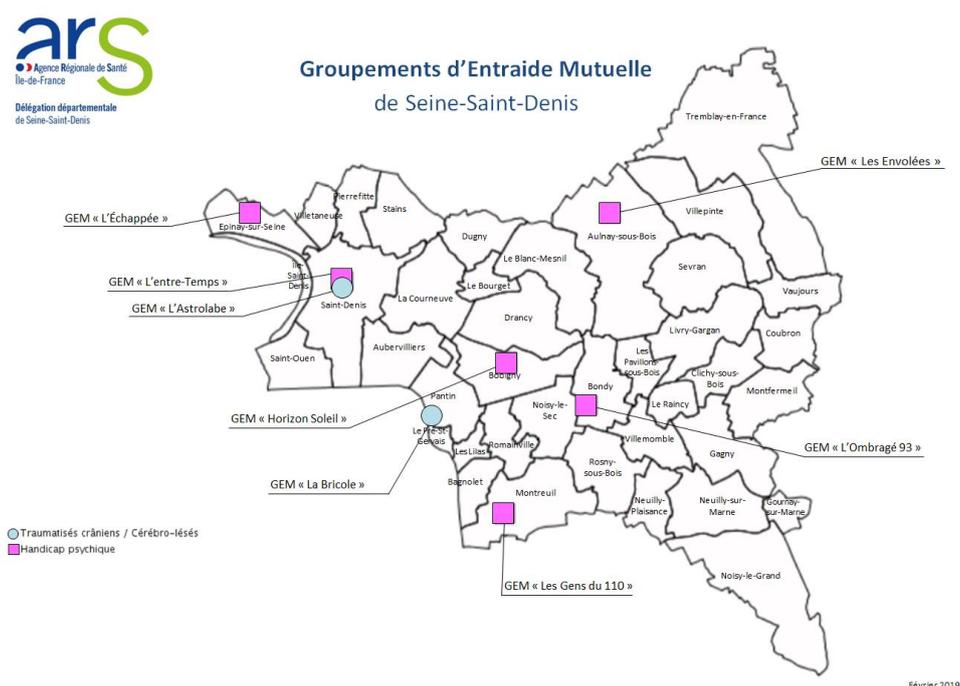
²⁰⁴ Ces questions concernent aussi bien la santé et l'hygiène, les relations Ville-Hôpital, que l'action sociale, la Protection de l'enfance, le logement, l'insertion économique et le handicap, que les pouvoirs de police du Maire et la tranquillité publique, l'accès à la culture et aux loisirs...

FICHE ACTION N°12.1.3 : Renforcer les GEM existants

1. **Pilotage** : ARS-IDF
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Introduits par la loi « handicap » du 11 février 2005, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale organisés sous forme associative. Ils accueillent des personnes aux troubles de santé similaires qui les mettent en situation de fragilité ; les personnes concernées connaissent cependant des troubles pouvant varier fortement en termes d'intensité et de répercussion sur l'autonomie, ainsi que des parcours de vie et des conditions sociales très hétérogènes.

Il existe actuellement **6 GEM pour les personnes en souffrance psychique** en Seine-Saint-Denis : Bobigny, Bondy, Montreuil, Saint-Denis, Epinay-sur-Seine, Aulnay-Sous-Bois, qui sont détaillés dans la carte ci-dessous en rose. 5 d'entre eux sont liés à la même association gestionnaire la Mutuelle la Mayotte et parrainés par deux associations marraines (A Plaine Vie et Bol d'air, affiliées à l'Unafam 93). Le Gem d'Aulnay-sous-Bois est quant à lui lié à l'hôpital Robert Ballanger. 2 autres GEM sont spécialisés dans l'accueil de personnes cérébro-lésées. Enfin à l'initiative des patients et soignants de l'hôpital de jour de Saint-Ouen, un nouveau GEM est en cours de création dans cette commune et dans l'attente du financement de l'ARS.



Lors de la phase diagnostic, au sein du groupe « inclusion et déstigmatisation », les animateurs et adhérents des GEM du 93 ont pu témoigner d'un nécessaire travail de réseau, complémentaire souvent à celui des CLSM, mais également des difficultés rencontrées (grande précarité des personnes accueillies, sur-fréquentation de certains GEM, adhérents parfois non stabilisés et en crise, faible nombre et faible rémunération des animateurs). Animateurs et adhérents insistaient donc sur la nécessité de renforcer les GEM existant, pour réaliser leurs missions dans de bonnes conditions.

4. Objectif général de l'action

Assurer le renforcement des GEM existant en Seine-Saint-Denis en prenant en compte les difficultés particulières liées au territoire.

5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- Engager des échanges avec la CNSA et l'ARS autour des difficultés rencontrées par les GEM situés sur des territoires en grande précarité sociale et économique pour envisager une revalorisation de la subvention accordée aux GEM du 93 et obtenir l'équivalent de 2 ETP pour les GEM de Seine-Saint-Denis
- Sensibiliser et mobiliser les acteurs et financeurs locaux (Département, Mairie, Préfecture) autour de la nécessité de soutenir les GEM existant sur leur territoire (subventions, gratuité des locaux, facilitation de l'accès aux équipements collectifs municipaux).
- Revaloriser le statut (coordinateur psycho-social, coordinateur de secteur) et les salaires des animateurs des GEM
- Mobiliser les GEM pour la mise en place d'actions lors de la semaine d'information sur la santé mentale afin de les faire connaître au grand public et aux acteurs du handicap
- Renforcer les liens partenariaux des GEM avec les acteurs des champs, sanitaires, médico-sociaux et socio-culturelle (cf. fiche 12.3.3).

