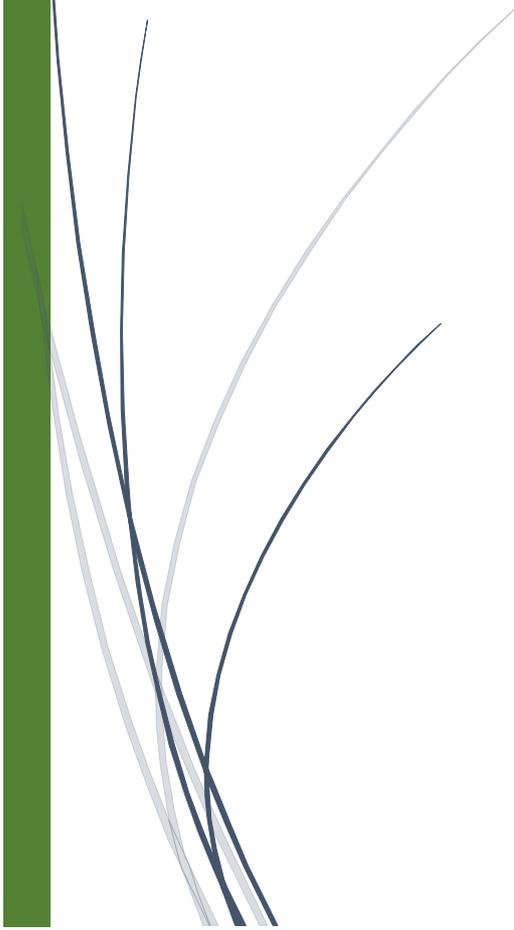




Diagnostic territorial partagé

TERRITOIRE YVELINES NORD



PTSM 78 NORD

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE DES SIGLES UTILISES.....	3
INTRODUCTION	4
PHILOSOPHIE DU PTSM	5
METHODOLOGIE D'ELABORATION DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DES YVELINES NORD	11
<i>I. CADRAGE</i>	11
<i>II. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUANTITATIF : CARTE D'IDENTITE DE TERRITOIRE</i>	18
<i>III. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUALITATIF</i>	19
CARTE D'IDENTITE DU TERRITOIRE DES YVELINES NORD.....	21
<i>I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</i>	24
1. DEMOGRAPHIE.....	24
2. POPULATION PAR AGE	25
3. PROJECTION DEMOGRAPHIQUE	26
4. GEOGRAPHIE ET MOBILITE.....	27
<i>II. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES</i>	29
1. PRECARITE ET CHOMAGE	29
2. QUALITE DE VIE DANS LES TERRITOIRES	31
3. IMMIGRATION, ISOLEMENT, FRAGMENTATION SOCIALE.....	32
<i>III. EQUIPEMENTS ET RESSOURCES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX</i>	35
1. OFFRE SANITAIRE DE VILLE.....	35
2. OFFRE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES EN PSYCHIATRIE.....	39
3. OFFRE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE.....	44
4. OFFRE COMMUNAUTAIRE.....	47
5. OFFRE MEDICO-SOCIALE	48
<i>IV. CARACTERISTIQUES SANITAIRES ET RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES</i>	54
1. PREVALENCE « TRAITEE ».....	54
2. SUICIDE ET MORTALITE	55
3. RECOURS AUX SOINS AUX PSYCHIATRES LIBERAUX.....	56
4. RECOURS AUX SOINS POUR LES TROUBLES FREQUENTS ET MODERES (18 A 64 ANS).....	57
5. RECOURS AUX SOINS POUR LES TROUBLES SEVERES ET PERSISTANTS (18-64 ANS)	60
6. HOSPITALISATION POUR LES TROUBLES FREQUENTS ET MODERES.....	62
7. HOSPITALISATION POUR LES TROUBLES SEVERES ET PERSISTANTS	64
<i>V. ARTICULATION VILLE-HOPITAL – PREVENTION – SOINS SOMATIQUES</i>	76
1. PLACE DES MEDECINS TRAITANTS DANS LE PARCOURS DE SOINS	76
2. SUIVI AMONT	79
3. SUIVI AVAL.....	81
4. SUIVI MEDICAMENTEUX.....	84
5. ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS SOMATIQUES	85

DIAGNOSTIC QUALITATIF PAR 6 PRIORITES DU PTSM	90
PRIORITE 1.....	91
I. REPERAGE PRECOCE ET ACCES AU DIAGNOSTIC	92
II. ACCES AU SUIVI ET SOINS PSYCHIATRIQUES.....	99
III. ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SANITAIRES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....	105
PRIORITE 2.....	111
I. PARCOURS DE SANTE SANS RUPTURE : COORDINATION DES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX	112
II. ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	118
III. ACCES ET MAINTIEN DANS LE LOGEMENT	120
IV. ACCES ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI.....	126
V. ACCES ET MAINTIEN A LA SCOLARISATION.....	130
VI. ACCES A LA PARTICIPATION SOCIALE, A LA CULTURE, AUX LOISIRS ET AUX ACTIVITES SPORTIVES	134
VII. SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES AIDANTS.....	137
PRIORITE 3.....	141
I. LE SUIVI SOMATIQUE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE PREMIER RECOURS, EN COORDINATION ETROITE AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE ET DU SOIN SOMATIQUE SPECIALISE	142
II. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT ADAPTES AUX PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES EN MCO.....	147
III. ACCES AUX SOINS SOMATIQUES POUR LES PERSONNES HOSPITALISEES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE SPECIALISES EN PSYCHIATRIE.....	149
IV. ACTIONS DE PREVENTION, D'EDUCATION A LA SANTE ET D'UN SUIVI SOMATIQUE PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX	152
PRIORITE 4.....	157
I. L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE SUR LES LIEUX DE VIE DES PERSONNES, EN PREVENTION DE LA CRISE ET EN CAS DE CRISE ET D'URGENCE	158
II. LA PERMANENCE DES SOINS ET LA REPOSE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES	162
III. L'ORGANISATION DU SUIVI EN SORTIE D'HOSPITALISATION (Y COMPRIS SUITE A UNE TENTATIVE DE SUICIDE)	165
PRIORITE 5.....	170
I. LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS.....	171
II. LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES TROUBLES PSYCHIQUES	174
III. LE RENFORCEMENT DU POUVOIR DE DECIDER ET D'AGIR DES PERSONNES, LA PROMOTION DE LEUR IMPLICATION ET DE CELLE DE LEURS PROCHES	176
IV. LE DEVELOPPEMENT DES MODALITES DE SOUTIEN PAR LES PAIRS	179
PRIORITE 6.....	181
IDENTIFICATION DES PROBLEMES EN LIEN AVEC LES DETERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE	182

LEXIQUE DES SIGLES UTILISES

AAH Allocation aux adultes handicapés

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANCREAI Association national des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

ARS Agence Régionale de Santé

CADA Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CAMPS Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS Centre communal d'action sociale

CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CH Centre hospitalier

CHIMM Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux

CHIPSG Centre hospitalier intercommunal Poissy/Saint-Germain-en-Laye

CHTR Centre Hospitalier Théophile Roussel

CHU (sanitaire) Centre hospitalier universitaire

CHU (social) Centre d'hébergement d'urgence

CLIS Classe pour l'inclusion scolaire

CLS Conseil Local de Santé

CLSM Conseil Local de Santé Mentale

CMP Centre médico-psychologique

CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPT Communauté Psychiatrique de Territoire

CSSM Commission Spécialisée en Santé Mentale

CTS Conseil Territorial de Santé

DATAR Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale

DTARS Délégation territoriale de l'agence régionale de santé

EHPAD Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EN Education Nationale

ESAT Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ETP Education thérapeutique du patient

FAM Foyer d'accueil médicalisé

GEM Groupe d'Entraide Mutuelle

GHT Groupement Hospitalier de Territoire

IME Institut médico-éducatif

IRDES Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ITEP Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques

MAIA Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MAS Maison d'accueil spécialisée

MCO Médecine chirurgie obstétrique

MDA (MDPH) Maison d'autonomie

INTRODUCTION

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dans son article 69, a créé le projet territorial de santé mentale /PTSM/. Il vise à améliorer les parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, dans un territoire, par une meilleure coordination des acteurs qu'ils soient sanitaires, sociaux, médico-sociaux, acteurs du logement, de l'insertion, de l'éducation etc.

Il doit être élaboré à l'initiative des acteurs et transmis au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pour son approbation. Il fera l'objet d'un contrat territorial de santé mentale.

Le Réseau Santé Mentale Yvelines Nord /RSMYN/ et la Communauté Psychiatrique du Territoire Yvelines Nord /CPT78 Nord/ préfiguratrice, se sont organisés en collaboration avec la Commission Spécialisée en Santé Mentale /CSSM/ élargie du Conseil Territorial de Santé /CTS/ des Yvelines pour porter les travaux d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale Yvelines Nord.

Ainsi, un comité de pilotage a été constitué regroupant les représentants des acteurs des différents champs intervenant en santé mentale sur le territoire. Ils ont adressé le 20 décembre 2018, une lettre d'initiative au Directeur Général de l'ARS Île-de-France, M. Aurélien Rousseau qui en a pris acte et validé la démarche.

Le 5 février 2019, environ 150 acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, du logement, de l'insertion, de l'éducation, de la justice se sont réunis dans le cadre du lancement de l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale Yvelines Nord. L'objectif de la réunion était de lancer les travaux autour du diagnostic territorial, de présenter la méthodologie et le calendrier et de faire participer le plus grand nombre d'acteurs, représentatifs de tous les champs de la santé mentale sur le territoire.

Les objectifs du PTSM, ont été présentés comme étant la feuille de route, le projet régional de santé de l'IDF, comme boussole et les outils de l'ANAP comme méthodologie.

A l'issue de cette réunion, un appel à candidature a été lancé. 195 candidatures reçues sur environ 300 sollicitations pour participer aux trois groupes thématiques constitués à partir des six priorités du Projet Territorial de Santé Mentale définies par le Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017.

- Groupe 1 : Parcours de soins,
- Groupe 2 : Parcours de santé et de vie,
- Groupe 3 : Déterminants sociaux et environnementaux.

Dans le cadre de l'élaboration du diagnostic qualitatif, chaque groupe s'est réuni trois fois afin d'identifier les problématiques (1^{ère} réunion), d'analyser les causes (2^e réunion) et de proposer des pistes d'actions (3^e réunion) selon la méthodologie proposée par l'ANAP.

En parallèle, la carte d'identité du territoire Yvelines Nord est construite à partir des données de l'Atlas de la Santé Mentale en France par une commande faite à l'IRDES.

En effet, en accord avec l'ARS, les acteurs de la santé mentale en Yvelines ont fait le choix, pour des raisons, historique, culturelle, organisationnelles de travailler sur deux infra-territoires le Nord et le Sud.

Les données quantitatives fournies par Atlas santé étant à l'échelle du département, elles nécessitaient donc un traitement afin de rendre compte de la situation sur chaque infra –territoire, d'où la commande faite à l'IRDES.

L'accompagnement financier à hauteur de 50 000 € de l'ARS a été réparti en deux 25 000 € pour le Nord et 25 000 € pour le Sud .Il a permis de rémunérer la mission IRDES ainsi qu'un temps de chargé de mission pour assistance à la coordination, la logistique, le secrétariat, la rédaction des comptes rendus, rapports et documents divers.

PHILOSOPHIE DU PTSM

L'élaboration du PTSM est une opportunité pour les territoires, il invite chacun à poser un autre regard sur la santé mentale, sur les organisations, sur les pratiques et sur les personnes vulnérables, fragilisées par un handicap, par l'âge, la précarité, la souffrance ou la solitude...

Les acteurs se mobilisent avec comme objectif la transformation de leur système de soins et d'accompagnement, mais aussi de leur environnement social afin d'offrir à chaque habitant (patient-usager-citoyen) la bonne réponse au bon endroit et au bon moment.

Pour ce faire, ils s'appuient sur :

- ✓ le projet Régional de Santé IDF : comme boussole,
- ✓ les priorités du PTSM : comme feuille de route,
- ✓ l'approche « parcours » de l'ANAP : comme méthodologie,
- ✓ et la bonne humeur, l'enthousiasme, la confiance et l'écoute bienveillante de chacun comme ingrédients des rencontres.

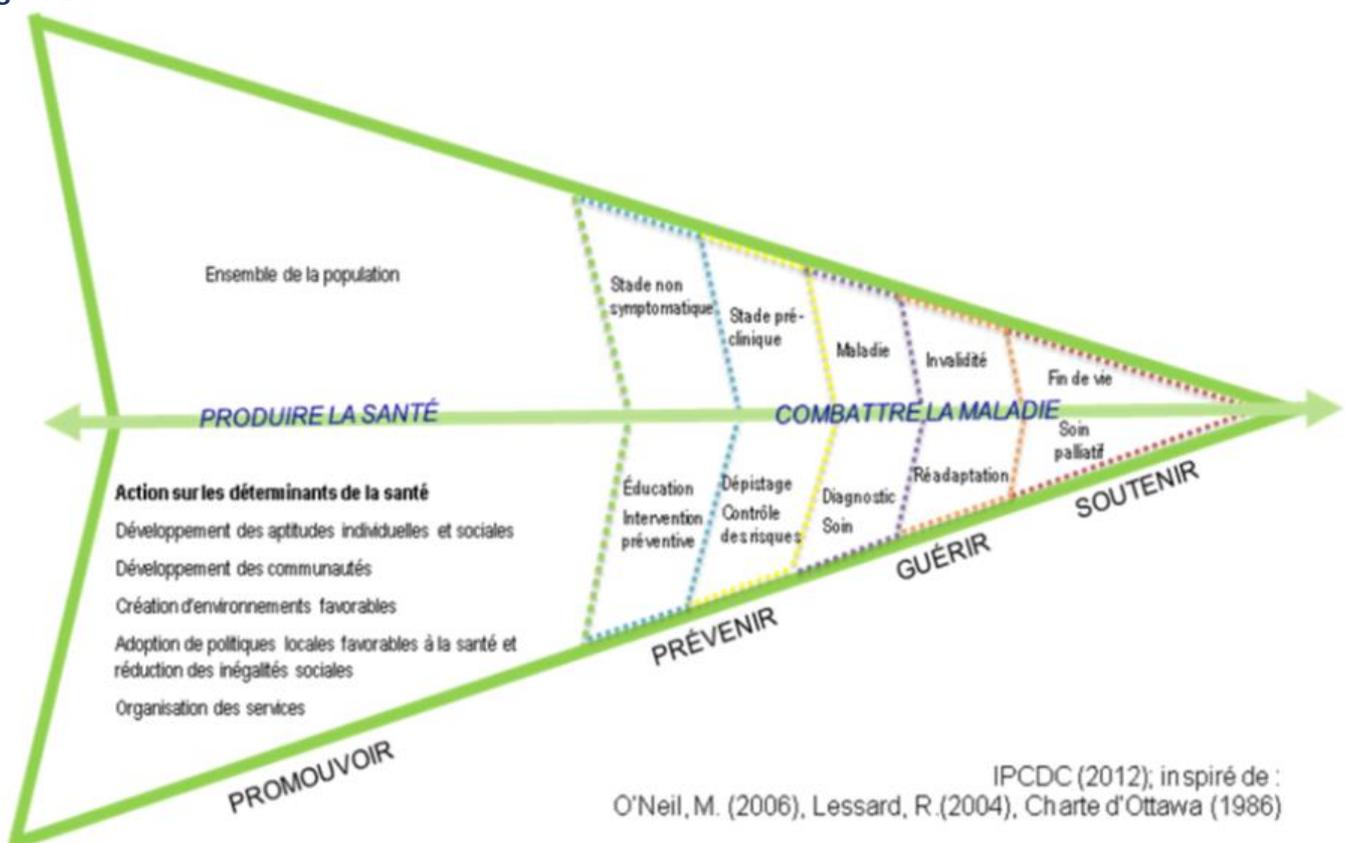
 **Un changement dans l'approche des politiques publiques et une avancée dans l'exercice de la démocratie sanitaire**

Une responsabilité populationnelle (Fiche ANAP)

L'approche préconisée par le PTSM est une approche systémique qui vise à organiser la bonne réponse au bon moment aux besoins des usagers pour éviter les ruptures de parcours et la mise en lien nécessaire des différentes compétences mobilisées (ANAP).

Il s'agit clairement d'une approche de « responsabilité populationnelle ». Cette responsabilité populationnelle est celle des acteurs sanitaires et sociaux d'un territoire afin d'apporter les réponses aux besoins de la population, selon 4 cibles : Promouvoir, Prévenir, Guérir, Soutenir.

Figure 1 :



IPCCD (2012); inspiré de :
O'Neil, M. (2006), Lessard, R. (2004), Charte d'Ottawa (1986)

Il s'agit d'une politique publique globale qui implique tous les échelons décisionnaires pour qu'ils produisent :

- une réponse intégrée au bénéfice des usagers du système de santé et des citoyens en général,
- une réponse graduée tenant compte des besoins de chacun, comme le décrit la pyramide de Kaiser (en annexe),
- une réponse qui mobilise les citoyens à être acteurs de leur santé.

Elle s'appuie sur le réseau des acteurs et sur l'expression des citoyens. Cela suppose pour les acteurs de :

- S'approprier les données socio-sanitaires afin de construire une vision commune de la réalité territoriale (**DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE**) ;
- Définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau socio-sanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de service intégrée et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale (**CO-CONSTRUCTION**) ;
- Renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale (**SANTÉ POSITIVE**) ;
- Assurer le suivi et l'amélioration continue, dans une perspective de plus grande imputabilité (**EVALUATION**).¹

Les acteurs du PTSM 78N s'inscrivent dans cette démarche de responsabilité populationnelle.

Une démarche ascendante de démocratie sanitaire avec comme objectif « la réduction des inégalités »

- La notion de démocratie sanitaire, est inscrite dans les lois successives, celle du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale et du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui consacrent le concept de démocratie sanitaire et placent l'utilisateur au cœur de l'organisation sanitaire.
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), crée les outils de la démocratie sanitaire et met en place de nouvelles instances notamment les Conférences de Territoire et la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).
- La loi de janvier 2016, de modernisation de notre système de santé (LMSS), qui conforte la démocratie sanitaire par la création des conseils territoriaux de santé et leurs deux formations qui sont la commission spécialisée en santé mentale qui n'existait pas jusque-là, et la commission des usagers.

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Il y aura un avant et un après les PTSMs !

Un des défis des politiques publiques réside dans la réduction des inégalités. Malgré un système sanitaire et social solidaire, on constate toujours des disparités dans l'accès aux soins et aux droits selon les régions, les milieux ruraux ou urbains, les quartiers, les niveaux de vie, les niveaux d'éducation etc.

La démarche ascendante du PTSM qui inverse l'approche dans la mise en œuvre des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales et donne l'initiative aux acteurs du terrain de proximité pour faire un diagnostic territorial, et proposer des solutions est une manière de traiter cette question au plus près des citoyens et de leurs besoins.

¹ Mise en place de la réforme du Réseau local de services de santé et de services sociaux à Québec (LSSSS art 99.3 et 99.6)

Cependant, faire collectivement un diagnostic nécessite d'un côté une maturité dans l'exercice de la citoyenneté, et de l'autre des compétences relationnelles, techniques et méthodologiques d'un **collectif** divers et variés. Ces compétences ne sont pas acquises d'avance, mais vont se développer par la mise en situation, c'est en cheminant ensemble que nous apprenons à faire et à construire.

Comme il s'agit d'un premier exercice de cette nature, il a été entendu de produire des éléments de diagnostic limités à des thématiques prioritaires avec des objectifs atteignables et des projets moins nombreux mais concrets et susceptibles de mise en œuvre rapide.

Une démarche qui cible « le parcours » et qui considère le sujet (usager, citoyen) comme un « partenaire » incontournable

Contrairement à une approche structurelle, qui part des métiers, des compétences et des structures, l'approche systémique et globale cible les parcours en mettant le sujet au centre étant un partenaire incontournable.

Pour faciliter le traitement des parcours, et dans le cadre du PTSM, il a été décidé de considérer le parcours de vie d'une manière large et de s'intéresser au parcours de santé cette dernière étant un facteur déterminant du parcours de vie, avec un focus sur le parcours de soins dans l'objectif d'identifier les ruptures afin de les éviter et d'améliorer les chances de poursuivre une vie choisie.

Mais le système de soins n'étant pas le seul déterminant de la santé, il est important de considérer tous les autres déterminants afin de créer un environnement favorable à l'amélioration de la santé, un environnement bienveillant, un environnement porteur et soutenant.

Ainsi les 6 priorités du PTSM ont été réparties sur 3 groupes de travail traitant :

- Du parcours de santé et de vie
- Du parcours de soins
- Des déterminants sociaux et environnementaux

Une démarche Territoriale : Le territoire de la santé mentale étant à définir par les acteurs !

La loi ne précise pas un périmètre, mais indique qu'il faut qu'il soit « d'un niveau 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 ».

Objectif : mettre en place une approche transversale incluant la prévention et la promotion en santé mentale, le repérage, l'intervention précoce sur les troubles, l'orientation, la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques (accès à des modalités et techniques de soins spécifiques), leur accès au logement et à l'insertion (ANAP).

Ce nouveau territoire issu de la Loi doit faire l'objet :

- d'un diagnostic partagé en santé mentale
- d'un projet territorial de santé mentale
- d'un contrat territorial de santé mentale passé entre les acteurs et l'ARS

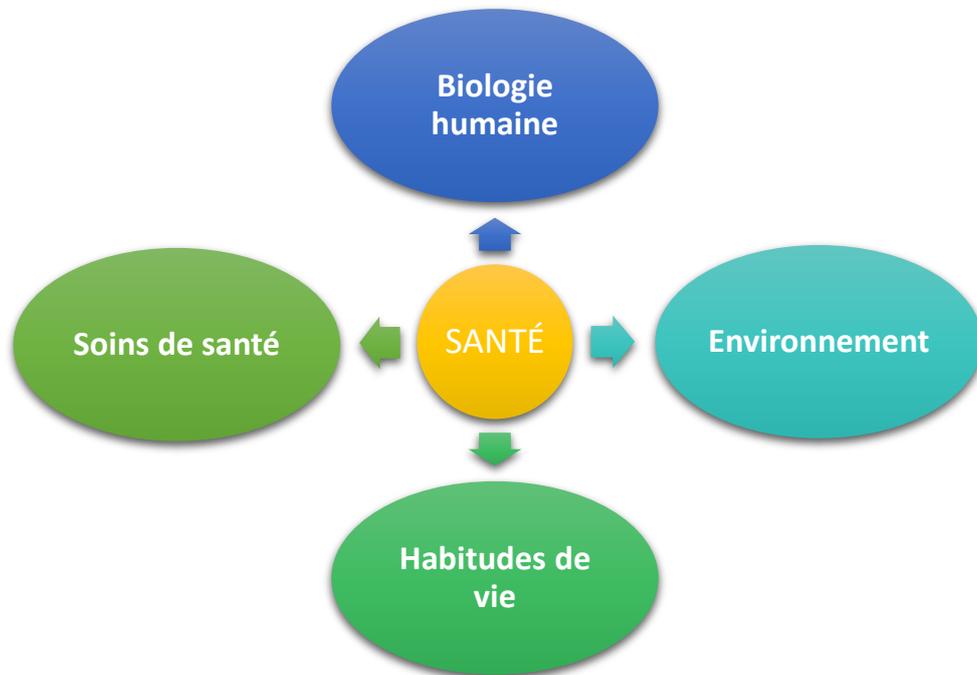
Eventuellement, d'une communauté psychiatrique du territoire.

La définition du périmètre du territoire en Yvelines Nord a été décidée collégalement par les acteurs et en accord avec la DTARS 78 (plus de détail dans la méthodologie)

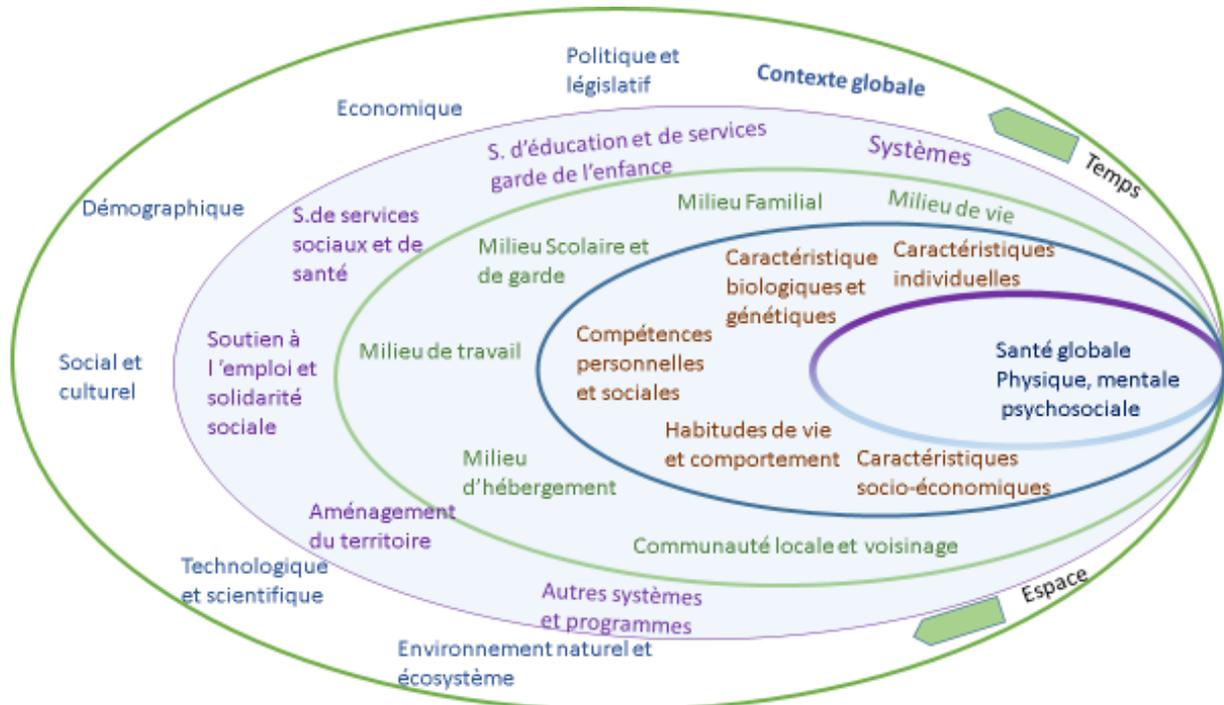
Santé globale

Le concept de santé globale est inspiré par la Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 dans l'optique d'une santé pour tous aussi bien pour les pays développés que pour les pays en développement. A l'instar de la Charte d'Ottawa, ce concept de santé globale prône une approche socio-écologique de la santé, autant dire une approche holistique que beaucoup d'auteurs relevant des disciplines variées ne manquent pas alors de souligner à bon escient.

CONCEPT DE SANTE GLOBALE



LES DETERMINANTS DE LA SANTE GLOBALE



Source : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – résultat d'une réflexion commune, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2010.

Si la définition de la santé est connue des acteurs, la question des déterminants a posé question, comment l'appréhender ? Et comment la traiter ?

Si intuitivement, on comprend que la santé en générale et la santé mentale en particulier est influencée par plusieurs facteurs, il a fallu chercher et s'accorder sur un cadre conceptuel qui permet aux acteurs d'avoir une clé de lecture et une grille d'analyse des déterminants.

Le cadre conceptuel produit par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec en mars 2010, a été utilisé comme grille d'analyse des facteurs qui jouent un rôle dans la santé mentale ces facteurs regroupés en 4 domaines et sont liés :

- Aux caractéristiques individuelles de la personne : biologique, habitudes de vie et comportement, compétences personnelles, socio-économiques etc.
- A son milieu de vie : familial, scolaire, logement, travail, communauté etc.
- Aux systèmes mis en place dans son pays : les services de garde et scolaire, les services sociaux et de santé, le soutien à l'emploi, l'aménagement du territoire etc.
- Au contexte global : politique et législatif, économique, démographique, social et culturel, technologique et scientifique et environnemental

Ces déterminants sont à analyser en tenant compte des facteurs temps et espace : si l'on vit dans tel ou tel pays, région, milieu urbain, ou rural etc.

Mais aussi selon les âges : s'il s'agit d'enfant, d'adulte, ou de personne âgée etc.

Santé mentale

La santé mentale fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du "bien-être", tel qu'il figure dans la définition de la santé établie par l'OMS comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.²

La santé mentale comporte trois dimensions³ :

- la santé mentale positive, discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel,
- la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Psychiatrie

La psychiatrie est une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle comporte des spécificités lorsqu'elle s'adresse à certains âges de la vie. Ainsi pour la psychiatrie infanto-juvénile, les dimensions de repérage et de prévention sont essentiels ; le sujet âgés, certaines populations spécifiques, requièrent un abord particulier. Elle s'inscrit dans une dimension globale du soin, incluant la prévention, le repérage des troubles et l'insertion, en partenariat étroit de l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants, socio-

² https://www.who.int/topics/mental_health/fr/

³ Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

éducatifs, psychologues...) avec les professionnels intervenant dans le champ social, éducatif, judiciaire, médico-social et des collectivités locales.

Dans cet esprit, la psychiatrie développe des axes de recherche dans plusieurs domaines qui impliquent de nombreuses collaborations soit avec d'autres spécialités médicales (neurologie, imagerie...) ou d'autres disciplines par exemple les sciences humaines et sociales, soit avec les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Handicap psychique

Constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant⁴.

⁴ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

I. CADRAGE

Démarche projet

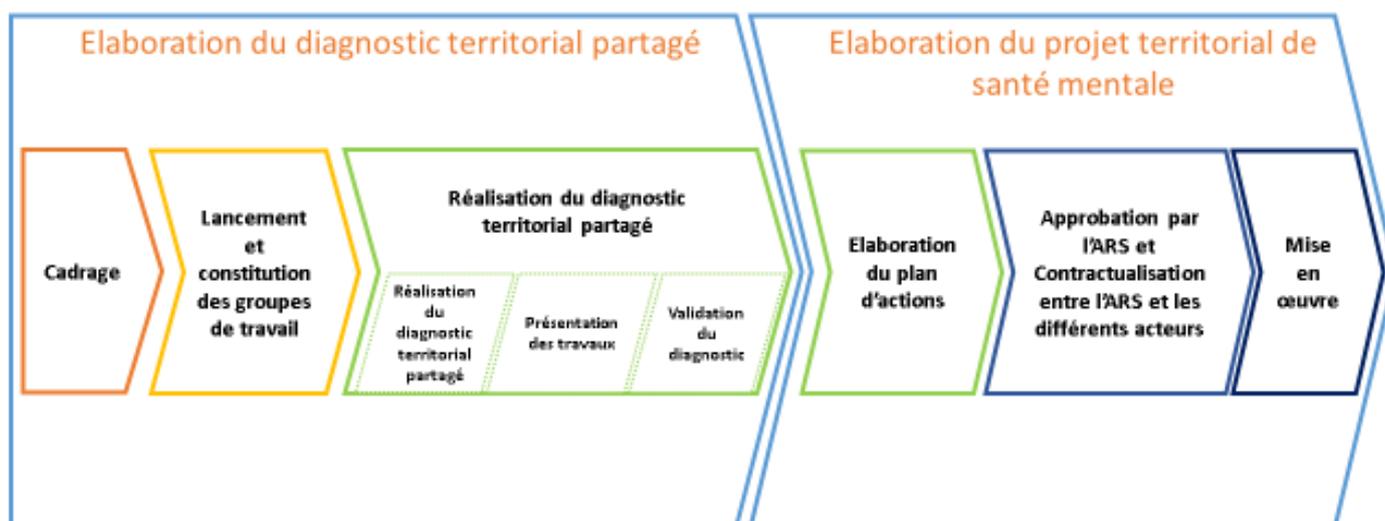
La démarche proposée est une démarche projet en trois étapes : une étape de réalisation du diagnostic partagé, une étape d'élaboration de la feuille de route et de plan d'action, une étape de contractualisation et de mise en œuvre.

La première étape a nécessité plusieurs phases :

- une phase de cadrage, de lancement, de réalisation du diagnostic territorial partagé et sa validation par les acteurs notamment les CLSM et le Conseil Territorial de Santé avant de l'adresser au DG de l'ARS IDF. Décembre 2019

La deuxième étape consiste à élaborer la feuille de route et le plan d'action qui sera adressé au DG de l'ARS IDF pour son approbation. Juillet 2020

La troisième étape est celle de la contractualisation entre l'ARS et les acteurs du terrain et de la mise en œuvre du PTSM78N. Septembre 2020-2025



Phase préparatoire et de cadrage (2018 – décembre 2018)

En ce qui concerne le territoire Yvelines Nord, il a fallu passer par une phase préparatoire qui a permis de répondre à la question de qui des acteurs est légitime à prendre l'initiative. Ce qui s'est fait en plusieurs étapes :

- Création de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) 78 Nord - préfiguratrice par l'écriture d'une convention constitutive entre les établissements publics de santé auxquels sont rattachés les secteurs de psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile sur le territoire. Cette CPT a été approuvée par le Directeur Général de l'ARS IDF le 8 septembre 2019.
- Le Réseau en Santé Mentale Yvelines Nord (RSMYN) est une association loi 1901, qui regroupe des acteurs de la santé mentale des différents champs : sanitaires et médico-sociaux, publiques, privés et associatifs sur le territoire Yvelines Nord.
- Les 2 formations : CPT 78 Nord-préfiguratrice et RSMYN ont pris l'initiative de constituer un comité de pilotage pour conduire les travaux du PTSM 78 Nord. Ce comité a regroupé les représentants des différentes institutions et acteurs de la santé mentale. (Voir composition en annexe)

- Le comité de pilotage a commencé ses réunions en novembre 2018. Il a défini la démarche, les modalités de gouvernance, la méthodologie, l'organisation des travaux de groupes, les moyens mis en œuvre et le calendrier.

Cette phase a abouti, à l'envoi au directeur général de l'Agence Régionale de Santé IDF, en décembre 2018, d'un courrier l'informant de l'initiative prise pour la réalisation du diagnostic territorial de santé mentale. Le courrier a précisé le périmètre du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et des acteurs désignés comme correspondants de l'agence. Il fût accompagné des lettres d'engagement des différents acteurs.

Phase de lancement et constitution des groupes de travail (février 2019 – mars 2019)

Dans le cadre de l'organisation de la réunion de lancement, un appel à candidature a été lancé afin de constituer les groupes de travail. Cette phase a permis d'informer et de faire participer le plus grand nombre d'acteurs possibles aux travaux du PTSM 78 Nord.

Phase d'organisation des travaux de diagnostic : (mars 2019 – juin 2019)

La réalisation du diagnostic partagé a comporté deux parties :

- **La carte d'identité du territoire** à partir de données quantitatives issues de différentes sources officielles : Atlas Santé, Insee, ATIH, ARS, CPAM ;
Le territoire défini pour le PTSM 78N étant infra départemental, il a fallu réaliser un traitement des données pour avoir une cartographie à la fois de l'infra territoire mais aussi des zones d'intervention des 4 établissements du GHT YN qui ont une activité de psychiatrie publique.
- **Le diagnostic qualitatif** qui rend compte de l'appréciation des acteurs et de leurs constats selon la méthodologie ANAP. Il s'agit d'identifier dans les parcours de soins, de santé et de vie des personnes, les points de rupture, d'analyser les causes de ces ruptures et de proposer des pistes d'amélioration.

Des points d'étapes et des ajustements se font régulièrement avec la DTARS 78 qui accompagne la démarche.

Phase de présentation des travaux et de concertation citoyenne

A travers l'organisation d'une journée de concertation autour des éléments du diagnostic quantitatif et qualitatif de santé mentale des Yvelines Nord, le 24 septembre 2019, le diagnostic territorial partagé a été présenté à l'ensemble des acteurs.

Cette phase est suivie par un travail de synthèse et d'écriture du diagnostic.

Une fois le diagnostic écrit, il est validé par le Copil et présenté à la commission spécialisée en santé mentale qui se réunit dans une formation élargie à l'ensemble des acteurs du territoire du 78. Il est ensuite soumis à la validation des conseils locaux en santé mentale (CLSM) et au conseil territorial de santé (CTS) du 78 et adressé par la suite au directeur général de l'ARS IDF.

Une deuxième phase s'en suit. C'est celle de l'élaboration de la feuille de route. Cette feuille de route est constituée des différents axes du projet qui peut aller jusqu'à l'élaboration de plans d'actions. C'est le projet proprement dit qui sera à adresser au DG de l'ARS avant fin juillet 2020.

Phase de contractualisation entre l'ARS et les différents acteurs

Le Directeur Général de l'ARS IDF arrête le Projet Territorial de Santé Mentale dans les mois qui suivent sa réception. Une phase de contractualisation avec les acteurs, pour sa mise en œuvre suivra.

Phase de mise en œuvre

Les opérateurs signataires du contrat avec l'ARS doivent mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale et le traduire dans leurs projets institutionnels afin que tous les efforts convergent et aboutissent à

l'amélioration des parcours de soins, de santé et de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques sur le territoire.

Périmètre du territoire

La loi ne précise pas un périmètre, mais indique qu'il faut qu'il soit « d'un niveau 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** ».

En Yvelines, le territoire d'action est historiquement organisé en deux infra-territoires avec la présence de deux réseaux de santé mentale, l'un au Nord et l'autre au Sud.

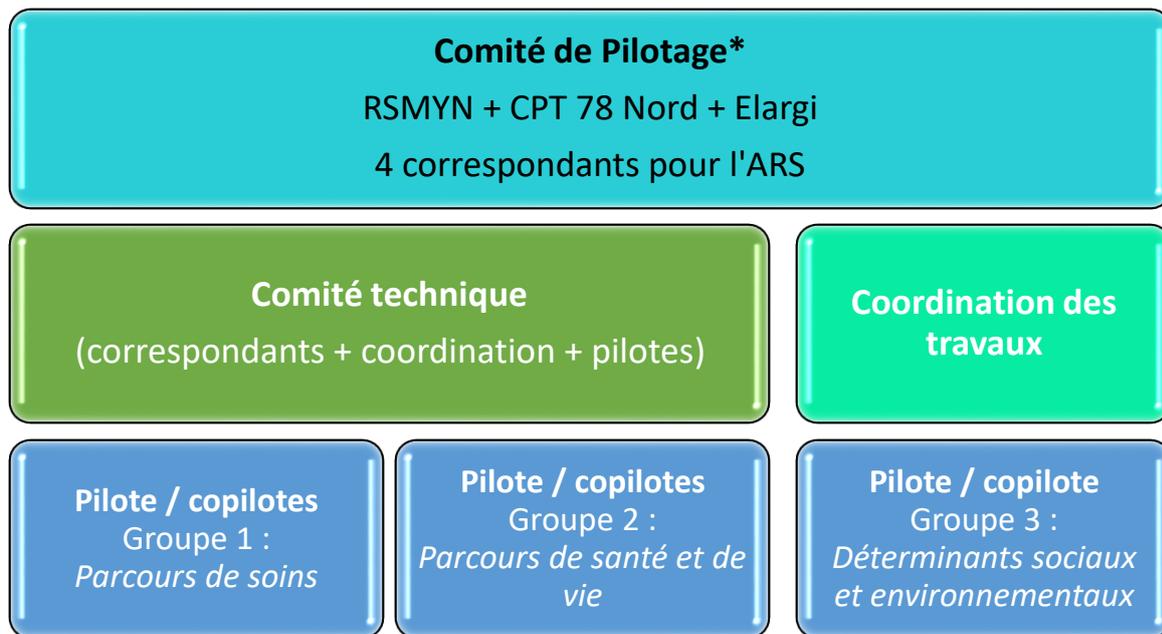
La DTARS 78, tenant compte des collaborations et coopérations déjà existantes entre les acteurs, a validé l'élaboration de deux projets territoriaux de santé mentale organisant les actions sur deux infra-territoires tout en soulignant l'intérêt des complémentarités et la nécessité de traiter certains sujets à l'échelle du département.

Parallèlement à cela, la Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé du 78, réunit tous les acteurs aussi bien du Nord que du Sud ; des échanges très riches ont lieu ce qui permet une meilleure connaissance des projets qui ont lieu sur l'ensemble du département.

Ainsi, les acteurs des Yvelines ont choisi comme périmètre d'action 2 infra territoires Nord/Sud en lien avec leurs histoires et leurs réseaux respectifs.

Ils ne s'interdisent pas de développer certaines actions à un niveau local, au plus près du parcours de vie des personnes et en fonction des caractéristiques socio démographiques du territoire et d'autres en collaboration Nord/Sud avec l'ensemble des acteurs du département.

Le département constitue le territoire de concertation, cette concertation s'exerce notamment au sein de la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) 78 élargie à l'ensemble des acteurs du territoire.



*Comité de pilotage

Un comité de pilotage représentatif présidé le coordonnateur du RSMYN avec comme vice-président le directeur de la CPT78 Nord préfiguratrice (liste en annexe).

Il est constitué des représentants des acteurs des différents champs intervenant en santé mentale sur le territoire Yvelines Nord.

Missions :

- Définition et validation du cadrage
- Priorisation des thématiques à traiter
- Suivi et validation des grandes étapes et échéance

*Comité technique

Les correspondants de l'ARS, la coordination, les pilotes et copilotes constituent le comité technique (liste en annexe).

Missions :

- Suit l'état d'avancement des travaux dans le respect de la méthodologie
- Veille à la cohérence des résultats des différents groupes de travail
- Communique l'information autour du projet

Pilotes et copilotes des groupes de travail

Chaque groupe dispose d'un pilote et d'un ou plusieurs copilotes qui sont chargés d'assurer l'organisation et l'animation des réunions de travail dans le respect de la méthodologie.

Groupes de travail

Les trois groupes de travail constitués se sont réunis afin de traiter les six priorités du PTSM définies par le décret du 27 juillet 2017 autour des trois séances suivantes, selon la méthodologie proposée par l'ANAP :

- 1^{ère} séance : Identification des problématiques et des dysfonctionnements
- 2^{ème} séance : Analyse causale
- 3^e séance : Propositions et pistes d'amélioration

Chaque groupe de travail a abordé 1-3 priorités du PTSM afin d'identifier les ruptures dans le parcours des personnes présentant des troubles psychiques.

Les 6 priorités du PTSM ont été traitées par les trois groupes de manière suivante :

GROUPE 1 « PARCOURS DE SOINS » : Priorités 1, 3, 4

Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

1. L'organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte
2. L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes
3. L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique
4. L'organisation de l'accès aux expertises existant au niveau régional ou national
5. L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux
 - i. L'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques
 - ii. L'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptés

Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

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

Priorité 4 : Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

1. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence
2. L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques
3. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

GROUPE 2 « PARCOURS DE SANTE ET DE VIE » : Priorités 2, 5

Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

1. L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité
2. L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale
3. L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement
4. L'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi
5. L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études
6. L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives
7. L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

1. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence
2. L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques
3. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

GROUPE 3 « DETERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX » : Priorité 6

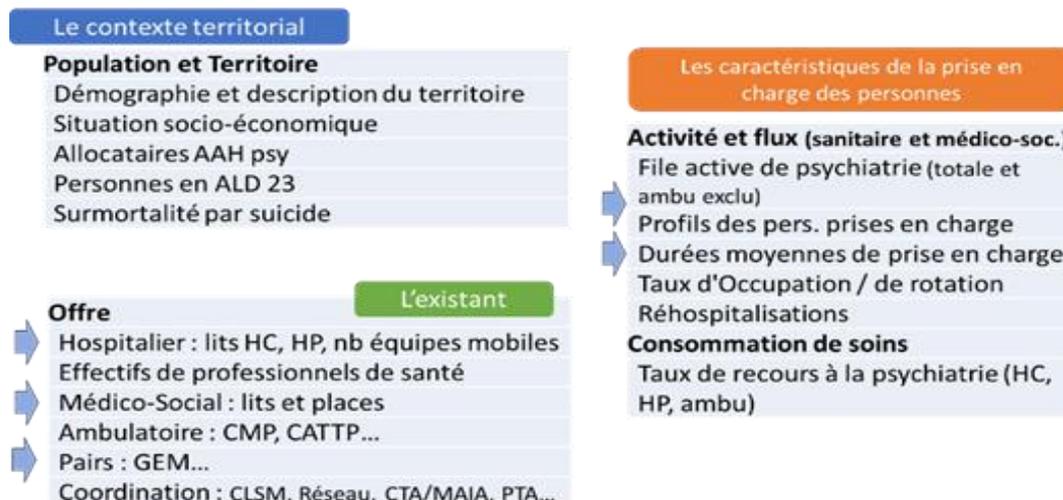
Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

1. Les actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;
2. Les actions visant à prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.
3. Les actions visant à valoriser et optimiser les ressources professionnelles et non professionnelles existantes.
 - La démographie médicale et la démographie des professionnels
 - La formation des professionnels
 - Les aidants : Formation-statuts-droits (pour tout type de handicap)
 - Les Elus: Sensibilisation-formation
 - La Police – la Justice – l'Education Nationale
 - Les acteurs médico-sociaux
 - Les acteurs du social

- Le calendrier

	Nov 18	Déc 18	Jan 19	Fév 19	Mars 19	Avr 19	Mai 19	Juin 19	Juil 19	Août 19	Sep 19	Oct 19	Nov 19	Déc 19	Jan-juin 20	Juil 20	20-25
Cadrage																	
Constitution des GT																	
Réunion de lancement				05/02													
Séances N°1																	
Séances N°2																	
Séances N°3																	
Ecriture du diagnostic																	
Journée de concertation											24/09						
Présentation et validation du diagnostic													CLSM	CTS 78			
Envoi du diagnostic au DG l'ARS																	
Écriture de la feuille de route																	
Envoi au DG de l'ARS IDF																	
Contractualisation et mise en œuvre																	

II. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUANTITATIF : CARTE D'IDENTITE DE TERRITOIRE



Le diagnostic quantitatif dresse la carte d'identité du territoire et s'appuie sur :

- Données chiffrées : caractéristiques démographique et socio-économique du territoire,
- Caractéristiques de l'offre sanitaire, sociale, médico-sociale,
- Autres données épidémiologiques, consommations des soins etc.

La carte d'identité du territoire Yvelines Nord est construite à partir des données issues de l'Atlas de la santé mentale en France⁵ par Magali COLDEFY, Coralie GANDRE, Alexandre LOLIVIER de l'IRDES. Elle permet d'alimenter le diagnostic qualitatif élaboré à l'issue des échanges des groupes de travail par des indicateurs quantitatifs. Ces indicateurs constituent également un bilan de départ qui sera mesuré à l'issue de la mise en œuvre du plan d'actions.

Quelles données pour un diagnostic territorial en santé mentale ?

L'article 69 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services et de préconiser des actions pour y remédier.

Constat : des sources d'information dispersées sur des champs variés, non accessibles à tous, aux requêtes plus au moins complexes

Les limites du diagnostic quantitatif

Des champs partiellement ou non couverts faute de données disponibles au niveau national (besoins, prévention, secteur social et médico-social, coordination...) nécessitant d'aller chercher des informations localement et de recueillir les expériences de l'ensemble des parties prenantes.

⁵ www.santementale.atlasante.fr

III. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUALITATIF

La méthodologie de travail pour les groupes thématiques s'appuie sur la méthodologie ANAP.