6. **Publics concernés** : Associations gestionnaire et associations marraines des GEM, animateurs et adhérents des GEM du 93

7. **Acteurs impliqués** : CNSA, ARS-IDF, DD-ARS, associations gestionnaires/constitutives de GEM, employés de GEM, usagers appelés "gemmeurs", communes

8. **Indicateurs de résultats** :

- Revalorisation du statut et du salaire des animateurs des GEM du territoire
- Augmentation du nombre et/ou du temps de travail des animateurs dans chaque GEM
- Evolution du montant de la subvention initiale versée par l'ARS aux GEM du 93
- Augmentation du nombre et/ou du montant des subventions complémentaires perçues par les GEM (Département, Préfecture, mairie, autre...)
- Nombre de mise à disposition de locaux, d'équipements collectifs ou de temps d'acteurs sanitaires, médico-sociaux ou socio-culturels du territoire

9. Moyens nécessaires

- Subvention annuelle de 100 000 euros par GEM permettant l'embauche d'un ETP supplémentaire d'animateur et l'augmentation de leurs salaires
- Subvention complémentaire permettant l'animation des activités, des séjours et de la vie quotidienne des GEM (rémunérations des intervenants notamment)

FICHE ACTION N°12.1.4 : Pérenniser et renforcer la CPT pré-figurative mise en place en avril 2018

1. **Pilotage** : CPT (COMOP et Collège médical), ARS
2. **Calendrier** : **Signature du PTSM par l'ARS**
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Les indicateurs de la Seine-Saint-Denis (SSD)²⁰⁵ démographiques (les moins de 30 ans représentent 43% de la population), sociaux (taux de chômage plus élevé que la moyenne nationale), sanitaires (espérance de vie plus courte, mortalité infantile et prématurée supérieure à la moyenne nationale, taux de découverte de nouvelles séropositivités au VIH le plus important d'Île-de-France) sont en faveur d'une augmentation des besoins de prise en charge des situations psychiatriques, en secteur sanitaire, médicosocial et social.

L'offre de soins psychiatrique en SSD est sectorisée en 18 secteurs pour adultes et 5 inter-secteurs pour enfants et adolescents. L'EPS Ville-Evrard représente 80% de la psychiatrie du 93 avec 15 secteurs de psychiatrie adulte et 3 secteurs de psychiatrie infanto juvénile. Les autres secteurs sont rattachés aux services de psychiatrie du CHIRB d'Aulnay (3 secteurs adultes, 1 secteur infanto-juvénile) ou au CH Delafontaine de Saint-Denis (1 secteur pédiatrique). Certains établissements comme la clinique psychiatrique d'Épinay-Sur-Seine, la clinique de l'Alliance ou le service de pédopsychiatrie du CHU HUPSSD ne sont pas sectorisés. L'offre sanitaire est donc dense mais insuffisante selon certains indicateurs (lits, démographie médicale, orthophonistes, etc.) pour prendre en charge cette population.

L'offre médico-sociale et sociale est également riche et recensée dans le guide "PSYCOM" de santé mentale en Seine-Saint-Denis (édition 2017) et a été recensée dans le diagnostic territorial partagé. Enfin les conseils locaux de santé mentale reconnus dans la loi de Modernisation du système de santé et soutenus par l'ARS, sont au nombre de 11 occupés en SSD.

D'autres caractéristiques du département pèsent sur l'organisation des prises en charge en psychiatrie : les durées de transport entre les établissements sont longues, la faible densité médicale des généralistes comme des spécialistes, le taux d'équipement en psychiatrie et en médico-social (lits et places) sont parmi les plus faibles de France. Les problématiques d'accès au logement et d'hébergement précaire ajoutent un niveau de difficulté et pèsent sur les parcours de vie et de santé, et sur la continuité des soins.

Enfin le parcours d'un malade psychiatrique peut être chronique et complexe entre les différents secteurs de prise en charge et nécessite une coordination des acteurs qui le plus souvent ne se connaissent pas ou manquent de méthodes/moyens pour se coordonner. Or, au sens de la loi de Modernisation du système de santé, au sein d'un territoire tous les acteurs de la santé mentale doivent se connaître et se coordonner pour assurer des parcours de soin et de vie sans rupture.

Deux GHT ont été mis en place sur le territoire : le GHT Plaine de France et le GHT Grand Paris Nord Est (GHTGPNE). L'EPS Ville-Evrard ayant obtenu une dérogation en juillet 2016 pour ne pas intégrer un GHT, la communauté psychiatrique de territoire ou CPT offre une opportunité de collaboration des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale. Le décret relatif aux CPT publié en octobre 2016 propose un dispositif différent des GHT²⁰⁶. En effet il est basé sur le volontariat associant membres constitutifs publics et membres associés dont les projets communs sont scellés dans une convention constitutive, approuvée par l'ARS. La **CPT-93 pré-figurative** a vu le jour en 2018 et a mis en place trois collèges :

²⁰⁵ Le territoire choisi par les acteurs actuels est le département de Seine Saint Denis. L'offre psychiatrique de Gonesse est donc écartée sachant que l'hôpital de Gonesse forme un GHT avec l'hôpital de Saint-Denis.

²⁰⁶ L'esprit du texte lie les CPT à la création et à la mise en place des projets territoriaux de santé mentale, puisque ceux-ci conditionnent l'existence de ces communautés. Toutefois, "dans l'attente de la signature du contrat territorial de santé mentale, une communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice peut être créée", précise l'article 2 du décret.

- Un collège médical organisé en quatre commissions (pédopsychiatrique, urgence et proximité, recherche, soins complexes)
- Un comité opérationnel (COMOP), rassemblant les directeurs généraux et PCME des établissements publics du territoire,
- Un collège plus récent : le collège des personnels hospitaliers en santé mentale (CPHSM) qui comprend tous les métiers soignants et non soignants de la santé mentale.

La CPT-93 doit maintenant compléter sa structure avec des acteurs issus du privé, du monde associatif et social (CLSM, GEM, usagers, Protection de l'enfance, bailleurs sociaux etc.), médico-social, éducatif, voire politique (élus). La CPT sera définitive au moment de la contractualisation du PTSM. L'élaboration du PTSM a été un moment important de connaissance et de conception de projets communs. Certains acteurs sont apparus comme essentiels dans l'animation territoriale.

4. Objectif général de l'action

Elargir la composition de la CPT en y invitant les acteurs ayant participé à l'élaboration du PTSM, par exemple en créant un collège des partenaires.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Participer à l'animation territoriale
- Elaborer des projets communs
- Répondre aux appels d'offres
- Définir ensemble les parcours
- Définir ensemble les besoins

6. Objectifs opérationnels de l'action/ sous-actions

- Etablir une liste d'acteurs sur la base du volontariat souhaitant appartenir à la CPT-93
- Revoir la convention et les règlements intérieurs de la CPT-93

7. Publics concernés : acteurs sanitaires publics et privés, acteurs médico-sociaux, acteurs associatifs et sociaux, élus locaux et départementaux, usagers, ex-usagers (exemple pairs-aidants) et familles

8. Acteurs impliqués : acteurs sanitaires publics et privés, acteurs médico-sociaux, acteurs associatifs et sociaux, élus locaux et départementaux, usagers, ex-usagers (exemple pairs-aidants) et familles

9. Indicateurs de résultats :

- Nouvelle convention rédigée et signée
- Nombre de participants privés et non sanitaires
- Nombre de collège
- Gouvernance

Axe 2 - Développer des espaces de concertation et de coordination locales (CLSM, RESAD, etc.)

FICHE ACTION N°12.2.1 : Maintenir et développer les actions d'animation territoriale de la DD-ARS

1. **Pilotage** : DD de l'ARS-IDF, référents CLS et CLSM au siège de l'ARS
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis est le lieu de nombreux acteurs œuvrant à la santé mentale : institutionnels, sanitaires, associatifs, médico-sociaux, sociaux, etc. De nombreux professionnels travaillent ensemble, mais le tissu de professionnels est tellement riche et disparate que l'offre de soins reste grevée par la méconnaissance et la non-connexion des réseaux entre eux. L'animation territoriale est un outil indispensable dans un département aussi pourvu en professionnels de tous ordres afin de permettre des parcours de soins et de vie fluides et cohérents pour les usagers. De plus, les facteurs de vulnérabilité de la population se cumulent, chaque professionnel est débordé dans son champ de compétence, et le *turn-over* des professionnels est la règle, il est difficile pour chacun de prendre le temps de développer et entretenir un réseau cohérent. Les actions d'animation territoriale doivent alors être plus fréquentes, accessibles et ciblées sans être trop nombreuses afin de ne pas disperser les professionnels de terrain déjà débordés.

La DD de l'ARS a mis en place depuis plusieurs années un Groupe d'appui santé mentale / action sociale, qui réunit les principaux acteurs de la santé mentale et de l'action sociale, 4 fois par an, sur des thématiques diverses, dans l'objectif de développer le réseau de chacun. Les coordonnateurs de CLS et CLSM sont des professionnels dont les profils de poste et d'actions peuvent être extrêmement variés. Des réunions de groupe entre coordonnateurs ont pour objectifs la coopération entre pairs et la diffusion de bonnes pratiques ou du moins de pratiques fonctionnelles. Ces réunions sont mises en place également 4 fois par an.

Seulement, dans un environnement où le *turn-over* et la surcharge de travail sont la règle, de telles actions d'animation territoriale peuvent facilement disparaître, ou ne pas sembler indispensables aux professionnels. Ainsi, un cadre posé par l'autorité de tutelle permet de conserver une certaine pérennité à ces actions et éviter l'isolement des professionnels sur leur poste.

4. **Objectif général de l'action :**

Maintenir les actions d'animation territoriale fonctionnelles menées par la DD ARS

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action :**

- Lutter contre l'isolement des professionnels du réseau
- Développer les réseaux de soins
- Fournir des espaces de réflexion partagée sur les pratiques
- Créer des canaux d'échange entre les acteurs des différents dispositifs dans la perspective d'une meilleure coordination

6. **Publics concernés** : coordonnateurs CLS, coordonnateurs CLSM, acteurs de la psychiatrie publique, acteurs de l'action sociale, EMPP, MDA, PAEJ, les représentants des usagers

7. **Acteurs impliqués** : référents santé mentale, CLS et CLSM de la DD ARS,

8. **Indicateurs de résultats :**

- Tenue d'au moins 3 à 4 réunions du Groupe d'appui santé mentale / action sociale
- Tenue d'au moins 3 à 4 réunions des coordonnateurs de CLS et des coordonnateurs CLSM

9. **Moyens nécessaires**

- Temps humain des agents de la DD ARS

FICHE ACTION N°12.2.2 : Ajuster la dynamique d'animation territoriale aux transformations internes en cours à la DD-ARS

1. **Pilotage** : DD de l'ARS-IDF
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis est un lieu où de nombreux acteurs œuvrant à la santé mentale : institutionnels, sanitaires, associatifs, médico-sociaux, sociaux, etc. De nombreux professionnels travaillent ensemble, mais le tissu de professionnels est tellement riche et disparate que l'offre de soins reste grevée par la méconnaissance et la non-connexion des réseaux entre eux. L'animation territoriale est un outil indispensable sur un département aussi pourvu en professionnels de tous ordres afin de permettre des parcours de soins et de vie fluides et cohérents pour les usagers. De plus, dans un département où les facteurs de vulnérabilité de la population se cumulent, où chaque professionnel est débordé dans son champ de compétence, et où le turn-over des professionnels est la règle, il est difficile pour chacun de prendre le temps de développer et entretenir un réseau cohérent. Les actions d'animation territoriale doivent alors être plus intenses, fréquentes, accessibles et ciblées sans être trop nombreuses afin de ne pas disperser les professionnels de terrain déjà débordés.

L'ARS est en phase de réorganisation et de transformation après 10 ans d'existence. L'ensemble des missions de l'Agence sont revues, et l'organisation de l'exercice de ces missions est questionnée en vue d'une territorialisation plus efficace. Le schéma de réorganisation final n'est pas encore acté, mais la persistance de référents thématiques transversaux pourrait être renforcée et il pourrait être envisagé la création d'équipes territoriales mixtes (sanitaire, médico-social, prévention, veille) à l'échelle des EPT.