Selon l'ANAP, le diagnostic partagé est un processus en trois étapes qui permet de caractériser par consensus le système de prise en charge et d'accompagnement des personnes existant sur le territoire.

Inspiré de la méthodologie ANAP, et du modèle de la rosace, le diagnostic territorial partagé de santé mentale des Yvelines Nord est élaboré à partir de l'analyse des six priorités du PTSM.

Chaque groupe se réunit 3 fois.

La première réunion consiste à identifier les problèmes, la deuxième à analyser les causes, et la troisième à proposer des pistes d'amélioration

Trois groupes de travail sont constitués pour traiter les 6 priorités du PTSM :

Groupe 1 : Parcours de soins (Priorités 1, 3 et 4)

Groupe 2 : Parcours de santé et de vie (Priorités 2 et 5)

Groupe 3 : Déterminants sociaux et environnementaux (Priorité 6)



• Trois étapes :

- Description et analyse de 5 « portes d'entrée » sur les parcours des territoires considérés
 - ✓ Accès au diagnostic et aux soins précoces
 - ✓ Accès aux soins somatiques
 - ✓ Situations inadéquates
 - ✓ Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
 - ✓ Prévention et gestion des situations de crise
- Identification des points de difficulté opérationnels sur chacune de ces portes d'entrée et analyse causale
- Formalisation d'un diagnostic et d'un plan d'actions partagés formalisés sous la forme d'un « contrat »

Source : ANAP, « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et en santé mentale : Méthodes et outils pour les territoires », décembre 20

Carte d'identité du territoire des Yvelines Nord

Diagnostic quantitatif

En Yvelines Nord, la mission de psychiatrie de secteur est assurée, pour la psychiatrie générale, comme pour la psychiatrie infanto-juvénile, par quatre établissements publics de santé appartenant au Groupement Hospitalier du Territoire des Yvelines Nord /GHT YN/, délimitant quatre zones d'intervention.

- 1- Zone d'intervention de Mantes-la-Jolie – Centre Hospitalier François Quesnay /CHFQ/
- 2- Zone d'intervention de Meulan-les-Mureaux – Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux /CHIMM/
- 3- Zone d'intervention de Poissy-Saint-Germain – Centre Hospitalier Intercommunal Poissy-Saint-Germain-en-Laye /CHIPS/
- 4- Zone d'intervention de Montesson – Centre Hospitalier Théophile Roussel /CHTR/

Afin d'être au plus près des réalités des territoires de proximité, nous avons choisi de présenter la carte d'identité du territoire Yvelines Nord en tenant compte des zones d'intervention de ces quatre établissements.

La délimitation des zones d'intervention de la psychiatrie générale (*figure 2*) est différente de celle de la psychiatrie infanto-juvénile (*figure 3*) (voir les communes correspondantes en annexe).

En effet, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 78I03 rattaché à Montesson (CHTR) correspond à quatre secteurs de psychiatrie adultes dont 3 (78G07-08-09) sont rattachés au CHTR /Montesson et un le 78G06, rattaché à Poissy-Saint-Germain.

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Démographie

Les Yvelines Nord comptent 770 756 habitants en 2016 avec une densité populationnelle de 908 hab./km². Le taux de variation annuel de la population est de 1% entre les années 2011 et 2016 dans le nord du département, contre seulement 0,3% en Yvelines.

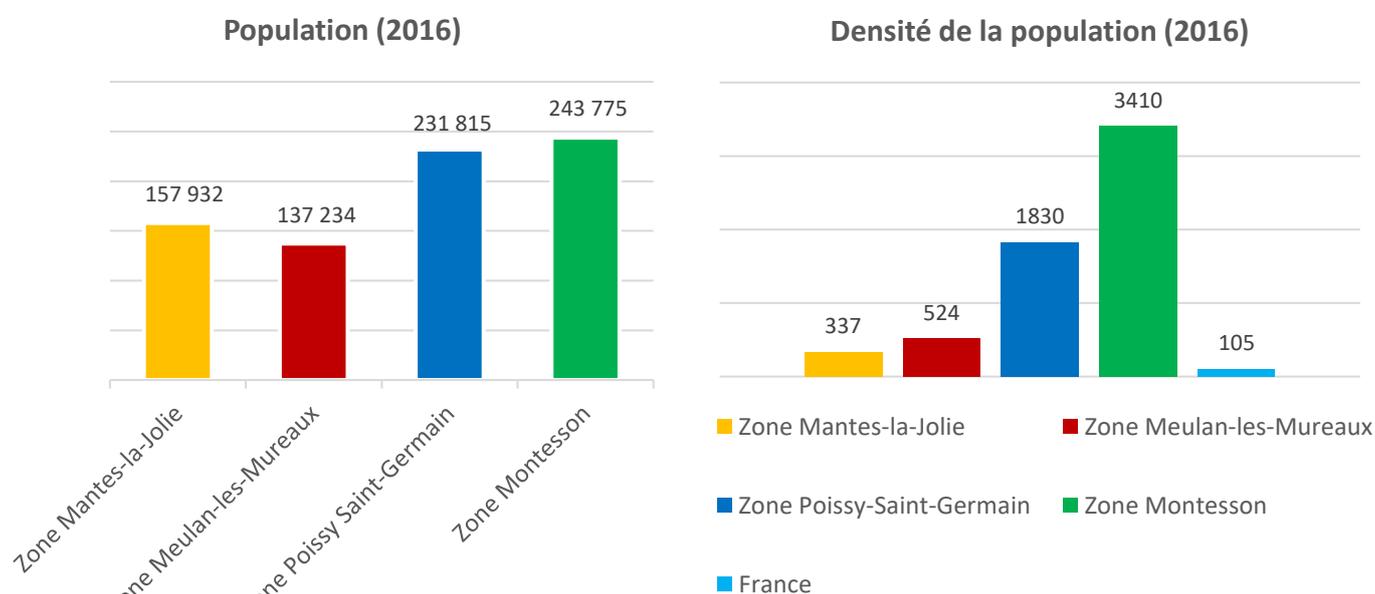
Figure 4 : Tableau comparatif, densité et variation de la population

Indicateurs	Yvelines Nord	Yvelines	Ile-de-France	France
Superficie (km ²)	918 km ²	2 284 km ²	12 012 km ²	632 734 km ²
Effectif de population (2016)	770 756	1 431 808	12 117 131	66 361 587
Densité (hab/ km ²)	908	627	1 009	105
Taux de variation annuel moyen de la population entre 2011 et 2016, en %	1%	0,3 %	0,4 %	0,4 %

Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019

Les zones d'intervention de Poissy-Saint-Germain (231 815 habitants, soit 30% de la population totale) et de Montesson (243 745 habitants, soit 32%) représentent environ 62% de la population totale du nord Yvelines avec une densité populationnelle de 1830 hab./km² sur la zone d'intervention du CHIPSG et de 3410 hab./km² sur la zone d'intervention de Montesson CHTR, ce qui est largement supérieure au reste du territoire et à la moyenne nationale qui est de 105 hab./km².

Figure 5 : Population par territoire d'intervention de psychiatrie générale et sa densité (2016)



Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019

Variation de la population

Néanmoins on constate une croissance de la population plus importante au nord-ouest du département (*figures 6-7*), notamment dans la zone d'intervention de Mantes-la-Jolie par rapport aux autres zones. Depuis 2011, le taux de variation annuel moyen de la population est de 1,2% pour la zone de Mantes-la-Jolie contre 0,6% dans la zone de Montesson.

Figure 6 : Variation de la population entre les deux recensements précédents (2008-2013)

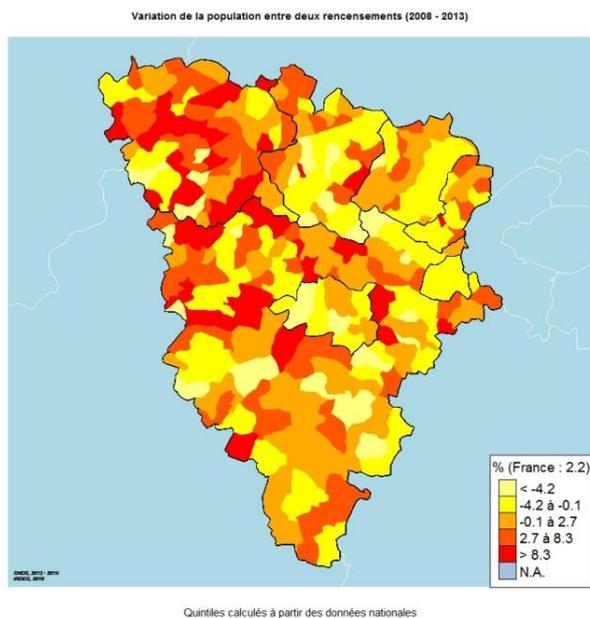
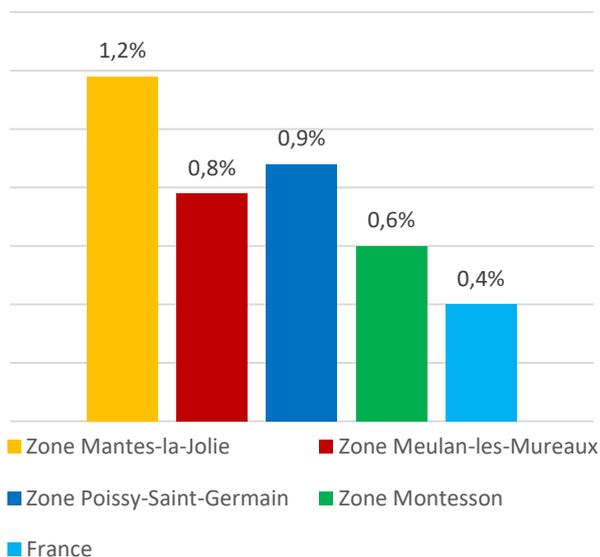


Figure 7 : Taux de variation annuel moyen de la population entre 2011 et 2016



Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019

2. Population par âge

En Yvelines Nord, la population est relativement plus jeune que celle qu'on observe au niveau national avec 20,1% des habitants âgés de moins de 15 ans contre 18,3% en France (*figure 8*).

La population âgée de plus de 75 ans (*figure 9*) représente environ 6,7 % des habitants du nord des Yvelines, inférieur à la moyenne française (9,3%). Cependant, la répartition de la population par groupe d'âge varie selon les zones d'intervention. On constate une population plus âgée à l'est du territoire (7,7% et 8,8%) par rapport aux zones de l'ouest (6% et 6,5%).

Figure 8 : Part de la population âgée de moins de 15 ans en 2016

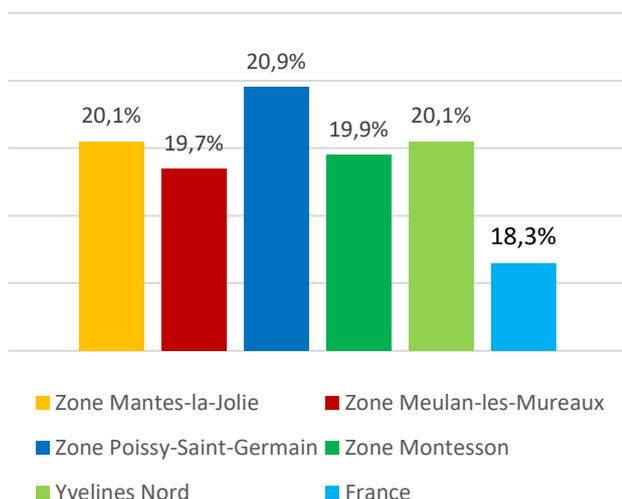
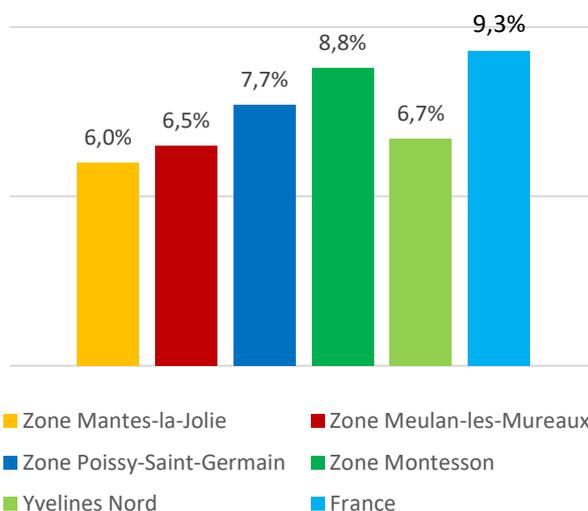
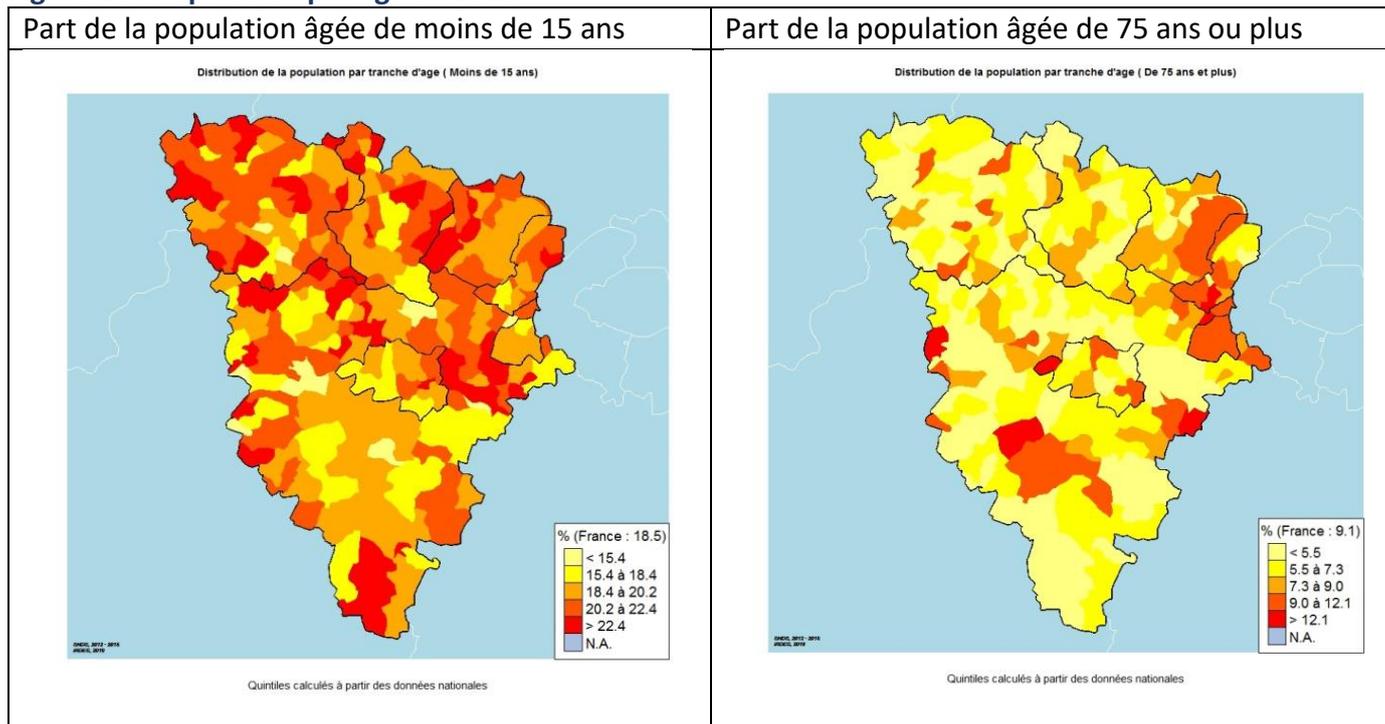


Figure 9 : Part de la population âgée de 75 ans ou plus en 2016



Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019

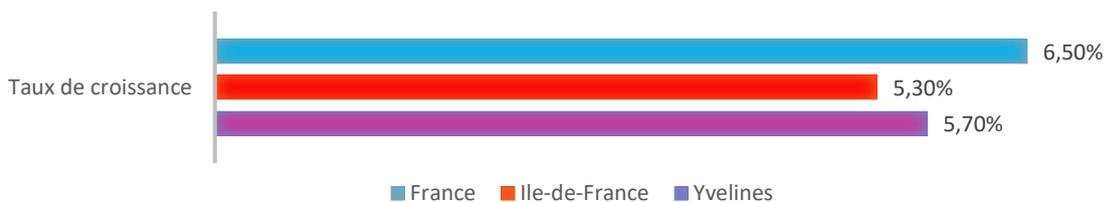
Figure 10 : Population par âge en 2013



3. Projection démographique

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population des Yvelines atteindra à 1 500 000 d'habitants en 2030. Le taux de croissance estimé est légèrement élevé par rapport à la région parisienne (+0,4%) et reste inférieur au niveau national (-1,2%).

Figure 11 : Projection démographique entre 2013-2030



Source : Insee – Omphale 2015 - 2013

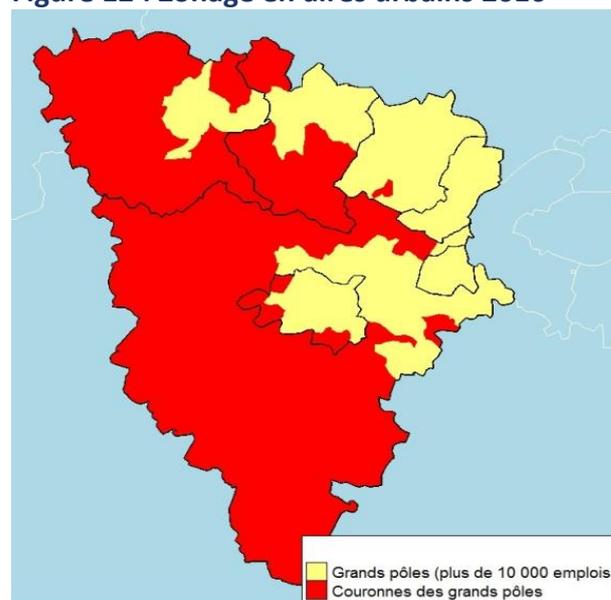
4. Géographie et mobilité

En Yvelines Nord, 100% de la population vit dans des grands pôles urbains* ayant plus de 10 000 emplois ou leurs couronnes (figure 12).

*Une aire urbaine ou "grande aire urbaine" est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci

Source : L'Atlas de la Santé Mentale « Guide des indicateurs », version du 19 février 2018

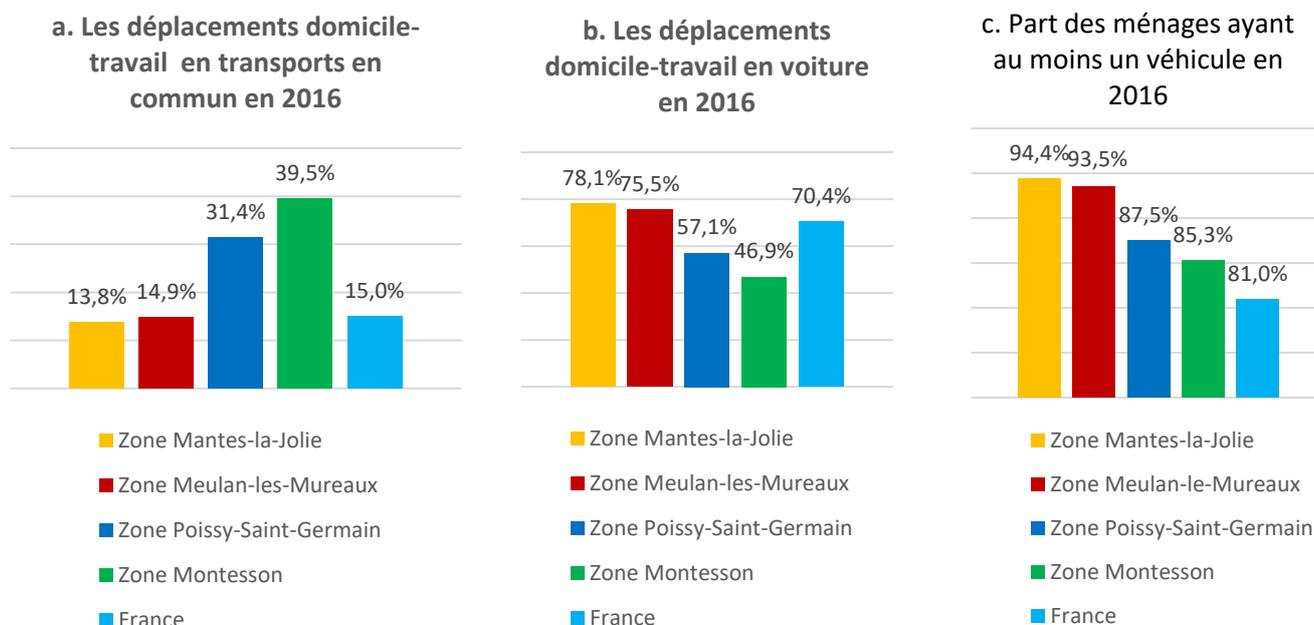
Figure 12 : Zonage en aires urbaines 2016



Déplacements domicile-travail

Au nord-est du département des Yvelines (zones Poissy-Saint-Germain, 31,4%, Montesson, 39,5%), l'accès aux transports en commun est relativement favorisé avec environ 35% de la population active utilisant les transports en commun (figure 13-a) pour se rendre au travail, supérieur à la moyenne nationale (15%). En ce qui concerne la partie nord-ouest (zones Mantes-la-Jolie, 13,8%, Meulan-les-Mureaux, 14,9%), moins de 15% de la population utilise les transports en commun pour aller travailler (figure 13-a). Mais plus de 93 % des ménages disposent d'un véhicule (figure 13-c) et environ 77 % des habitants se déplacent en voiture entre le domicile et le travail (figure 13-b) dans les zones de Mantes-la-Jolie et de Meulan-les-Mureaux.

Figure 13 : Les déplacements domicile-travail en 2016⁸



Source : Insee, RP 2006-2011-2016

⁸ L'indicateur « Part des transports en commun dans les déplacements domicile-travail » représente la part des actifs se déplaçant principalement en transports en commun pour aller travailler, selon leur lieu de résidence.

En résumé

Le territoire des Yvelines Nord est essentiellement urbain et représente une densité populationnelle de 908 hab. /km². La population est de 770 756 habitants en 2016, dont 62 % vivent à l'est du territoire où la densité populationnelle est considérablement élevée (1830 hab. /km² pour la zone Poissy-Saint-Germain et 3410 hab. /km² pour la zone Montesson contre 105 hab. /km² en France).

Cependant, le nord-ouest du département voit une croissance démographique importante ces dernières années. Le taux de variation annuel moyen de la population est de 1,2 % dans la zone de Mantes-la-Jolie, supérieur aux autres zones et à la moyenne française (0,4%).

En Yvelines Nord, la population est relativement jeune comparée au niveau national avec un taux des moins de 15 ans de 20,1% versus 18,3% pour le national.

La population âgée de 75 ans et plus est inférieure au taux national, avec 6,7% versus 9,3% pour le national, mais elle est plus concentrée à l'est du territoire avec 8,8% des habitants ayant plus de 75 ans contre 6% à l'ouest.

En termes de mobilité et d'accessibilité aux transports en commun, on note une différence entre l'Est et l'Ouest du nord du département. La partie Est étant mieux desservie par un réseau de transports en commun (Transilien, RER, bus...) 35% de la population active se déplace en transport en commun, contre seulement 15% à l'Ouest.

Cependant la majorité des ménages (>85%) disposent d'au moins un véhicule en Yvelines Nord et plus de 50% des habitants se déplacent en voiture pour aller travailler.

II. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

1. Précarité et chômage

Au niveau national, le contexte socio-économique du nord Yvelines est relativement favorable par rapport aux autres territoires.

Le taux de pauvreté⁹ en Yvelines Nord se situe à 10,1%, inférieur à la moyenne régionale IDF (15,9%) et nationale (14,5%). (Figure 14-a)

Le revenu disponible médian par unité de consommation¹⁰ se situe à 26 840 €, supérieure à la médiane départementale (25 616 €) régionale IDF (22 639 €) et nationale (20 184 €). (Figure 14-b)

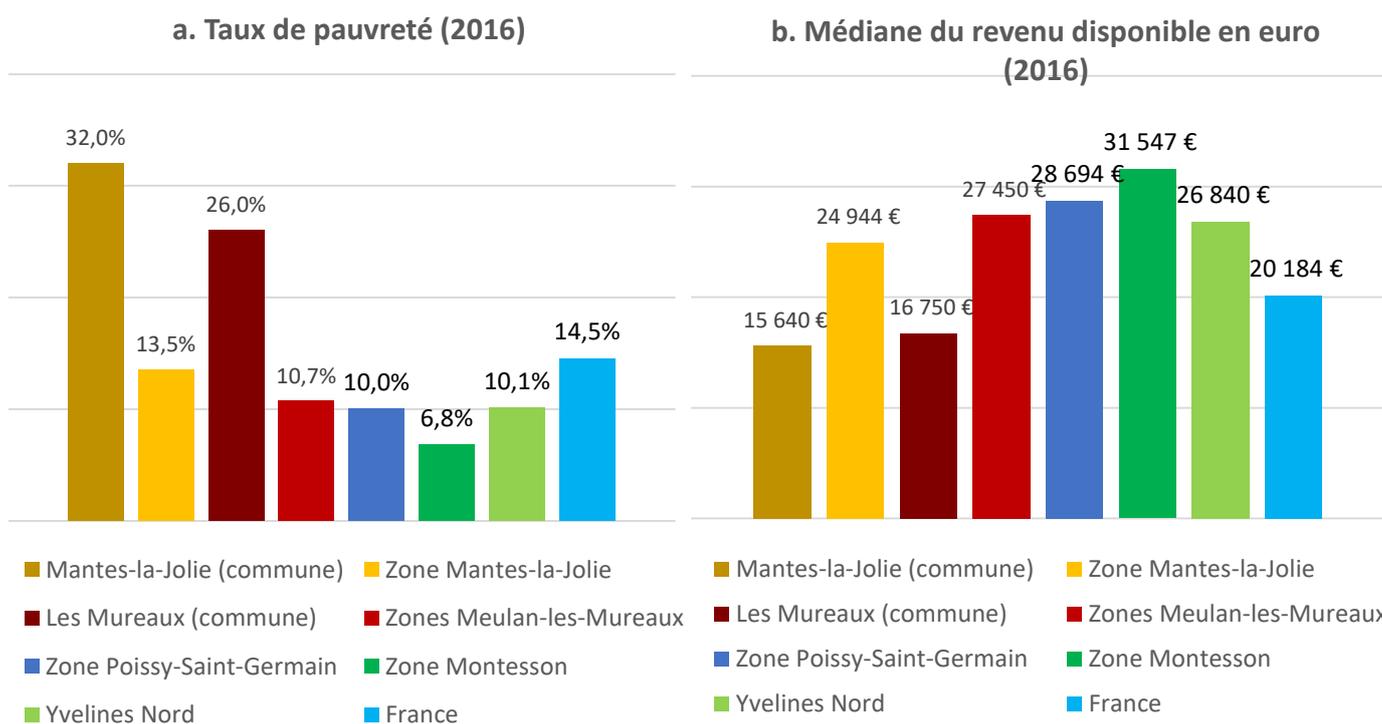
Le taux de chômage¹¹ en Yvelines Nord se situe à 9,5%, inférieur à la moyenne départementale (10,4%), régionale IDF (12,7%) et nationale (14,1%). (Figure 15)

Cette situation relativement favorable masque cependant des disparités infra-territoriales importantes. Le taux de pauvreté varie ainsi entre 5 % et 32 %.

Ainsi, on observe des zones défavorisées notamment autour des communes de Mantes-la-Jolie et des Mureaux dont le revenu disponible médian est environ 40 % inférieur, le taux de chômage est deux fois supérieur et le taux de pauvreté est presque 3 fois supérieur par rapport aux moyennes du nord Yvelines.

Concrètement, 20% de la population active des communes de Mantes-la-Jolie et des Mureaux est au chômage et plus d'un ménage sur quatre dans ces communes vit en dessous du seuil de pauvreté (soit avec un niveau de vie inférieur à 60% du niveau médian, soit pour une personne seule inférieur à 1000 euros par mois ou pour un couple avec deux enfants inférieur à 2000 euros).

Figure 14 : Taux de pauvreté (2016) / Revenu disponible médian par unité de consommation (2016)



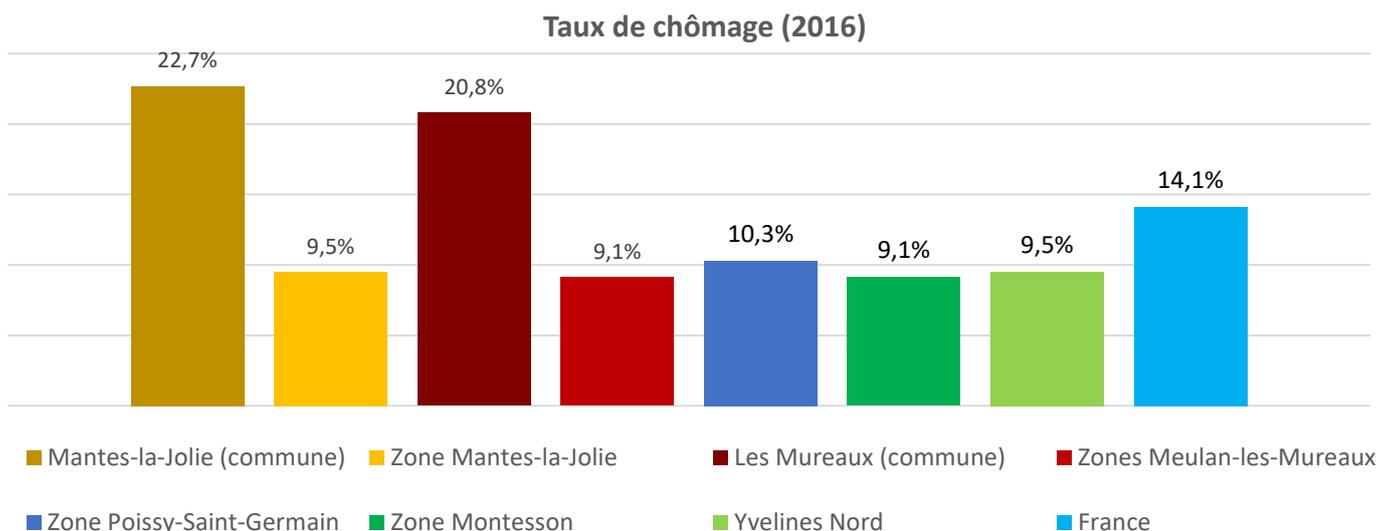
Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2016

⁹Le **taux de pauvreté** correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée au seuil de pauvreté, soit 60 % du niveau de vie médian de la population, s'établit à 1 015 euros par mois pour une personne seule en 2015 (source : INSEE)

¹⁰Le **revenu disponible d'un ménage** comprend les revenus d'activité (nets des cotisations sociales), les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs.

¹¹Le **taux de chômage** est le pourcentage de chômeurs dans la population active âgée de 15 à 64 ans (actifs occupés + chômeurs).

Figure 15 : Taux de chômage (2016)



Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019

Indice de désavantage social

L'indice de désavantage social est un indicateur synthétique qui cherche à prendre en compte plusieurs dimensions de la précarité à la fois sociale et matérielle (taux de chômage, part d'ouvriers, revenu médian et taux de bacheliers permettent de caractériser le désavantage social.)

La carte suivante (figure 16) montre également les poches particulières avec des zones de fragilité sociale (Mantes-la-Jolie, Meulan-les-Mureaux) sur lesquelles il faut être particulièrement attentif.

On observe également (figure 17) une part relativement importante des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire /CMU-C/¹² parmi les consommant du régime général /RG/ autour de Mantes-la-Jolie et des Mureaux.

Figure 16 : Indicateur de désavantage social (2009)

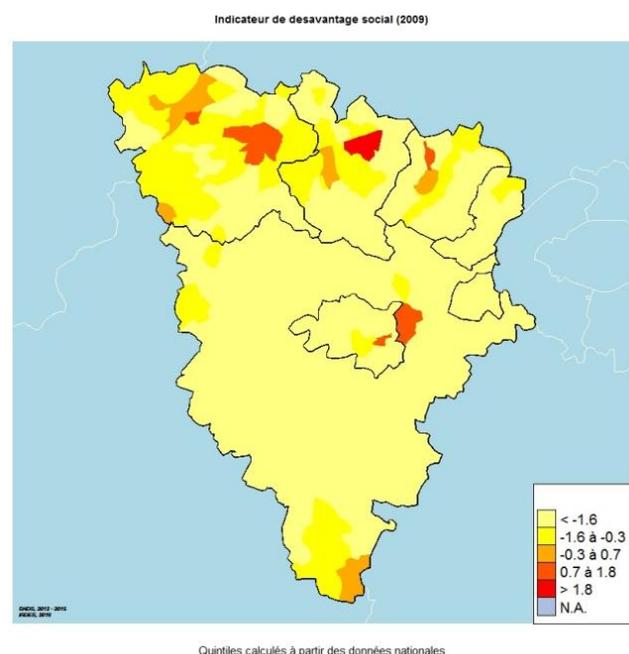
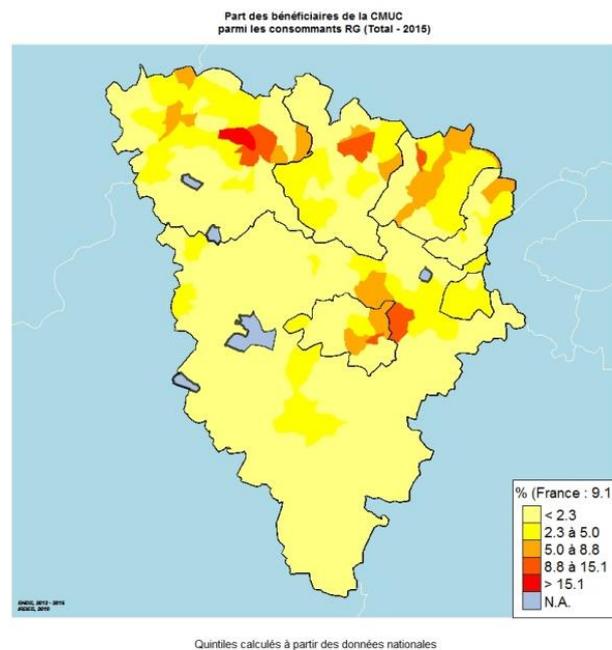


Figure 17 : Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les consommant RG en 2015

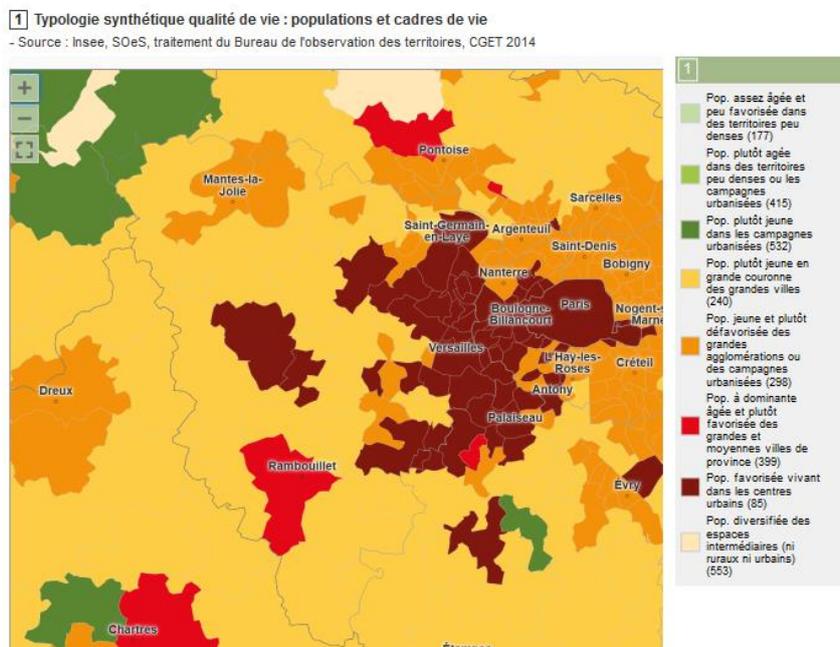


¹² La CMU-C est accordée sous conditions de ressource(s), dont le plafond varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer. Elle donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale

2. Qualité de vie dans les territoires

L'INSEE a construit un indicateur de la qualité de vie dans les territoires. Cet indicateur montre que le nord des Yvelines a une population plutôt jeune vivant en grandes couronnes et en grandes villes (*figure 18*). On y retrouve également des poches de population jeunes et défavorisées des grandes agglomérations ou campagnes urbanisées.

Figure 18 : Typologie synthétique qualité de vie : populations et cadres de vie



Source : Insee, SOeS, traitement du Bureau de l'observation des territoires, CGET 2014

Indicateur de développement humain-2 (IDH2)

L'IDH-2 est un outil d'évaluation du développement humain en Île-de-France qui reprend les trois dimensions de l'IDH (santé, éducation, niveau de vie) mais avec des indicateurs mieux adaptés à la situation régionale et disponibles à l'échelle communale.

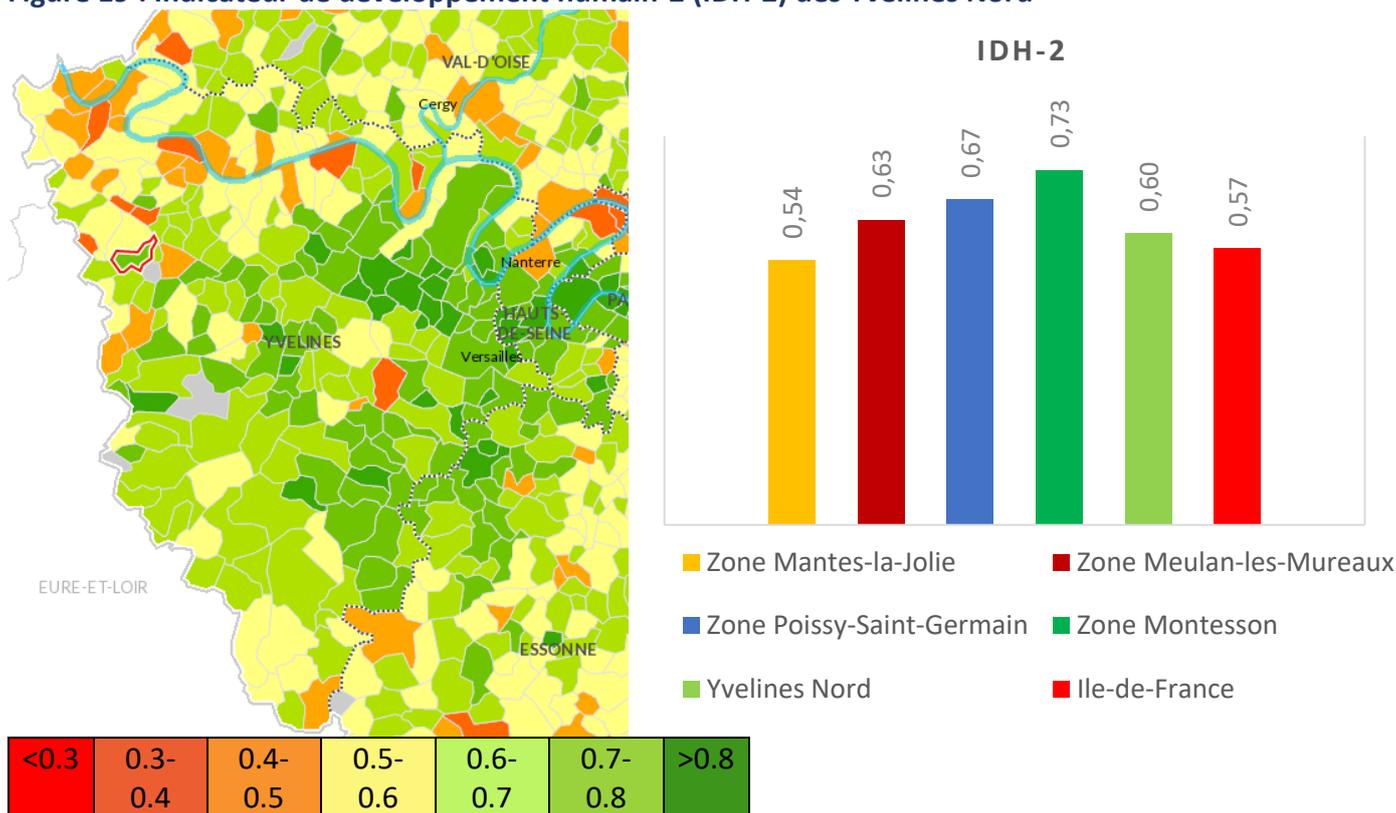
Les indicateurs représentatifs de chacune de ces trois dimensions, ci-dessous, sont chacun ramenés à des indices compris entre 0 et 1. La valeur de l'IDH-2 est la moyenne arithmétique des trois indices.

- **Éducation ou la capacité d'accéder à l'éducation et aux connaissances** : part de la population de 15 ans et plus non scolarisée diplômée du bac ou d'un diplôme d'études supérieures
- **Revenu ou la capacité d'accéder aux ressources matérielles indispensables pour atteindre un niveau de vie décent** : médiane des revenus déclarés par unité de consommation (donc avant transferts)
- **Santé ou la capacité de bénéficier d'une vie longue et saine (être en bonne)** : espérance de vie des deux sexes calculée sur une période de 5 ans

L'IDH-2 est relativement élevé (*figure 19*) dans la zone d'intervention de Montesson (0,73), sauf Sartrouville (0,537). La majorité des communes de l'ouest du territoire YN représentent un IDH-2 significativement bas, notamment autour de Bonnières-sur-Seine (0,378) et Mantes-la-Jolie (0,35).

Les zones d'intervention de Poissy-Saint-Germain (0,67) et de Meulan-les-Mureaux (0,63) ont un IDH-2 supérieur au niveau régional (0,57) mais on y retrouve également des disparités infra-territoriales et donc des communes défavorisées.

Figure 19 : Indicateur de développement humain-2 (IDH-2) des Yvelines Nord



Zone d'intervention	IDH-2	Education	Santé	Revenu
Mantes-la-Jolie	0,544	0,455	0,604	0,574
Meulan-les-Mureaux	0,627	0,562	0,681	0,640
Poissy-Saint-Germain	0,667	0,676	0,668	0,656
Montesson	0,733	0,763	0,705	0,732

Source : IAU îdF, ORS, INSEE 2013

3. Immigration, isolement, fragmentation sociale

Fragmentation sociale

Au-delà de la précarité sociale, plusieurs études étrangères ont montré que l'isolement et la fragmentation sociale sont des facteurs importants qui contribuent à expliquer un besoin en santé mentale. L'indicateur de la fragmentation sociale du territoire, construit par les chercheurs néozélandais, cherche à définir la stabilité d'un territoire, l'ancrage de la population, l'importance des liens sociaux, en prenant en compte plusieurs variables statistiques telles que :

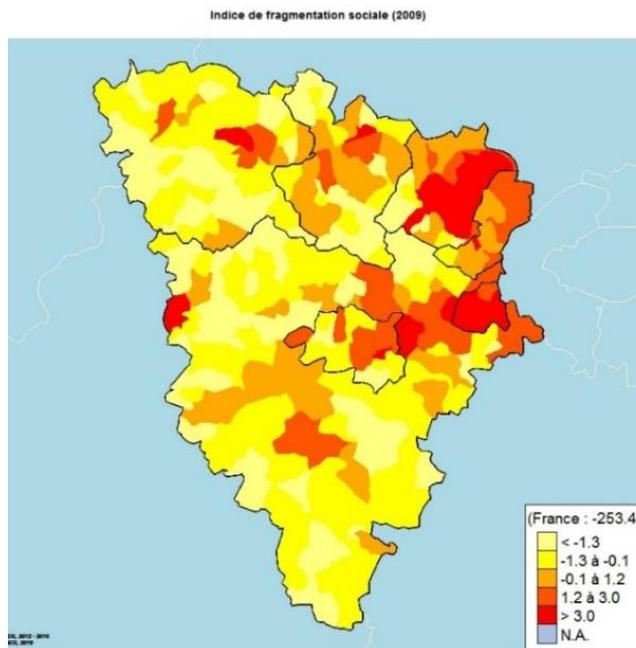
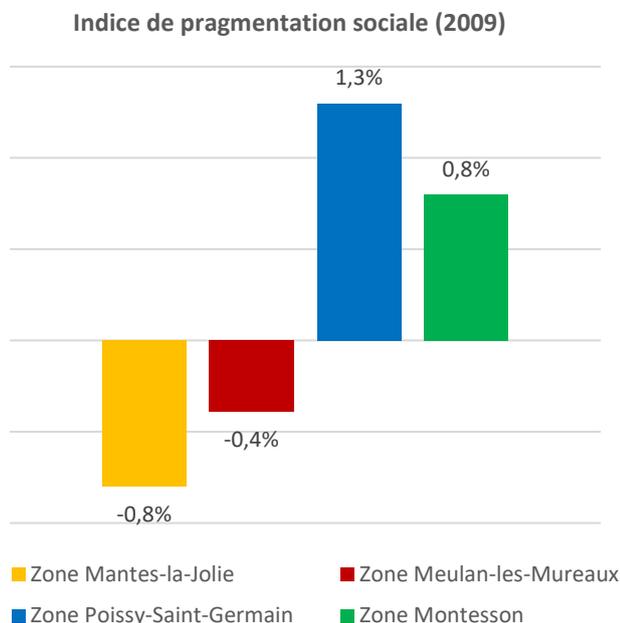
- . Proportion de résidences principales dont l'ancienneté d'emménagement du ménage est inférieure à 2 ans,
- . Proportion de résidences principales dont le statut d'occupation du logement est différent de "propriétaire",
- . Proportion de personnes de 15 ans ou plus non mariées,
- . Proportion de personnes appartenant à un ménage non familial,
- . Proportion de personnes de moins de 70 ans appartenant à un ménage composé d'une personne,
- . Proportion de personnes de moins de 6 ans et de plus de 16 ans,
- . Proportion de personnes immigrées,
- . Proportion de personnes résidant autrement qu'en "logement ordinaire".

L'indice de fragmentation sociale est généralement plus élevé dans les grandes villes et il n'est pas toujours corrélé avec le niveau de défavorisation.

En Yvelines Nord, on observe une situation contrastée entre l'Ouest où cet indice est négatif à -0,4 et -0,8 et l'Est où il est plutôt positif à +1,3 et +0,8 (figure 20). Mais, la carte montre que cet indice est plus élevé dans les grandes communes de chaque zone d'intervention : Mantes-la-Jolie (4,5), Meulan-en-Yvelines (3,5), Saint-Germain-en-Laye (3,2), Sartrouville (2,4).

Cependant la partie nord-est du département est entièrement plus fragmentée et moins stable par rapport à l'ouest.

Figure 20 : Indice de fragmentation sociale (2009)



Source : Atlas de la santé mentale

NB : Des valeurs négatives indiquent un territoire « peu fragmenté », plus stable.