4. **Objectif général de l'action :**

Développer le travail partenarial des acteurs avec la DD ARS pour améliorer les parcours de soin et de vie fluides et cohérents pour les usagers.

5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action :**

- Identifier le schéma définitif de réorganisation de l'Agence
- Identifier le champ de compétence de chaque agent de la DD et les référents des actions engagées
- Engager un travail partenarial de proximité avec les agents de la DD pour chaque action à développer

6. **Publics concernés** : acteurs institutionnels de la santé mentale

7. **Acteurs impliqués** : DD ARS

8. **Indicateurs de résultats** :

- Mise en place d'un répertoire des référents pour chaque action
- Retours qualitatifs des interactions avec la DD ARS

9. **Moyens nécessaires** : aucun

FICHE ACTION N°12.2.3 : Positionner un coordonnateur du PTSM auprès de la DD-ARS

1. **Pilotage** : DD de l'ARS-IDF
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis est un lieu où de nombreux acteurs œuvrent à la santé mentale : institutionnels, sanitaires, associatifs, médico-sociaux, sociaux, etc. De nombreux professionnels travaillent ensemble, mais le tissu de professionnels est tellement riche et disparate que l'offre de soins reste grevée par la méconnaissance et la non-connexion des réseaux entre eux. L'animation territoriale est un outil indispensable sur un département aussi pourvu en professionnels de tous ordres afin de permettre des parcours de soins et de vie fluides et cohérents pour les usagers. De plus, dans un département où les facteurs de vulnérabilité de la population se cumulent, où chaque professionnel est débordé dans son champ de compétence, et où le turn-over des professionnels est la règle, il est difficile pour chacun de prendre le temps de développer et entretenir un réseau cohérent. Les actions d'animation territoriale doivent alors être plus intenses, fréquentes, accessibles et ciblées sans être trop nombreuses afin de ne pas disperser les professionnels de terrain déjà débordés.

Le PTSM dans sa phase de diagnostic et d'élaboration de la feuille de route a fait naître des réseaux, partenariats, coopérations entre acteurs de la santé mentale. De nombreuses initiatives et un mouvement d'engagement des différents acteurs de la santé mentale sont lancées. La crainte qui apparaît est celle d'une perte de cette dynamique d'acteurs après le dépôt du PTSM, chacun étant déjà surchargé dans ses missions. La coordination des projets construits et l'animation des dynamiques partenariales de travail relèvent d'une charge de travail à part entière. Le maintien d'un coordonnateur du PTSM paraît donc indispensable. Se pose alors la question du rattachement d'un tel coordonnateur pour à la fois avoir la légitimité de l'action et la proximité de l'ensemble des acteurs impliqués au service des parcours des usagers.

4. **Objectif général de l'action** : Mettre en place une coordination au long cours du PTSM
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action** :
 - Faire un plaidoyer auprès des tutelles pour un poste de coordination du PTSM
 - Positionner ce coordonnateur auprès de la DD ARS
 - Faire en sorte que ce coordonnateur soit au plus près des besoins du territoire, des acteurs et des usagers : un rattachement partiel au projet de Maison départementale des usagers en santé mentale pourrait alors être pertinent
 - Envisager les fonctionnalités avec la CPT-93
6. **Publics concernés** : usagers, acteurs de la santé mentale
7. **Acteurs impliqués** : DD ARS, CD93
8. **Indicateurs de résultats** :
 - Mise en place d'un coordonnateur du PTSM
 - Mise en place d'une Maison départementale des usagers en santé mentale
 - Positionner ce coordonnateur auprès de la DD ARS et éventuellement auprès de la Maison départementale des usagers en santé mentale à sa mise en place
9. **Moyens nécessaires** :
 - Financement d'un poste de coordonnateur du PTSM
 - Financement de la mise en place de la Maison départementale des usagers en santé mentale

FICHE ACTION N°12.2.4 : S'appuyer sur les DAC (dispositifs d'appui à la coordination) pour impulser une dynamique territoriale de réseau, en lien avec les CLSM notamment

1. **Pilotage** : DD de l'ARS-IDF
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La Seine-Saint-Denis est un lieu où de nombreux acteurs œuvrent à la santé mentale : institutionnels, sanitaires, associatifs, médico-sociaux, sociaux, etc. Certains travaillent ensemble, mais le tissu de professionnels est tellement riche et disparate que l'offre de soins reste grevée par la méconnaissance et la non-connexion des réseaux entre eux. L'animation territoriale est un outil indispensable dans un département aussi pourvu en professionnels de tous ordres afin de permettre des parcours de soins et de vie fluides et cohérents pour les usagers. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) sont des solutions concrètes pour fluidifier les parcours de santé complexes et organiser les prises en charge dans les territoires. Dans un contexte de vieillissement de la population, les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, en particulier les médecins traitants, font face à des situations de plus en plus complexes, souvent liées à des personnes vivant à domicile et cumulant diverses difficultés (polyopathologies, difficultés sociales, isolement...). Les DAC apportent des réponses concrètes aux professionnels de santé et favorisent le maintien au domicile des patients. La création des DAC est issue de la convergence de dispositifs existants, en regroupant les expertises des Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), et des Réseaux de santé territoriaux. Composé d'une équipe pluri-professionnelle (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux...), le DAC assure les missions d'évaluation globale des besoins de la personne, de coordination et d'organisation de la prise en charge, de consolidation du retour à domicile après hospitalisation, et de mise en place d'aides techniques, de services à domicile, d'accompagnement d'un aidant vers des solutions de répit etc. Le territoire de la Seine-Saint-Denis comprend 2 DAC qui couvrent le département : le DAC Nord et le DAC Sud, mis en place fin 2019. Le PTSM dans sa phase de diagnostic et d'élaboration de la feuille de route a fait naître des réseaux, partenariats, coopérations entre acteurs de la santé mentale. La connexion de ces réseaux et les liens avec les DAC sont à encourager afin de permettre l'émergence de synergie pour des solutions concrètes pour les patients vivant avec des troubles psychiques qui présentent un parcours de santé complexe. Les DAC ont également vocation à s'articuler avec la Communauté 360 qui se met en place en Seine-Saint-Denis, pour les personnes en situation de handicap.