Isolement et familles monoparentales

La partie nord-est du département est particulièrement concernée par l'isolement (figure 21) avec une part relativement élevée des ménages composés d'une seule personne (27,1%-zone Poissy-Saint-Germain, 30,4%-zone Montesson) par rapport à l'ouest. On constate également plus de part des familles monoparentales au sein des familles avec enfant(s) (figure 22) dans les zones de Poissy-Saint-Germain (23%) et de Montesson (21,7%).

Ces deux taux sont relativement élevés dans les grandes villes de chaque zone d'intervention.

Figure 21 : Part des ménages isolés 2016

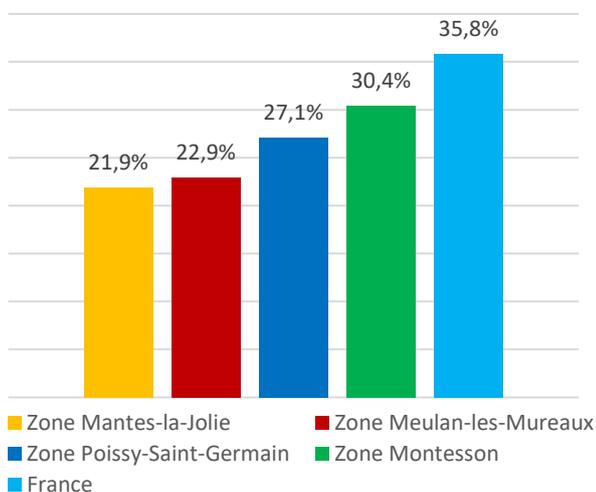
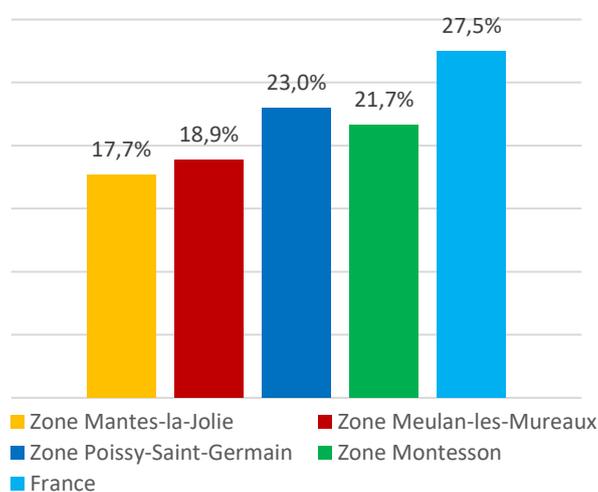


Figure 22 : Part des familles monoparentales au sein des familles avec enfant(s) 2016



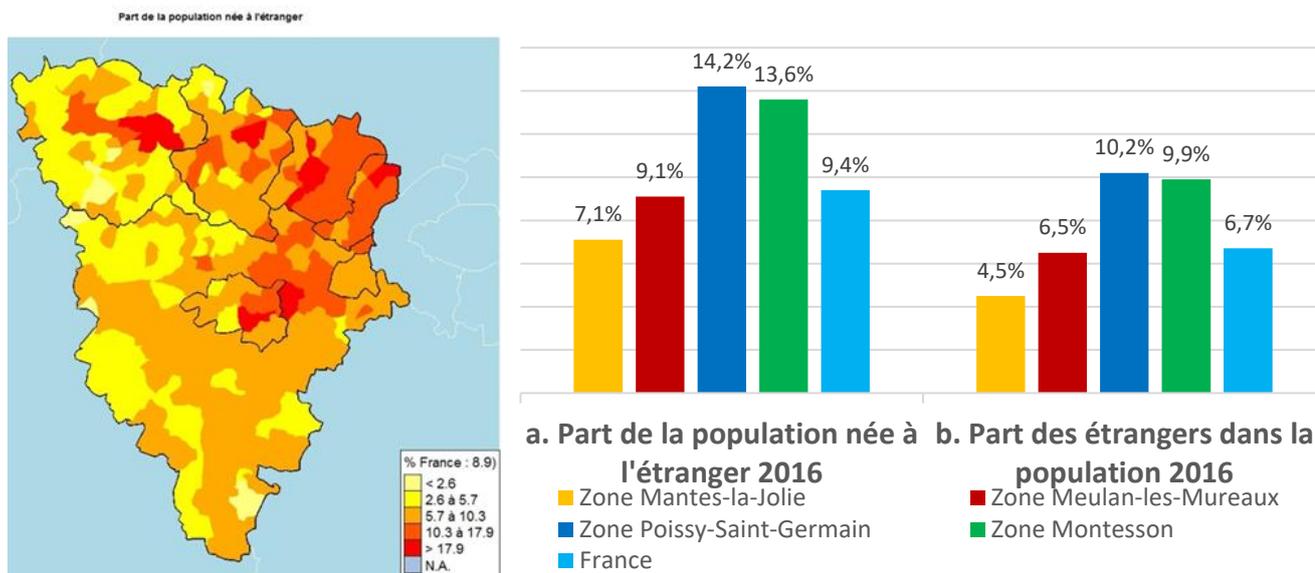
Source : Insee, RP 2009-2016

Immigration et étrangers

A l'est du territoire YN (zones Poissy-Sain-Germain, Montesson), la part des immigrés¹³ (figure 23-a) et la part des étrangers dans la population¹⁴ (figure 23-b) sont supérieures par rapport à la partie ouest et aux moyennes nationales.

Cependant, quelques grandes villes de l'ouest telles que Mantes-la-Jolie, Rosny-sur-Seine, les Mureaux sont aussi concernées par l'immigration. En effet, l'immigration ou le fait de vivre dans une culture différente peuvent avoir un impact sur la santé mentale.

Figure 23 : Part de la population née à l'étranger / part des étrangers dans la population en 2016



Source : Insee, RP 2013-2016

En résumé

Le territoire des Yvelines Nord représente une situation socio-économique plutôt favorable. Cependant les inégalités infra-territoriales sont significatives avec des zones de fragilité en termes de précarité, notamment autour de Mantes-la-Jolie et des Mureaux. L'indice de développement humain-2 montre également des disparités non négligeables.

Le nord-est du département a une population très spécifique avec une part élevée des habitants nés à l'étranger. Cette partie du territoire sont également plus exposée à l'isolement ainsi qu'à la fragmentation sociale, la combinaison de ces facteurs étant associée à des besoins plus importants en termes de soins de santé mentale. Ainsi, on constate la même spécificité dans certaines grandes villes de l'ouest du territoire.

¹³ Selon la définition de l'Insee un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, Source : Insee, RP 2006-2011-2016

¹⁴ Selon la définition de l'Insee un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides), Source : Insee, RP 2006-2011-2016

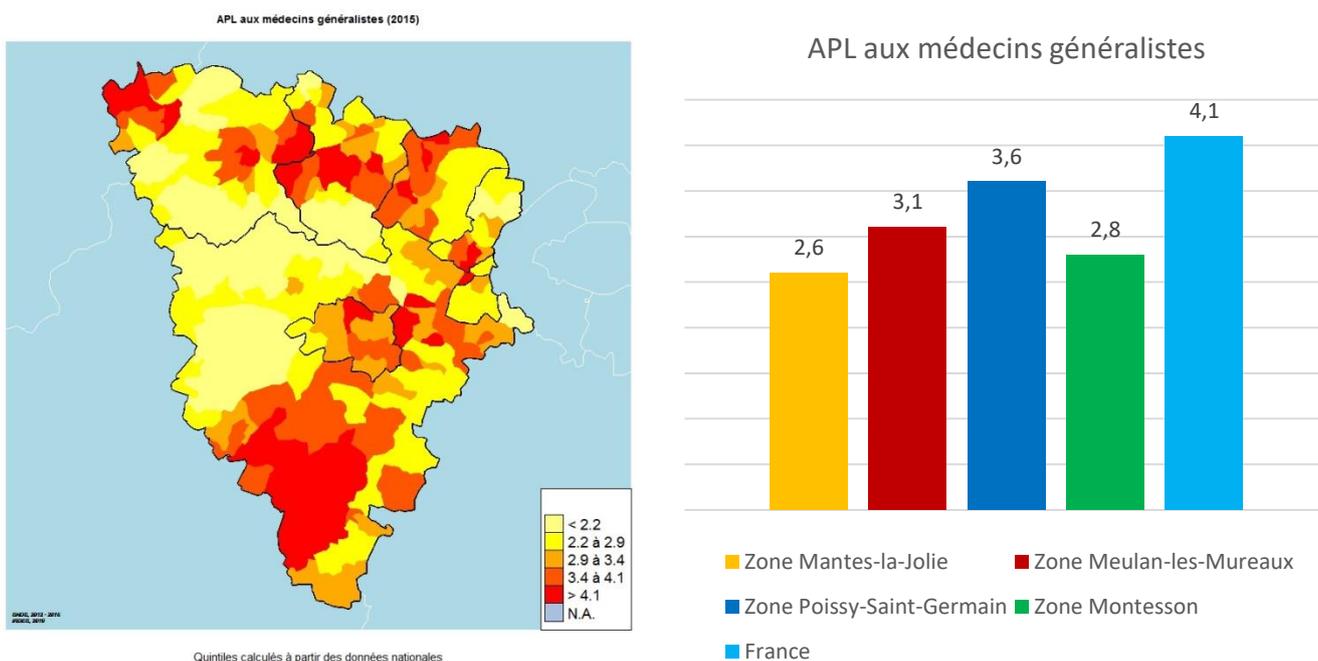
1. Offre sanitaire de ville

Médecins généralistes

L'indicateur de l'accessibilité potentielle localisée /APL/ aux médecins généralistes, construit par la DREES et par l'IRDES, est une forme de mesure de la densité de médecins généralistes qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes.

On constate les zones diversifiées en termes d'accessibilité aux médecins généraliste en Yvelines Nord (figure 24). Les zones en rouge signifient qu'il y a moins de difficulté d'accès.

Figure 24 : Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux



SNIIR-AM 2015, EGB 2013, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2013, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES

Lecture : Compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants de la zone de Mantes-la-Jolie ont accès en moyenne à 2,6 consultations ou visites de médecine par an, soit une offre inférieure à l'accessibilité moyenne française (4,1) aux médecins généralistes.

Maisons de santé pluri-professionnelles

Il y a 8 maisons de santé pluri-professionnelles dans le département des Yvelines : Le Mesnil le Roi, les Mureaux, Bouafle, Bréval, Mantes la Jolie, Chambourcy, Trappes, Condé sur Vesgre. Ces structures pluriprofessionnelles, de même que les CPTS peuvent favoriser l'accès aux soins de santé mentale lorsque la psychiatrie y participe.

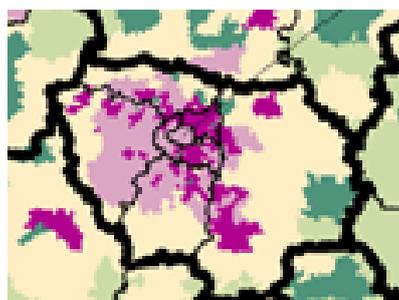
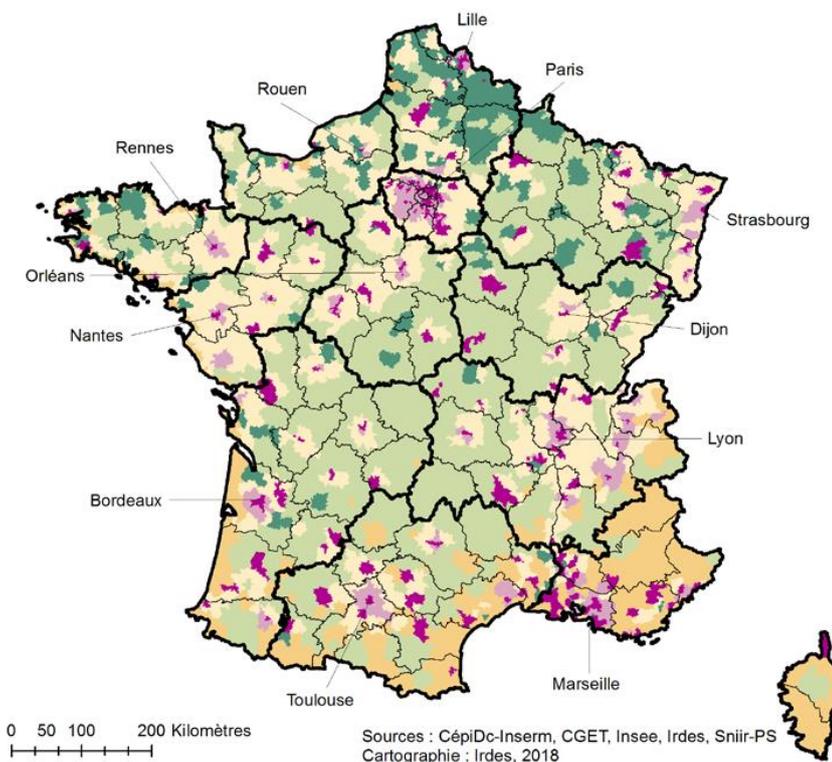
A noter, les données ne sont pas disponibles au niveau national.

Soins primaires

La carte suivante (figure 25) est construite afin de caractériser les territoires de vie en termes d'accès aux soins primaires (médecins généralistes, professions paramédicales de premier recours...).

Le nord des Yvelines se retrouve dans des zones plutôt favorisées en termes d'accès aux soins de premiers recours. Cependant l'ouest du département reste défavorisé avec des espaces périurbains avec moins d'accessibilité aux soins. Ces zones sont à prendre particulièrement en considération.

Figure 25 : Accès aux soins primaires



Légende

Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires
- Classe 5 : Villes centres hétérogènes socio-économiquement, à l'offre de soins abondante
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées

Offre de ville spécialisée

Gériatres

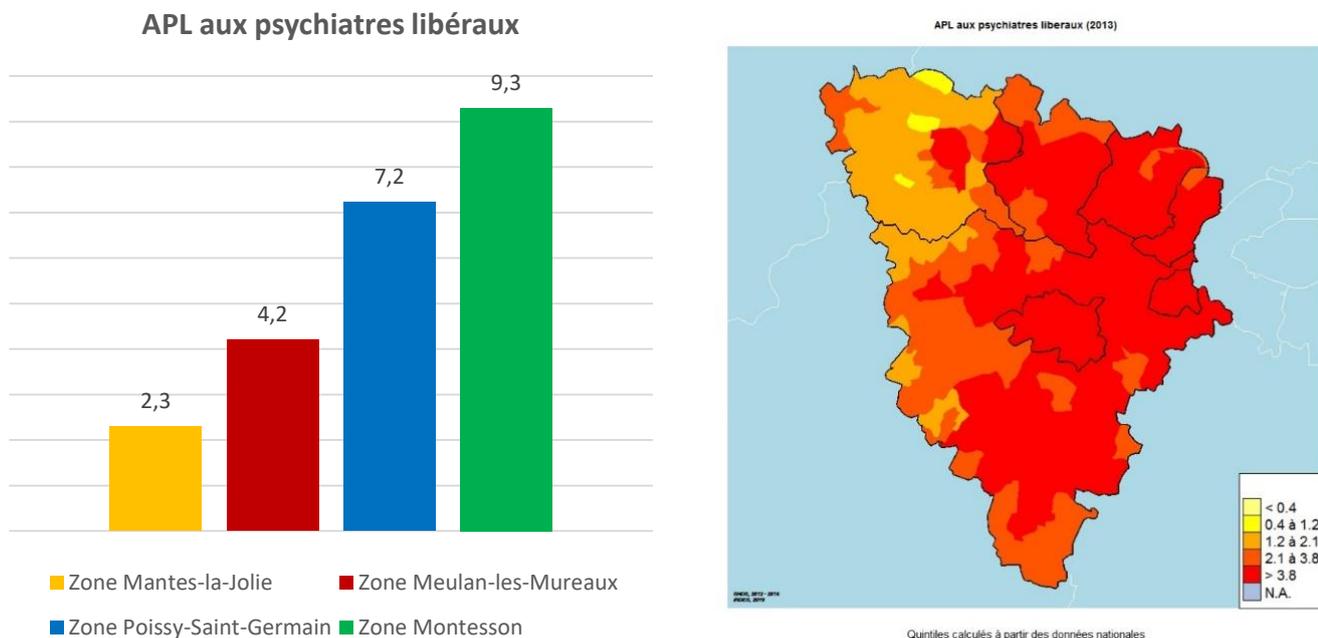
L'offre de gériatrie est deux fois supérieure au niveau national avec une densité de gériatres de 31,9 pour 100 000 habitants âgés de plus de 65 ans en Yvelines (source : RPPS 2015).

Psychiatres libéraux

L'offre de psychiatrie libérale est relativement importante en Yvelines et dans le nord-est du département avec une accessibilité potentielle localisée /APL/ supérieure à la moyenne nationale (figure 26). Cependant la densité tend à baisser ces dernières années. Aussi, l'accès à cette offre reste limité pour toute la population car 53% des psychiatres libéraux sont hors secteur conventionnel en Yvelines.

On constate également un moindre accès dans les zones d'intervention de Mantes-la-Jolie (2,3) et de Meulan-les-Mureaux (4,2).

Figure 26 : Accessibilité potentielle localisée aux psychiatres libéraux en 2013

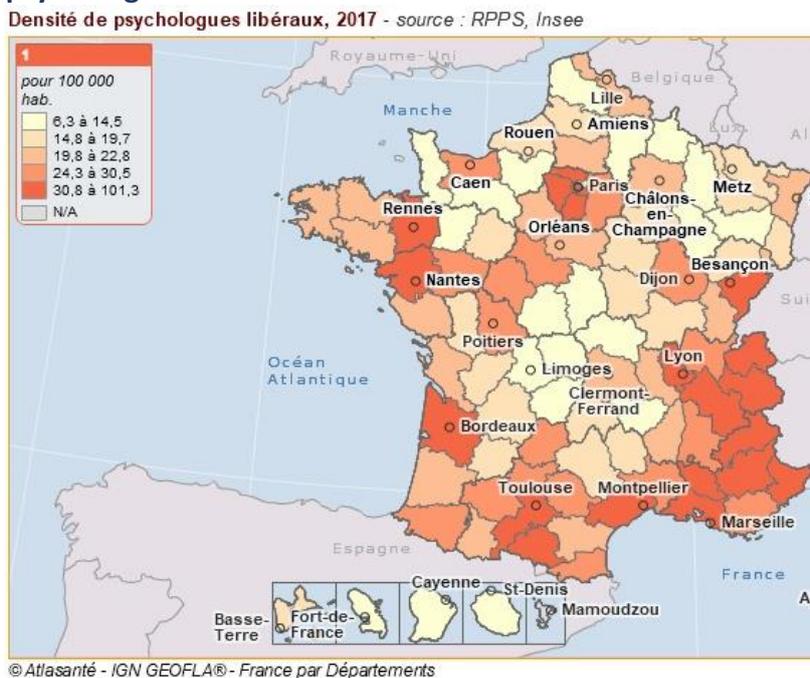


DREES : SNIIRAM, INSEE

Psychologues libéraux

On observe une densité de psychologues libéraux relativement importante dans les Yvelines par rapport au reste du territoire français avec 44 psychologues pour 100 000 habitants (*figure 27*). Cependant, il y a une difficulté d'accès pour les populations en situation sociale précaire.

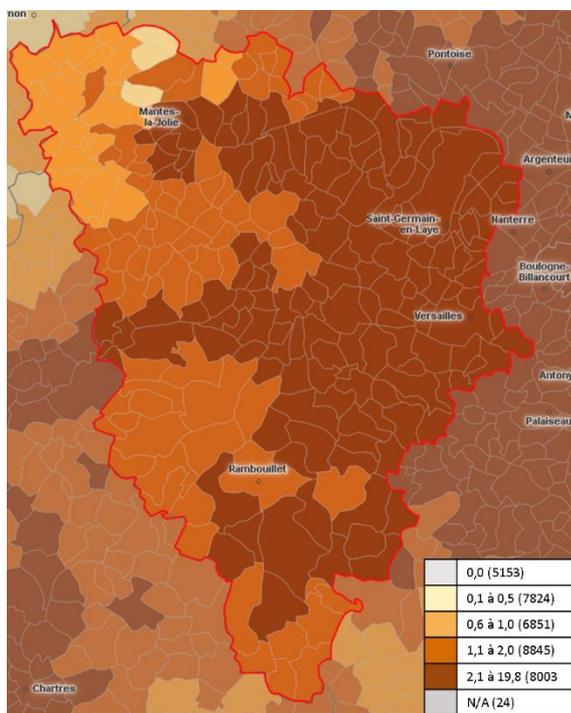
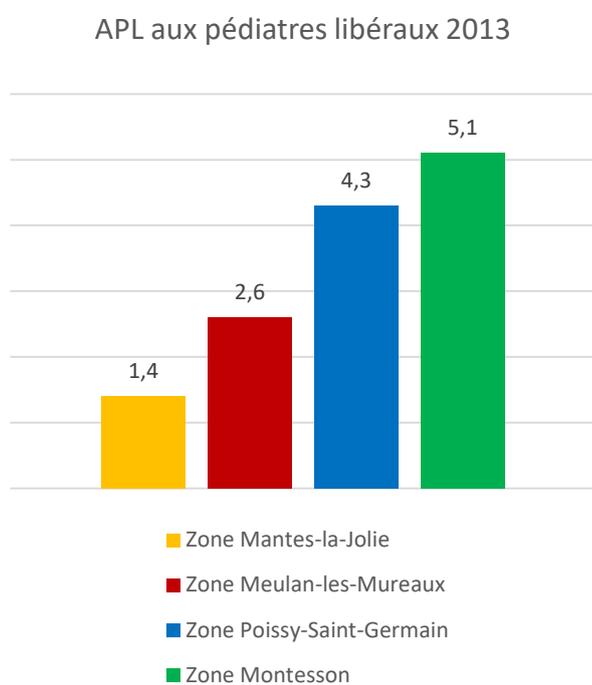
Figure 27 : Densité de psychologues libéraux



Pédiatres libéraux

En termes d'accessibilité potentielle localisée aux pédiatres libéraux (figure 28), on constate des zones défavorisées à l'ouest du département, notamment dans la zone d'intervention de Mantes-la-Jolie (1,4).

Figure 28 : Accessibilité potentielle localisée aux pédiatres libéraux en 2013



Source : Atlas de la santé mentale (RPPS)

Pédopsychiatres libéraux et salariés

En Yvelines, la densité de pédopsychiatres libéraux et salariés pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans est de 8,5, légèrement supérieure à la moyenne nationale (6,7 pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans) en 2016 (source : RPPS 2016).

Cependant, dans les Yvelines Nord il n'existe aucune offre libérale et l'offre hospitalière est très restreinte, avec 50 % au minimum de postes de pédopsychiatre vacants.

2. Offre des établissements de santé autorisés en psychiatrie

Dans les Yvelines Nord, il y a 4 établissements de santé avec une mission de psychiatrie de secteur dont 3 établissements pluridisciplinaires et 1 spécialisé. En termes d'offre privée, il y a deux hôpitaux de jour et 1 structure postcure.

Figure 29 : Listes des établissements de santé autorisés en psychiatrie en Yvelines

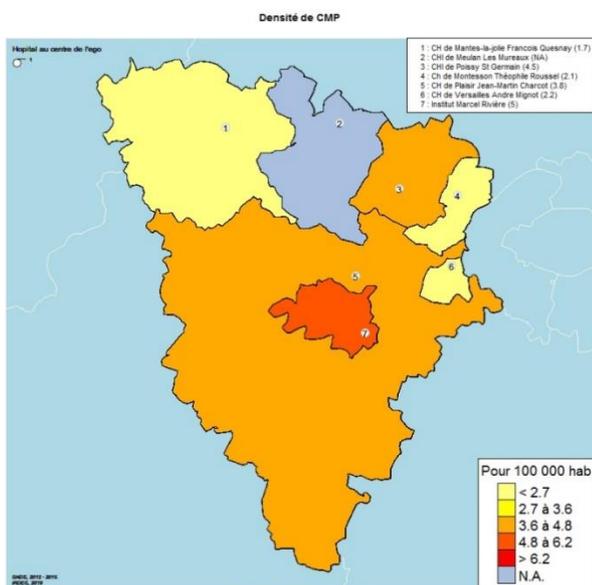
780000287 - CH FRANCOIS QUESNAY MANTES	MANTES-LA-JOLIE	Public
780000303 - CH PLAISIR GRIGNON	PLAISIR	Public
780000311 - CHI POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	POISSY	Public
780000337 - CHI POISSY ST GERMAIN SITE ST GERMAIN	SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	Public
780000402 - CHS JEAN MARTIN CHARCOT	PLAISIR	Public
780000410 - CHS THEOPHILE ROUSSEL	MONTESSON	Public
780000428 - CHI MEULAN (SITE DE BECHEVILLE)	LES MUREAUX	Public
780009528 - ASOIMEEP	POISSY	Privé non lucratif
780020111 - ARISSE	JOUY-EN-JOSAS	Privé non lucratif
780140018 - INSTITUT MARCEL RIVIERE	LE MESNIL-SAINT-DENIS	Privé non lucratif
780140042 - CLINIQUE D'YVELINES	VIEILLE-EGLISE-EN-YVELINES	Privé lucratif
780140075 - CENTRE POST CURE GILBERT RABY	MEULAN-EN-YVELINES	Privé non lucratif
780170056 - HDJ L'ENVOL	MANTES-LA-JOLIE	Privé non lucratif
780310025 - CLINIQUE VILLA DES PAGES	LE VESINET	Privé lucratif
780800256 - CH DE VERSAILLES SITE ANDRE MIGNOT	LE CHESNAY	Public

a. Offre des établissements de santé : ambulatoire

On constate que les densités des CMP (*figure 30*) et des CATTP (*figure 31*) sont relativement faibles en Yvelines Nord liées aux caractéristiques des zones urbaines. On retrouve généralement moins de CMP, mais de plus grande taille avec une amplitude d'horaire plus importante.

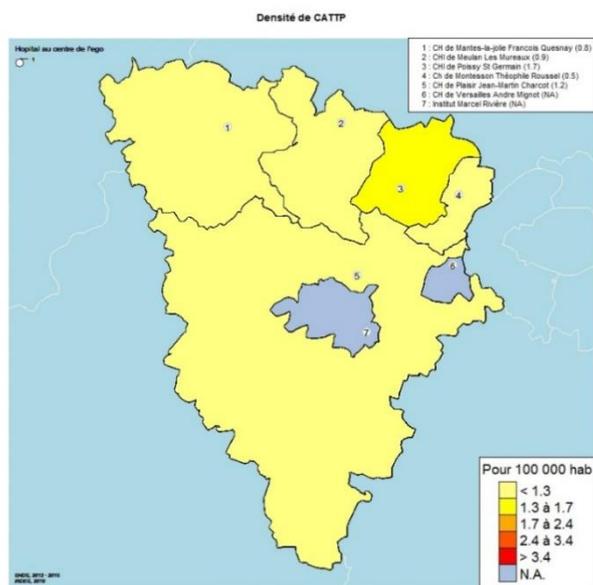
A noter, il n'existe pas suffisamment de données au niveau national telles que la taille d'un CMP, sa densité en termes de personnel etc.

Figure 30 : Densité de CMP



Données issues de la SAE (2017)
 Quintiles calculés à partir des données nationales

Figure 31 : Densité de CATTP



Données issues de la SAE (2017)
 Quintiles calculés à partir des données nationales

TERRITOIRE	DENSITE DE CMP	DENSITE DE CATTP
ZONE MANTES LA JOLIE (1)	1,7	0,8
ZONE MEULAN-LES-MUREAUX (2)	3,6	0,9
ZONE POISSY-SAINT-GERMAIN (3)	4,5	1,7
ZONE MONTESSON (4)	2,1	0,5
FRANCE (2015)	4,2	2,4

Source : Données issues de la SAE (2017)

Soins à domicile et actes ambulatoires hors des murs pour troubles sévères¹⁵

Les densités des soins à domicile (figure 32) et d'actes ambulatoires hors les murs* (figure 33) pour troubles sévères (18-64 ans) sont faibles dans le nord des Yvelines par rapport aux moyennes nationales, excepté dans la zone de Meulan-les-Mureaux. Cela signifie qu'il y a un effort à faire en termes d'aller vers de la part des établissements de santé.

* hors lieux de soins : au domicile de la personne ou dans les établissements médico-sociaux...

Figure 32 : Densité de soins à domicile pour les personnes suivies pour des troubles sévères

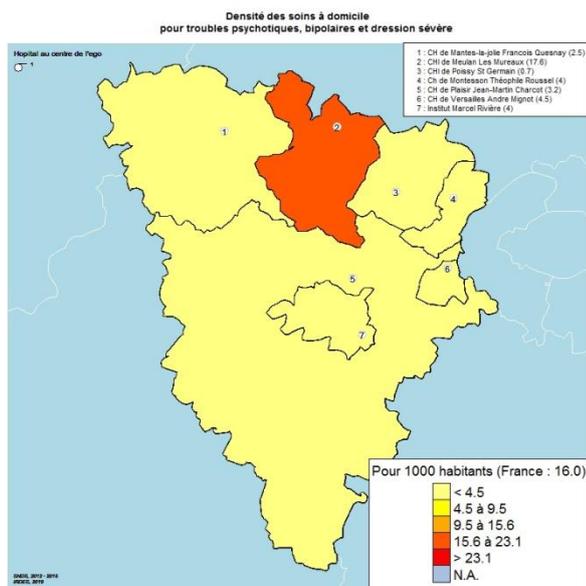
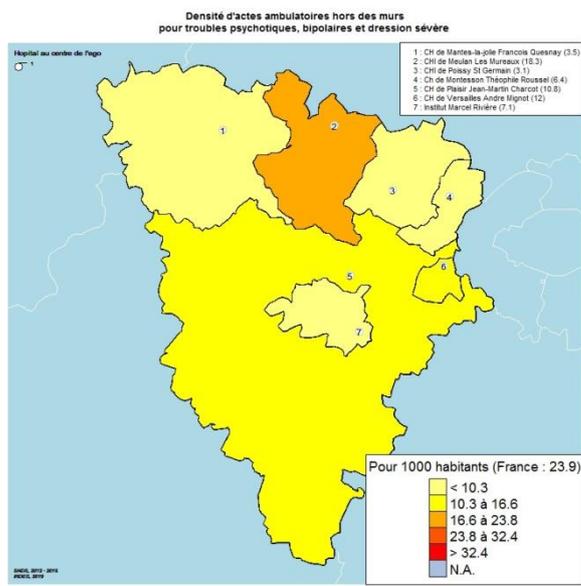


Figure 33 : Densité d'actes ambulatoires « hors les murs » pour les personnes suivies pour des troubles sévères



TERRITOIRE	DENSITE DES SOINS A DOMICILE POUR TROUBLES SEVERES (18-64 ANS)	DENSITE D'ACTES AMBULATOIRES HORS DES MURS POUR TROUBLES SEVERES (18-64 ANS)
ZONE MANTES-LA-JOLIE	2,5	3,5
ZONE MEULAN-LES-MUREAUX	17,6	18,3
ZONE POISSY-SAINT-GERMAIN	0,7	3,1
ZONE MONTESSON	4,0	6,4
FRANCE	16,0	23,9

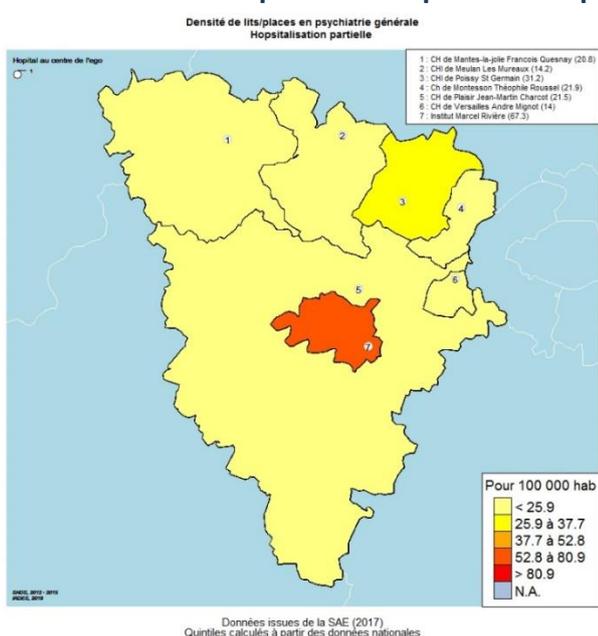
Source : Données issues du Rim-P (2016), Insee

¹⁵ Troubles sévères : psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères

b. Places d'hospitalisation partielle en psychiatrie générale

On observe également une faible densité de places d'hospitalisation partielle en psychiatrie générale pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus dans le nord des Yvelines, par rapport à la France (figure 34).

Figure 34 : Densité de places d'hospitalisation partielle en 2017



TERRITOIRE	DENSITE DE PLACES D'HOSPITALISATION PARTIELLE EN PSYCHIATRIE GENERALE (+16 ANS)
ZONE MANTES-LA-JOLIE	20,8
ZONE MEULAN-LES-MUREAUX	14,2
ZONE POISSY-SAINT-GERMAIN	31,2
ZONE MONTESSON	21,9
FRANCE (+16 ANS)	37,3 (2015)

Source : Données issues de la SAE (2017), Insee

c. Places d'hospitalisation temps complet en psychiatrie générale

En termes de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale (figure 35), le territoire des Yvelines Nord compte moins de lits par habitant que le niveau national. La densité de lits en hospitalisation temps plein en psychiatrie générale pour les établissements publics et privés est inférieure à 55,3 lits pour 100 000 habitants de 16 ans ou plus en Yvelines Nord, ce qui est très faible par rapport à la moyenne française (80,5 lits en France en 2015), pouvant indiquer un engagement fort dans le virage ambulatoire.

La densité de lits en alternative à temps complet (appartements thérapeutiques, postcure...) (figure 36) est également très inférieure au niveau national (13,3 lits en France en 2015).

Figure 35 : Densité de lits hospitalisation temps plein (public et Espic) 2017

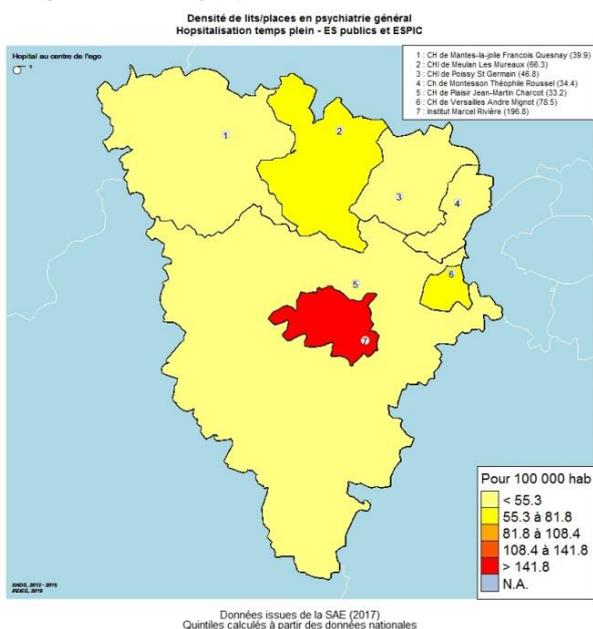
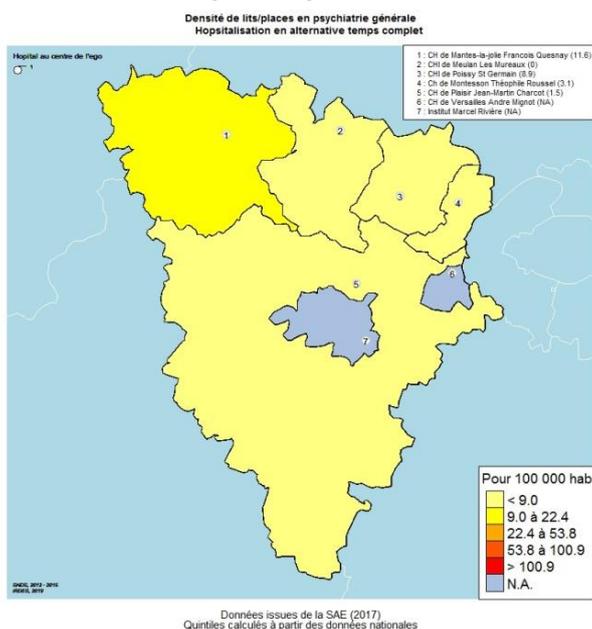


Figure 36 : Densité de lits/places hospitalisation en alternative temps complet 2017



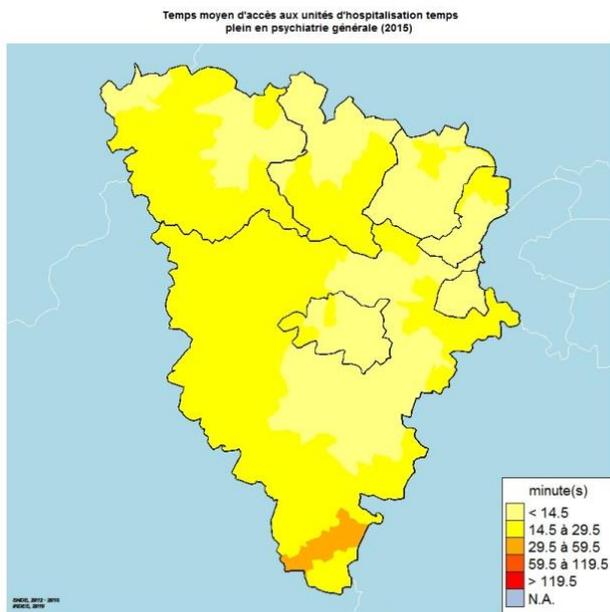
TERRITOIRE	DENSITE DE LITS D'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN (PUBLICS+ESPIC) EN PSY G (+16 ANS)	DENSITE DE LITS D'HOSPITALISATION EN ALTERNATIVE TEMPS COMPLET EN PSY G (+ 16 ANS)
ZONE MANTES-LA-JOLIE	39,9	11,6
ZONE MEULAN-LES-MUREAUX	66,3	0
ZONE POISSY-SAINT-GERMAIN	46,8	8,9
ZONE MONTESSON	34,4	3,1
FRANCE (2015)	80,5	13,3

Source : Données issues de la SAE (2017), Insee

En ce qui concerne l'offre privée non sectorisée, il y a 242 lits et 50 places alternatives à temps plein en Yvelines.

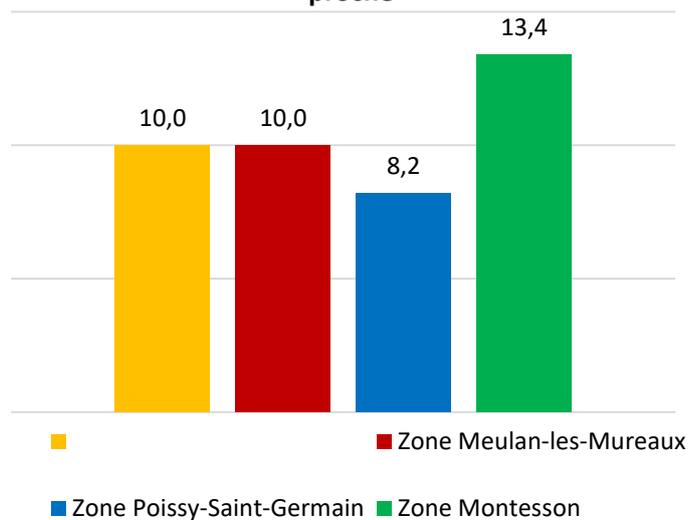
Figure 37 : Temps moyen d'accès en véhicule à l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (2015)

Malgré des capacités de prise en charge à temps complet limitées, il y a une bonne accessibilité géographique en Yvelines Nord. En effet, le temps moyen est moins de 30 minutes en véhicule pour accéder à l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche en psychiatrie générale.



Quintiles calculés à partir des données nationales

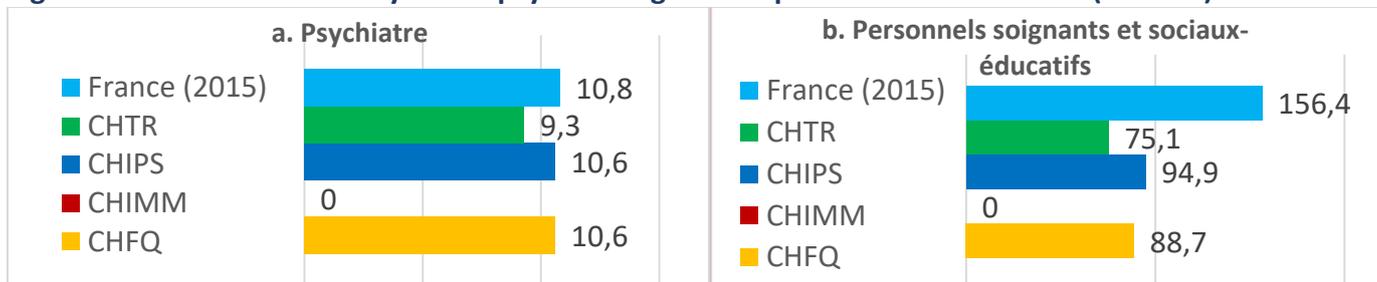
Temps moyen d'accès en véhicule à l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche



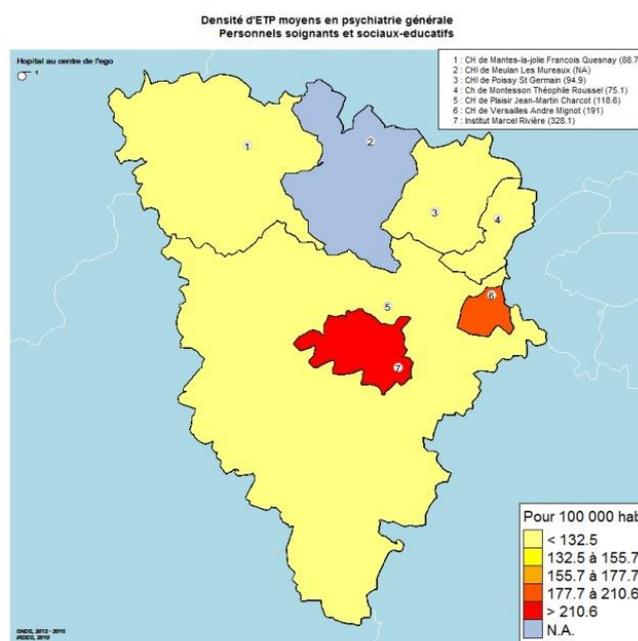
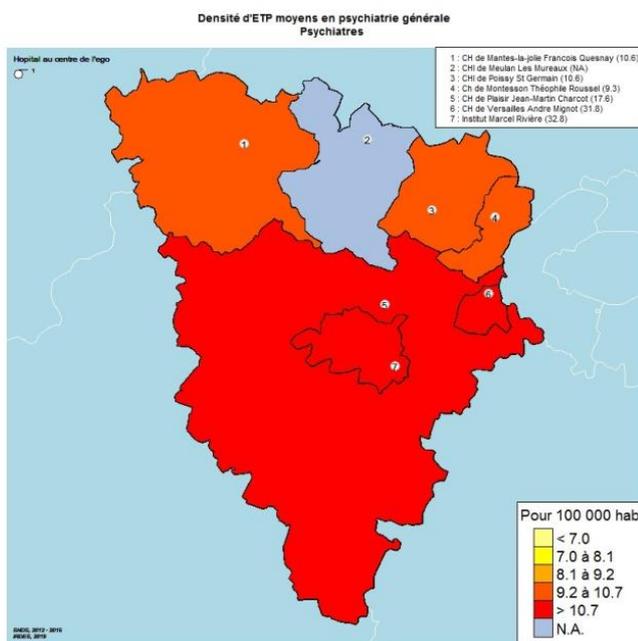
d. Ressources sanitaires en psychiatrie générale

Les établissements du nord Yvelines sont aussi bien dotés que le niveau national (10,8) en termes d'équivalents temps plein /ETP/ de psychiatres en psychiatrie générale pour 100 000 habitants âgés de plus de 16 ans (figure 38-a). En revanche, la densité d'ETP de personnels soignants et sociaux éducatifs (figure 38-b) est largement inférieure à la moyenne nationale (156,4). Cela peut être en partie lié au moindre nombre de lits d'hospitalisation temps plein.

Figure 38 : Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale pour 100 000 habitants (+16 ans)



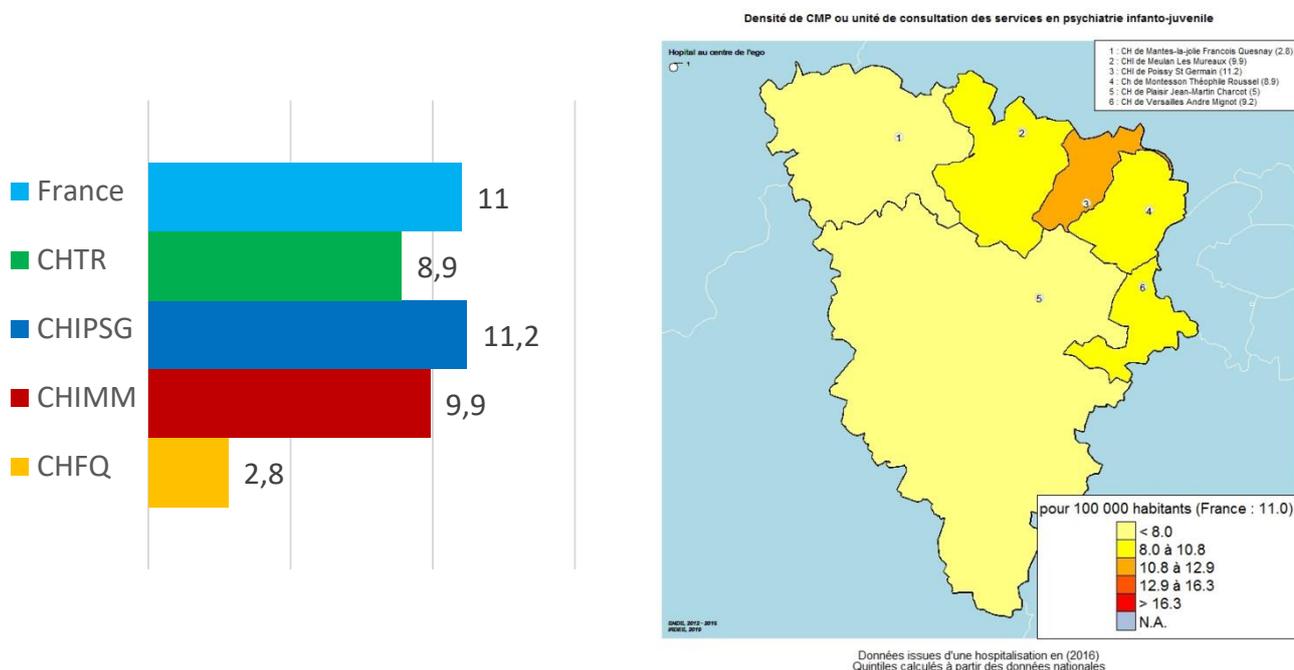
Données issues de la SAE (2017), quantités calculées à partir des données nationales



3. Offre des établissements de santé en psychiatrie infanto-juvénile

Figure 39 : Densité de CMP ou unités de consultation en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans

Au nord des Yvelines, la densité de CMP ou d'unité de consultation des services en psychiatrie infanto-juvénile est inférieur au niveau national.



Lecture : Il y a 2,8 CMP en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans dans la zone d'intervention de Mantes-La-Jolie.

Figure 40 : Densité de CATTP en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans

La densité de CATTP en psychiatrie infanto-juvénile est également faible par rapport à la moyenne française en Yvelines Nord.

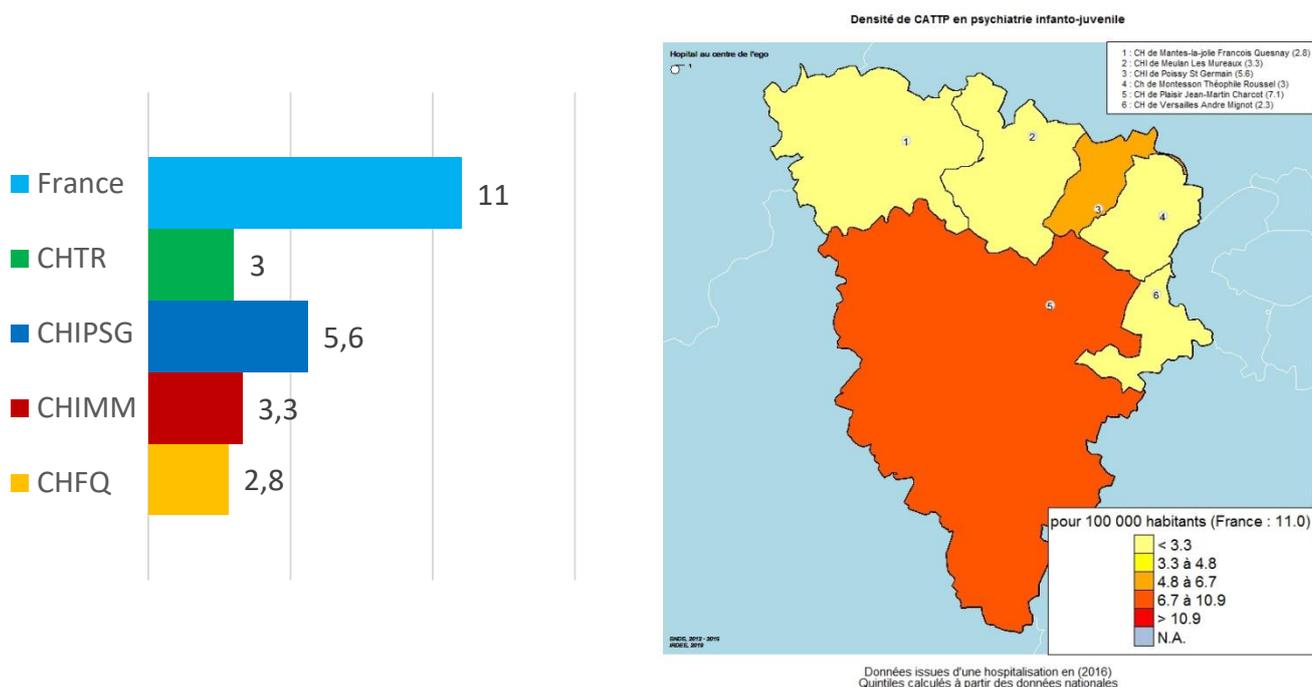


Figure 41 : Densité de places d'hospitalisation partielle en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans

En termes de places d'hospitalisation partielle en psychiatrie infanto-juvénile, le nord Yvelines est moins bien doté par rapport à la moyenne nationale.

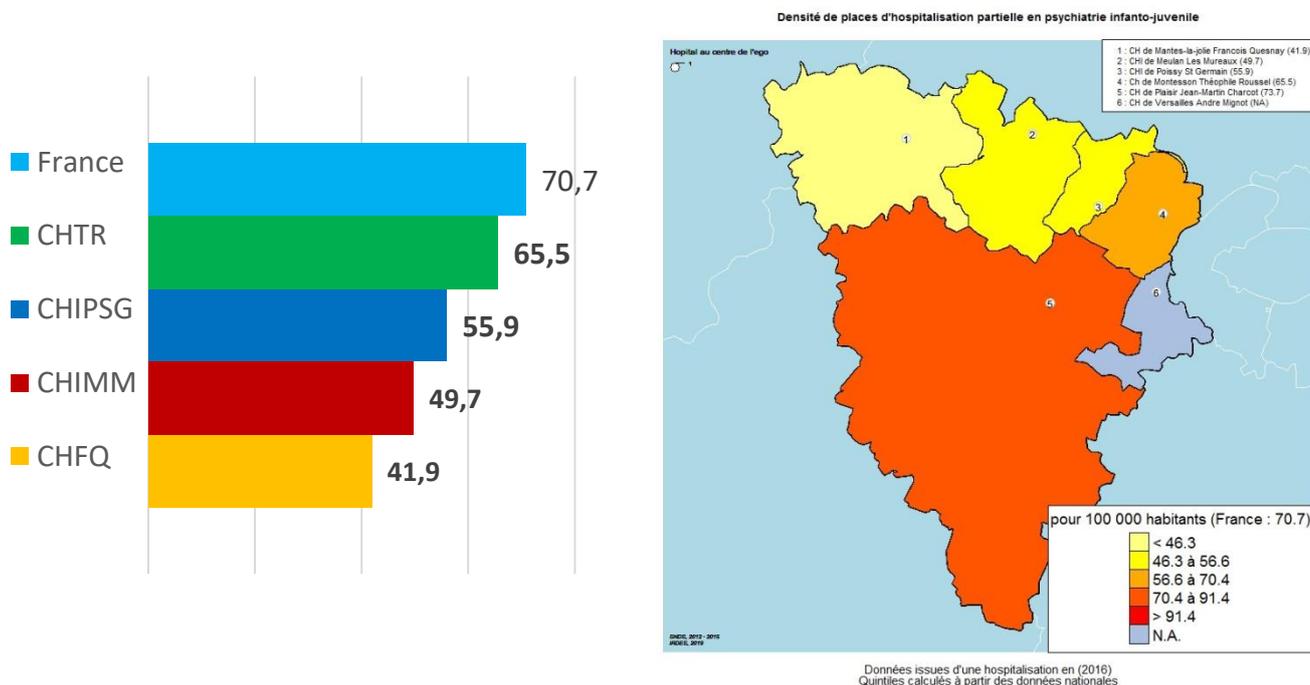
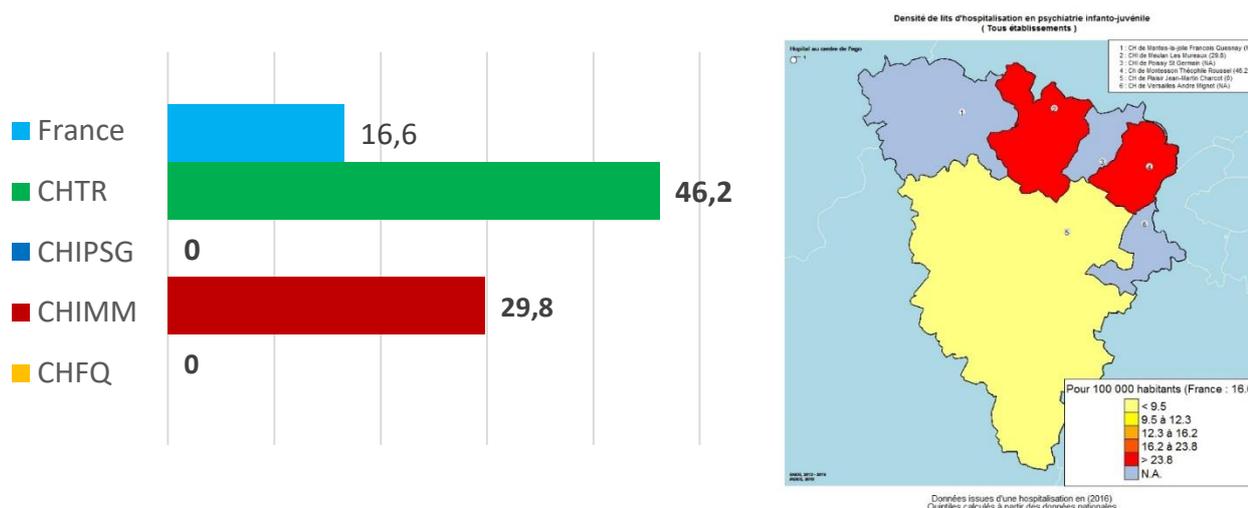


Figure 42 : Densité de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans

Des capacités de prises en charge en hospitalisation temps plein sont supérieures dans les zones de Montesson et de Meulan-les-Mureaux au niveau national. Toutefois, le Centre Hospitalier Théophile Roussel est un établissement bi-départemental accueillant aussi les patients des 4 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département des Hauts-de-Seine et doté d'une unité mères-bébés non sectorisée répondant à un besoin régional et les places en hospitalisation complète du CHIMM sont destinées également aux territoires du CHFQ et du CHIPSG.



Unités localisées d'inclusion scolaires de l'enseignement secondaire

Il y a 43 unités localisées d'inclusion scolaires de l'enseignement secondaire dans 38 collèges et lycées (32 collèges, 5 lycées, 1 lycée professionnel) en Yvelines Nord, dont :

- 1 pour troubles envahissants du développement
- 33 pour troubles des fonctions cognitives ou mentales
- 7 pour troubles spécifiques du langage et des apprentissages
- 1 pour TFM troubles des fonctions motrices
- 1 pour troubles de la fonction visuelle

Figure 43 : Nombre d'unités localisées d'inclusion scolaires (ULIS) de l'enseignement secondaire

	Zone Mantes-la-Jolie	Zone Meulan-les-Mureaux	Zone Poissy	Zone Montesson-Saint-Germain
ULIS : Troubles envahissants du développement	0	0	0	1
ULIS : troubles des fonctions cognitives ou mentales	10	6	7	10

Source : ONISEP (dernière mise à jour : 29 août 2019)

En résumé

En Yvelines Nord, l'accessibilité aux médecins généralistes varie selon les zones, mais elle reste moindre comparée au niveau national. Des départs en retraite récents laissent craindre des chiffres plus alarmants encore.

La partie ouest du territoire représente une difficulté d'accès aux soins primaires.

On constate une offre de psychiatrie libérale relativement importante, à l'accessibilité financière limitée (53% hors secteur 1) et une densité de psychologues libéraux également abondante dans le département (44 pour 100 000 habitants). Cette offre paraît mal répartie sur le territoire.

Le taux d'équipement en lit d'hospitalisation temps plein et en place de temps partiel est inférieur au taux national.

L'offre en structures ambulatoires est faible, mais c'est la caractéristique des secteurs urbains.

Le développement de « l'Aller vers » est à envisager dans l'ensemble du territoire.

Des capacités de prise en charge à temps complet sont limitées, mais il y a une bonne accessibilité géographique, et peuvent indiquer un engagement du territoire dans le virage ambulatoire.

En termes de la densité de personnels socio-éducatifs, les établissements du nord Yvelines sont beaucoup moins bien dotés par rapport au niveau national.

En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, l'offre en ambulatoire des Yvelines Nord est très faible comparée à la moyenne nationale. Des capacités de prise en charge à temps partiel sont limitées.

En revanche, la densité de lits d'hospitalisation temps plein des zones de Meulan-les-Mureaux et de Montesson est relativement élevée. Mais les chiffres ne correspondent pas à la situation réelle car les lits d'hospitalisation à temps plein du Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan-les-Mureaux sont destinés à accueillir la population des zones de Mantes-la-Jolie et de Poissy. Aussi, le Centre Hospitalier Théophile Roussel prend en charge une partie de la population du département des Hauts-de-Seine.

4. Offre communautaire

a. Groupes d'entraide mutuelle

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit, dans ses articles 4 et 11, le développement de « groupes d'entraide mutuelle » dans un but tant de prévention que de compensation du handicap.

La circulaire DGAS/3B n°2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques définit les GEM dans son annexe 1 « cahier des charges d'un groupe d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques ».

Les objectifs des GEM sont de :

- Briser la solitude et contribuer à une perspective d'insertion sociale et professionnelle,
- Stimuler la prise d'initiatives et d'autonomie,
- Favoriser l'entraide, la solidarité et le partage entre les membres,
- Faciliter les relations entre les participants et la communauté environnante

Ces objectifs se réalisent au moyen d'activités culturelles, sportives ou artistiques¹⁶.

Il y a 5 groupes d'entraide mutuelle /GEM/ implantés en Yvelines Nord avec une fréquentation moyenne d'une quarantaine de personnes par GEM, soit un total de 180 à 220 adhérents.

- ✓ Les Mureaux
- ✓ Poissy
- ✓ Conflans-Sainte-Honorine
- ✓ Mantes-la-Ville
- ✓ Sartrouville

b. Conseils locaux de santé mentale

Le CLSM est une instance de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants ainsi que tous les autres acteurs concernés par la santé mentale. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins¹⁷.

En Yvelines Nord, il existe deux conseils locaux de santé mentale (Sartrouville et Les Mureaux) malgré des problématiques de santé mentale prégnantes du territoire. Le déploiement reste insuffisant au regard de la population qui est de 770 756 habitants.



¹⁶ <http://www.unafam.org/Les-GEM.html>

¹⁷ <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/definition-du-clsm/>

5. Offre médico-sociale

Les données nationales sont limitées pour les structures sociales et médico-sociales.

a. Offre médico-sociale d'accompagnement et d'hébergement pour les adultes

Le département des Yvelines est globalement mal doté en termes de structures médico-sociales par rapport à la moyenne nationale (figure 44). On note un nombre élevé de FAM, mais ce nombre reste insuffisant pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques car un bon nombre est accueilli en Belgique et d'autre se trouvent soit dans les unités d'hospitalisations occupant des lits d'une manière inadéquate ou à charge des familles à domicile.

Figure 44 : Nombre de places installées en établissement et services médicosociaux pour 100 000 habitants de 20 et plus

	Yvelines	Ile-de-France	France
En SAMSAH	13,1	17,9	20,3
En SAVS	48,5	33,1	79,2
En ESAT	199,8	188,4	240,4
En Foyers de vie et d'hébergement	59,4	51,3	103,3
En FAM	101	56,8	60,9
En MAS	44,7	46,5	58,6

Source : FINESS – 2017

La densité de places pour les personnes en situation de handicap psychique (figure 45) du département des Yvelines est inférieure à la moyenne nationale et légèrement supérieure à la moyenne régionale.

Figure 45 : Synthèse de l'offre en établissements et services médicosociaux (2017) pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

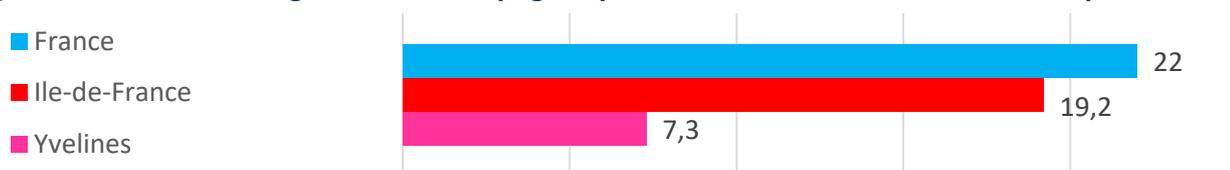
	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité places d'hébergement PH	205,1	154,6	222,8
Densité places d'accompagnement PH	61,7	51	99,5
Densité places d'insertion prof. PH	199,8	188,4	240,4

Source : FINESS – 2017

Logements accompagnés

En Yvelines, il y a très peu de logements accompagnés (figure 46) : 7,3 logements pour 100 000 habitants de plus de 20 ans contre 22 en France.

Figure 46 : Densité de logements accompagnés pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

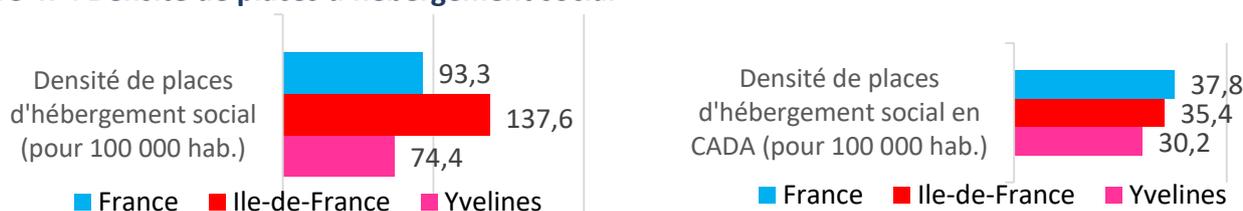


Source : FINESS – 2014

Hébergement social

La densité de places d'hébergement social (figure 47) est également faible pour le département comparée aux niveaux régional et national.

Figure 47 : Densité de places d'hébergement social



Source : FINESS, DJRCS, DGCS, Scoresanté -2014

b. Logements sociaux

En Yvelines Nord, il y a 63 134 logements locatifs sociaux, soit environ 81 logements pour 1000 habitants. (Source : RPLS¹⁸ 2018).

Places d'hébergement en CHU, HUAS et CHRS

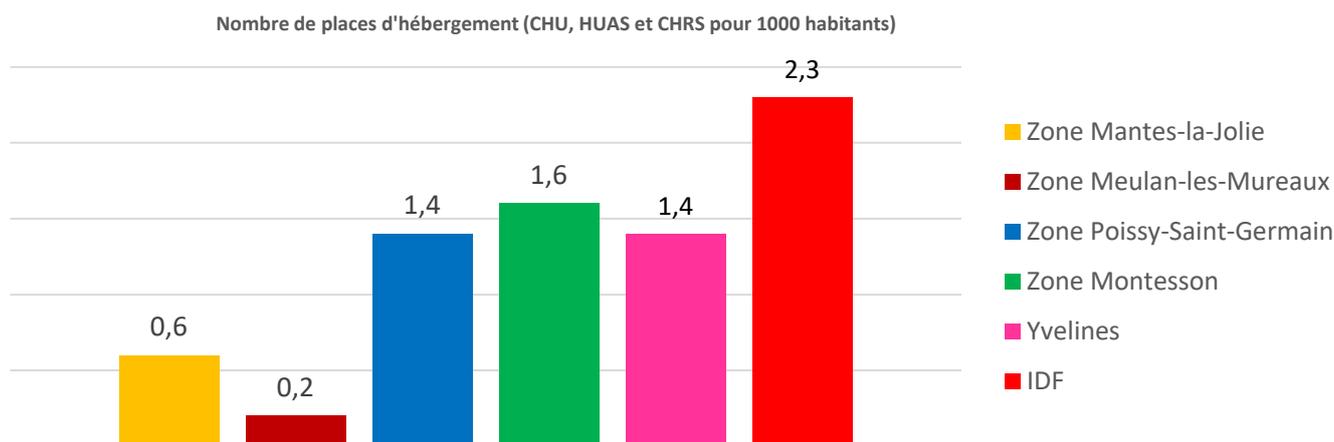
En Yvelines Nord, le nombre de places en CHU*, HUAS** et CHRS*** pour 1000 habitants (figure 48) est inférieur à la moyenne régionale (2,3), notamment dans les zones de Mantes-la-Jolie (0,6) et de Meulan-les-Mureaux (0,2).

***CHU** : Centre d'Hébergement d'Urgence

****HUAS** : Hébergement d'Urgence avec Accompagnement Social

*****CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Figure 48 : Densité de places d'hébergement (CHU, HUAS et CHRS) en Yvelines Nord



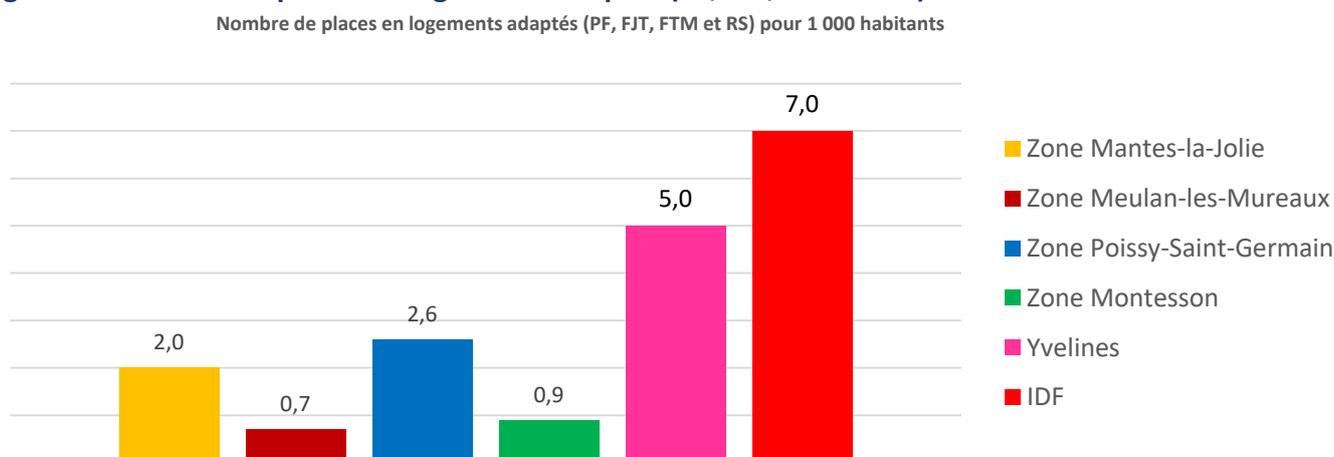
Source : Socle de données au 31/12/2018, DRIHL

Places en logements adaptés (PF, FJT, FTM et RS)

En termes de logements adaptés pour 1000 habitants (figure 49), le territoire YN a une densité, largement inférieure aux moyennes départementale (5) et régionale (7).

Dans les zones de Meulan-les-Mureaux et de Montesson, il y a moins d'1 logement adapté pour 1000 habitants.

Figure 49 : Densité de places en logements adaptés (PF, FJT, FTM et RS) en Yvelines Nord



Source : Socle de données au 31/12/2018, DRIHL

PF : Pensions de Familles

FJT : Foyers de Jeunes Travailleurs (dont Résidences Sociales-Foyers Jeunes Travailleurs : RS-FJT)

FTM : Foyers de Travailleurs Migrants

RS : Résidences Sociales (hors Résidences Sociales-Foyers Jeunes Travailleurs : RS-FJT)

Intermédiation Locative

L'intermédiation locative est un système qui permet, grâce à l'intervention d'un tiers social (opérateur, organismes agréé par l'État ou association agréée par l'État), de sécuriser et de simplifier la relation entre le locataire et le bailleur. Elle repose sur un principe solidaire : les logements sont loués à des ménages en grande précarité, sortant par exemple des dispositifs d'hébergement et ne trouvant pas de logement sur le marché¹⁹.

Le graphique suivant (figure 50) montre que ce système d'intermédiation locative n'est pas assez développé dans la partie ouest du territoire YN avec seulement 1,5 places en intermédiation locative **pour 100 000 habitants** à Mantes-la-Jolie et 1,5 pour **10 000 habitants** à Meulan-les-Mureaux contre 1,8 pour **1000 habitants** en IDF.

Figure 50 : Densité de places en Intermédiation Locative en Yvelines Nord

Nombre de places en Intermédiation Locative (Solibail + Louez Soliadire) pour 1000 habitants



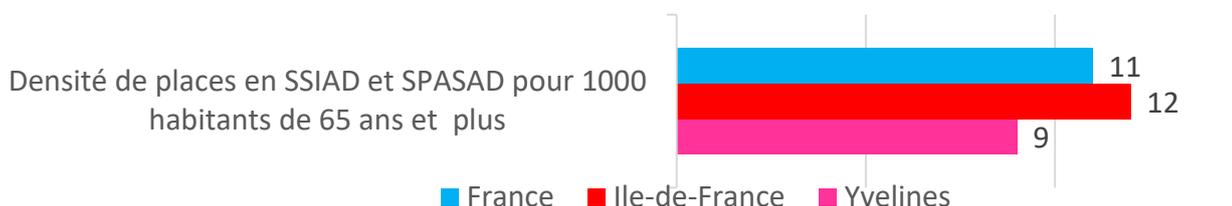
Source : Socle de données au 31/12/2018, DRIHL

¹⁹ www.cohesion-territoires.gouv.fr

c. Offre médico-sociale d'accompagnement et d'hébergement pour les personnes âgées

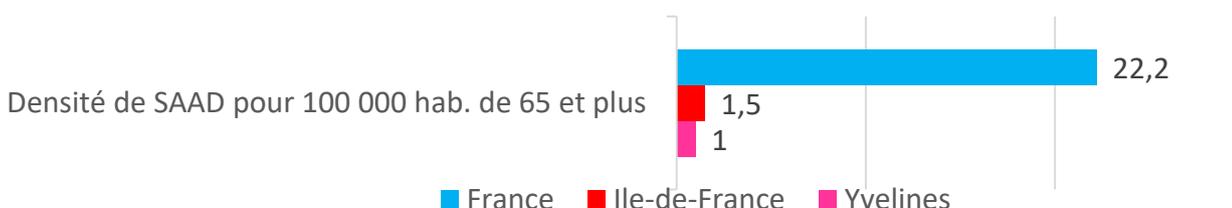
L'offre médico-sociale pour les personnes âgées est plutôt faible dans le département des Yvelines. Il y a 43,6 places en EHPAD pour 1000 habitants âgés de plus de 65 ans en Yvelines, contre 52,3 en France en 2015.

Figure 51 : Densité de places en SSIAD et SPASAD pour 100 000 habitants de 65 et plus



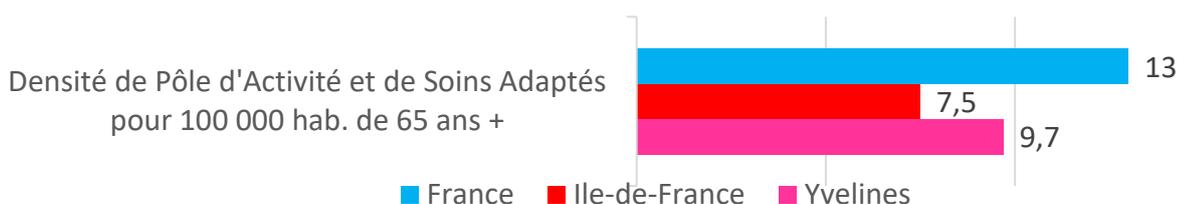
*SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
*SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
Source : Finess 2015

Figure 52 : Densité de SAAD pour 100 000 habitants de 65 et plus



*SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
Source : Finess 2015

Figure 53 : Densité de Pôle d'Activité et de Soins Adaptés pour 100 000 habitants de 65 et plus



Source : Finess 2015

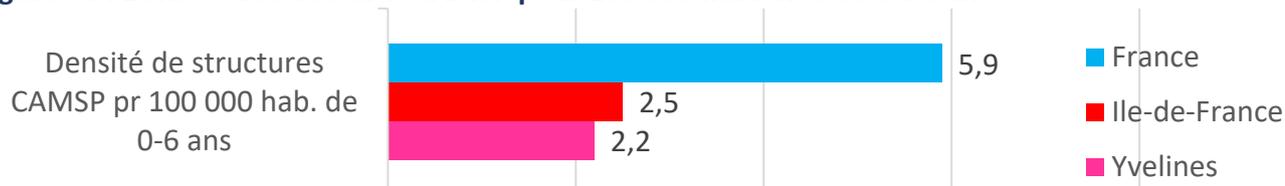
d. Offre médico-sociale d'accompagnement pour les enfants et adolescents

En termes d'offre médico-sociale pour les enfants, le département des Yvelines représente une faible densité par rapport au niveau national.

Par ailleurs, seules 16 sur 45 structures proposant un service d'éducation adaptée et d'accompagnement social et médico-social ainsi qu'une éducation spécialisée enfance handicapée (IME, ITEP, IEM...) sont situées en Yvelines Nord, soit 36% des structures des Yvelines.

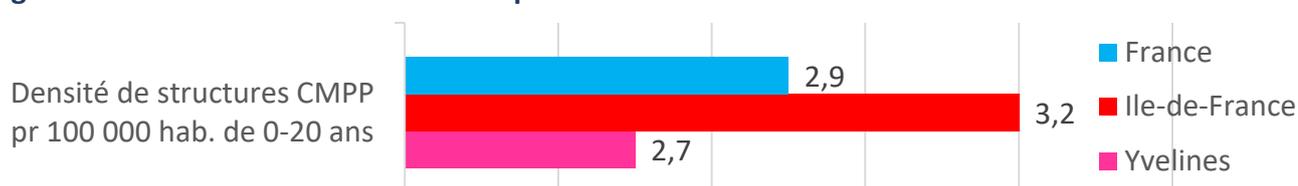
Et en termes de places, 58% des places en IME, 10% des places en ITEP et 13% des places en SESSAD se trouvent dans le nord du département. (Source : FINESS).

Figure 54 : Densité de structures CAMSP pour 100 000 habitants de 0 à 6 ans



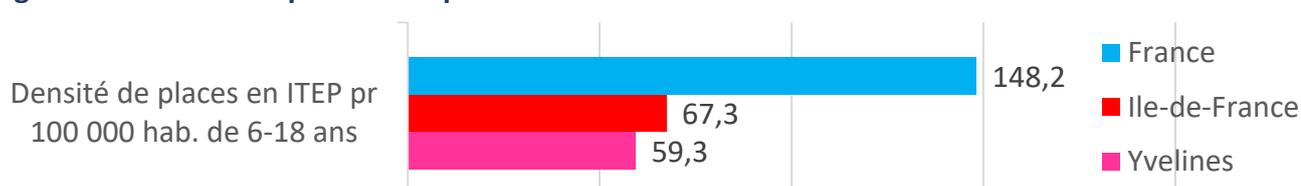
CAMSP : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce, Source : FINESS, INSEE – 2015

Figure 55 : Densité de structures CMPP pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans



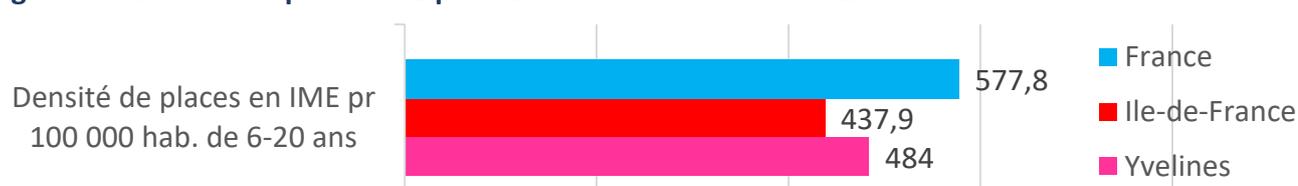
CMPP : centre médico-psycho-pédagogique, Source : FINESS, INSEE - 2015

Figure 56 : Densité de places ITEP pour 100 000 habitants de 6 à 18 ans



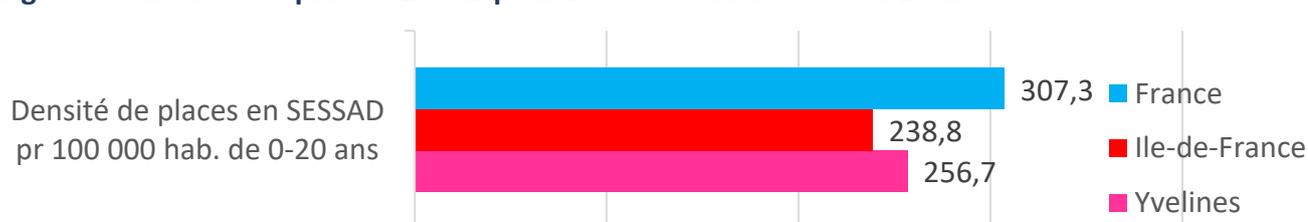
ITEP : Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, Source : FINESS, INSEE - 2015

Figure 57 : Densité de places IME pour 100 000 habitants de 6 à 20 ans



IME : Institut médico-éducatif, Source : FINESS, INSEE - 2015

Figure 58 : Densité de places SESSAD pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans



*SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
Source : FINESS, INSEE - 2015*

En résumé

En Yvelines, il y a moins d'offres sociales et médico-sociales pour accompagner et / ou accueillir les enfants, adolescents, adultes et personnes âgées par rapport au niveau national.

Les données de la *DRIHL* (Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement) sur les logements sociaux montrent que cette offre moindre est également mal répartie en infra territorial. En effet, on observe des densités de logements adaptés et de places d'hébergement (CHU, HUAS, CHRS) particulièrement bas au nord-ouest du département malgré la situation précaire préoccupante sur le territoire.

IV. CARACTERISTIQUES SANITAIRES ET RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

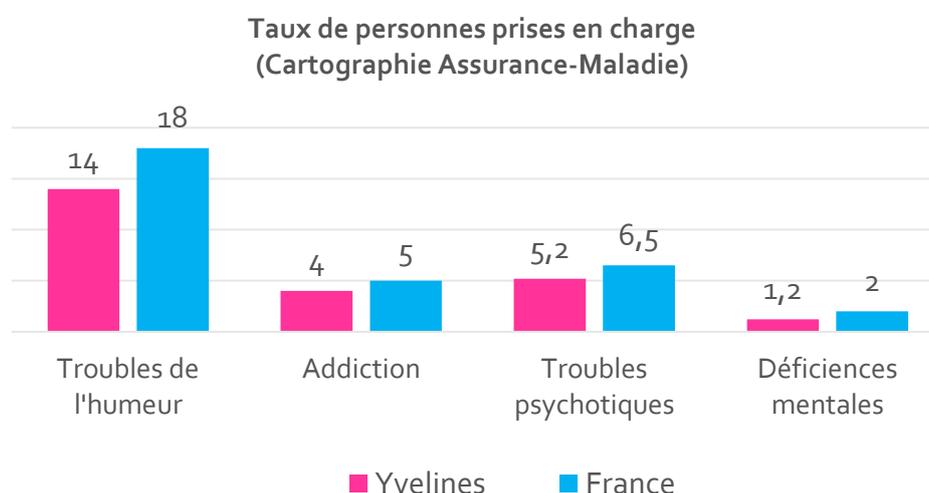
Il n'existe pas en France de données territorialisées de prévalence des troubles de santé mentale en population générale, permettant d'estimer les besoins de soins en santé mentale.

1. Prévalence « traitée »

Le taux de personnes prises en charge parmi les bénéficiaires du Régime Général /RG/ de l'assurance maladie (18-64 ans) est inférieur au taux national en ce qui concerne les troubles de l'humeur, l'addiction, les troubles psychotiques et les déficiences mentales (figure 59).

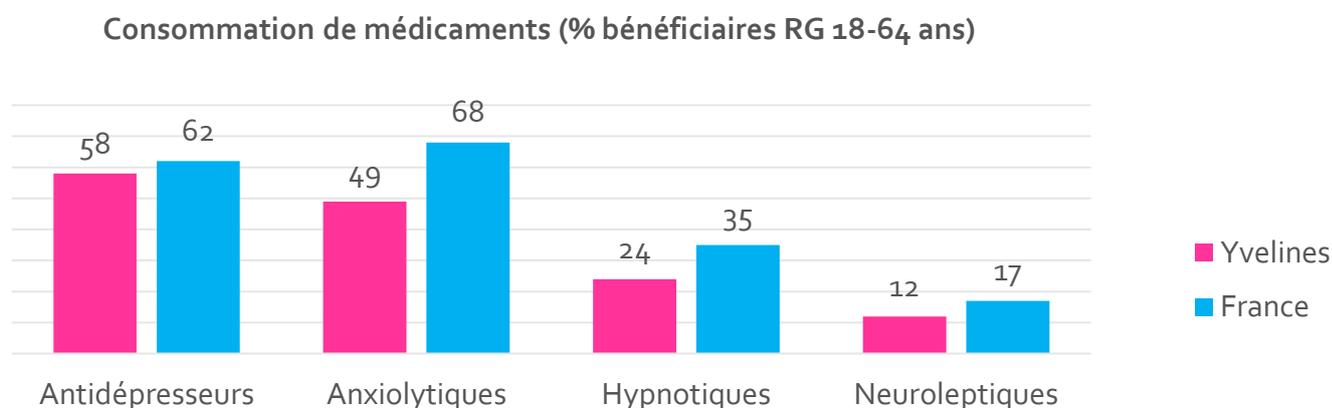
A noter les données statistiques ne permettent pas de déterminer la raison de ces écarts entre les moyennes départementales et nationales. Cette prévalence inférieure peut soit être le reflet d'une moindre prévalence des troubles en population générale, soit indiquer des barrières dans l'accès aux soins, (ce que peut laisser penser les données du contexte territorial en termes de précarité, isolement social) soit que l'offre existante ne permet pas d'absorber la demande.

Figure 59 : Taux de personnes prises en charge selon la cartographie de l'Assurance maladie



Source : SNIIRAM - 2015

Figure 60 : Consommation de médicaments

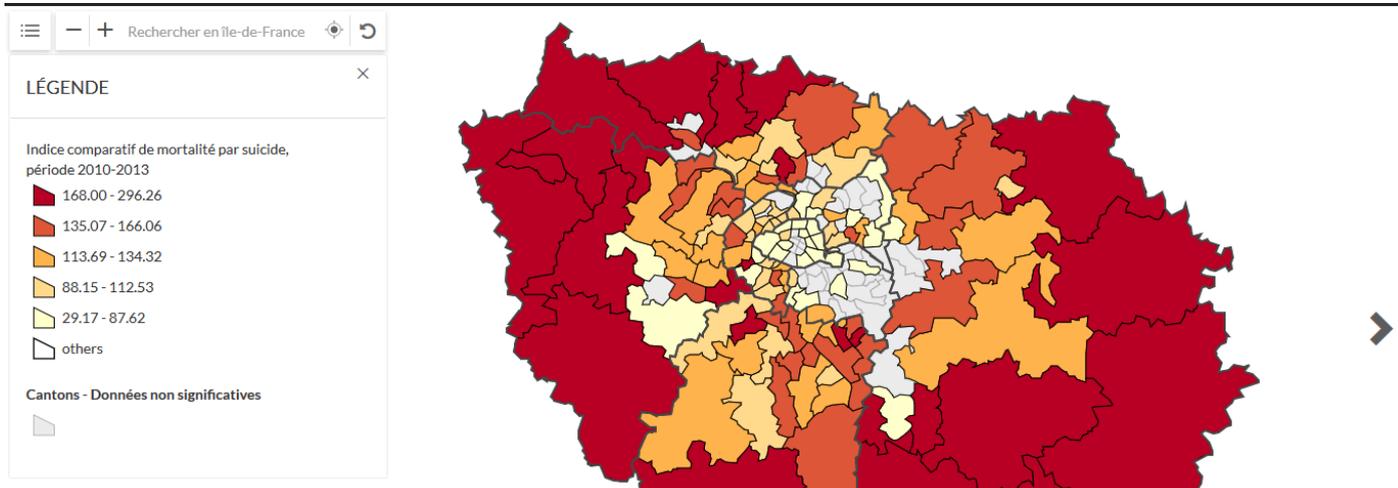


Source : SNIIRAM – 2015

2. Suicide et mortalité

Le département des Yvelines a un taux de mortalité par suicide inférieur (11,44) au niveau national (15,53) pour 100 000 habitants (*figure 61*), mais ce taux reste élevé dans l'ouest du département par rapport à ses voisins franciliens. Une vigilance spécifique à mettre en place dans cette partie du territoire.

Figure 61 : Taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants



Le taux de recours (18-64 ans) pour tentative de suicide est de 0,9 en Yvelines contre 1,5 en France (PMSI-MCO-2015).

Le taux de recours pour tentative de suicide des 65 ans et plus est de 4,1 pour 10 000 habitants en Yvelines, inférieur à la moyenne française (5,4) en 2015.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans est de 9,2 pour 10 000 habitants de 12 à 18 ans en Yvelines, également inférieur au taux national (16,1) en 2015.

Figure 62 : Tentative de suicide

Indicateurs	Yvelines	France
Taux de mortalité par suicide (période 2010-2013)	11,44	15,53
Taux de recours (18-64 ans) pour tentative de suicide (2015)	0,9	1,5
Taux de recours pour tentative de suicide des 65 ans et plus pour 10 000 habitants (2015)	4,1	5,4
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans (2015)	9,2	16,1

Source : PMSI-MCO-2015

3. Recours aux soins aux psychiatres libéraux

Le taux de recours aux psychiatres libéraux est relativement important dans les Yvelines (figure 63), avec sans doute des disparités infra territoriales.

Figure 63 : Taux de recours aux psychiatres libéraux, 2015

Taux de recours aux psychiatres libéraux, 2015 - source : SNIIRAM, Insee



© Atlasanté - IGN GEOFLA® - France par Départements

4. Recours aux soins pour les troubles fréquents et modérés (18 à 64 ans)

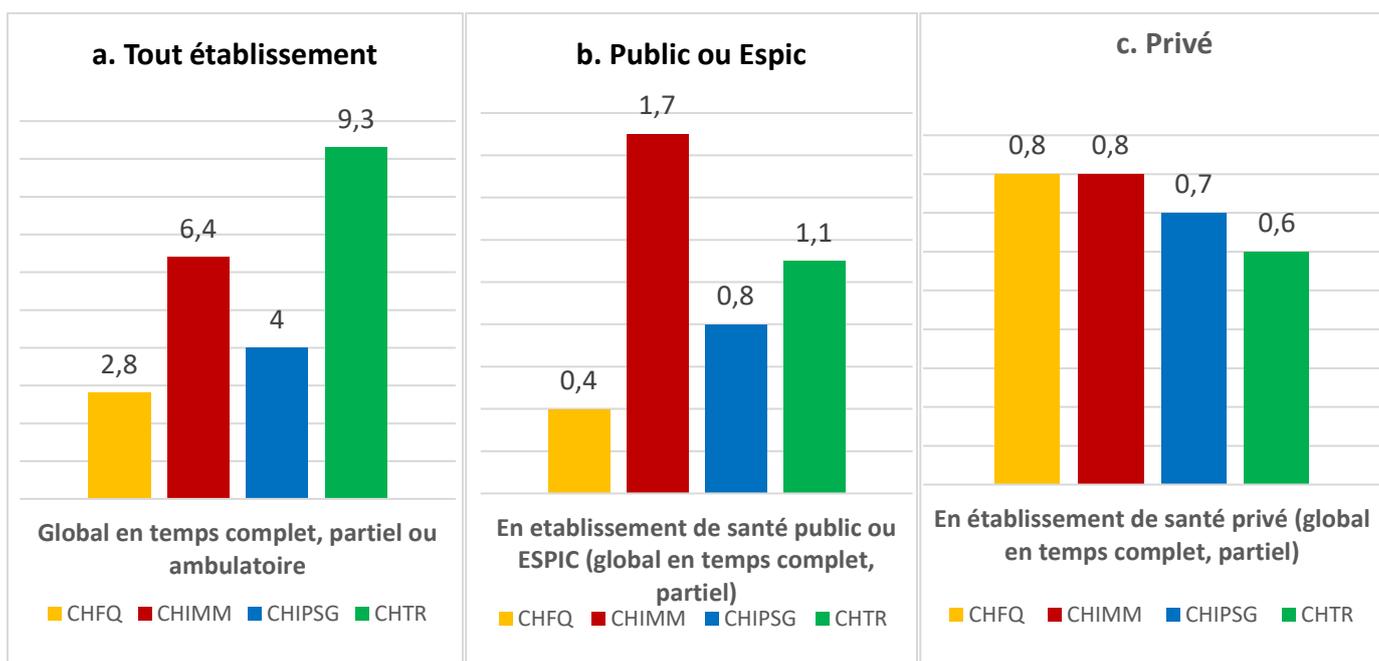
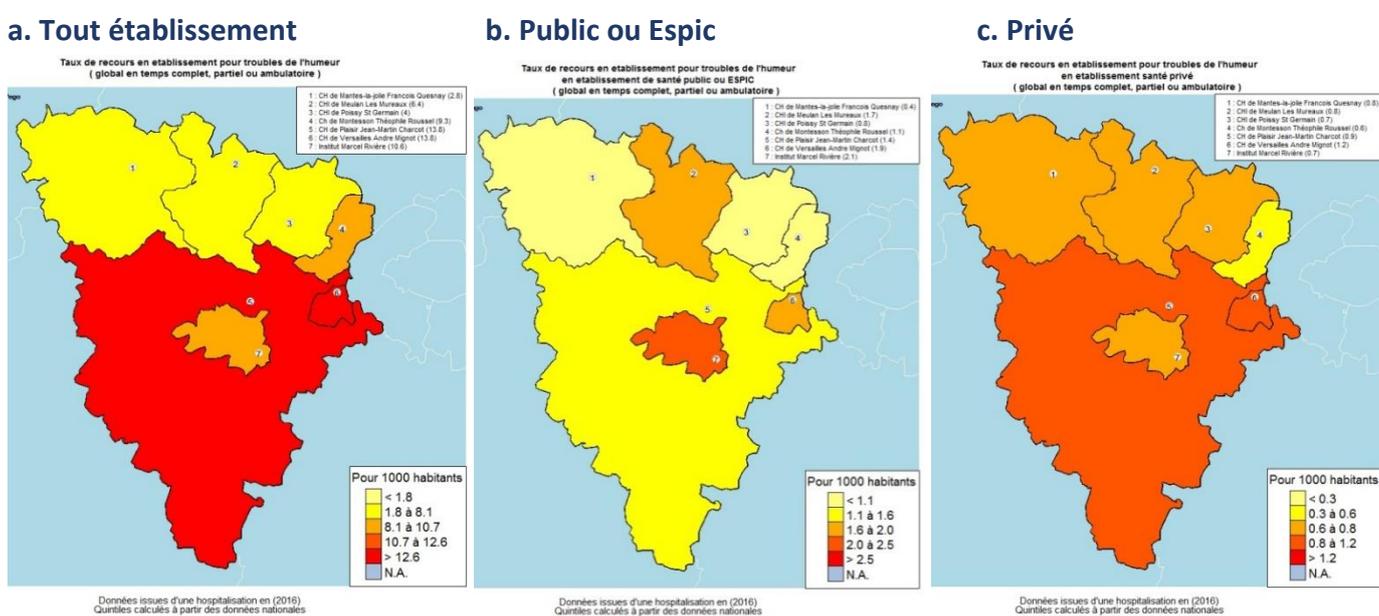
Les troubles mentaux fréquents et modérés considérés ici comprennent : les troubles liés aux addictions, les troubles névrotiques et de l'humeur. Les troubles dépressifs sévères ne sont pas inclus dans ce groupe.

En Yvelines Nord, on constate un faible recours aux établissements de santé pour les troubles fréquents et modérés, que ce soit en ambulatoire ou à temps plein (figure 64-a).

Le recours aux établissements privés est assez important dans le département, sauf Montesson (figure 64-c) et il est 2 fois supérieur au recours vers le secteur public dans la zone de Mantes la Jolie (figure 64-b).

A signaler que le taux de recours aux établissements publics reste inférieur à la moyenne nationale au nord des Yvelines.