4. **Objectif général de l'action** : Créer des synergies de coopération et de réseau entre les DAC et les réseaux de santé mentale.
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action** :
 - Identifier les DAC de Seine-Saint-Denis et leurs modalités de fonctionnement, notamment avec la Communauté 360
 - Créer des partenariats entre DAC et CLSM afin d'intégrer la santé mentale dans les réseaux de coordination des parcours complexes
 - Permettre aux professionnels de la santé mentale de saisir les DAC pour les situations impliquant des réseaux d'acteurs
6. **Publics concernés** : usagers, professionnels de la santé mentale
7. **Acteurs impliqués** : DD ARS, DAC, CLSM, RESAD
8. **Indicateurs de résultats** :
 - Création d'un réseau entre les DAC et les CLSM : réunions partenariales
 - Nombre de situations traitées par les DAC impliquant des professionnels de la santé mentale

Axe 3 : Informer, former et sensibiliser sur les troubles psychiques pour lutter contre la stigmatisation

FICHE ACTION N°12.3.1 : Maintenir le principe d'une démarche commune départementale dans le cadre des SISM en s'assurant de l'accessibilité et de la participation des usagers

1. **Pilotage** : Comité d'organisation des SISM, groupements d'usagers (par exemple Plateforme La Trame, Plateforme Bol d'Air, les Groupes d'Entraide Mutuelle)
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'un des trois grands axes de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de Juin 2018 concerne l'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des usagers de la psychiatrie. La troisième action de cette feuille de route insiste sur la nécessité d'informer le grand public et l'action 34 recommande « d'améliorer les dispositifs, actions et interventions par les pairs visant à l'inclusion des personnes dans la cité ».

Les personnes ayant des troubles psychiques sévères peuvent souffrir d'isolement, d'une perte de capacité à entreprendre, à vivre dans un logement autonome, à tenir un emploi et à réaliser les actes de la vie quotidienne. Il peut se produire une rupture des liens familiaux et sociaux. Ces effets, conjugués à la stigmatisation, à l'auto-stigmatisation et à des hospitalisations prolongées et répétées en psychiatrie, elles-mêmes facteur de désinsertion sociale, peuvent engendrer la perte de logement, l'errance et l'**exclusion sociale**. De son côté, la grande exclusion produit aussi une souffrance psychique intense. Selon l'étude SAMENTA, 30% des personnes qui vivent à la rue ou se trouvant en grande précarité vivent avec des troubles psychiques. Or le département de la Seine-Saint-Denis a le taux de pauvreté le plus élevé de France et est (pourtant) sous-doté en dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Pour exemple, le taux de psychiatres par habitant est le plus faible d'Île-de-France.

Des dispositifs **d'inclusion sociale et citoyenne** sont déployés afin de lutter contre cette exclusion et stigmatisation et assurer l'accès au droit des usagers. Pourtant un grand nombre de rapports et d'expertises en santé mentale (Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Rapport Laforcade, PRS Ile-de-France) estiment les efforts insuffisants au regard des besoins des usagers.

Le concept d'inclusion sociale est connexe avec ceux d'*empowerment*²⁰⁷ et de rétablissement. Le **rétablissement** désigne un cheminement personnel de la personne pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Il suppose un accompagnement au long terme et axé dès le début vers l'autonomie de la personne. Il prend en compte le fait que la maladie et la précarité sociale créent de l'exclusion au sein même de la famille et de l'environnement proche.

Le décret du 27 juillet 2017, qui décline les enjeux et les objectifs du **Projet territorial de santé mentale** (PTSM), inscrit l'inclusion sociale parmi ses priorités²⁰⁸. A cette fin, il veille à promouvoir l'implication des usagers, leurs proches et leurs familles, dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle (GEM), et les pairs-aidants professionnels (tels que MSP).

Le groupe de travail « inclusion et dé-stigmatisation » (phase de diagnostic du PTSM 93) a fait apparaître en Seine-Saint-Denis la nécessité d'améliorer la participation des usagers aux différentes instances de démocratie sanitaire, de valoriser leur inclusion à la vie de la cité et la mise en valeur des dynamiques d'entraide entre pairs.

Les SISM (semaines d'information sur la santé mentale) sont organisées par des collectifs. Dans le 93 ce collectif est composé du Conseil départemental, de l'UNAFAM, de l'EPS-VE, ainsi que de certaines communes.

²⁰⁷ L'**empowerment** ou capacité d'agir de la personne en situation de handicap s'est vu renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre les usagers comme des acteurs de leur propre santé, ainsi que par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

²⁰⁸ L'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale est repris dans le PRS2. Le PTSM doit favoriser le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire. Le PTSM a également pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