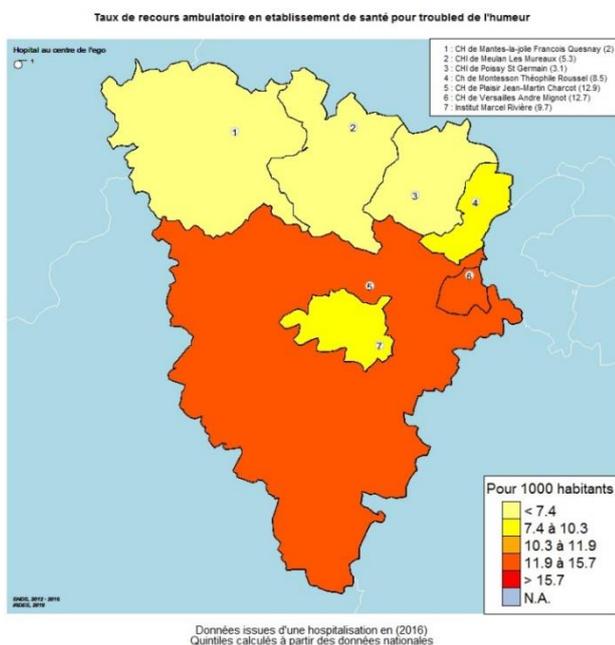
Figure 64 : Taux de recours global en établissement de santé pour troubles de l'humeur pour 1000 habitants de 18 à 64 ans



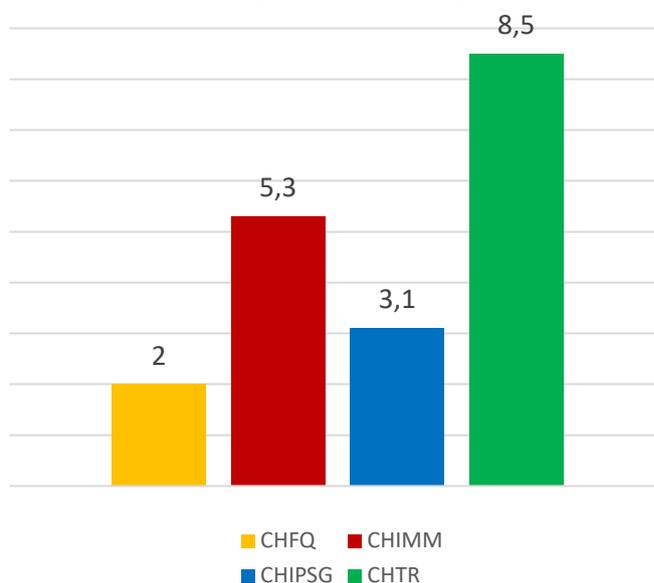
Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Le taux de recours ambulatoire pour troubles de l'humeur (figure 65) est relativement faible dans les Yvelines Nord, une partie du recours aux soins pour ces troubles pouvant s'exprimer vers le secteur libéral.

Figure 65 : Taux de recours ambulatoire en établissement de santé pour troubles de l'humeur pour 1 000 habitants (18-64 ans)



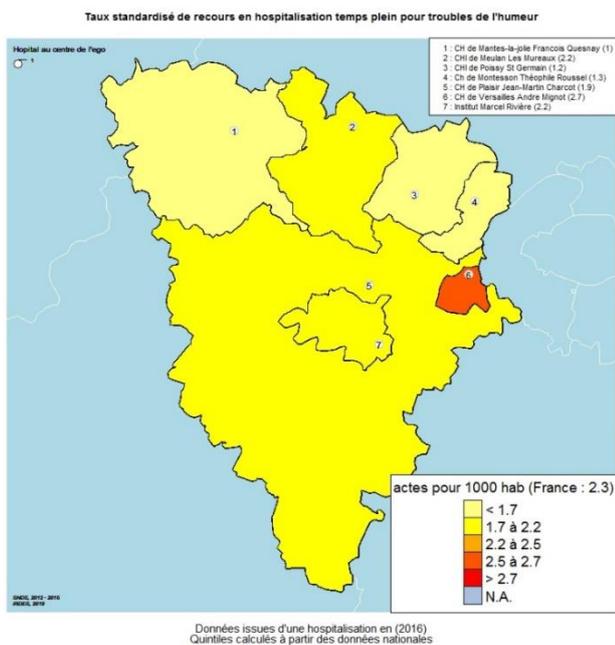
Taux de recours ambulatoire pour troubles de l'humeur



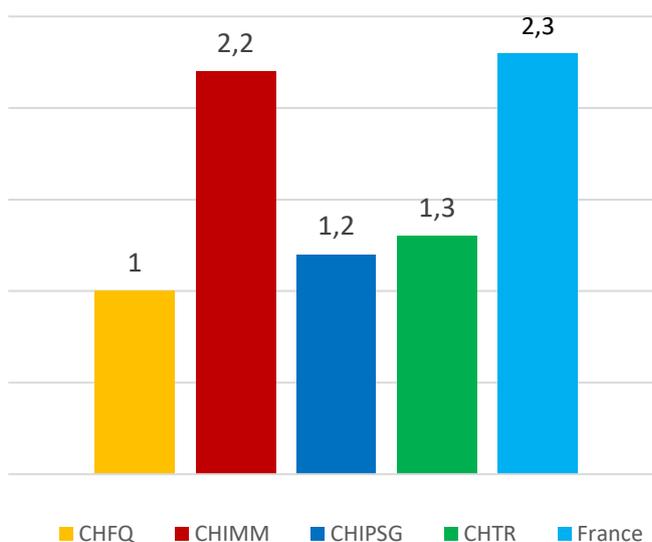
Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Le taux standardisé de recours en hospitalisation temps plein pour troubles de l'humeur (figure 66) pour 1000 habitants de 18 à 64 ans est globalement bas dans le département des Yvelines., notamment dans les zones de Mantes-la-Jolie (1), de Poissy Saint-Germain (1,2) et de Montesson (1,3).

Figure 66 : Taux standardisé de recours en hospitalisation temps plein pour troubles de l'humeur pour 1 000 habitants (18-64 ans)



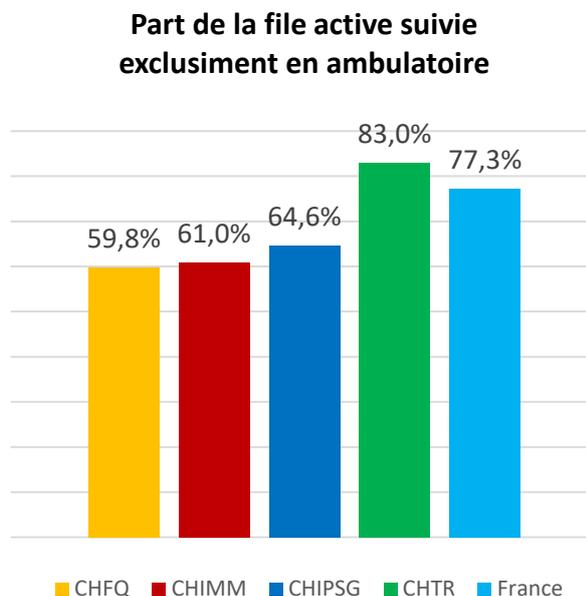
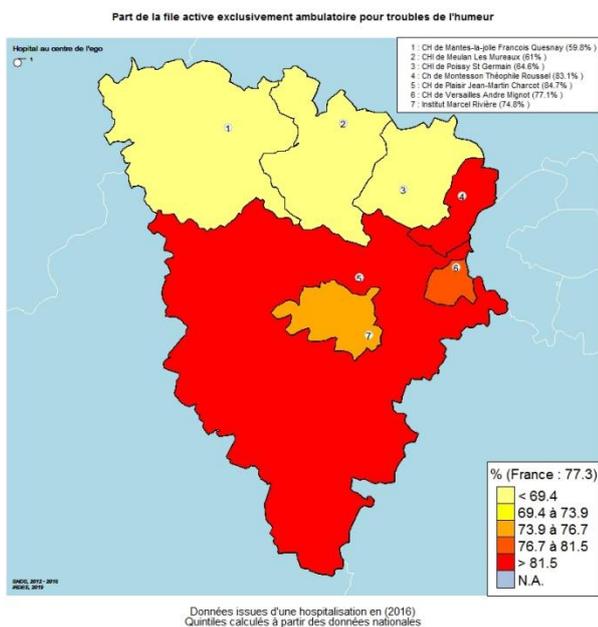
Taux de recours en hospitalisation temps plein pour troubles de l'humeur



Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

En Yvelines Nord, la part de la file active suivie exclusivement en ambulatoire (*figure 67*) pour troubles de l'humeur est faible par rapport à la moyenne nationale (77,3%) sauf dans la zone de Montesson (83%).

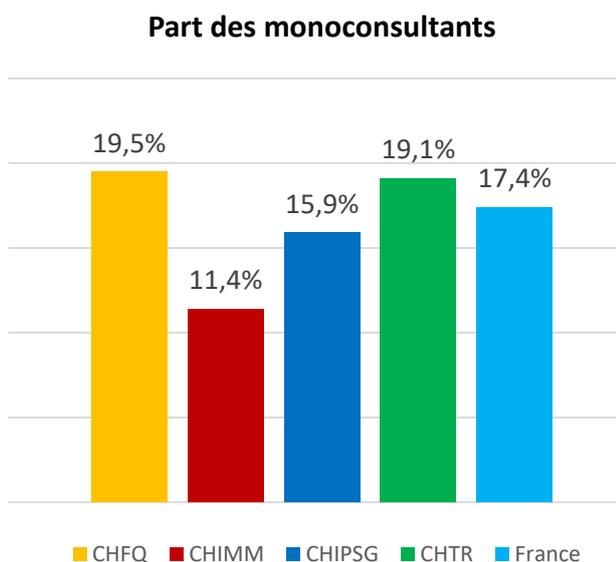
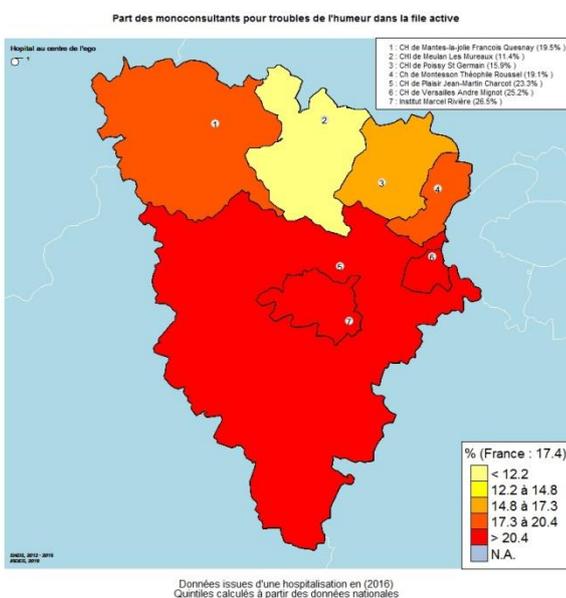
Figure 67 : Part de la file active suivie exclusivement en ambulatoire pour des troubles de l'humeur



Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

La part des personnes suivies pour troubles de l'humeur ayant eu une unique consultation en ambulatoire (*figure 68*) est relativement élevée dans le nord des Yvelines sauf dans la zone de Meulan-les-Mureaux (11,4%).

Figure 68 : Part des monoconsultants en ambulatoire pour des troubles de l'humeur dans la file active



Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

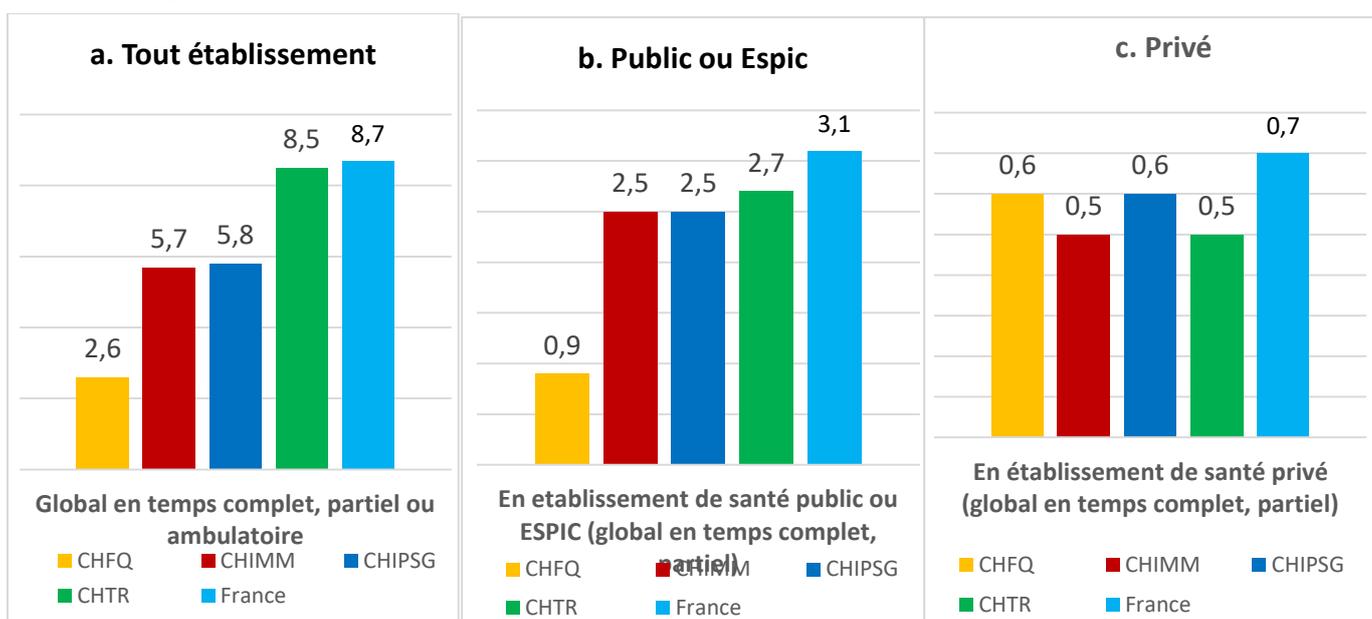
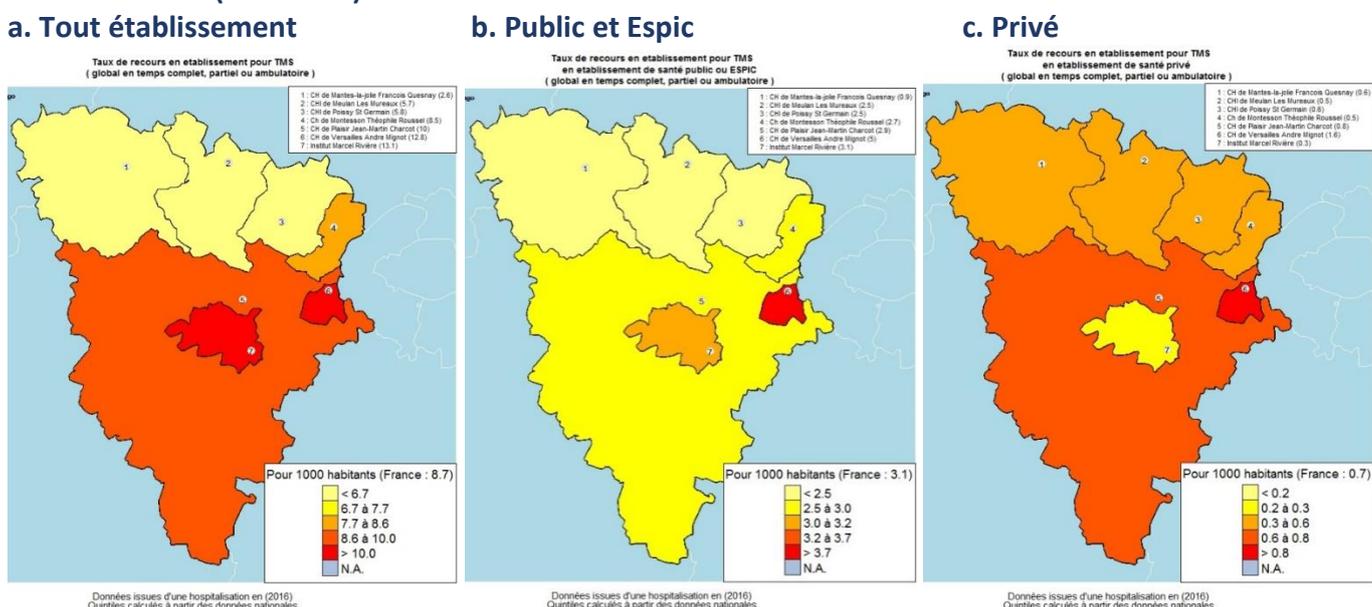
5. Recours aux soins pour les troubles sévères et persistants (18-64 ans)

Les troubles mentaux sévères et durables considérés ici comprennent : les troubles psychotiques, les troubles bipolaires, les troubles dépressifs sévères, ainsi que les troubles mentaux organiques, les retards mentaux et les troubles envahissants du développement.

En Yvelines Nord, le taux de recours aux établissements de santé (figure 69-a) que ce soit en ambulatoire ou à temps plein, est faible pour les troubles sévères et persistants sauf dans la zone de Montesson où il s'approche du taux national.

Le rôle du secteur privé est non négligeable pour la prise en charge des troubles sévères et persistants dans l'ensemble du département (figure 69-c), même si dans l'ensemble du territoire, le recours aux soins en établissements de santé pour ces troubles s'effectue majoritairement vers les établissements publics. Comme pour les troubles de l'humeur, c'est dans la zone d'intervention de Mantes la Jolie que la part du secteur privé semble jouer un rôle plus important.

Figure 69 : Taux de recours global en établissement de santé pour troubles sévères et persistants pour 1000 habitants (18-64 ans)

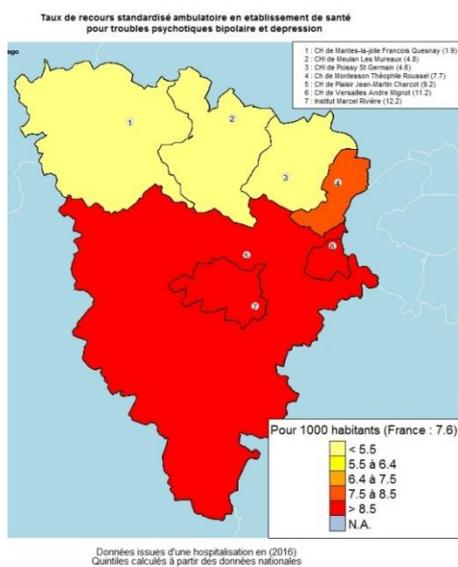


En Yvelines Nord, le recours aux établissements (*figure 70*) est également faible pour troubles sévères et persistants, que ce soit en ambulatoire ou à temps plein, corroborant ainsi les données de prévalence traitée de l'Assurance-Maladie.

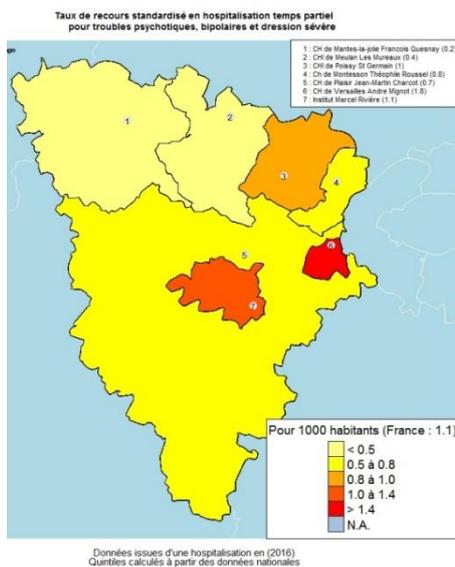
Le taux de recours ambulatoire (*figure 70-a*) est particulièrement faible dans la zone de Mantes-la-Jolie, alors que ce territoire présentait des indicateurs contextuels plutôt défavorables. (Plusieurs hypothèses : recours vers la psychiatrie libérale ? Renoncement aux soins, difficultés de l'établissement de répondre à la demande... problème de qualité des données ?...)

Figure 70 : Taux de recours standardisé en établissement de santé (ambulatoire/ hospitalisation partielle / hospitalisation temps plein) pour des troubles psychotiques, bipolaires, dépressions sévères pour 1 000 habitants de 18 à 64 ans

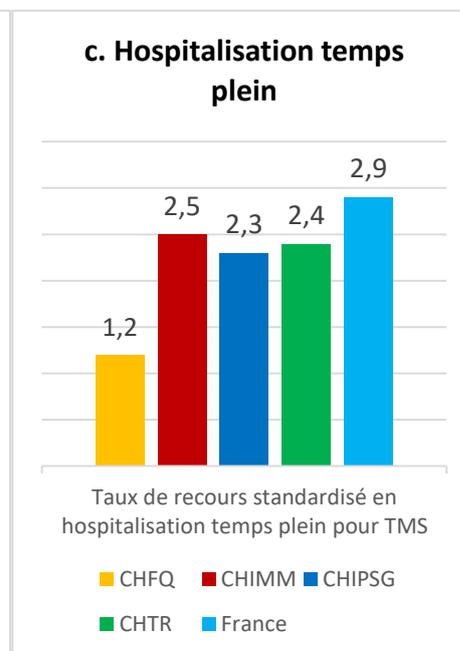
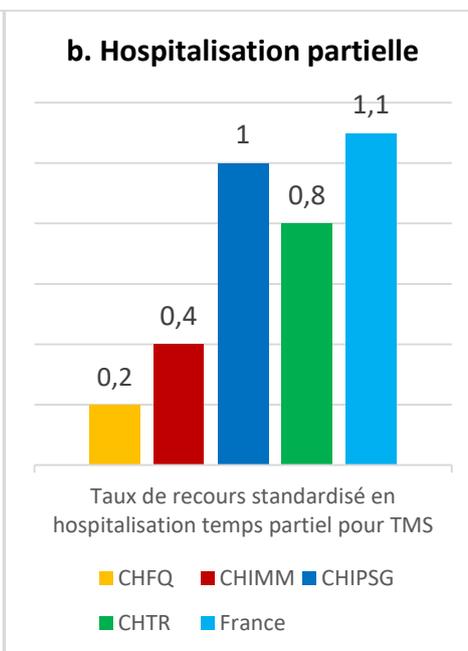
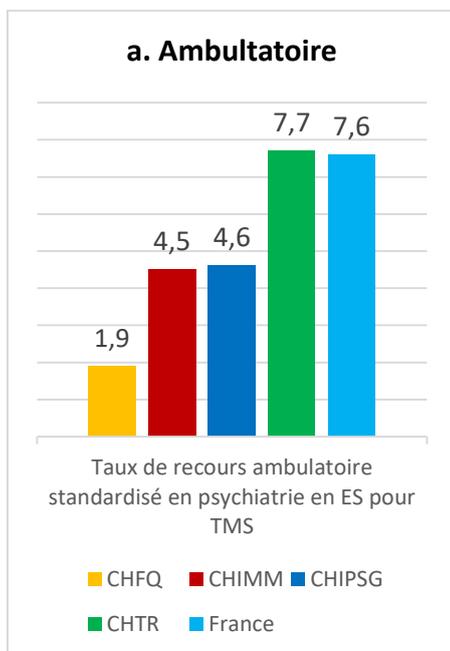
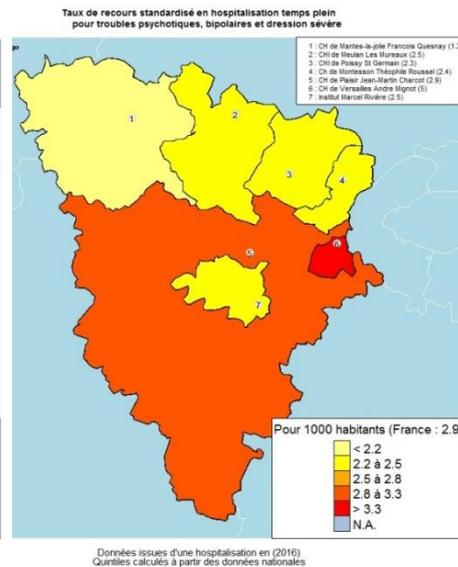
a. Ambulatoire



b. Hospitalisation partielle



c. Hospitalisation temps plein

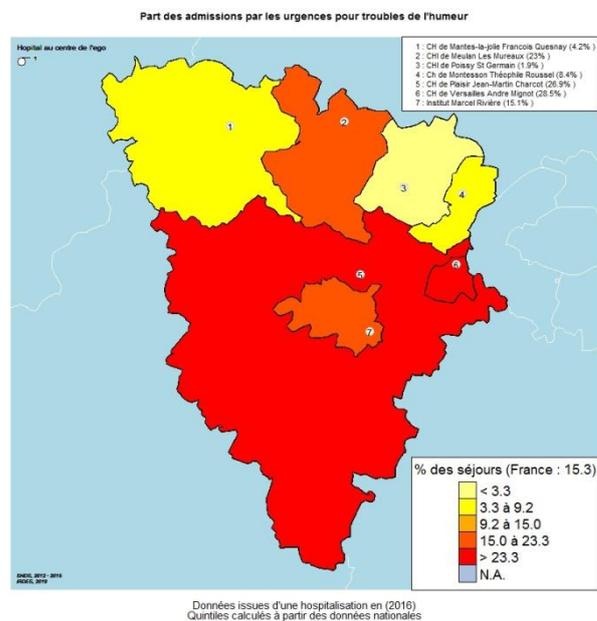
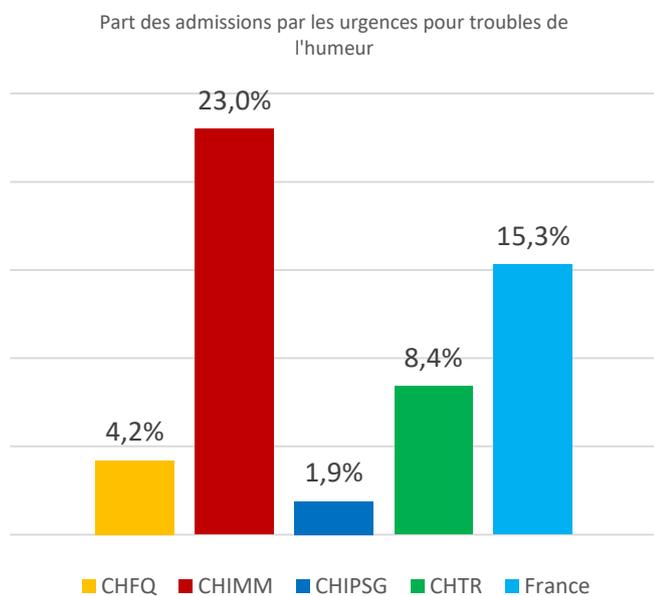


Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

6. Hospitalisation pour les troubles fréquents et modérés

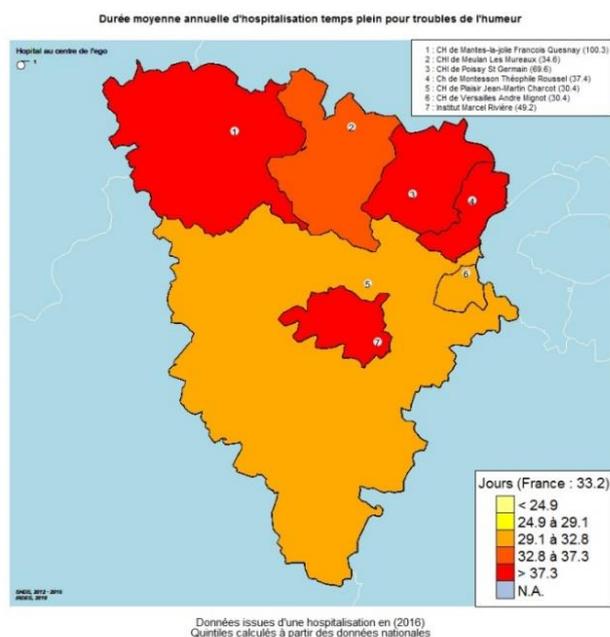
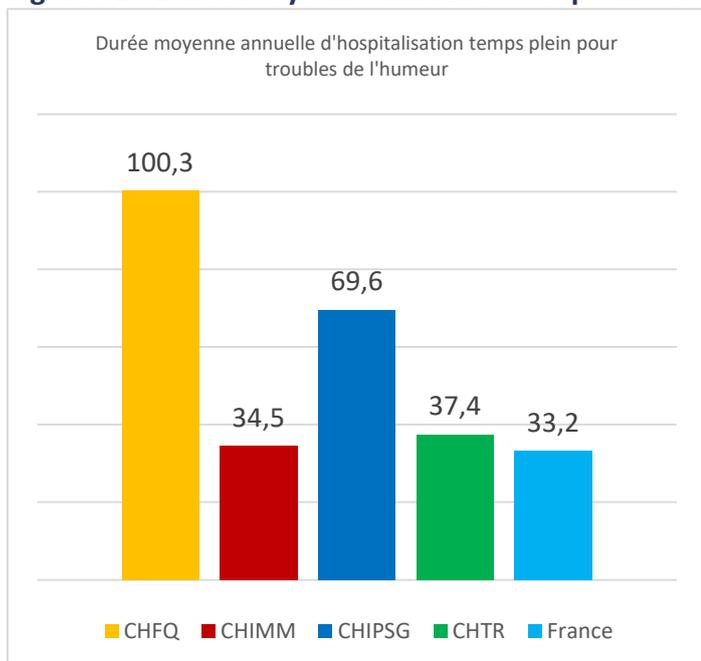
En Yvelines Nord, les admissions via les urgences sont relativement réduites pour les troubles fréquents et modérés sauf la zone de Meulan-les-Mureaux (figure 71), mais la durée moyenne d'hospitalisation est largement supérieure à la moyenne nationale (figure 72). Notamment au CHIPSG où elle est deux fois supérieure et à Mantes où elle est trois fois supérieure à la moyenne nationale. S'agit-il d'hospitalisations inadéquates ou de problème de recueil des données ?

Figure 71 : Part des admissions par les urgences pour troubles de l'humeur



Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

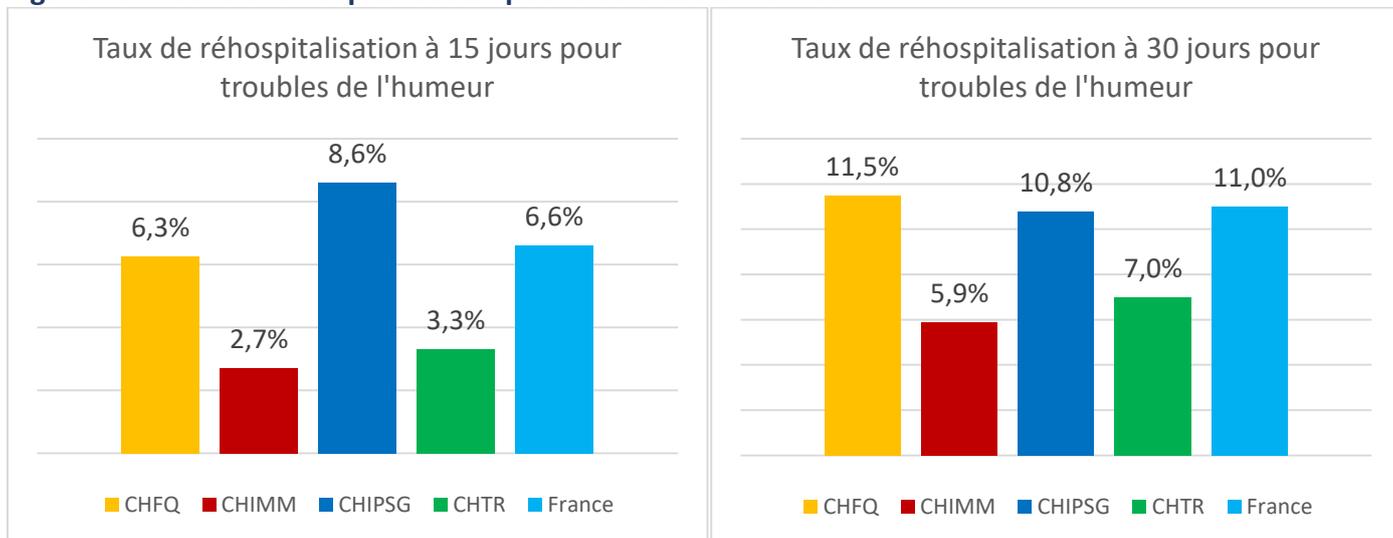
Figure 72 : Durée moyenne annuelle d'hospitalisation temps plein pour troubles de l'humeur



Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Le taux de ré hospitalisation (*figure 73*) à 15 jours pour troubles de l'humeur est globalement inférieur au taux national à part au CHIPSG où il est légèrement supérieur, et le taux de ré hospitalisation à 30 jours est proche du taux national avec une variation infra territoriale qui montre qu'au CHIMM et au CHTR ce taux est bien inférieur au taux national.

Figure 73 : Taux de ré hospitalisation pour troubles de l'humeur



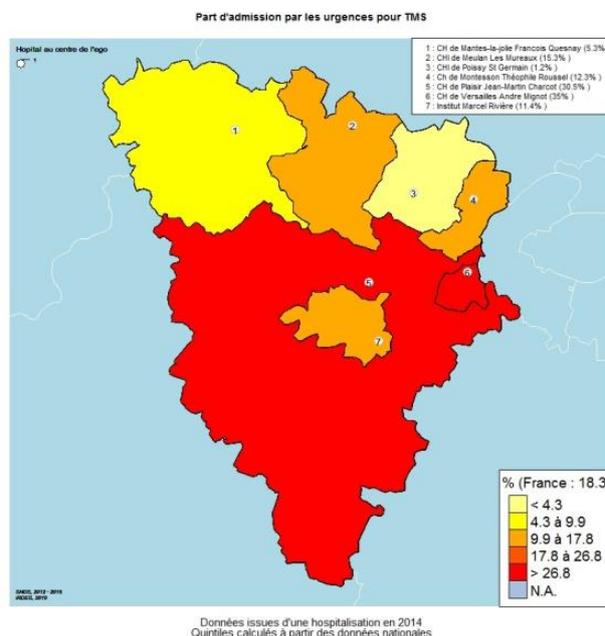
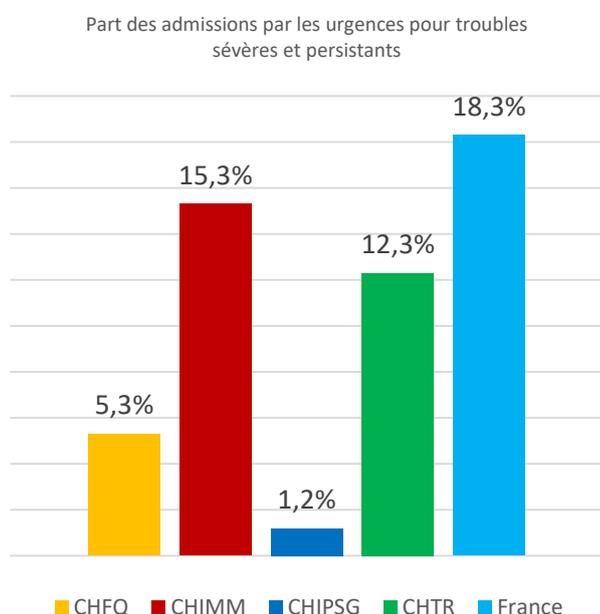
Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Lecture : 6,3% des patients hospitalisés à temps plein pour troubles de l'humeur sont réhospitalisés sous 15 jours dans la zone de Mantes-la-Jolie.

7. Hospitalisation pour les troubles sévères et persistants

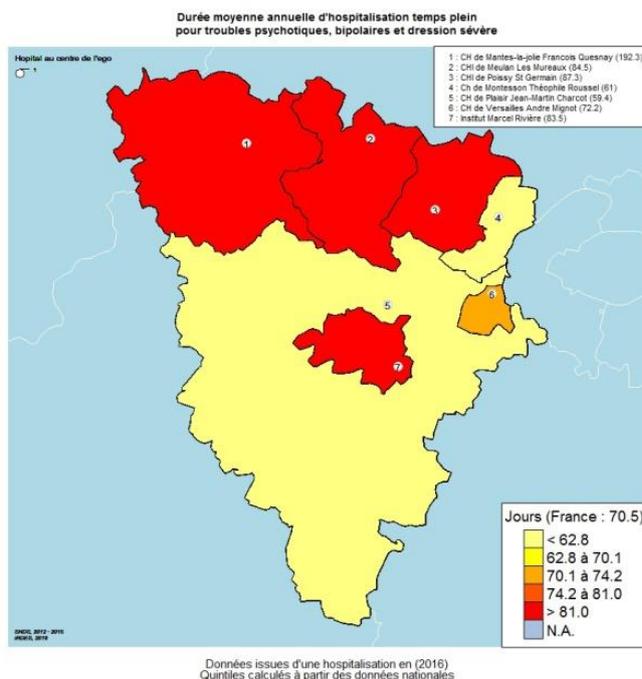
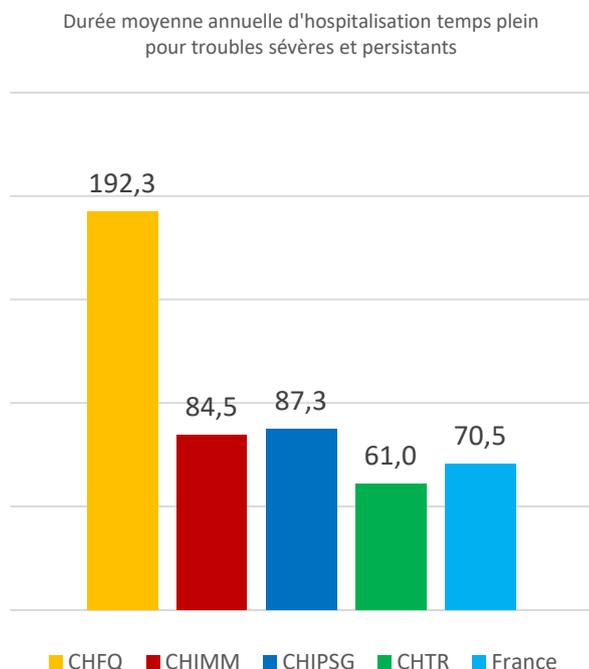
En Yvelines Nord, les admissions via les urgences sont inférieures au taux national pour les troubles sévères et persistants (*figure 74*). Cependant, la durée moyenne annuelle de l'hospitalisation est plus élevée par rapport au niveau national exceptée dans la zone de Montesson (*figure 75*). A souligner le taux particulièrement élevé à Mantes qui interroge sur les hospitalisations inadéquates et ou la qualité du recueil.

Figure 74 : Part des admissions par les urgences pour troubles sévères et persistants



Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

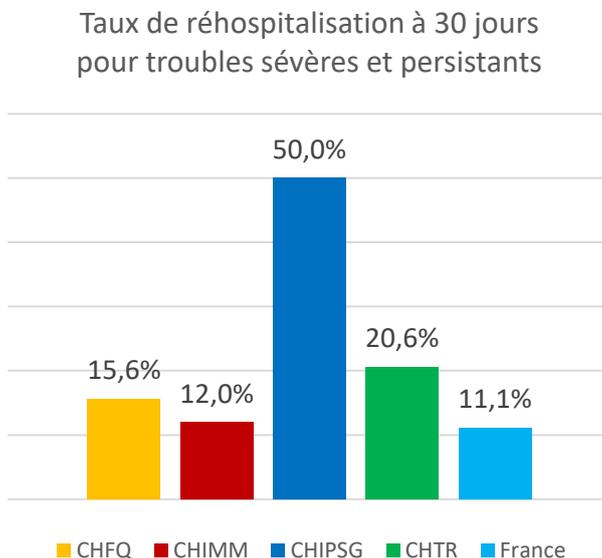
Figure 75 : Durée moyenne annuelle d'hospitalisation temps plein pour troubles sévères et persistants



Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Le taux de ré hospitalisation à 30 jours (*figure 76*) est élevé dans l'ensemble du territoire, notamment dans la zone d'intervention de Poissy-Saint-Germain. En effet, plus de 50% des patients sont ré hospitalisés dans les 30 jours suite à une première hospitalisation en Yvelines Nord, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (11,1%). Un patient sur deux ré hospitalisé, paraît un taux excessif et on s'interroge sur la qualité du recueil, ou bien sur l'existence d'un biais par exemple des sorties autorisées dépassant 48h ?

Figure 76 : Taux de ré hospitalisation pour troubles sévères et persistants

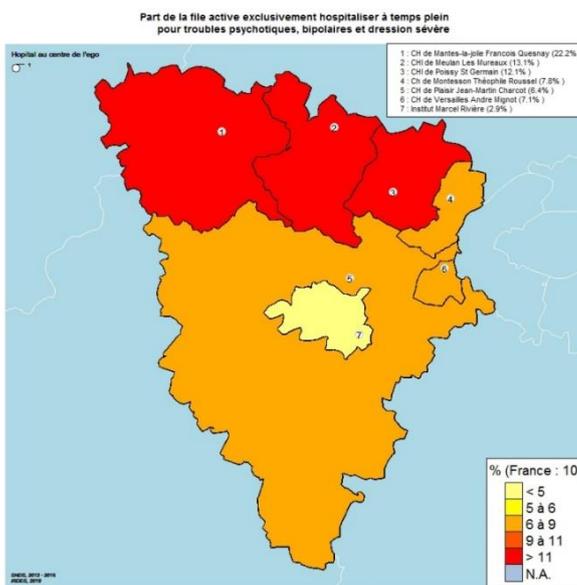
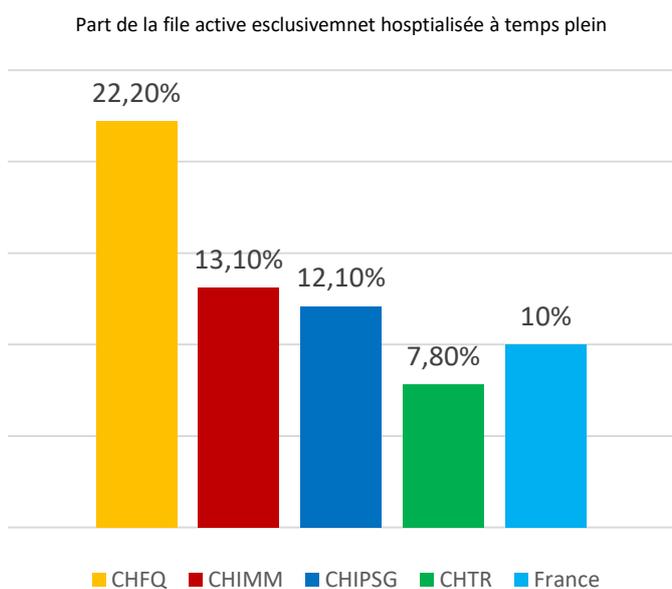


Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

A noter, il y a des limites dans le recueil des données. Les statistiques ne permettent pas de savoir s'il y a eu des hospitalisations séquentielles, et hospitalisations programmées ou non programmées.

La part des personnes hospitalisées exclusivement à temps plein (*figure 77*) parmi les personnes suivies en établissement de santé pour un trouble mental sévère est plutôt élevé dans le nord des Yvelines, notamment dans la zone de Mantes-la-Jolie (22,2%)

Figure 77 : Part de la file active exclusivement hospitalisée à temps plein pour des troubles sévères et persistants



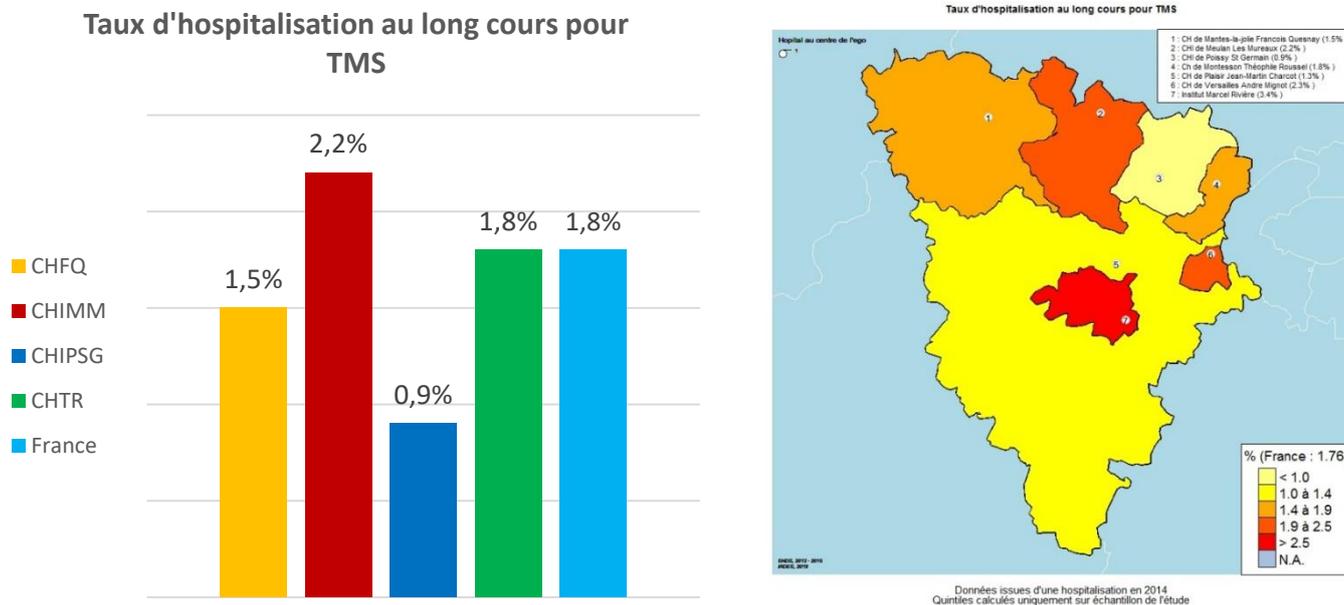
Données issues d'une hospitalisation en (2016)
Quintiles calculés à partir des données nationales

Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Le taux d'hospitalisation au long cours (*figure 78*) est inférieur à la moyenne nationale (1,8%) dans les zones de Mantes-la-Jolie (CHFQ-1.5%) et de Poissy-Saint-Germain (CHIPSG-0,9%)

Ce taux est relativement élevé pour la zone de Meulan-les-Mureaux (2,2%). En effet, le Centre Hospitalier Meulan-les-Mureaux a une unité d'hospitalisation au long cours intersectorielle accueillant également la population de la zone d'intervention du CHFQ.

Figure 78 : Taux d'hospitalisation au long cours (≥292 jours) pour troubles sévères et persistants

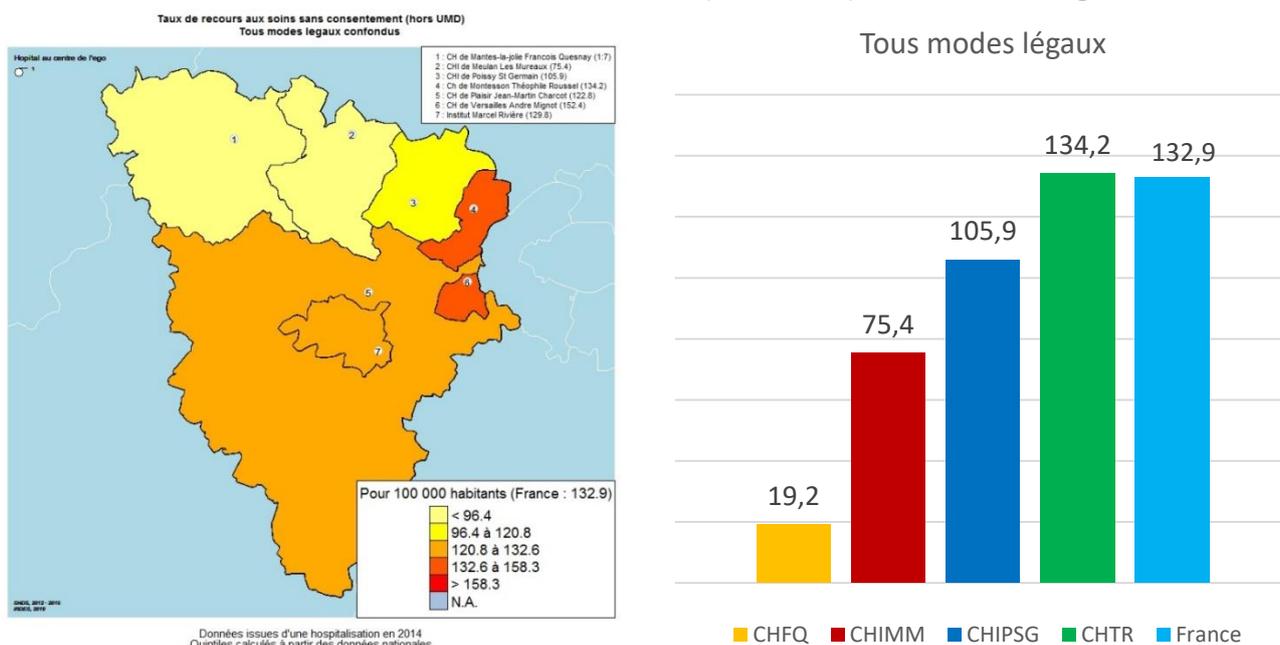


Lecture : 1,5% des personnes hospitalisées pour un trouble sévère ont eu au moins 292 jours d'hospitalisation dans l'année dans la zone Mantes-la-Jolie.

8. Taux de recours aux soins sans consentement pour 100 000 habitants âgés de 18 ans ou plus

Le taux de recours aux soins sans consentement pour 100 000 habitants âgés de 18 ans ou plus, quel que soit le mode légal, (*figure 79*) est globalement faible au nord des Yvelines sauf la zone de Montesson (134,2).

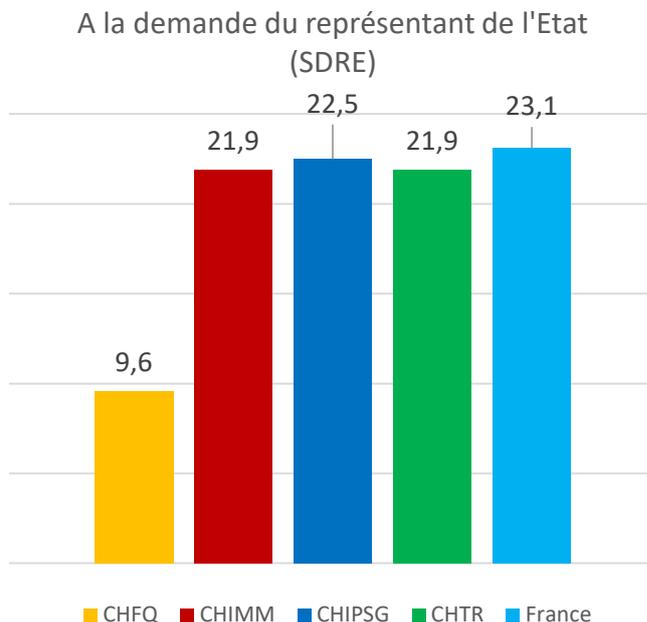
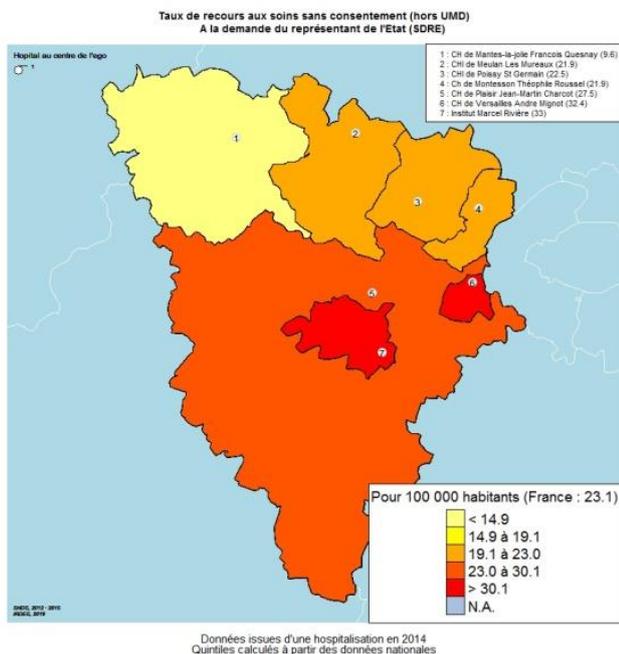
Figure 79 : Taux de recours aux soins sans consentement (hors UMD) – tous modes légaux



Données issues d'une hospitalisation en 2014, quantités calculées à partir des données nationales

Le taux de recours aux **soins à la demande du représentant de l'Etat** (figure 80) est relativement faible dans l'ensemble du territoire par rapport à la moyenne nationale (23,1), notamment dans la zone de Mantes-la-Jolie (9,6).

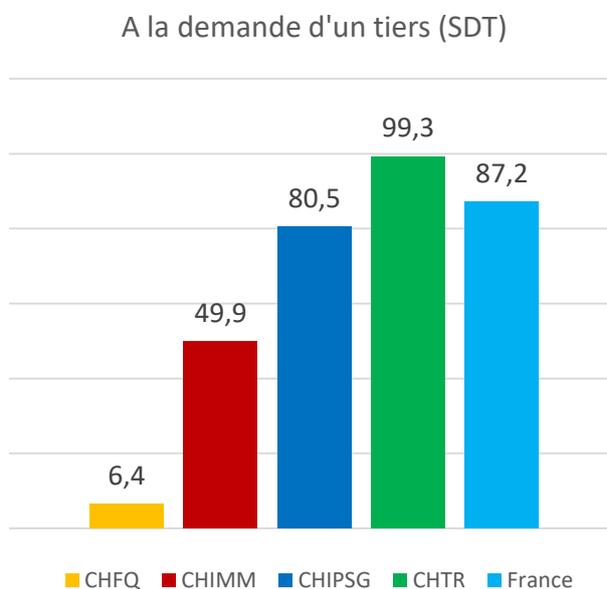
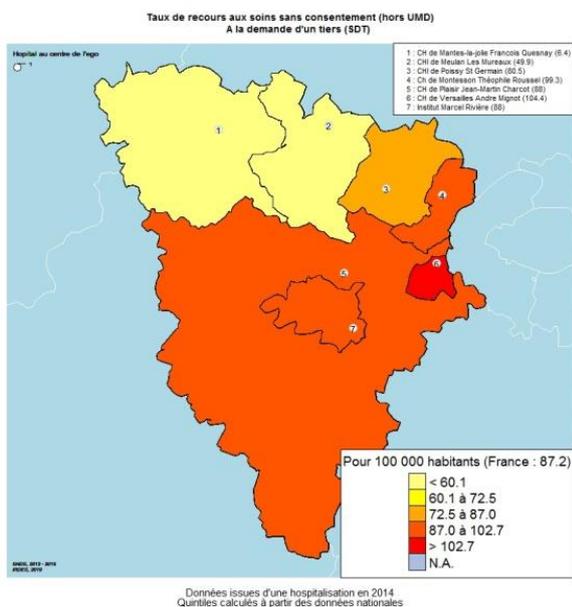
Figure 80 : Taux de recours aux soins sans consentement (hors UMD) – SDRE



Données issues d'une hospitalisation en 2014, quantités calculées à partir des données nationales

Pour les **soins à la demande d'un tiers** (figure 81), le taux de recours est plus élevé dans le nord-est du département que la partie nord-ouest. Il est toujours très faible pour la zone de Mantes-la-Jolie (6,4).

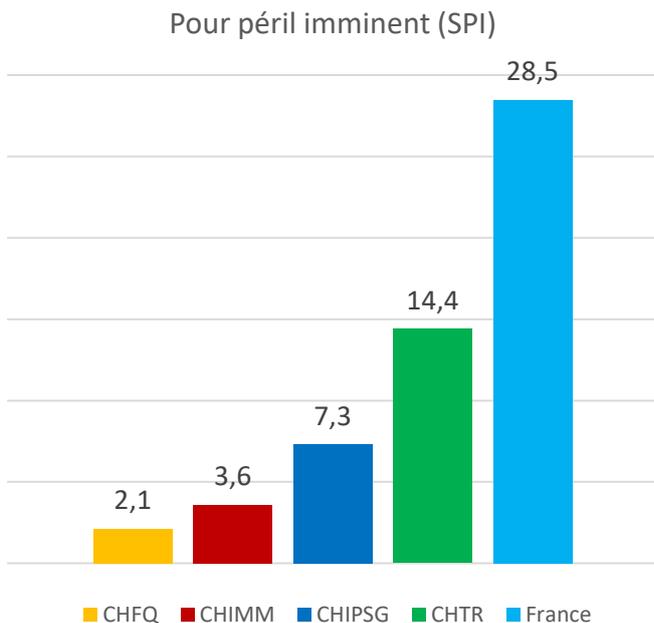
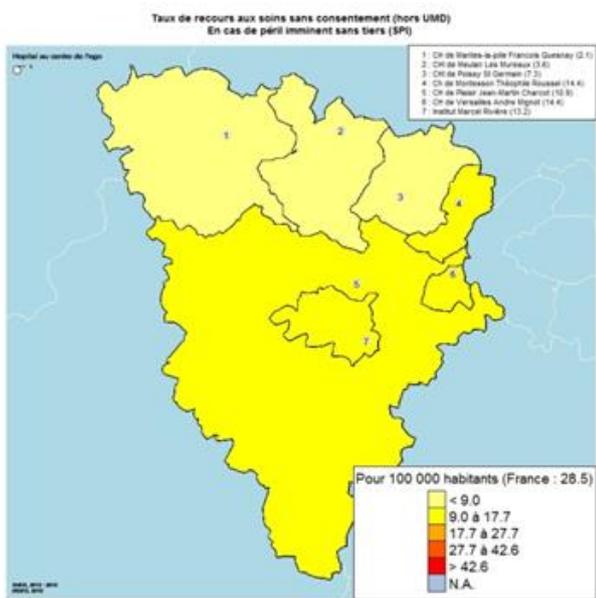
Figure 81 : Taux de recours aux soins sans consentement (hors UMD) – SDT



Données issues d'une hospitalisation en 2014, quantités calculées à partir des données nationales

On constate très peu de **péril imminent** dans l'ensemble du département des Yvelines.

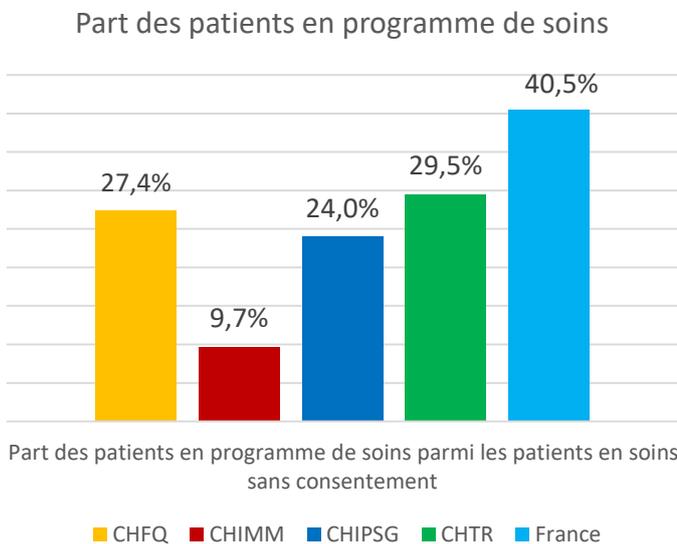
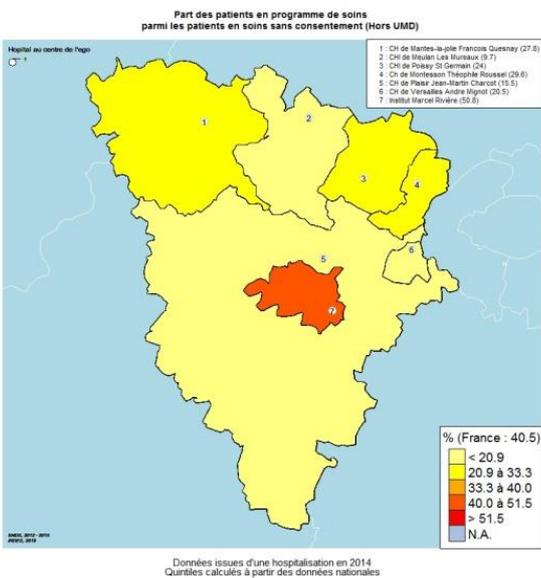
Figure 82 : Taux de recours aux soins sans consentement (hors UMD) – en cas de péril imminent sans tiers



Données issues d'une hospitalisation en 2014, quantités calculées à partir des données nationales

La part des patients en **programme de soins** parmi les personnes en soins sans consentement est inférieure par rapport à la moyenne nationale (40,5%), notamment dans la zone de Meulan-les-Mureaux (9,7%)

Figure 83 : Part des patients en programme de soins parmi les personnes en soins sans consentement



Données issues d'une hospitalisation en 2014, quantités calculées à partir des données nationales

En résumé

Le recours aux soins et la prévalence traitée sont inférieurs dans les Yvelines par rapport à ce qu'on observe au niveau national.

Le taux de mortalité par suicide du département 78 est inférieur au niveau national, mais élevé dans l'Ouest du département.

On observe un faible recours aux établissements de santé pour les troubles fréquents et modérés, que ce soit en ambulatoire ou à temps plein, et un recours qui s'exprime davantage vers le secteur privé (sauf Montesson). Le taux de recours aux établissements de santé est également moindre pour les troubles sévères et persistants, que ce soit en ambulatoire ou à temps plein, avec un rôle non négligeable du secteur privé.

En Yvelines Nord, des admissions via les urgences sont parfois réduites et des durées d'hospitalisation sont relativement élevées par rapport à la moyenne nationale. Le taux de ré hospitalisation varie selon les zones d'interventions des établissements et les pathologies.

En ce qui concerne les soins sans consentement, on constate un recours inférieur à la moyenne nationale avec peu de SPI, sauf zone de Montesson (SDT, SDRE). Le taux de recours est très faible quel que soit les modes légaux dans la zone de Mantes-la-Jolie.

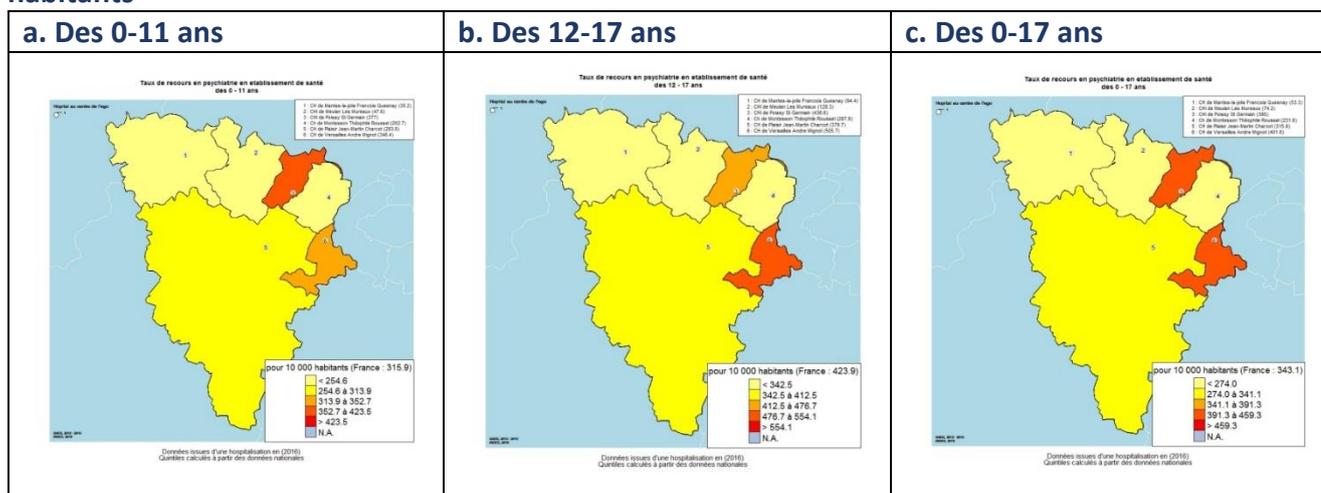
9. Recours aux soins des enfants et adolescents

RAPPEL : La délimitation des zones d'intervention de la psychiatrie générale est différente à celle de la psychiatrie infanto-juvénile (voir les communes correspondantes en annexe).

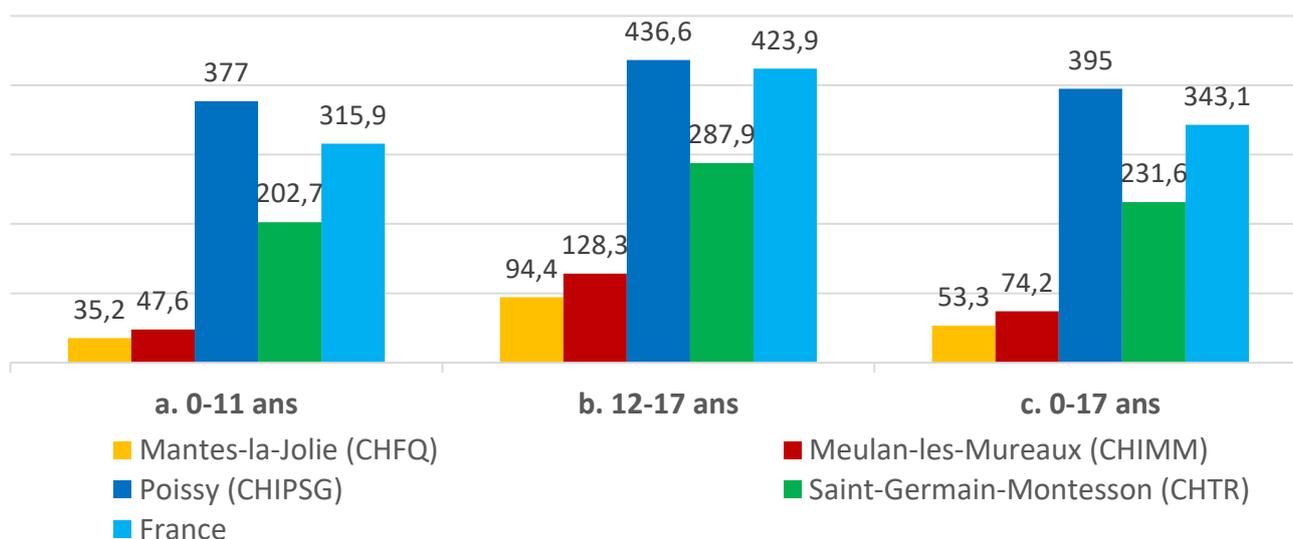
Le territoire d'intervention du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint-Germain se rétrécit et celui du Centre Hospitalier Théophile Roussel s'agrandit avec les communes autour de Saint-Germain-en-Laye.

En Yvelines Nord, on observe un faible recours aux soins que ce soit en ambulatoire ou à temps plein des enfants de 0 à 17 ans (*figure 84-c*) par rapport au niveau national (343,1) sauf dans la zone de Poissy (395). Le taux de recours est significativement bas dans les zones de Mantes-la-Jolie (53,3) et de Meulan-les-Mureaux (74,2).

Figure 84 : Taux de recours global en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants

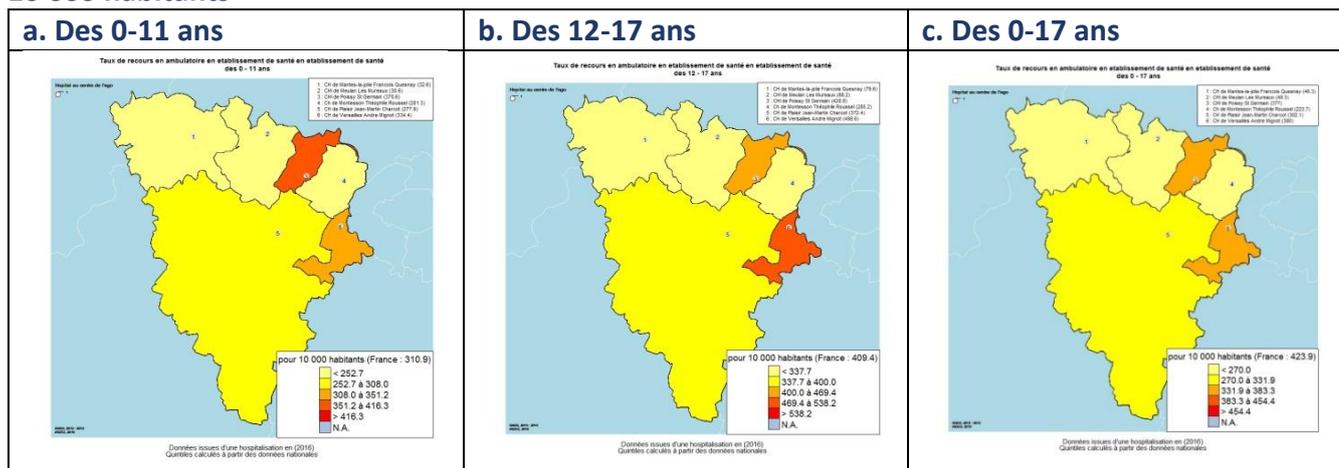


Taux de recours global en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants

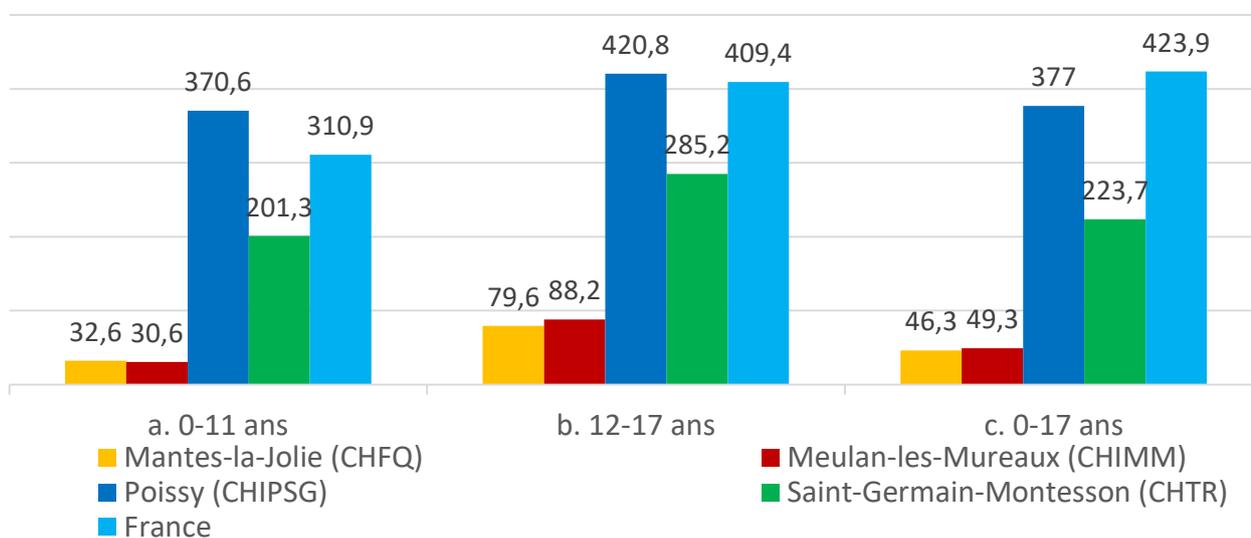


Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Figure 85 : Taux de recours ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants



Taux de recours ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants

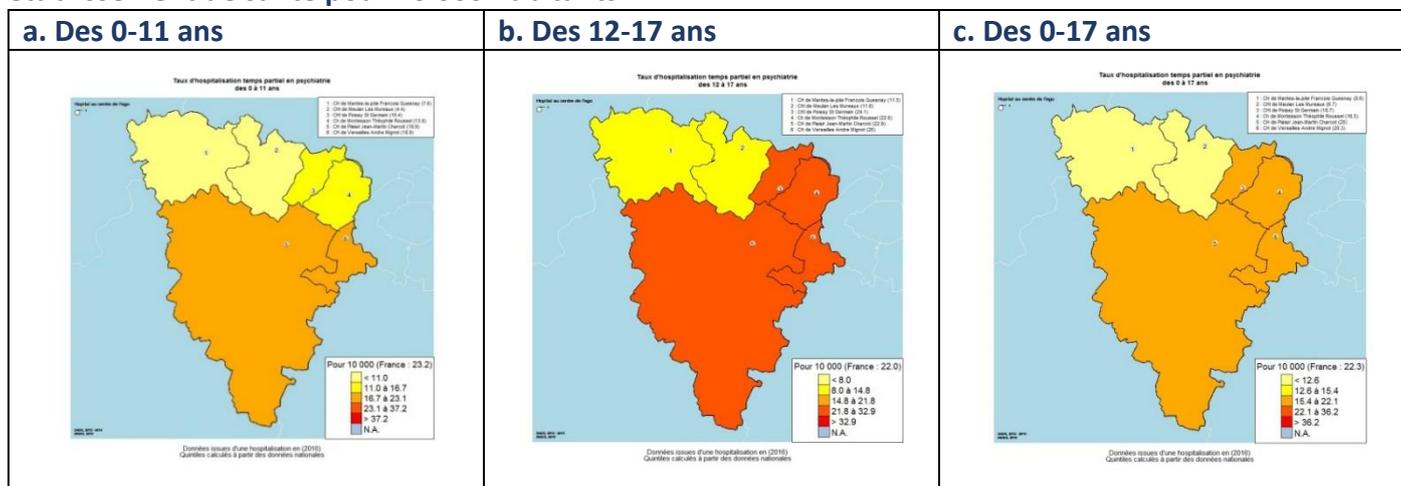


Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

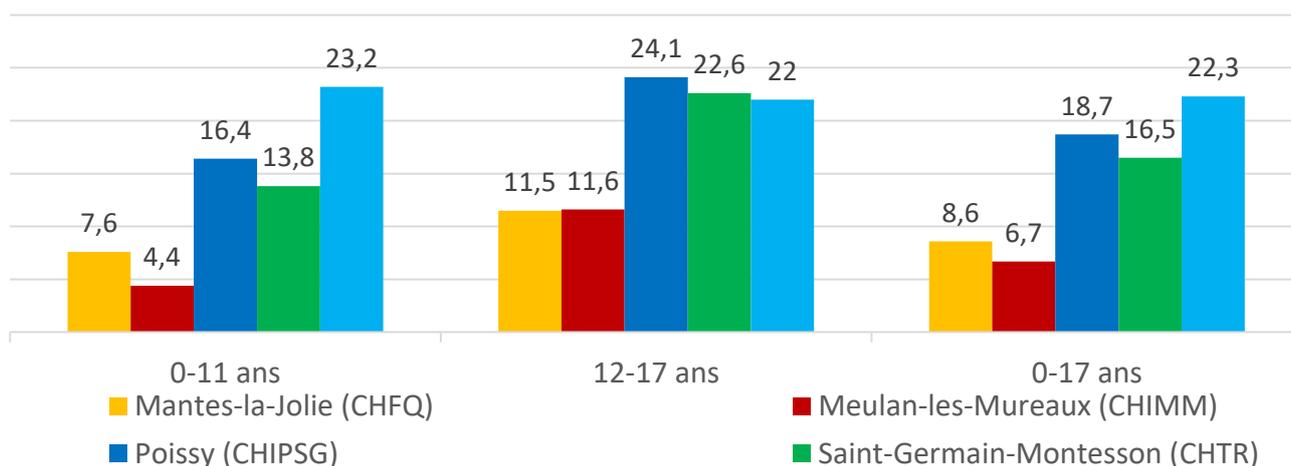
On constate un taux de recours des 0-11 ans à l'hospitalisation temps partiel (figure 86-a) inférieur à la moyenne française (23,2) dans l'ensemble du territoire des Yvelines Nord.

En revanche, le recours des adolescents de 12 à 17 ans (figure 86-b) est relativement élevé dans les zones de Poissy (24,1) et de Saint-Germain-Montesson (22,6).

Figure 86 : Taux de recours à l'hospitalisation temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants



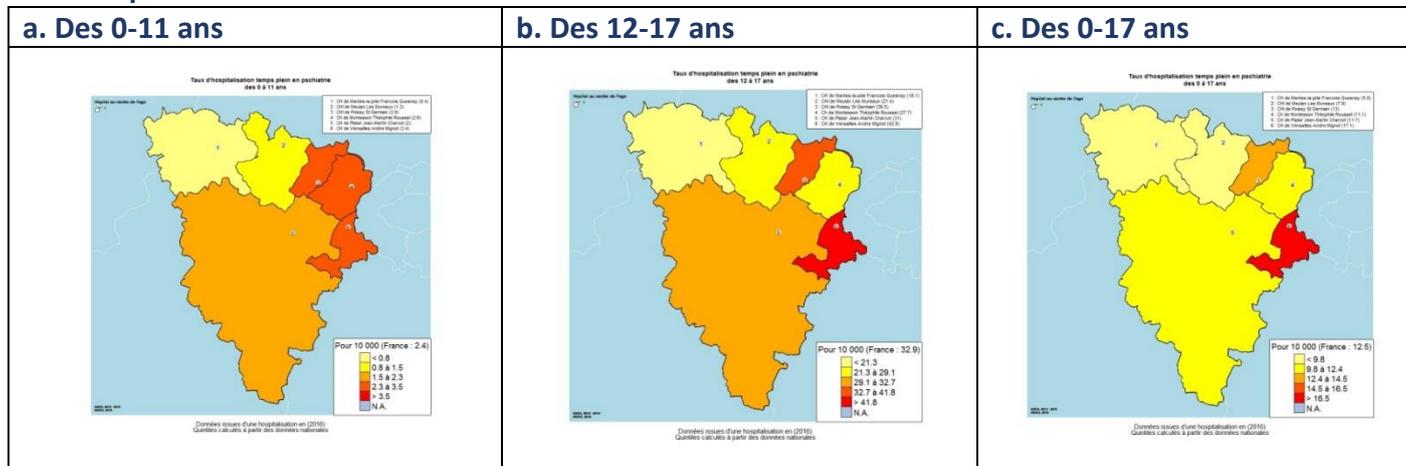
Taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants



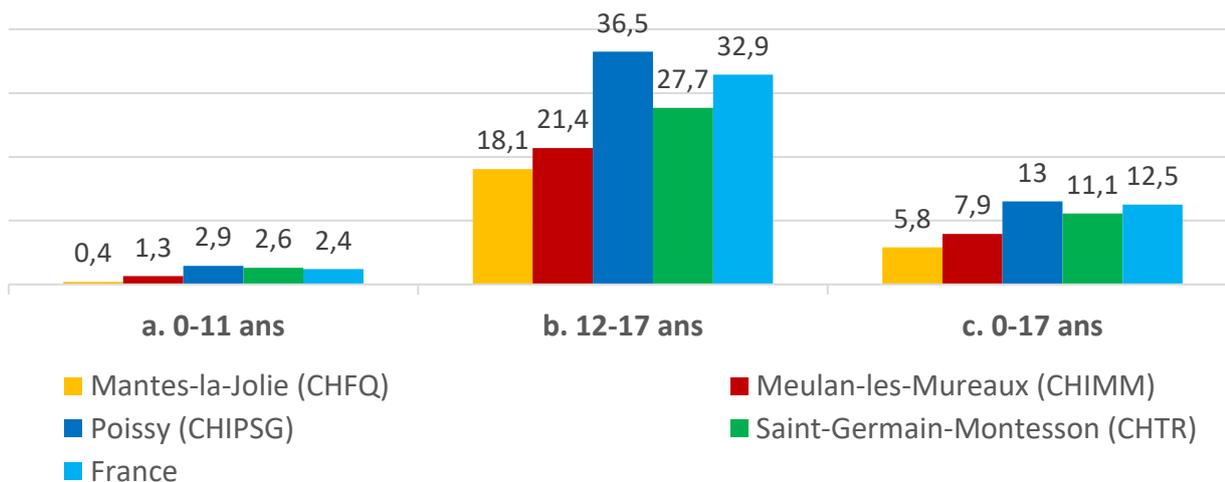
Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Le taux de recours à l'hospitalisation temps plein (*figure 87*) est relativement bas dans les zones de Mantes-la-Jolie et de Meulan-les-Mureaux en psychiatrie infanto-juvénile. Cependant, on observe un recours à l'hospitalisation temps plein aussi important autour de Poissy que le niveau national.

Figure 87 : Taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants



Taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé pour 10 000 habitants

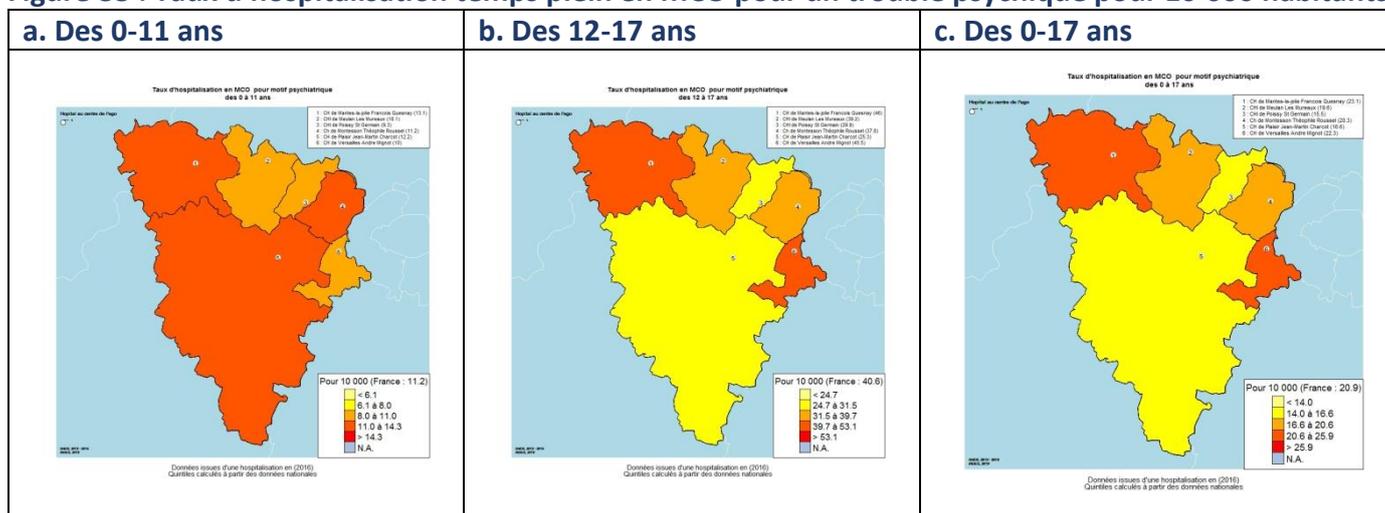


Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

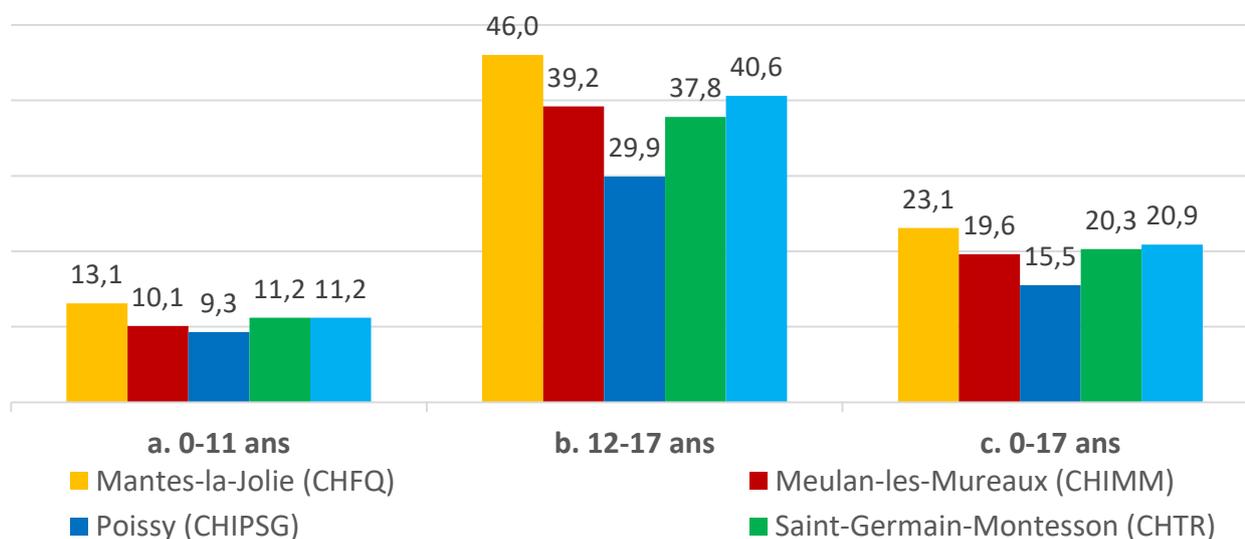
En Yvelines Nord, le taux d'hospitalisation temps plein des 0-11 ans en MCO pour un trouble psychique (*figure 88-a*) pour 10 000 habitants est d'environ 11, similaire à la moyenne nationale. Ce taux est relativement élevé dans la zone de Mantes-la-Jolie aussi bien chez les enfants de 0 à 11 ans que les adolescents de 12 à 17 ans (*figure 88-c*).

A noter, absence d'unité pédiatrique ou pédopsychiatrique pour les 0-11 ans au Centre Hospitalier Meulan-les-Mureaux.

Figure 88 : Taux d'hospitalisation temps plein en MCO pour un trouble psychique pour 10 000 habitants



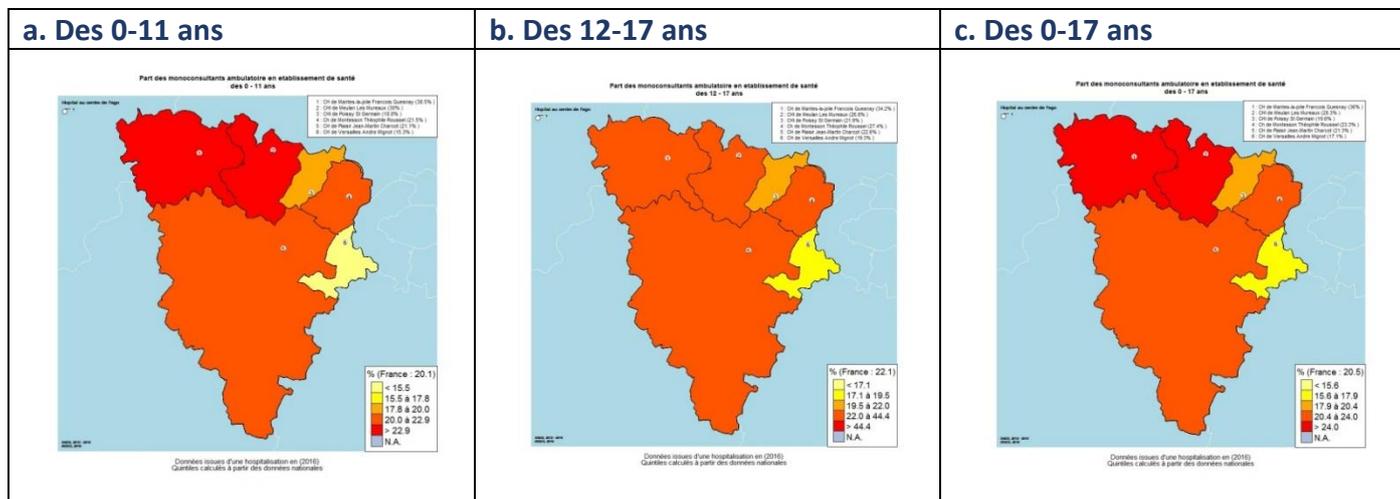
Taux d'hospitalisation temps plein en MCO pour un trouble psychique pour 10 000 habitants



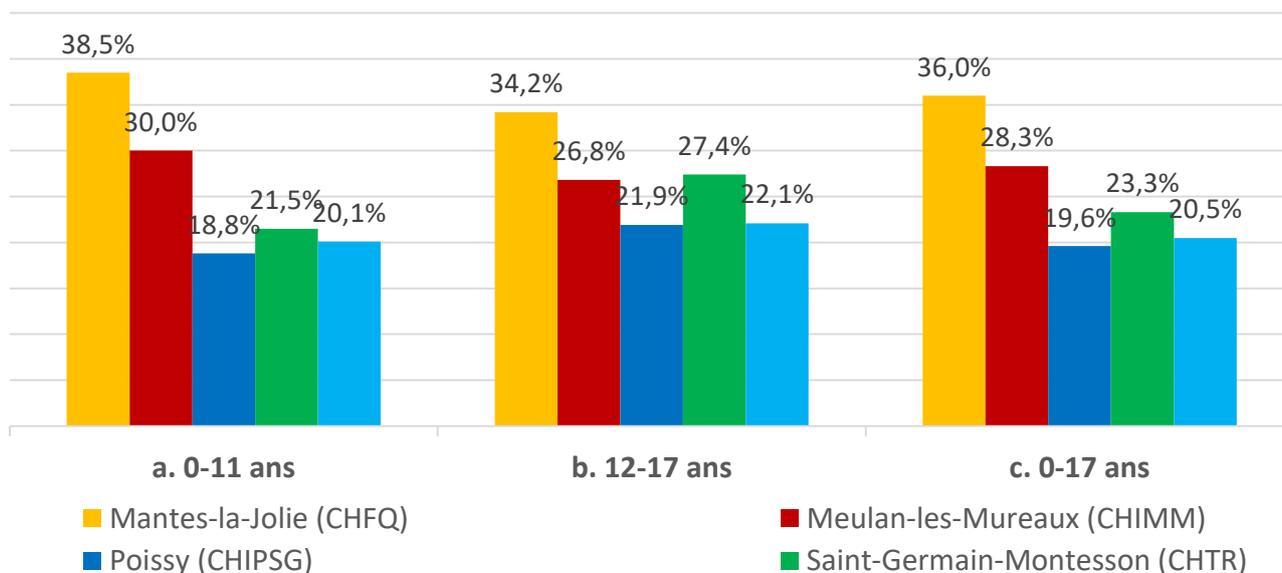
Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

La part des enfants de 0 à 17 ans ayant eu un seul acte ambulatoire parmi toutes les personnes âgées de 0 à 17 ans suivies en ambulatoire (*figure 89-c*) est relativement élevée dans l'ensemble des Yvelines Nord. Le taux reste plus significatif à l'ouest du territoire.

Figure 89 : Part des mono consultants en ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé



Part des mono consultants en ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé



En résumé

On observe un faible recours aux établissements de santé des enfants de 0-17 ans, que ce soit en ambulatoire ou à temps plein.

Le taux de recours à l'hospitalisation temps partiel des adolescents de 12 à 17 ans est relativement élevé dans les zones de Poissy et de Saint-Germain-Montesson.

Le taux d'hospitalisation temps plein des 0-11 ans en MCO pour un trouble psychique est relativement élevé dans l'ensemble du territoire.

En ce qui concerne la part des mono consultants, le territoire des Yvelines Nord représente un taux supérieur à la moyenne nationale.

V. ARTICULATION VILLE-HOPITAL – PREVENTION – SOINS SOMATIQUES

Les données du Centre Hospitalier François Quesnay (zone Mantes-la-Jolie) ne sont pas disponibles.

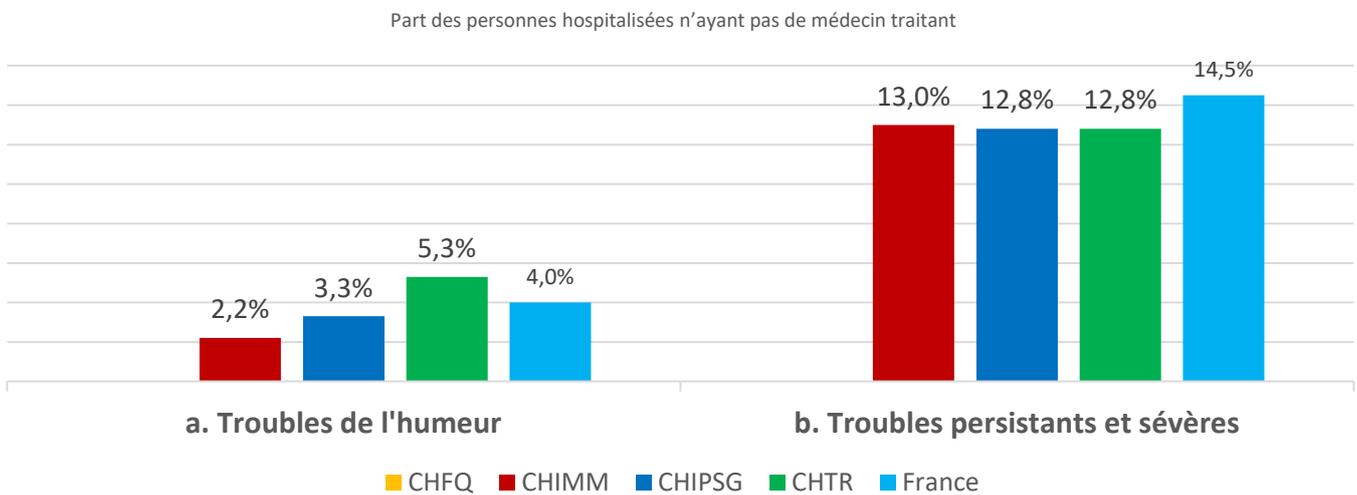
1. Place des médecins traitants dans le parcours de soins

Part des personnes hospitalisées n'ayant pas déclaré de médecin traitant

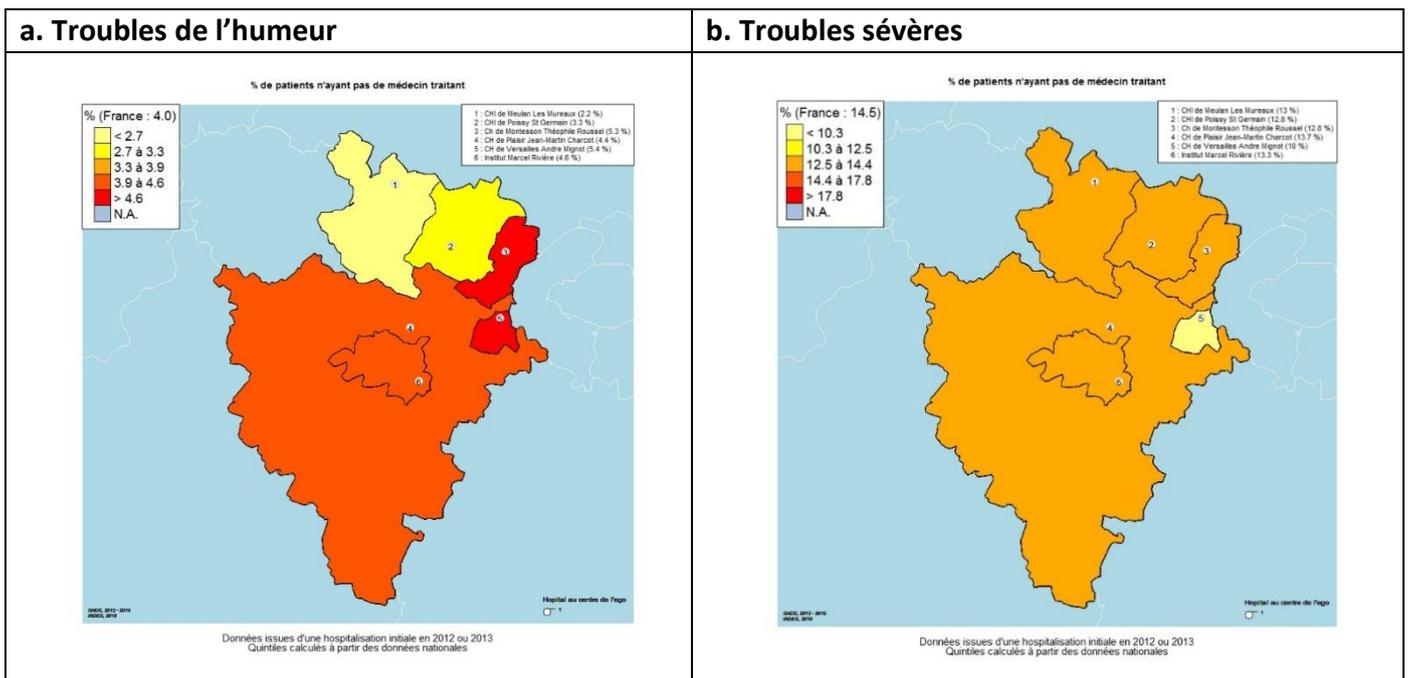
La part des personnes hospitalisées n'ayant pas déclaré de médecin traitant en Yvelines Nord est globalement inférieure à la part nationale (14,5% pour les troubles sévères et persistant et de 4% pour les troubles fréquents et modérés). Cependant, sur la zone de Montesson on note une part légèrement supérieure à la moyenne nationale en ce qui concerne les troubles modérés soit 5,3% qui pourrait s'expliquer par une moindre accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes dans cette zone (rappel-figure 24 : APL de 2,8 à Montesson contre 3,1 à Meulan-les-Mureaux, 3,6 à Poissy-Saint-Germain et 4,1 en France).