4. **Objectif général de l'action** : Sensibiliser le grand public à la santé mentale par la participation active des usagers et des ex-usagers, dont les pairs-aidants (professionnels et bénévoles)
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Construire des projets inclusifs avec les personnes concernées
 - Dé-stigmatiser la souffrance psychique et la maladie psychique par la visibilité et la construction de projets communs (GEM, pairs-aidants professionnels (tels que les MSP), et comité d'organisation des SISM)
 - Rendre accessibles les démarches territoriales de construction de projet (lieux, circulation des personnes, mobilisation d'une diversité de territoires dans les quatre EPT).
 - Garantir la participation des personnes concernées (les intégrer dès les premières réflexions, réfléchir à la constitution du comité d'organisation, penser la participation en termes de format, de durée, de contenus, etc.)
 - Renforcer la participation des CLSM dans la communication autour des SISM auprès des groupements d'usager.es.
 - Renforcer au sein des EPT le nombre de CLSM/GEM/SAVS
6. **Publics concernés** : Tout public (habitant.es; usager.es, professionnel.les spécialisé.es et non spécialisé.es, associatif)
7. **Acteurs impliqués** : CLSM, GEM, plateformes d'inclusion citoyennes, association de proches, secteurs psychiatriques adultes et enfants, Département de Seine-Saint-Denis, Communes, comité d'organisation, associations d'usagers, pairs-aidants professionnels (tels que MSP)
8. **Territoires** : Département, EPT, Communes
9. **Indicateurs de résultats** :
 - Présence d'usager.es dès les premières réunions
 - Nombre d'habitant.es et d'usager.es participant.es aux événements
 - Nombre de communes impliquées
10. **Moyens nécessaires**
 - Financement des événements : locaux, moyens techniques, gratification des intervenant.es, frais annexes (restauration, accueils café, photocopies, édition d'affiches, création de supports de communication, etc.)

FICHE ACTION N°12.3.2 : Créer un lieu d'échange, d'écoute, d'expression et d'information des usagers à travers la création d'une maison des usagers

1. **Pilotage** : Commission des usagers de Ville Evrard, Référents du projet médical de Ville-Evrard « Partenariat usagers, famille », associations de famille et amis et associations d'usagers du territoire.
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La feuille de route en santé mentale et psychiatrie de Juin 2018, évoque la nécessité de garantir des parcours de soins coordonnés fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs, sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle invite également à l'amélioration des conditions de vie, d'inclusion et de citoyenneté des personnes en souffrance psychique.

Le projet d'établissement 2018-2022 de Ville-Evrard propose, à côté du projet médical et du projet de soin, piliers essentiels et incontournables de la prise en charge des patients, un volet novateur « Projet des Usagers » mettant au cœur de ses engagements et de ses préoccupations pour les cinq années à venir la prise en charge du bien-être et du bien-vivre des patients au sein de l'établissement et de ses structures. La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) et la loi de Modernisation du système de santé renforcent le positionnement de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et de la Commission des Usagers (CDU) en termes de la qualité de prise en charge des usagers, de la sécurité des soins et des conditions d'accueil.

La création d'une Maison des usagers s'inscrirait dans la perspective de renforcement de la place des usagers dans leurs parcours de vie et de soins, de renforcement de l'accueil, de l'information, des droits et de l'accompagnement des usagers et des familles. Cette Maison des usagers aurait un rayonnement départemental et inclusif vis-à-vis de l'ensemble des partenaires de *l'empowerment* des usagers, elle pourrait notamment comprendre une dimension de plateforme citoyenne qui associerait usagers, citoyens, acteurs de champs sanitaires, médicosociaux et sociaux du département, chacun dans leurs compétences spécifiques, en articulation avec les plateformes d'inclusion citoyenne existantes.

4. **Objectif général de l'action** : Renforcer l'accueil, l'information, l'expression et l'accompagnement des usagers et des familles à travers la création d'une maison des usagers
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Identifier les besoins des usagers et de leurs proches
 - Elaborer un cahier des charges concernant la création d'une Maison des usagers avec plusieurs possibilités
 - Maison des usagers sur site de Neuilly sur Marne
 - Maison des usagers numérique (blog, forum, etc.)
 - Maison des usagers itinérante (bus)
 - Identifier les acteurs nécessaires pour contribuer et faire vivre une maison des usagers (partenariats associatifs, conventionnement avec les acteurs des champs sociaux et médico-sociaux, groupement d'usagers)
 - Créer une passerelle entre les dispositifs sanitaires, les patients, leurs familles, les associations partenaires et bénévoles, ainsi que les dispositifs sociaux et médico-sociaux du territoire
 - Articuler le projet de Maison des usagers avec la perspective d'une plateforme citoyenne à rayonnement départementale en lien avec les GEM et les CLSM du territoire, et les plateformes citoyennes déjà existantes (La Trame, Bol d'air)
 - Encourager l'articulation entre la maison des usagers et les missions handicap des villes pour un meilleur accompagnement des usagers
6. **Publics concernés** : Tout public (habitants, usagers, professionnels spécialisés et non spécialisés du territoire, associatif)
7. **Acteurs impliqués** : Services de soins : Chefs de Pôles, encadrement soignant dans le cadre de l'identification des besoins en lien avec les usagers, Associations d'usagers, service informatique et direction de la communication dans le cadre de la création d'une MDU numérique, CLSM, plateformes d'inclusion citoyenne (Bol d'air, La Trame), dispositifs sociaux, médico-sociaux et culturelles du territoire

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'enquêtes effectuées dans le cadre de l'identification des besoins des usagers et de leurs proches
- Nombre et diversité des acteurs mobilisés autour du projet de création d'une maison des usagers (sanitaires, médico-sociaux, sociaux, associatifs et culturels)
- Création effective d'une maison des usagers

9. Moyens nécessaires

- 1 ETP de coordinateur de la Maison des usagers (MDU)
- Formations/ associations d'usagers
- Formations/ informatique MDU numérique
- Mise a disposition de temps professionnels autour des enquêtes nécessaires à l'identification des besoins et des temps de concertation nécessaires au projet de création d'une MDU.

FICHE ACTION N°12.3.3 : Soutenir le partenariat des actions des Gem et de l'Inter-Gem, avec les dispositifs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, socio-culturels du territoire

1. **Pilotage** : Inter-Gem 93, Groupes d'Entraide Mutuelle du territoire, associations marraines (A Plaine Vie, Bol d'Air), CLSM, secteurs de psychiatrie
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

L'un des trois grands axes de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie de Juin 2018 concerne l'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des usagers de la psychiatrie. La fiche-action 34 mentionne : "Le développement de la pair-aidance, levier reconnu du rétablissement des personnes ayant des troubles psychiques, s'appuie sur différentes actions qui seront approfondies : consolider et élargir l'offre de GEM, afin qu'ils soient moins vulnérables et ne disparaissent pas après quelques années de fonctionnement ; qu'ils soient plus nombreux et qu'ils puissent s'adresser à des publics plus diversifiés (notamment les personnes bipolaires, actuellement sous-représentées) et des personnes plus jeunes ; renforcer le dialogue entre ARS et GEM, afin d'améliorer le suivi et le fonctionnement des GEM."