Une attention particulière à porter pour intégrer le médecin traitant dans le parcours de soins des personnes concernées.

Figure 90 : Part des personnes hospitalisées n'ayant pas de médecin traitant



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

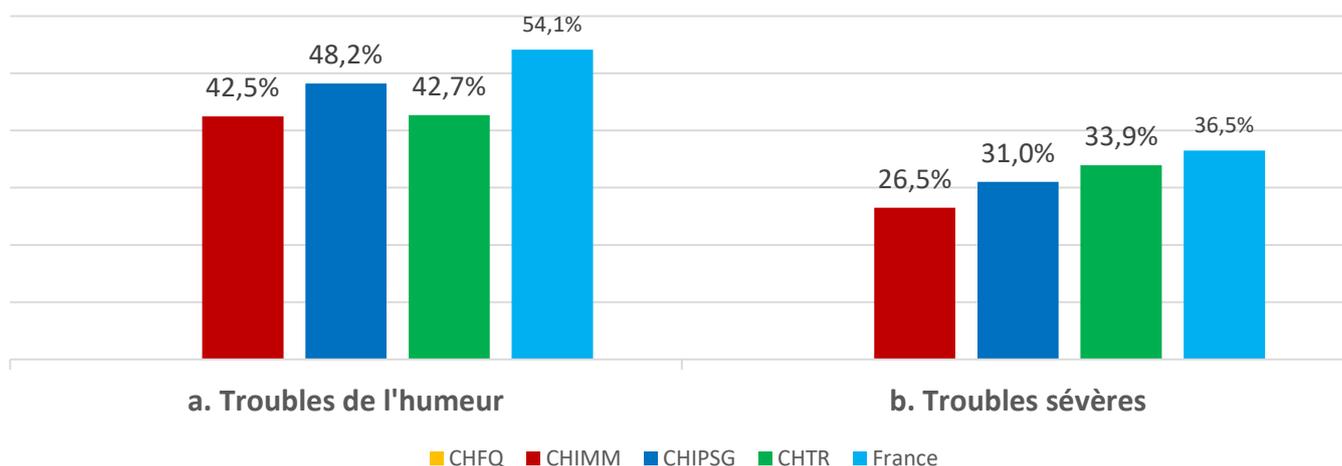


Consultation deux mois précédant l'hospitalisation

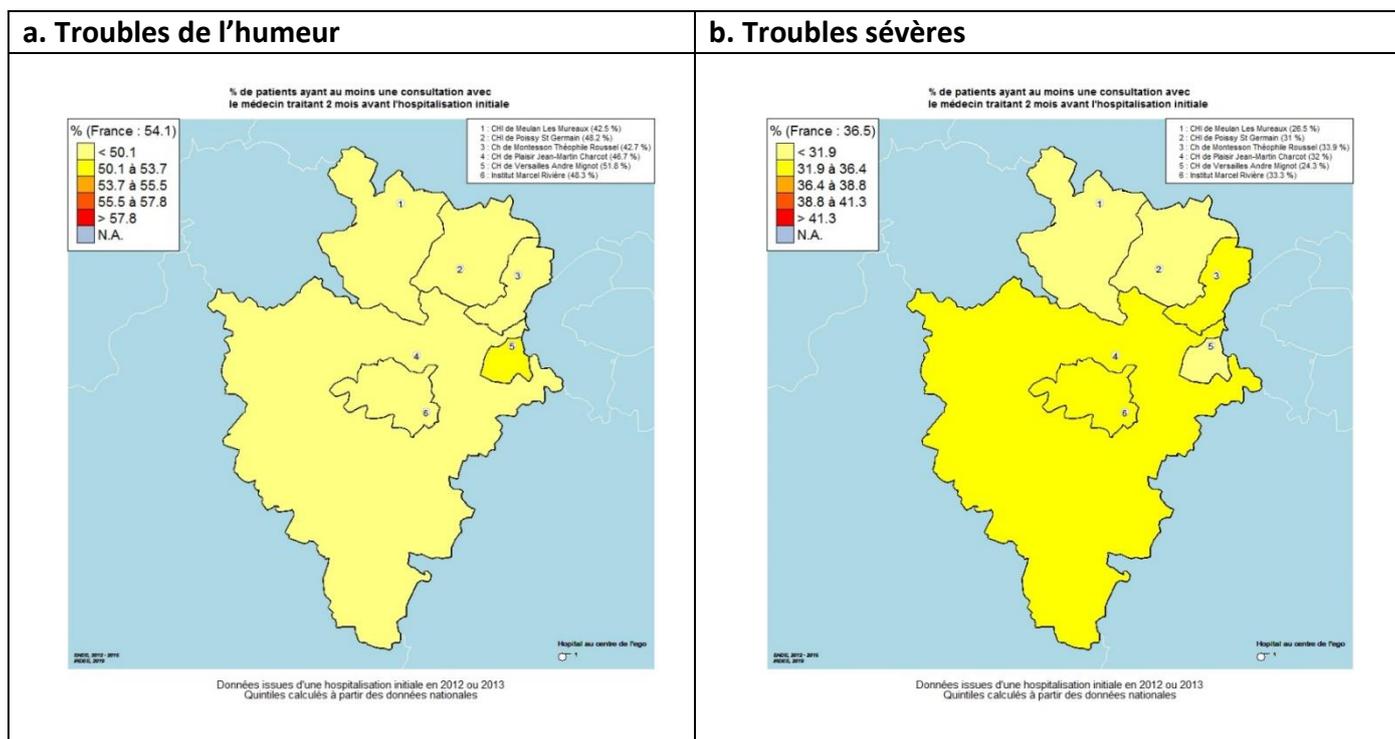
Malgré la part plus élevée des personnes ayant un médecin traitant en Yvelines Nord par rapport à la moyenne nationale (Figure 90), la part des personnes hospitalisées ayant consulté leur médecin traitant dans les deux mois précédant l'hospitalisation (figure 91) est inférieure au niveau national qui est de 54,1% pour les troubles modérés et 36,5% pour les troubles sévères.

A noter la part très faible chez les personnes hospitalisées pour des troubles sévères (figure 91-b), dans la zone de Meulan-les-Mureaux (CHIMM-26,5%)

Figure 91 : Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins une consultation avec son médecin traitant dans les deux mois précédant l'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

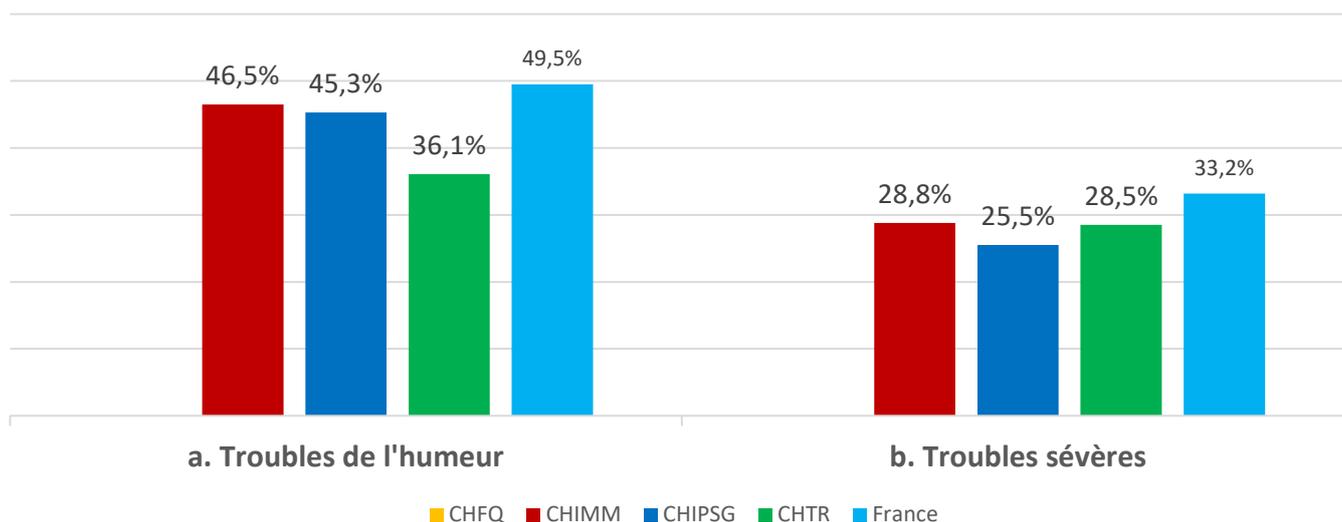


Consultation deux mois suivant la sortie l'hospitalisation

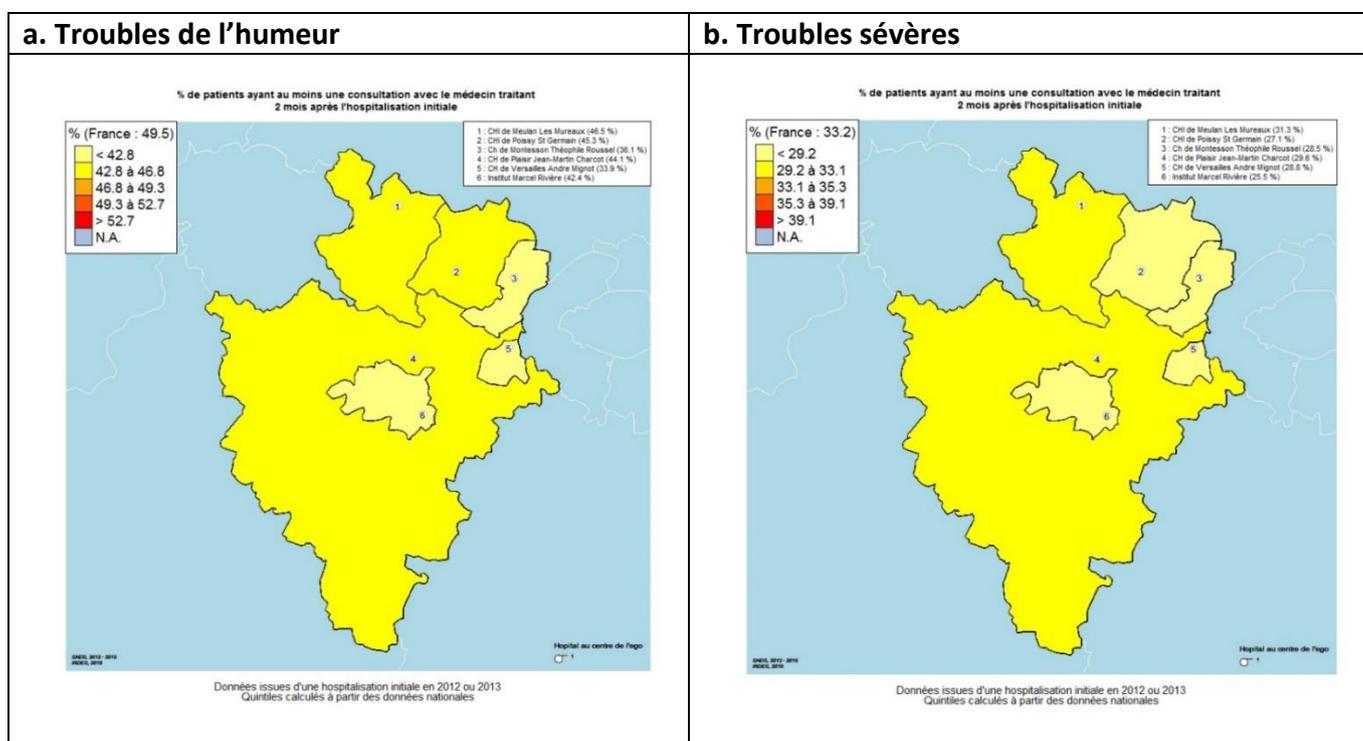
En Yvelines Nord, la part des personnes hospitalisées pour troubles de l'humeur ayant eu au moins une consultation avec leur médecin traitant dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation (figure 92-a) est également moindre comparée à la moyenne nationale (49,5%), notamment dans la zone de Montesson (36,1%).

En ce qui concerne les personnes souffrant de troubles sévères (figure 92-b), ces données confirment encore une fois une vigilance spécifique à apporter envers ces publics.

Figure 92 : Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins une consultation avec leur médecin traitant dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales



Ces taux inférieurs au niveau national montrent un effort nécessaire à faire pour intégrer le médecin traitant dans le parcours de soins.

2. Suivi amont

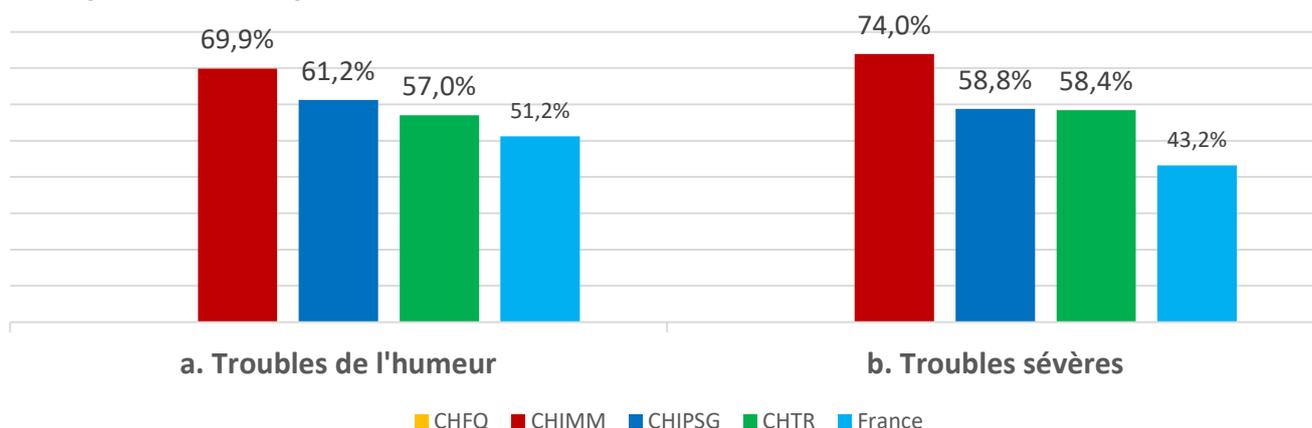
Consultation spécialisée (psy ville ou CMP) en psychiatrie

La majorité des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur (>57%) ou des troubles sévères (>58%) n'ont eu aucune **consultation spécialisée (Psy ville ou CMP)** en psychiatrie un an avant l'hospitalisation initiale en Yvelines Nord (*figure 93*).

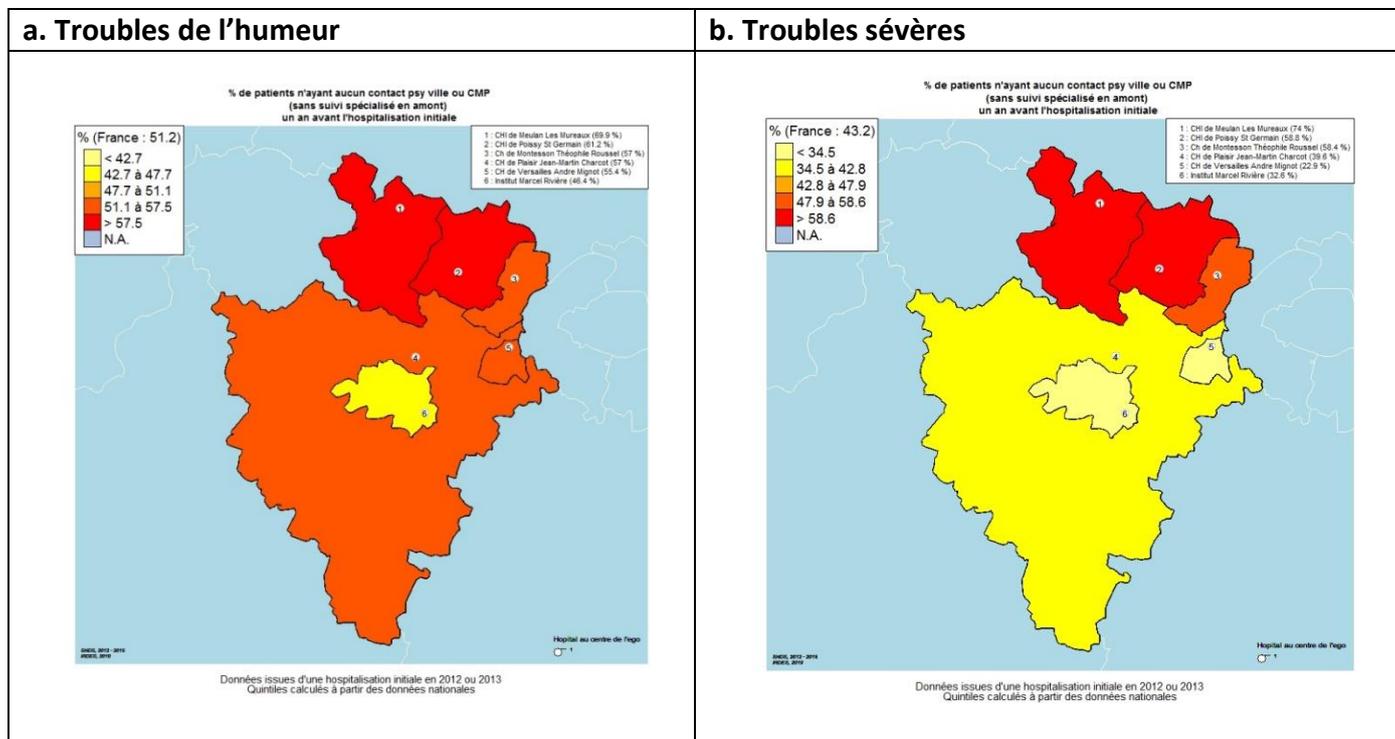
La part est particulièrement élevée chez les personnes suivies dans la zone de Meulan-les-Mureaux (69,9% pour troubles de l'humeur et 74% pour troubles sévères).

Ces taux sont plus élevés que la moyenne nationale et signifient un point d'amélioration à faire en termes de prévention et de suivi en amont.

Figure 93 : Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation spécialisée en psychiatrie dans l'année précédant l'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

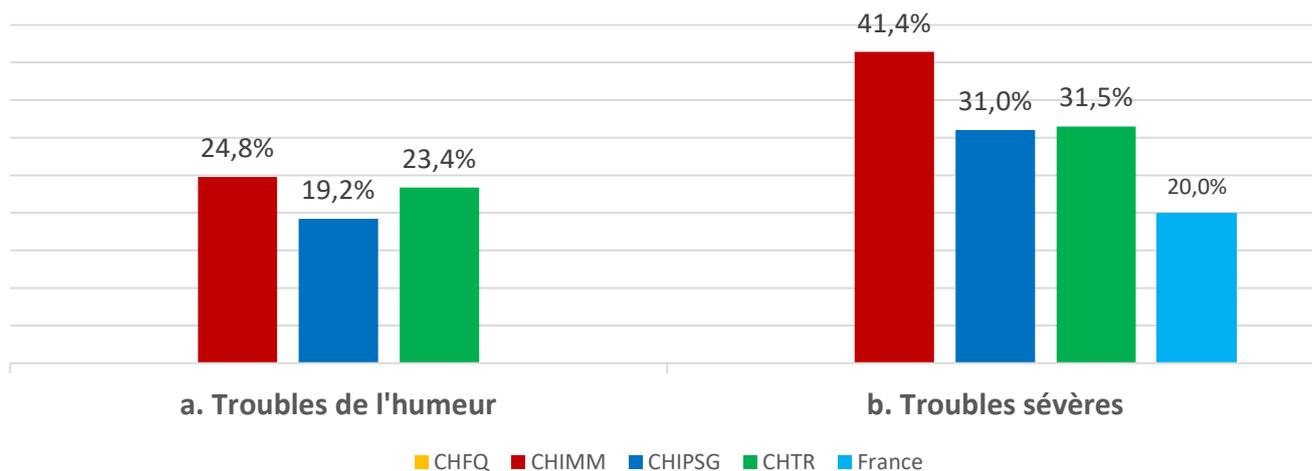


Consultation avec un professionnel de santé pour un problème de santé mentale

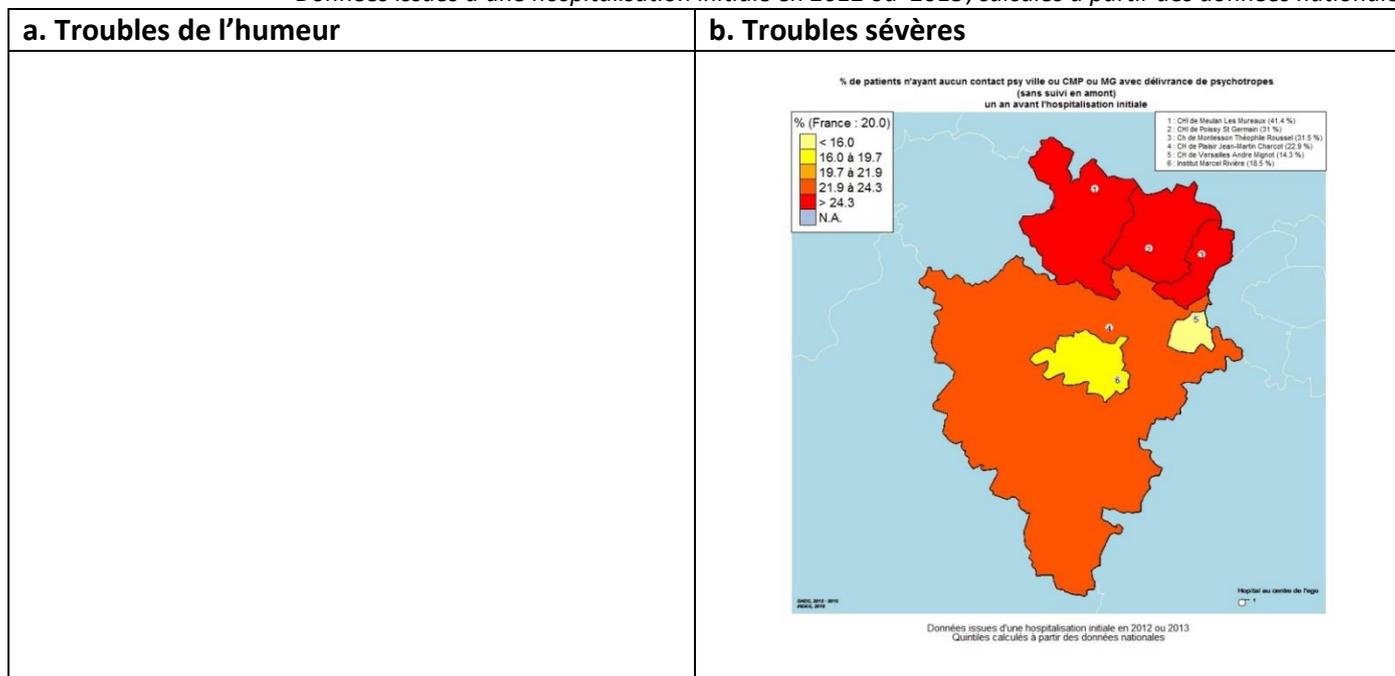
Parmi les personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur, 24,8% n'ont pas eu un contact avec un **professionnel de santé** (psy ville, CMP ou **médecin généraliste avec délivrance psychotropes**) pour un problème de santé mentale dans l'année précédant l'hospitalisation à Meulan-les-Mureaux, 19,2% à Poissy-Saint-Germain, 23,4% à Montesson (*figure 94-a*).

Ce taux est relativement élevé pour les troubles sévères (*figure 94-b*) par rapport au niveau national (20%) et signifie un effort à faire pour emmener ces personnes atteintes de troubles sévères vers les soins le plus tôt possible.

Figure 94 : Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec une délivrance psychotrope) pour un problème de santé mentale dans l'année précédant l'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales



Par ailleurs, on constate que la part des personnes n'ayant eu aucune consultation spécialisée (psy ville ou CMP) en psychiatrie est largement supérieure à celle n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de santé (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes) pour un problème de santé mentale. Ainsi, les personnes consultent un médecin généraliste plutôt que d'aller vers les soins spécialisés

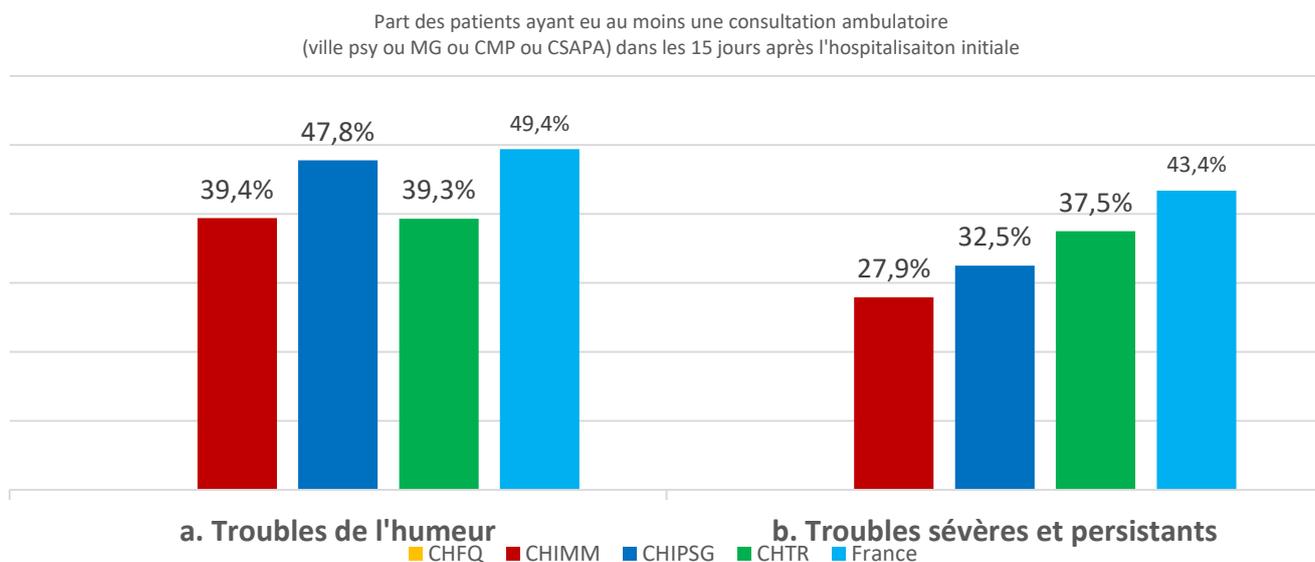
(psy ville ou CMP) pour un problème de santé mentale, ce qui pourrait s'expliquer soit par une difficulté d'accès aux soins spécialisés (délais d'attente) ou par un manque d'information ou les deux etc.

3. Suivi aval

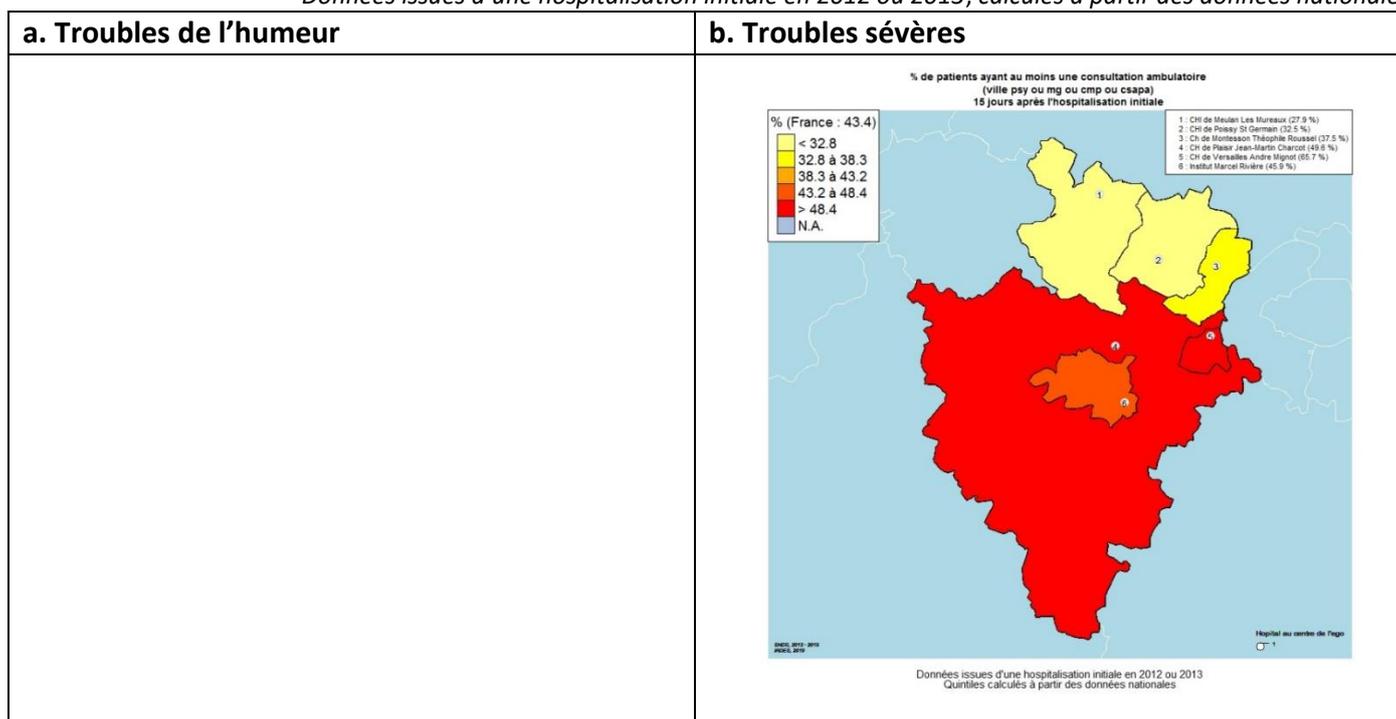
Consultation ambulatoire

Moins d'un patient sur deux hospitalisé pour un trouble de l'humeur (figure 95-a) et moins d'un sur 3 hospitalisé pour un trouble sévère (figure 95-b) a eu une consultation ambulatoire, en ville ou en CMP dans les 15 jours suivant la sortie de l'hospitalisation. Ces taux, relativement bas sont inférieurs à la moyenne nationale et soulignent un effort à faire dans ce champ par rapport à ce qui se fait notamment dans le champ somatique.

Figure 95 : Part des personnes hospitalisées ayant eu une consultation ambulatoire (ville psy / médecin généraliste / CMP / CSAPA) dans les 15 jours suivant la sortie d'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales



Consultation spécialisée (psy ville ou CMP) en psychiatrie

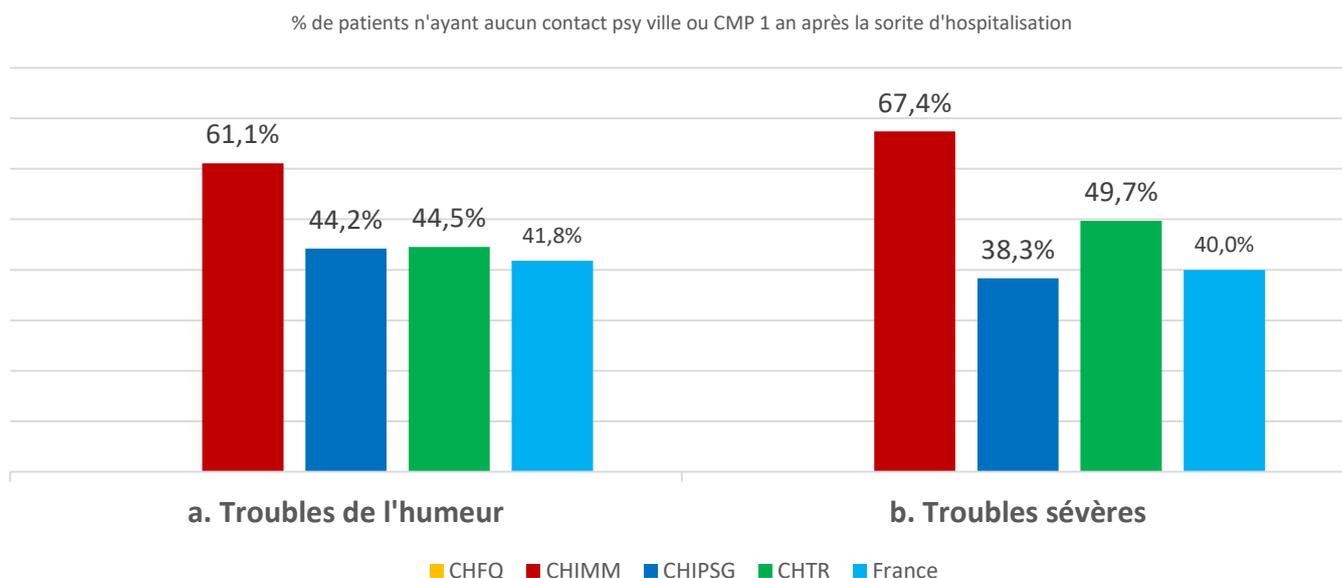
En Yvelines Nord, plus de 44,2% des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur n'ont eu aucune consultation spécialisée en psychiatrie dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation (figure 96-a), ce qui est supérieur à la moyenne nationale (41,8%).

La part est également plus élevée pour des troubles sévères (figure 96-b), sauf la zone de Poissy (CHIPS-38,3%), par rapport au niveau national (40,0%).

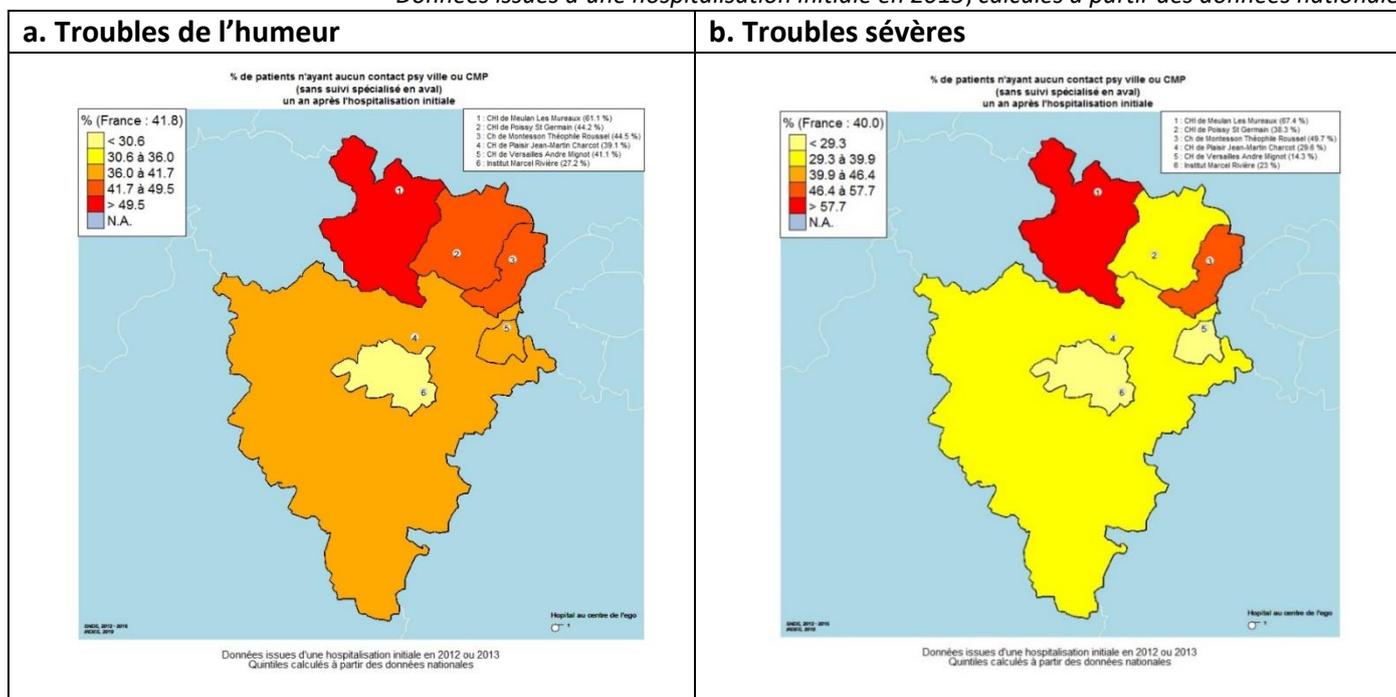
Ce taux est le plus significatif dans la zone de Meulan-les-Mureaux (61,1% pour troubles de l'humeur et 67,4% pour troubles sévères).

Cela souligne une amélioration à faire en termes de suivi psychiatrique en sortie d'hospitalisation.

Figure 96 : Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation spécialisée en psychiatrie dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2013, calculés à partir des données nationales



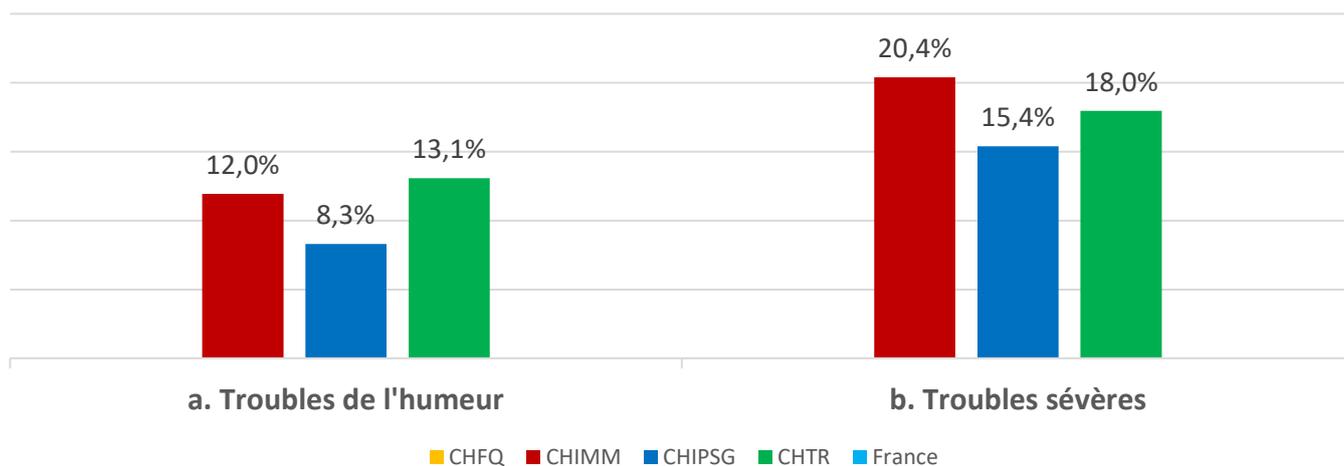
Consultation avec un professionnel de santé pour un problème de santé

En Yvelines Nord, environ 11% des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur (figure 97-a) et 18% pour des troubles sévères (figure 97-b) n'ont pas eu une consultation avec un professionnel de santé (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes) pour un problème de santé mentale 1 an après la sortie d'hospitalisation.

On constate également que les personnes vont plus vers les médecins généralistes pour un problème de santé mentale que les soins spécialisés (psy ville ou CMP) après l'hospitalisation en psychiatrie.

Figure 97 : Part des personnes hospitalisées n'ayant pas eu de contact avec un professionnel de santé pour un problème de santé mentale dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation

% de patients n'ayant pas eu de contact avec un professionnel de santé pour un problème de santé mentale 1 an après la sortie de l'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2013, calculés à partir des données nationales

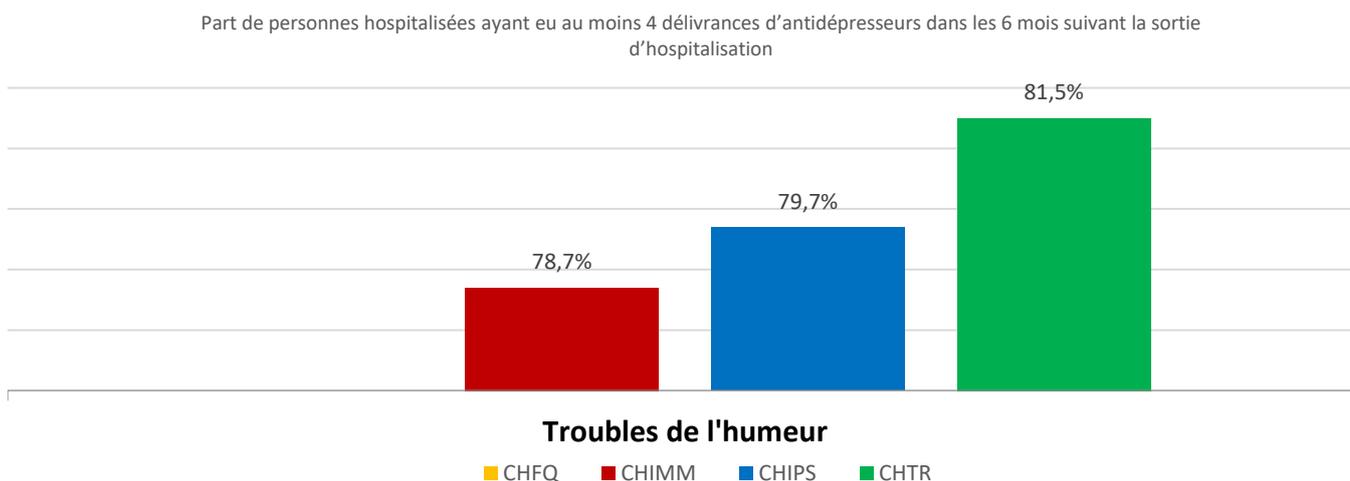
4. Suivi médicamenteux

Délivrance d'antidépresseurs dans les 6 mois suivant la sortie d'hospitalisation

On constate une bonne adéquation du traitement dans le nord des Yvelines lors qu'on regarde la part des personnes ayant eu au moins quatre délivrances d'antidépresseurs dans les 6 mois après l'hospitalisation initiale (figure 98).

*Inadéquation du traitement : moins de 4 délivrances

Figure 98 : Part de personnes hospitalisées ayant eu au moins 4 délivrances d'antidépresseurs dans les 6 mois suivant la sortie d'hospitalisation (adéquation du traitement)



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Délivrance d'antipsychotiques et de thymorégulateurs dans les 12 mois suivant la sortie d'hospitalisation

En Yvelines Nord, on constate un bon suivi dans l'ensemble du territoire avec plus de 58,8% des personnes ayant eu au moins neuf délivrances d'antipsychotiques un an après l'hospitalisation initiale (figure 99).