Le groupe de travail « inclusion et déstigmatisation » (phase de diagnostic du PTSM 93) a fait apparaître en Seine-Saint-Denis la nécessité de renforcer les liens des Groupes d'Entraide Mutuelle des territoires avec les dispositifs médico-sociaux, sanitaires et sociaux proches géographiquement.

Le cahier des charges des GEM 2019 mentionne et souligne les différents partenariats nécessaires à l'implantation et à l'existence d'un GEM sur son territoire. Les actions de cette fiche déclinent les points de ce cahier des charges.

4. **Objectif général de l'action** : Réaliser des actions communes aux GEM et aux dispositifs sanitaires, médico-sociaux, socio-culturels et sociaux des territoires concernés
5. **Objectif(s) spécifique(s) de l'action**
 - Soutenir la dynamique Inter-GEM 93 (rencontres, évènements, coordination, publications, lien avec la coordination nationale CNIGEM)
 - Valoriser et soutenir la participation des GEM aux CLSM : Assemblée Plénière, Comité de Pilotage, Groupes de Travail (si existants), réseau d'échanges autour de situations complexes
 - Faciliter le soutien financier direct ou indirect complémentaires de la part des territoires d'implantation (Politique de la Ville, FIA, DDCS, etc.) et l'accès aux équipements collectifs (sports, culture, vie associative, etc.)
 - Faciliter l'accès aux droits et aux soins par la création de partenariats actifs entre les GEM et les acteurs du territoire (dont les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle) notamment dans la perspective de mise en place d'une maison des usagers
 - Renforcer les liens entre les dispositifs créés par la Loi de février 2005 (SAVS, GEM, SAMSAH, MDPH)
 - Renforcer et soutenir les liens entre les participant.es des GEM et des récentes plateformes d'inclusion citoyennes créés sur le territoire (La Trame et plateforme de Bol d'Air)
 - Encourager la mise en place de convention de partenariat entre les plateformes d'inclusion citoyenne et les institutions (Ex : MDPH) et autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux
 - Encourager la mobilisation des GEM dans les actions du Schéma Autonomie et Inclusion et de la démarche « Territoires 100% inclusifs »
6. **Publics concernés** : usager.es en santé mentale, participant.es des GEM
7. **Acteurs impliqués** : GEM, inter-GEM, CLSM, dispositifs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, socio-culturels partenaires existants dans le territoire

8. Indicateurs de résultats :

- Nombre de personnes pour renforcer les GEM existants
- Nombre annuel de conventions établies entre les GEM et les partenaires du territoire
- Nombre d'actions communes menées
- Nombre de champs représentés dans les actions et partenariats mis en places (sanitaire, social, médico-social, socio-culturel)
- Nombre de GEM participants aux instances de fonctionnement de CLSM

9. Moyens nécessaires

- Création d'1 ETP de coordination inter-GEM 93 : soutien à l'animation territoriale, à la mise en lien des GEM avec les partenaires du territoire, recherches de financements complémentaires
- Mise à disposition de temps dédiés à la coordination avec les GEM au sein des structures des champs cités précédemment.
- Coopération matérielle des collectivités pour faciliter les temps et les rencontres de coordination dans les territoires

FICHE ACTION N°12.3.4 : Prévoir des programmes de sensibilisation pour le personnel hospitalier non psychiatrique (FDR formation et FDR urgences)

1. **Pilotage** : Centre de formation de l'EPS-VE, CD93, psychiatrie de liaison
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

La France a perdu, en quarante ans, 50% de ses capacités d'hospitalisation avec une accélération de la déperdition entre 1994 et 2007 et une stabilisation depuis. En Seine-Saint-Denis, le taux de lits pour 1000 habitants est à ce jour inférieur à celui observé en Île-de-France (0.49 versus 0.77) et ce malgré une augmentation de la population observée et attendue de 200 000 habitants d'ici 2026 et une objectivation de la précarité de cette population par l'IDH2 inférieur à 0.52. Un psychiatre anglais²⁰⁹ a établi une corrélation inverse entre la diminution des lits d'hospitalisation en psychiatrie, l'inflation de la population carcérale et l'augmentation du nombre de morts violentes. Aujourd'hui, ce fait est vérifié aux États-Unis où la prison est considérée désormais comme la plus grande institution psychiatrique du pays, avec pas moins de 350 000 détenus souffrant de troubles psychiatriques graves. En France, 20% des détenus souffrent de pathologies psychotiques (schizophrénie, trouble délirant persistant et psychose hallucinatoire chronique).

De plus en plus d'auteurs tendent à remplacer le terme de désinstitutionnalisation par celui de trans-institutionnalisation soulignant l'échec de ce processus. Outre les prisons, Allison et al. suggèrent que la trans-institutionnalisation affecte les services non psychiatriques (accueil, services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, EPHAD etc.) notamment des urgences, où les patients pharmaco-résistants ou dépendants de l'institution sont parfois pris en charge faute de lits en psychiatrie. Cette évolution majore une double stigmatisation à la fois du psychiatre considéré comme responsable du processus de désinstitutionnalisation, et du patient, notamment dans les secteurs d'urgence où la violence devient inquiétante. Le résultat est la conceptualisation d'un phénomène inquiétant : **la psychophobie** dans le milieu soignant non psychiatrique (forme de discrimination et d'oppression à l'encontre de personnes qui ont ou sont censées avoir un trouble psychique ou une autre condition mentale stigmatisée).

Dans le cadre de la rédaction du PRS 2, un bilan du précédent PRS fait le bilan des partenariats et de l'animation territoriale en Seine-Saint-Denis où il est rappelé en préambule :

« Au-delà des indicateurs de résultats qui permettent sur un territoire donné d'évaluer les différents engagements inscrits dans les schémas composant le PRS, le Projet stratégique régional de santé (PSRS) avait fixé un objectif de conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires.

L'incidence de la précarité économique et sociale du département de la Seine Saint Denis sur l'état de santé des populations est un facteur de mobilisation accrue de tous les acteurs de santé dans ce département. L'enjeu majeur pour le département le plus défavorisé de la région Île de France était de parvenir à une réduction des inégalités de santé, en mobilisant des moyens supplémentaires et une organisation plus optimale des différentes modalités d'accès aux soins. Le bilan territorial du PRS 2010-2017 en Seine Saint Denis met en avant le bilan de cinq années d'animation territoriale, portée par la délégation départementale de l'ARS. Il vise à démontrer (*écrit ainsi dans le texte*) l'efficacité mais aussi les limites de la mobilisation et de la coordination des différents acteurs de santé sur ce département. »

4. **Objectif général de l'action** : Lutter contre la psychophobie dans les milieux soignants non psychiatriques
5. **Objectif(s) opérationnel(s) de l'action**
 - Mettre en place des sensibilisations pour des personnels soignant rencontrant des malades psychiatriques

²⁰⁹ Penrose LS. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical Psychology*. 1939;18(1):1-15.

- Faire connaître la formation « accueil physique et téléphonique des usagers », mise en place par le service de formation permanente de l'EPS Ville Evrard
 - Sensibiliser les organismes de formation et les services de RH de l'importance du recours aux formations à l'accueil des publics avec problématique psychique/psychiatrique (CNFPT).
 - Organiser des rencontres entre les personnels soignants et des usagers, ex-usagers et/ou pairs-aidants
6. **Publics concernés** : personnel soignant non psychiatrique des hôpitaux généraux, des institutions
7. **Moyens nécessaires** : à définir

FICHE ACTION N°12.3.5 : Organiser des sensibilisations à destination des élu.e.s et des directions d'administration

1. **Pilotage** : DD ARS, CD93, CLSM
2. **Calendrier** : 2020-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Depuis plusieurs années les questions de santé mentale s'imposent dans la vie quotidienne et doivent être prises en compte dans les politiques locales. La pratique psychiatrique, longtemps asilaire puis hospitalière, a évolué à partir des années 70 avec la pratique de secteurs et de soins ambulatoires. Il s'agissait de favoriser le « soin dans la ville », selon l'expression du Dr Lucien Bonnafé. De même la notion de santé mentale s'est progressivement élargie de la pathologie psychiatrique aux souffrances psychologique et psycho-sociale. Compte tenu de ces évolutions toujours en cours de la psychiatrie publique, traversée par de nouveaux enjeux comme celui du rétablissement des personnes considérées auparavant comme « malades à vie », il ressort comme nécessaire de mettre en œuvre, avec les personnes concernées, une politique publique globale et transversale de santé mentale dans la communauté, inclusive des personnes vivant avec un trouble psychique.

Ainsi, si la question de la formation des professionnels de la santé mentale est cruciale pour assurer une prise en charge de qualité des usagers, elle l'est également pour les décideurs politiques. Ces acteurs citoyens, accompagnés par des professionnels de l'administration, sont de plus en plus incités à mener une réflexion globale sur la stigmatisation et les discriminations liées à la santé mentale. Tant du fait de politiques publiques nationales, que de prises de conscience sociétales et de mobilisations militantes des personnes concernées par la santé mentale et l'exclusion.

Afin de sensibiliser ces acteurs aux troubles psychiques et à l'organisation des soins, et de nourrir les réflexions au niveau municipal et départemental sur les idées reçues et leurs conséquences sur l'intégration citoyenne des personnes vivant avec un trouble psychique, il est proposé d'organiser des sessions de sensibilisation sur le modèle de celles mises en œuvre par le Psycom. A l'échelle communale, ces sessions pourraient être portées par les conseils locaux de santé mentale (CLSM), et par la coordination du Projet territorial de santé mentale (PTSM) à l'échelle départementale.

Les sessions de sensibilisation pourraient être organisées selon différents formats, selon les besoins des demandeurs. Elles permettraient d'éclairer les enjeux de la santé mentale et d'engager une prise de conscience des mécanismes de stigmatisation. A partir d'un socle de connaissances en santé mentale, ces sessions seraient construites à partir des témoignages et expériences de personnes vivant avec des troubles psychiques, usagères ou ex-usagères des services de soins.

4. Objectif général de l'action

Contribuer à construire une société et des villes inclusives des personnes vivant avec des troubles psychiques.

5. Objectif(s) spécifique(s) de l'action

- Apporter une réflexion sur la complexité des problèmes de santé mentale afin d'amener les élus et leur administration à construire une sensibilité commune

- Inscrire les problématiques de santé mentale dans un contexte de santé publique (impacts sur la population, enjeux politiques et évolutions, déterminants de santé)
 - Mieux comprendre la réalité des troubles psychiques et les impacts de la stigmatisation
6. **Publics concernés** : Les élus locaux et départementaux, les directions générales des services municipaux et départementaux, les directions départementales et/ou municipales des services de la santé, du handicap, de l'action sociale, de la protection de l'enfance, de l'hébergement et du logement, de la tranquillité publique, de la culture...
7. **Acteurs impliqués** : Coordonnateurs du PTSM et des CLSM, Psycom, usagers, ex-usagers et pairs aidants
8. **Territoires** : Département, communes
9. **Indicateurs de résultats** :
- Nombre de sessions de sensibilisation organisées
 - Nombre d'élu.e.s concerné.e.s
 - Nombre d'agents administratifs concernés
10. **Moyens nécessaires** :
- Financement des sessions de sensibilisation