Figure 99 : Part de personnes hospitalisées ayant eu au moins 9 délivrances d'antipsychotiques dans les 12 mois suivant la sortie d'hospitalisation (qualité du suivi médicamenteux)

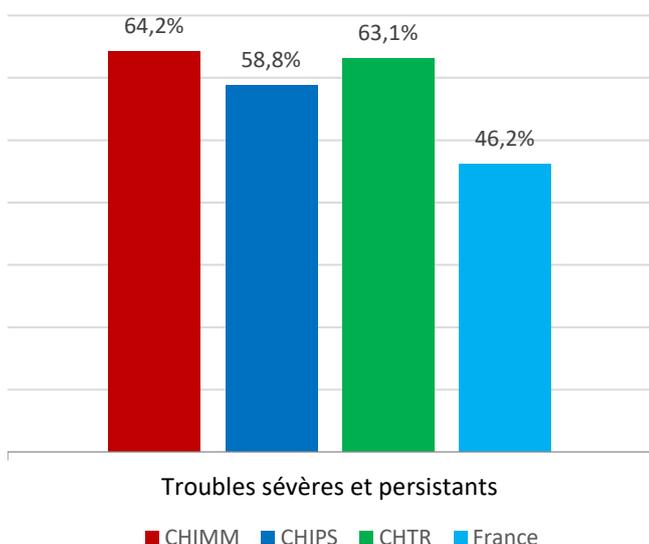
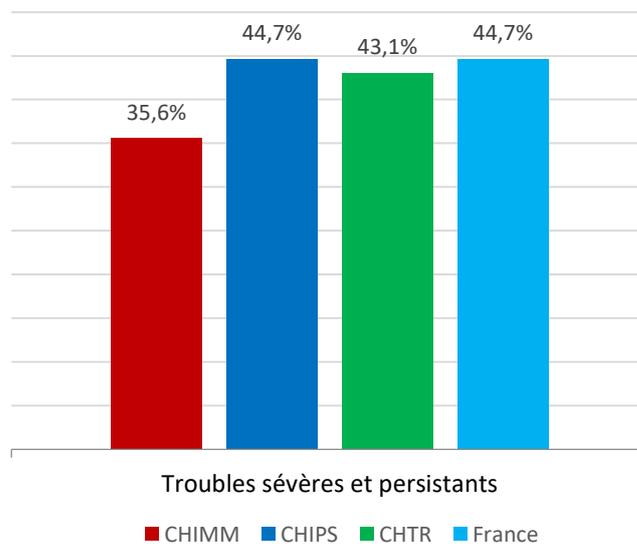


Figure 100 : Part de personnes hospitalisées ayant eu au moins 9 délivrances de thymorégulateurs dans les 12 mois suivant la sortie d'hospitalisation (qualité du suivi médicamenteux)



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

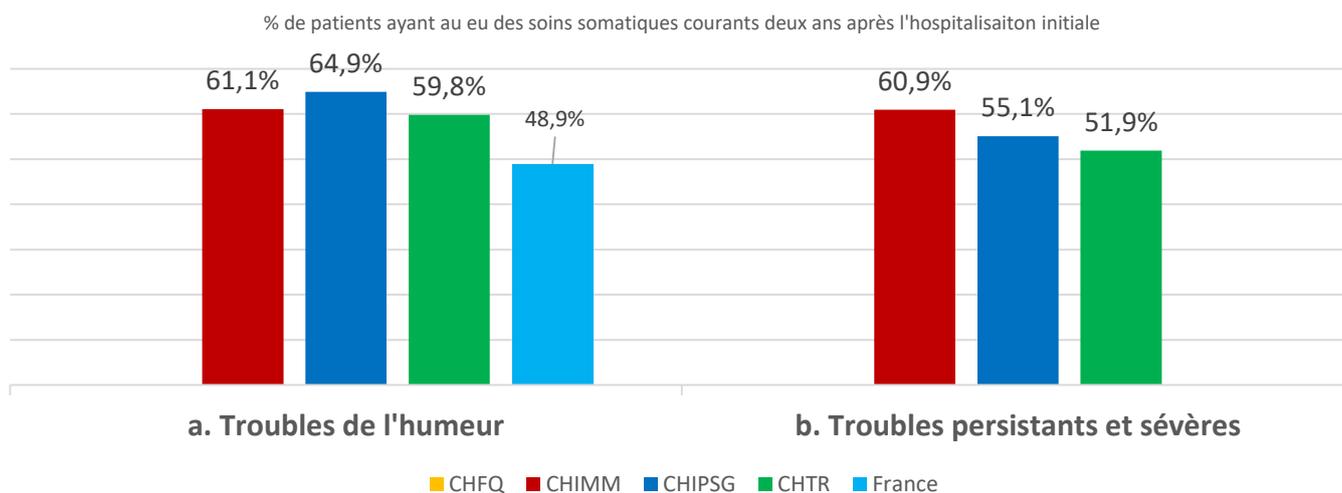
5. Accès à la prévention et aux soins somatiques

Soins somatiques courants (dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques...)

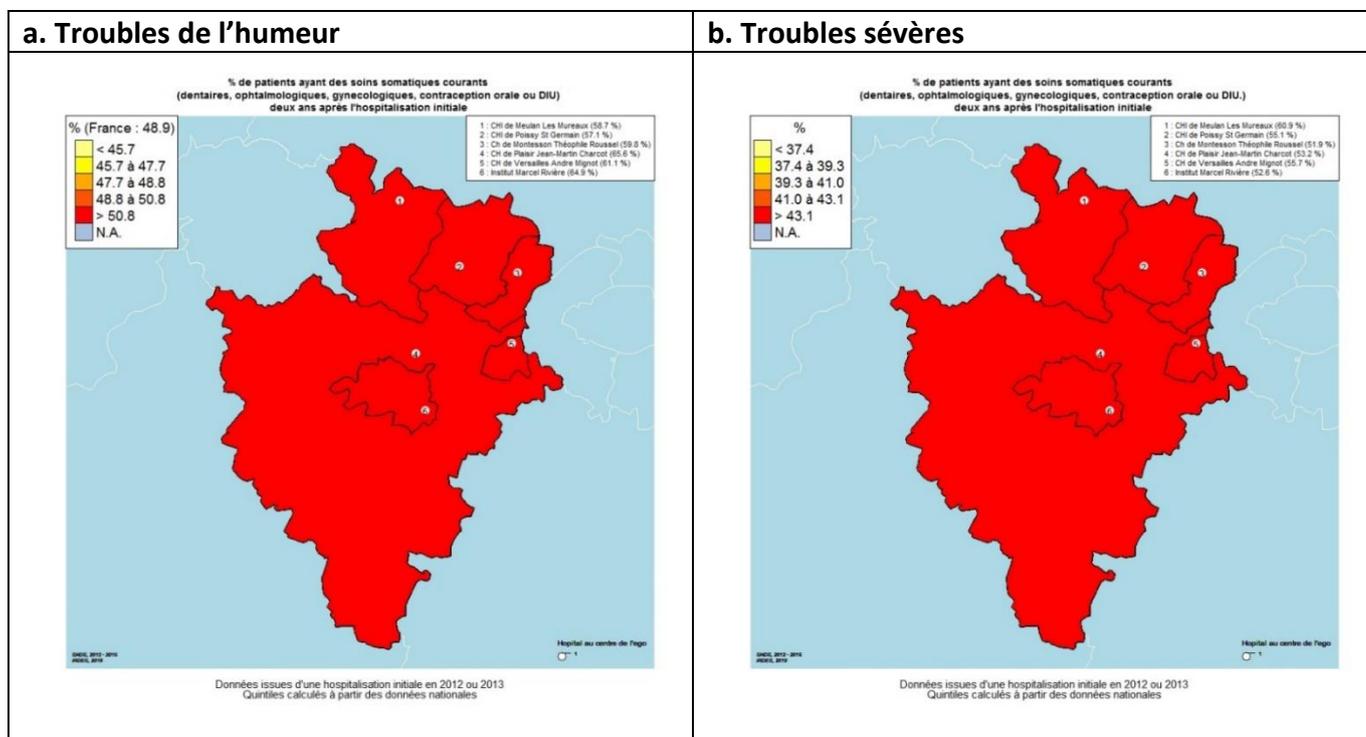
Dans le nord des Yvelines, plus de 59,8 % des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur (figure 101-a) et plus de 51,9% des patients hospitalisés pour des troubles sévères et persistants (figure 101-b) ont recouru à des soins somatiques courants (dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques...) dans les deux années après l'hospitalisation initiale.

Les taux sont légèrement inférieurs dans la zone de Montesson (CHTR - 59,8% pour troubles de l'humeur et 51,9% pour troubles sévères) par rapport aux autres zones, mais reste supérieur à la moyenne nationale.

Figure 101 : Part des personnes hospitalisées ayant eu des soins somatiques courants dans les deux années suivant l'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

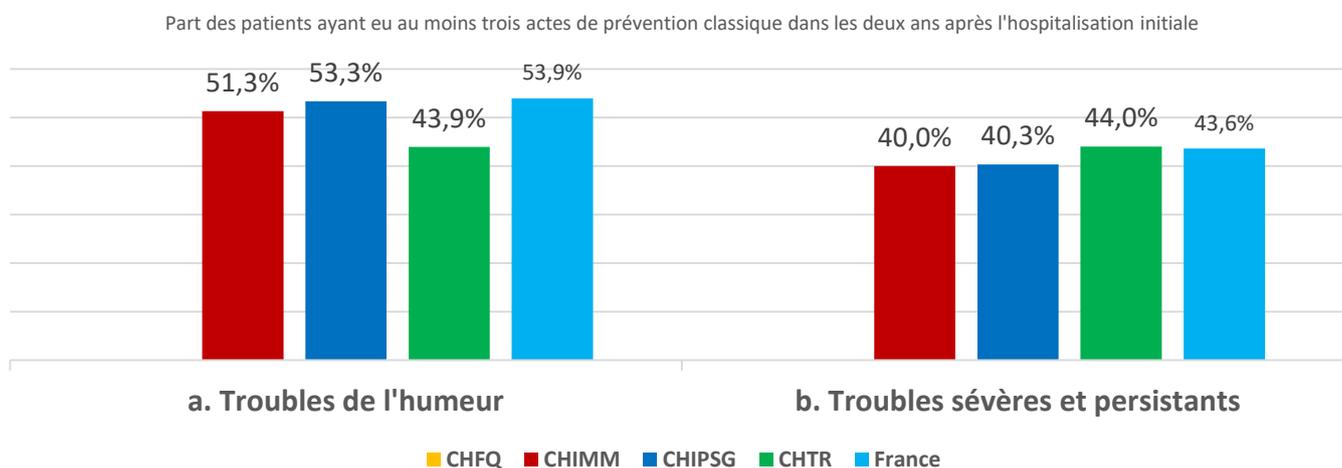


Trois actes de prévention classique

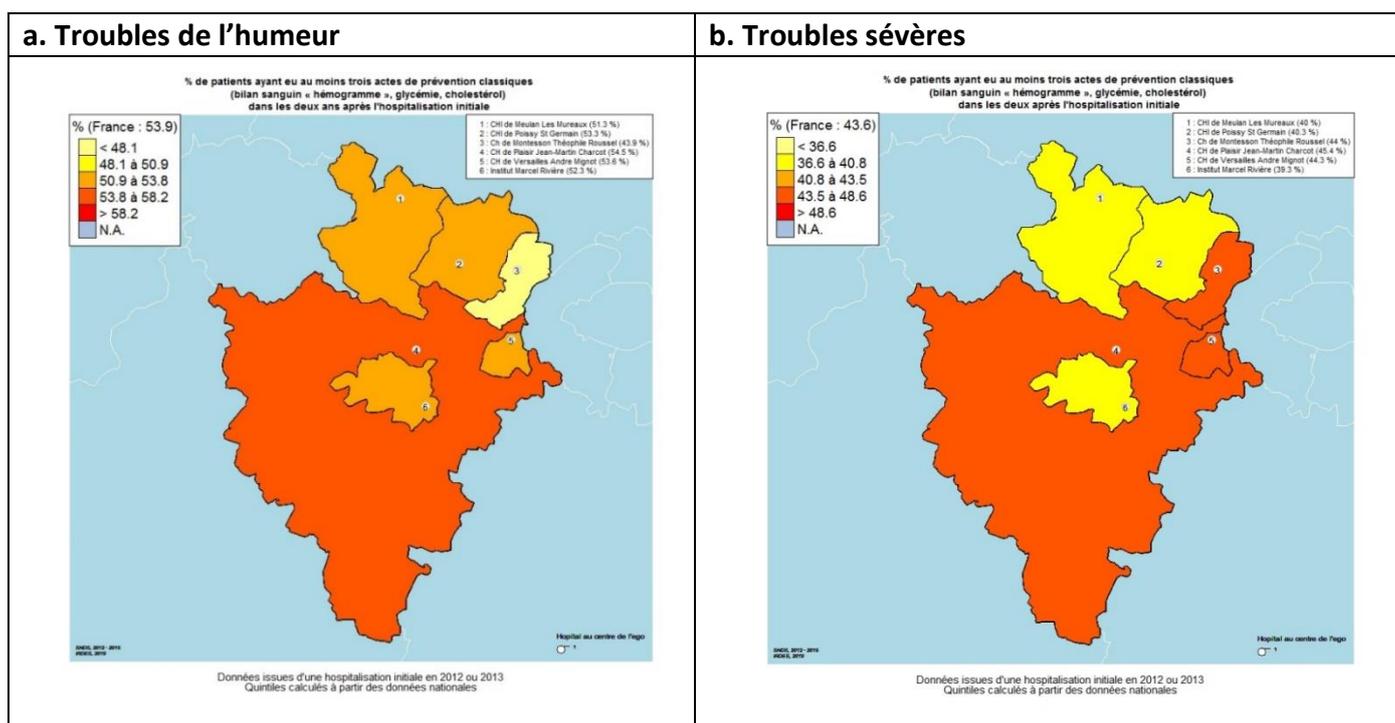
La part des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur (*figure 102-a*) ayant eu au moins 3 actes de prévention classique (bilan sanguin « hémogramme », glycémie, cholestérol) est inférieure à la moyenne nationale (53,9%) dans toutes les zones, notamment à Montesson (43,9%).

En ce qui concerne les troubles sévères (*figure 102-b*), le résultat proche de la moyenne nationale, reste à améliorer pour toutes les zones et souligne un travail important à mener en termes de prévention.

Figure 102 : Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins 3 actes de prévention classique²⁰ dans les deux années suivant l'hospitalisation



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2013, calculés à partir des données nationales



²⁰ Bilan sanguin « hémogramme », glycémie, cholestérol

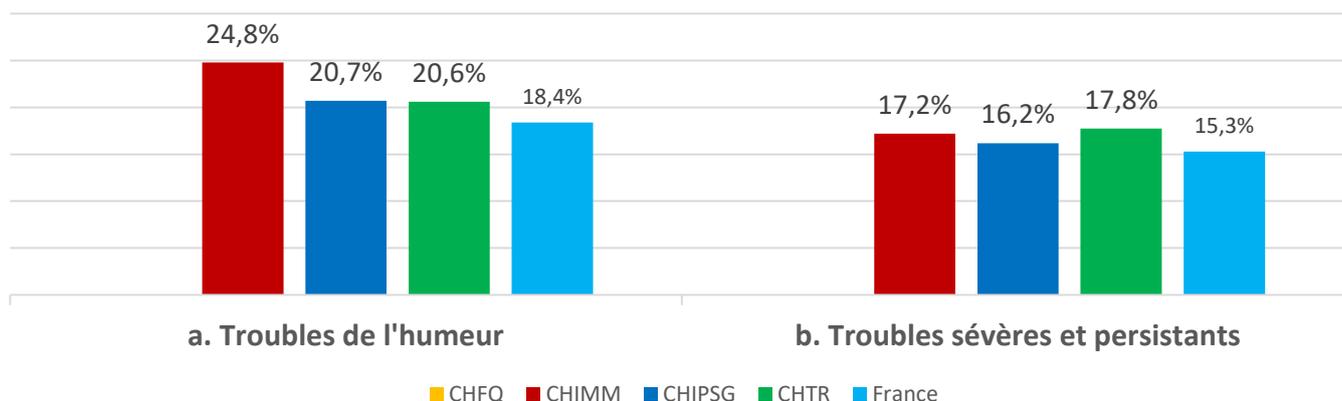
3 actes de prévention complémentaire dont ECG et bilan rénal

Parmi les patients hospitalisés pour des troubles de l'humeur (figure 103-a), un peu plus de 20% ont eu au moins 3 actes de prévention qui sont recommandés au niveau national dans les deux années suivant l'hospitalisation. Le territoire des Yvelines Nord est plutôt bien placé par rapport à la moyenne nationale (18,4%), mais le résultat reste insatisfaisant.

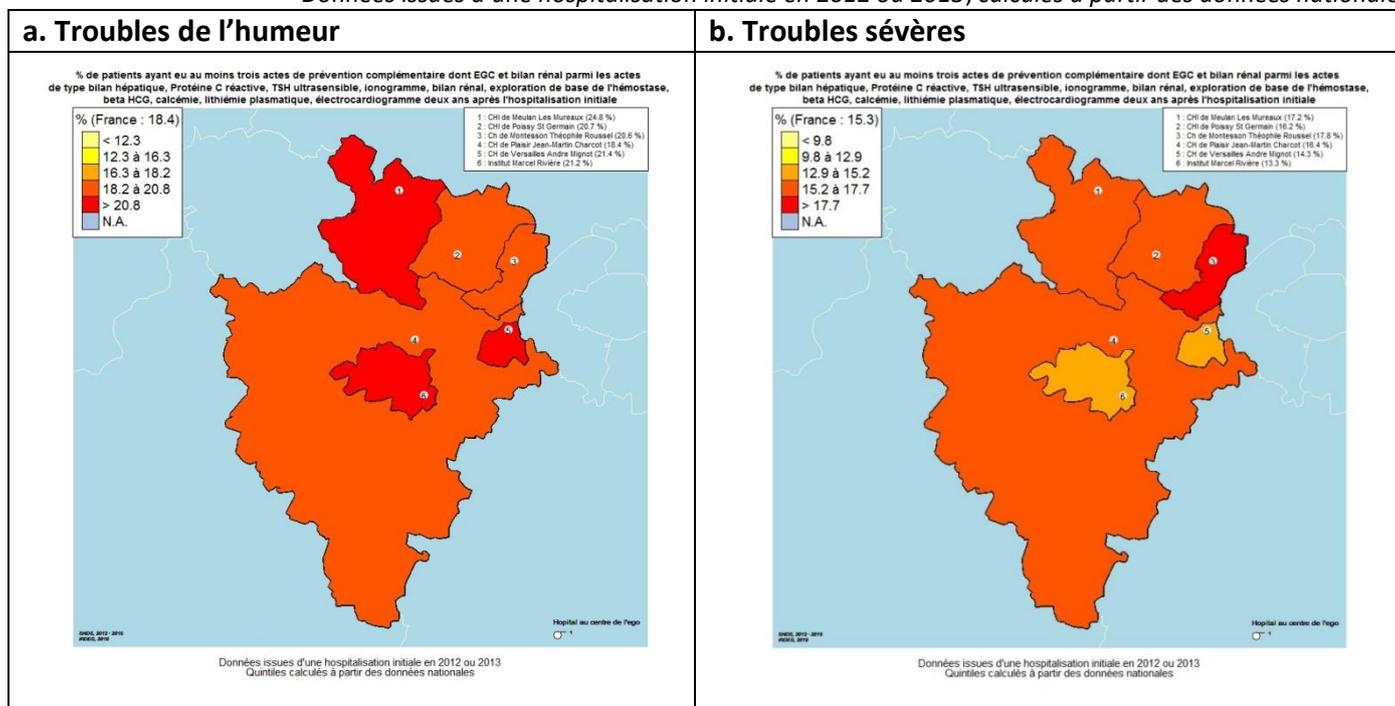
En ce qui concerne les patients hospitalisés pour des troubles sévères (figure 103-b), ce taux est légèrement supérieur à la moyenne nationale (15,3%), également insuffisant avec moins de 17,8% des patients ayant eu au moins 3 actes de prévention complémentaire.

Figure 103 : Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins 3 actes de prévention complémentaire (dont ECG et bilan rénal) dans les deux années suivant l'hospitalisation

Part des patients ayant eu au moins trois actes de prévention complémentaire dont ECG et bilan rénal deux ans après l'hospitalisation initiale
(parmi les actes de type hépatique, Protéine C réactive, TSH ultrasensible, Ionogramme, bilan rénal, exploration)



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales



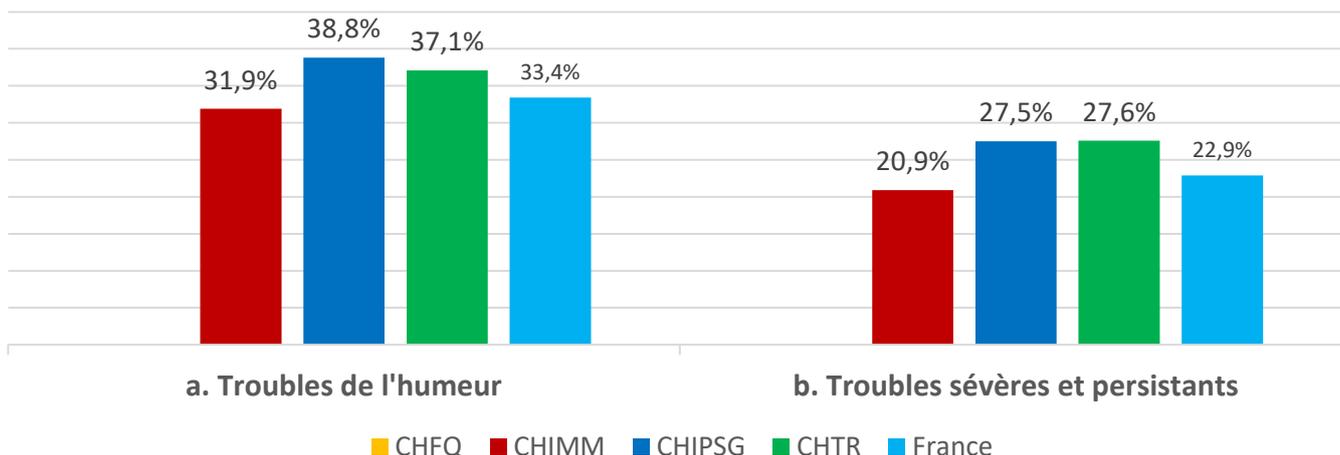
Limites : Les actes réalisés pendant le séjour hospitalier ne sont pas comptabilisés

Actes de prévention, dépistage, vaccination

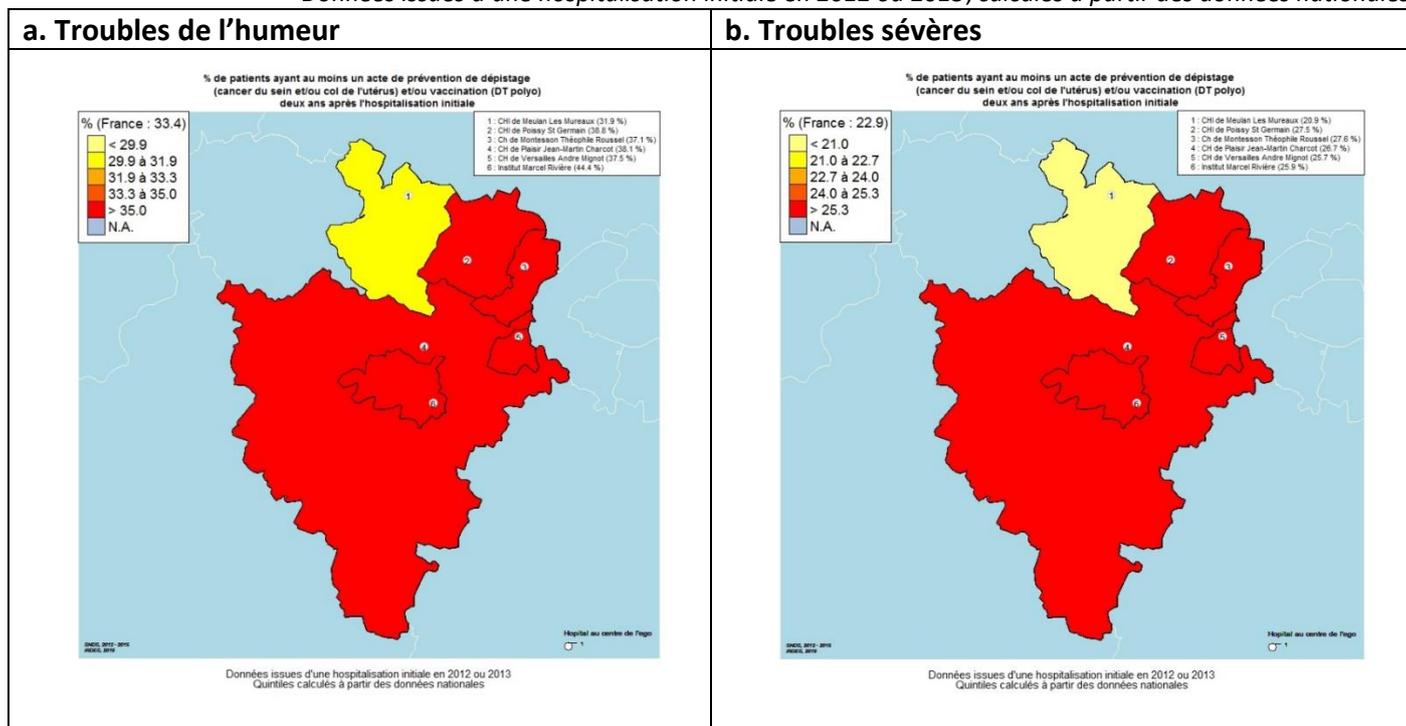
En Yvelines Nord, on constate des taux supérieurs à la moyenne nationale (33,4% pour troubles de l'humeur, 22,9% pour troubles sévères et persistants) concernant la part des personnes hospitalisées ayant eu des actes de dépistage et de vaccination (figure 104), sauf dans la zone de Meulan-les-Mureaux où les taux sont inférieurs à la moyenne nationale (31,9% pour troubles de l'humeur et 20,9% pour troubles sévères). Néanmoins, l'accès aux actions de dépistage et de vaccination est à améliorer sur l'ensemble du territoire YN.

Figure 104 : Part des patients hospitalisés ayant eu des actes de prévention, dépistage, vaccination dans les deux ans suivant l'hospitalisation

% de patients ayant eu des actes de dépistage et vaccination 2 ans après l'hospitalisation initiale



Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales



En résumé

En Yvelines Nord, l'articulation ville-hôpital n'est pas suffisamment développée.

On constate que les personnes hospitalisées ne consultent pas suffisamment leur médecin traitant dans les deux mois avant et après l'hospitalisation malgré une part suffisamment importante des personnes ayant déclaré un médecin traitant.

Cela souligne un effort nécessaire à faire pour intégrer le médecin traitant dans le parcours de soins et travailler en réseau ville/ hôpital afin d'améliorer la prévention et éviter les hospitalisations en psychiatrie.

Les chiffres montrent également que les personnes concernées vont plus vers les médecins généralistes pour un problème de santé mentale plutôt que d'aller vers les soins spécialisés (psy ville ou CMP) dans l'année précédant et dans l'année suivant l'hospitalisation. Ce qui interroge sur l'accessibilité aux soins spécialisés (CMP-psy ville) d'où l'importance d'organiser le travail entre le premier recours généraliste et le recours spécialisé.

On observe un bon suivi médicamenteux après la sortie d'hospitalisation dans le nord des Yvelines, mais le suivi en amont et en aval reste à améliorer sur le territoire.

En ce qui concerne l'accès à la prévention et aux soins somatiques, le territoire des Yvelines Nord est plutôt bien placé par rapport au niveau national. Néanmoins, les résultats sont insuffisants afin de garantir une meilleure prise en charge en soins somatiques.

Il faut souligner qu'une vigilance spécifique est à apporter aux personnes souffrant de troubles sévères qui consultent moins aussi bien en amont qu'en aval de l'hospitalisation.

DIAGNOSTIC QUALITATIF PAR 6 PRIORITES DU PTSM

PRIORITE 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

- ❖ Repérage précoce et accès au diagnostic
- ❖ Accès au suivi et aux soins psychiatriques
- ❖ Accès aux accompagnements sanitaires sociaux et médico-sociaux

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

I. Repérage précoce et accès au diagnostic

I. REPERAGE PRECOCE ET ACCES AU DIAGNOSTIC

1. ENJEUX

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

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant un accès facilité au repérage précoce. Ces modalités incluent :

- Organisation des CMP des secteurs de psychiatrie publique, ainsi que des CMPP et des CAMSP de façon à promouvoir leur rôle de premier accès aux soins spécialisés ;
- Organisation d'une réponse aux situations signalées par les proches et familles, par les acteurs du repérage précoce des signes d'alerte et les conseils locaux de santé mentale.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. DONNEES CHIFFREES

Suivi amont – lien avec les médecins traitants

La part des personnes hospitalisées ayant consulté leur médecin traitant dans les deux mois précédant l'hospitalisation est inférieure au niveau national qui est de 54,1% pour les troubles modérés et 36,5% pour les troubles sévères.

Part des personnes hospitalisées ayant consulté son médecin traitant dans les deux mois précédant l'hospitalisation

Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	42,5%	48,2%	42,7%	54,1%
Troubles sévères et persistants	N/A	26,5%	31,0%	33,9%	36,5%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Suivi amont – consultation spécialisée (Psy ville ou CMP)

La majorité des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur (>57%) ou des troubles sévères (>58%) n'ont eu aucune consultation spécialisée (Psy ville ou CMP) en psychiatrie un an avant l'hospitalisation initiale en Yvelines Nord.

La part est particulièrement élevée chez les personnes suivies dans la zone de Meulan-les-Mureaux (69,9% pour troubles de l'humeur et 74% pour troubles sévères).

Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation spécialisée en psychiatrie dans l'année précédant l'hospitalisation

Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	69,9%	61,2%	57,0%	51,2%
Troubles sévères et persistants	N/A	74,0%	58,8%	58,4%	43,2%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

I. Repérage précoce et accès au diagnostic**Suivi amont – consultation avec un professionnel de santé pour un problème de santé mentale**

Parmi les personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur, 24,8% n'ont pas eu un contact avec un **professionnel de santé** (psy ville, CMP ou **médecin généraliste avec délivrance psychotropes**) pour un problème de santé mentale dans l'année précédant l'hospitalisation à Meulan-les-Mureaux, 19,2% à Poissy-Saint-Germain, 23,4% à Montesson.

Ce taux est relativement élevé pour les troubles sévères par rapport au niveau national (20%) **et signifie un effort à faire pour emmener ces personnes atteintes de troubles sévères vers les soins le plus tôt possible.**

Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation avec un professionnel de santé pour un problème de santé mentale dans l'année précédant l'hospitalisation					
Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	24,8%	19,2%	23,4%	N/A
Troubles sévères et persistants	N/A	41,4%	31,0%	31,5%	20,0%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Par ailleurs, on constate que la part des personnes n'ayant eu aucune **consultation spécialisée** (psy ville ou CMP) en psychiatrie est largement supérieure à celle n'ayant eu aucun contact avec un **professionnel de santé** (psy ville, CMP ou **médecin généraliste avec délivrance de psychotropes**) pour un problème de santé mentale. Ainsi, **les personnes consultent un médecin généraliste plutôt que d'aller vers les soins spécialisés (psy ville ou CMP) pour un problème de santé mentale, ce qui pourrait s'expliquer soit** par une difficulté d'accès aux soins spécialisés (délais d'attente) ou par un manque d'information ou les deux etc.

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes et aux psychiatres

En Yvelines Nord, on constate des zones diversifiées en termes d'accès aux soins primaires avec une accessibilité potentielle localisée²¹ aux médecins généralistes inférieure à la moyenne française (4,1).

En ce qui concerne les soins spécialisés, l'APL aux psychiatres libéraux du territoire YN ainsi que la densité des psychologues libéraux du département (44 psychologues pour 100 000 habitants) sont supérieures aux moyennes nationales, **mais l'offre reste difficile d'accès pour des raisons financières.** Seulement 47% des psychiatres libéraux sont conventionnés secteur 1 en Yvelines.

Accessibilité potentielle localisée (densité tenant compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes)					
Zone	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France
APL médecins généralistes	2,6	3,1	3,6	2,8	4,1
APL psychiatres libéraux	2,3	4,2	7,2	9,3	N/A

SNIIR-AM 2015, EGB 2013, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2013, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES

²¹ APL : Forme de mesure de la densité de médecins généralistes qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

I. Repérage précoce et accès au diagnostic

Lecture : Compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants de la zone de Mantes-la-Jolie ont accès en moyenne à 2,6 consultations ou visites de médecine par an, soit une offre inférieure à l'accessibilité moyenne française (4,1) aux médecins généralistes.

Densité des CMP et des CATTP en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile

Les densités des CMP et des CATTP sont relativement faibles en Yvelines Nord liées aux caractéristiques des zones urbaines. On retrouve généralement moins de CMP, mais de plus grande taille avec une amplitude d'horaire plus importante.

A noter, il n'existe pas suffisamment de données au niveau national telles que la taille d'un CMP, sa densité en termes de personnel etc.

Densité de CMP pour 100 000 habitants					
<i>Zone d'intervention</i>	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France
CMP Psychiatrie Générale (2017) pour 100 000 habitants	1,7	3,6	4,5	2,1	4,2 (2015)
<i>Zone d'intervention</i>	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy	Montesson-Saint-Germain	France
CMP Psychiatrie Infanto-Juvenile (2016) 100 000 habs (- 16 ans)	2,8	9,9	11,2	8,9	11

Source : Données issues de la SAE (2015, 2016, 2017)

Lecture : Il y a 2,8 CMP en psychiatrie infanto-juvénile pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans dans la zone d'intervention de Mantes-La-Jolie.

Ressources humaines en psychiatrie générale

Les établissements du nord Yvelines sont aussi bien dotés que le niveau national en termes d'équivalents temps plein /ETP/ moyens en psychiatrie générale pour 100 000 habitants âgés de plus 16 ans. En revanche, la densité d'ETP de personnels soignants et sociaux éducatifs est largement inférieure à la moyenne nationale. Cela peut être en partie lié au moindre nombre de lits d'hospitalisation temps plein.

Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale pour 100 000 habitants (+16 ans) en 2017					
<i>Zone</i>	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France (2015)
Psychiatre	10,6	N/A	10,6	9,3	10,8
Soignants et socio-éducatifs	88,7	N/A	94,9	75,1	156,4

Source : SAE, INSEE – 2015

Equipe mobile

En Yvelines Nord, il y a une « Equipe mobile psychiatrie précarité » couvrant tout le territoire depuis juin 2019.

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

I. Repérage précoce et accès au diagnostic

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
Arrivée tardive au diagnostic	<ol style="list-style-type: none">1. Défaut de repérage précoce2. Repérage fait mais problème d'adressage et d'accessibilité3. Refus des personnes ou des proches de consulter4. La non demande- les populations spécifiques : qui nécessite l'aller vers<ul style="list-style-type: none">→ La précarité→ Les migrants→ Les personnes âgées isolées

ANALYSE DES CAUSES

1. Défaut de repérage précoce

a. Méconnaissance de la pathologie mentale et des signes d'alertes

- i. Du public en général, des professionnels de santé non spécialisés, des professionnels du médico-social et du social, (proches, médecins libéraux, PMI...)
- ii. A l'école, les équipes pédagogiques sont insuffisamment formées au repérage précoce
- iii. Aidants et proches (Quand les aidants et proches vieillissent ou souffrent de maladies chroniques eux-mêmes)

b. Absence de sensibilisation, de prévention et absence de dépistage à des moments clés du parcours de vie : (non organisé, insuffisance de moyens, insuffisance de connaissance)

- i. Périnatalité : entretien du 4^{ème} mois - accouchement et séjour à la maternité - différents ex pédiatrique - entrée en crèche etc.
- ii. Scolarité : Ex systématique chaque cycle : maternelle, primaire, collège, lycée, université
- iii. Travail : médecine du travail, des équipes de plus en plus réduites ou inexistantes

2. Repérage fait mais problème d'adressage et d'accessibilité

a. On ne sait pas à qui adresser ?

- i. Méconnaissance du système de soins
- ii. Insuffisance de communication et d'informations
- iii. Eloignement géographique entre demande et soin
- iv. Cloisonnement des structures et pas assez de travail en réseau
 - Notamment entre ville - MG et hôpital/secteurs de psychiatrie

A noter cependant le rôle positif :

- *De la Maison des ados 78 Nord, des points écoutes jeunes sont-ils en nombre suffisants sur le territoire, l'expérimentation Ecoute 'Emoi*
- *Des CLSM (Sartrouville et Mureaux)*
- *Du RSMYN (Réseau de Santé Mentale en Yvelines Nord) qui favorise la connaissance des acteurs sanitaires et médico-sociaux*

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

I. Repérage précoce et accès au diagnostic

b. On sait où adresser, mais problème d'accessibilité :

- i. Délai d'attente, notamment dans les CMP
- ii. Offre de soins inexistante ou insuffisante ou inadaptée
- iii. Insuffisance de spécialistes ou de centre experts (liste d'attente) (notamment pour les TSA)
- iv. Accessibilité géographique notamment pour le recours
- v. Accessibilité financière
- vi. Démographie des professionnels : médecins, généralistes et spécialistes, orthophoniste, à noter la zone de Mantes-la-Jolie, particulièrement en difficulté en raison d'insuffisance de pédopsychiatres et de généralistes

3. Refus des personnes ou des proches de consulter – La non demande

a. Par la personne elle-même

- i. Le déni fait partie des troubles
- ii. Auto stigmatisation
- iii. Insuffisance d'accompagnement

b. Par la famille ou les aidants

- i. Société « stigmatisante »
- ii. Insuffisance d'accompagnement
- iii. Méconnaissance de la pathologie mentale et surtout des moyens de la combattre (offre de soins, accès aux droits, accès aux aides et aux accompagnements)
- iv. Aversion à la psychiatrie

4. La non demande et Les populations spécifiques : qui nécessitent l'aller vers

- ➔ La précarité
- ➔ Les migrants
- ➔ Les personnes âgées isolées

a. Pas assez de dispositifs d'aller vers

- Insuffisance d'accompagnement et d'appui de la psychiatrie aux professionnels sociaux et médico-sociaux missionnés auprès de ces populations

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

I. Repérage précoce et accès au diagnostic

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

➤ **Méconnaissance de pathologie mentale et insuffisance de formation**

Les professionnels de première ligne (social, médico-social, l'EN, médecins libéraux, PMI...), l'entourage ou le voisinage sont en premier lieu pour pouvoir repérer des signes d'alertes. Néanmoins, ils sont peu ou pas formés pour participer à ce repérage.

➤ **Insuffisance d'information et de communication**

Certains acteurs repèrent une personne probablement atteinte de troubles psychiques mais ils ne savent pas à qu'ils doivent s'adresser. D'une part, ils ne connaissent pas le système et l'organisation de la psychiatrie et d'autre part l'offre existante est peu visible. Comment et vers qui orienter la personne en question ?

➤ **Insuffisance de réseau périnatalité entre Psychiatrie – PMI – crèches**

Il est important de repérer des vulnérabilités psychiques chez les bébés.

Pour ce faire, le travail de réseau en psychiatrie est fondamental (formation, connaissance du terrain et des partenaires...), mais ceci n'est pas valorisé. Le temps consacré n'est pas comptabilisé comme du temps de travail.

4. PISTES DE TRAVAIL

1. ORGANISATION DE LA SENSIBILISATION DES ACTEURS AU REPERAGE DES SIGNES D'ALERTE

1.1 Actions envers le public en général en vue de déstigmatiser et de changer de regard en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques

- Développer une communication positive autour de la psychiatrie
- Campagne d'information sur la pathologie mentale, sur l'offre existante, sur les avancés dans la matière et sur les accompagnements
- Formation aux premiers secours en santé mentale
- Innover et s'appuyer sur le potentiel du numérique et des réseaux sociaux pour développer la prévention

1.2 Actions envers les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- Formation à la pathologie mentale des professionnels du premier recours (généralistes, pédiatres, sages-femmes, services sociaux, MAIA, CADA etc.)
- Formation croisée sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- Décloisonner pour mieux se connaître et connaître les ressources du territoire
- Travail en réseau

1.3 Actions envers les professionnels territoriaux, communaux, les agents des services publics

- Sensibilisation à la pathologie mentale
- Mettre à leur disposition des outils de connaissance du système (annuaire, numéro à contacter, formation à l'accueil etc.)
- Impliquer les CCAS, les CLSM à travers le CLS dans des actions de sensibilisation et de repérage.
- Organiser l'appui des CCAS et des CLSM pour mener des actions de prévention

1.4 Actions pour améliorer la prévention

- Programme de prévention ciblant les mères et les bébés et la population des jeunes enfants

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

I. Repérage précoce et accès au diagnostic

1.5 Actions pour améliorer le dépistage : dépistage volontariste à des moments clés du parcours de vie

a. En périnatalité :

- i. Repérage systématique de la souffrance psychique lors de l'entretien du 4^{ème} mois dans les maternités, les PMI et auprès des libéraux
- ii. Travail en partenariat : Professionnels de la périnatalité et de la psychiatrie infanto-juvénile
- iii. Développer les centres naissance sur le territoire
- iv. Développer une équipe mobile de périnatalité qui assure des consultations spécialisées dans les maternités du nord du département et qui travaille en réseau avec le reste des partenaires pour les éventuelles orientations (pour répondre à la question, repérage oui, mais après ?)

b. A l'école :

- i. Sensibilisation au repérage systématique de la souffrance psychique à chaque étape de parcours scolaire : maternelle, primaire, collège, lycée et université
- ii. Renforcer les moyens de la médecine scolaire afin qu'elle puisse répondre aux besoins en augmentation
- iii. Sensibiliser et former les enseignants
- iv. Rendre lisible l'organisation des partenariats existants entre la pédopsychiatrie et les équipes éducatives et homogénéiser les pratiques
- v. Conforter le rôle des maisons des ados dans leur démarche d'aller vers, de repérage et d'accompagnement des ados, des professionnels et des partenaires.

c. Au travail

- i. Conforter la médecine du travail, les programmes de dépistage des RPS

2. ORGANISATION D'UN PARTENARIAT ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LES MEDECINS GENERALISTES

La médecine générale joue un rôle essentiel dans la prise en charge des troubles psychiques ; la détresse psychique est accueillie de façon habituelle en médecine générale, acteur de premier recours reconnu en psychiatrie et santé mentale, aux côtés des acteurs de la psychiatrie publique, libérale et associative.
(HAS)

- 2.1 Favoriser le travail en réseau avec les médecins généralistes
- 2.2 Soutenir la création des CPTS avec un axe de travail santé mentale
- 2.3 Convention entre les secteurs de psychiatrie (CMP), les CMPP et les CAMSP et les futures CPTS en construction sur le territoire (Meulan-les-Mureaux et projet Sartrouville) et les équipes de soins primaires.

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

II. Accès au suivi et aux soins psychiatriques

II. ACCES AU SUIVI ET SOINS PSYCHIATRIQUES

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant un accès facilité au suivi et aux soins psychiatriques. Ces modalités incluent :

- Organisation des CMP des secteurs de psychiatrie publique, ainsi que des CMPP et des CAMSP de façon à promouvoir leur rôle de premier accès aux soins spécialisés ;
- Développement de l'aller vers par des équipes de soins, notamment vers les publics en précarité :
 - Aller au-devant des personnes et proposer des prises en charge dans des lieux faciles d'accès et déstigmatisés (maisons des adolescents, consultations de psychiatres, de psychologues ou d'IDE en maisons de santé pluriprofessionnelles, en centres de santé, en service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS)...
 - Organiser des soins ambulatoires de proximité afin de faire des interventions à domicile.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. DONNEES CHIFFREES

Densité de lits et de places en psychiatrie générale

En termes de places d'hospitalisation partielle et de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale, le territoire des **Yvelines Nord compte moins de lits par habitant que le niveau national.**

La densité de lits en hospitalisation temps plein en psychiatrie générale pour les établissements publics et privés est très faible par rapport à la moyenne française (80,5 lits en France en 2015), **pouvant indiquer un engagement fort dans le virage ambulatoire.**

En ce qui concerne l'offre privée non sectorisée, il y a 242 lits et 50 places alternatives à temps plein en Yvelines.

Densité de lits et de places pour 100 000 habitants (+16 ans) en **Psychiatrie Générale** (2017)

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France (2015) +16 ans
Places d'hospitalisation partielle	20,8	14,2	31,2	21,9	37,3
Lits d'hospitalisation temps plein (ES PUBLICS + ESPIC)	39,9	66,3	46,8	34,4	80,5
Lits d'hospitalisation en alternative temps ²² complet	11,6	0	8,9	3,1	13,3

Source : *Données issues de la SAE (2015, 2017), Insee*

²² Prise en charge en alternatives à temps complet : séjours thérapeutiques, accueil familial thérapeutiques, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile)

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

II. Accès au suivi et aux soins psychiatriques

Accessibilités géographiques

Malgré des capacités de prise en charge à temps complet limitées, **il y a une bonne accessibilité géographique en Yvelines Nord.**

Temps moyen d'accès en véhicule à l'unité d'hospitalisation temps plein la plus proche (2015)

Psychiatrie Générale

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France
Temps moyens en minutes	10,0	10,0	8,2	13,4	N/A

Source : INSEE ; METRIC ; SAE – 2015

Densités de lits et de places en psychiatrie infanto-juvénile

En termes de places d'hospitalisation partielle en psychiatrie infanto-juvénile, le nord Yvelines est moins bien doté par rapport à la moyenne nationale.

En revanche on constate des capacités de prises en charge en hospitalisation temps plein supérieures dans les zones de Montesson et de Meulan-les-Mureaux au niveau national. Toutefois, le Centre Hospitalier Théophile Roussel est un établissement bi-départemental accueillant aussi les patients des 4 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département des Hauts-de-Seine et doté d'une unité mères-bébés non sectorisée répondant à un besoin régional et les places en hospitalisation complète du CHIMM sont destinées également aux territoires du CHFQ et du CHIPSG.

Densité de lits et de places pour 100 000 habitants (0 à 16 ans) en Psychiatrie Infanto-Juvenile (2016)

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France
Places d'hospitalisation partielle	41,9	49,7	55,9	65,5	70,7
Lits d'hospitalisation temps plein (Tout établissement)		29,8		46,2	16,6

Source : Données issues de la SAE (2016), Insee

Densité d'actes ambulatoires à domicile et hors les murs en psychiatrie générale

Les densités d'actes ambulatoires à domicile et d'actes ambulatoires hors les murs²³ pour troubles sévères sont faibles dans le nord des Yvelines par rapport aux moyennes nationales, excepté dans la zone de Meulan-les-Mureaux. **Cela signifie qu'il y a un effort à faire en termes d'aller vers de la part des établissements de santé.**

²³ hors lieux de soins : au domicile de la personne ou dans les établissements médico-sociaux...

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

II. Accès au suivi et aux soins psychiatriques

Densité des soins à domicile et d'actes ambulatoire hors les murs pour troubles sévères pour 1000 habitants en **Psychiatrie Générale** (2016)

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France
Actes ambulatoires à domicile	2,5	17,6	0,7	4,0	16,0
Actes ambulatoire hors les murs	3,5	18,3	3,1	6,4	23,9

Source : Données issues du Rim-P (2016), Insee

Recours aux soins en psychiatrie générale

En Yvelines Nord, **on constate un faible recours aux établissements de santé ce soit en ambulatoire ou à temps plein**. Le rôle du secteur privé est non négligeable pour la prise en charge des troubles sévères et persistants dans l'ensemble du département (voir diagnostic quantitatif - figure 69).

Le taux de recours aux établissements publics reste inférieur à la moyenne nationale sur le territoire.

Taux de recours global en temps complet, partiel ou ambulatoire pour 1000 habitants 2016

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France
Troubles de l'humeur (18-64 ans)	2,8	6,4	4	9,3	11,7 (2015)
Troubles sévères et persistants	2,6	5,7	5,8	8,5	8,7

Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Recours aux soins en psychiatrie infanto-juvénile

En Yvelines Nord, on observe **un faible recours aux soins que ce soit en ambulatoire ou à temps plein des enfants de 0 à 17 ans par rapport au niveau national (sauf dans la zone de Poissy)**. Le taux de recours est significativement bas dans les zones de Mantes-la-Jolie et de Meulan-les-Mureaux en lien avec le faible taux d'équipement et la démographie médical préoccupante.

Taux de recours en **psychiatrie infanto-juvénile** en établissement de santé pour 10 000 habitants en 2016

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy	Montesson-Saint-Germain	France
Global (0-17 ans)	53,3	74,2	395	231,6	343,1
Ambulatoire (0-17 ans)	46,3	49,3	377	223,7	423,9
Hospit temps partiel (0-17 ans)	8,6	6,7	18,7	16,5	22,3
Hospit temps plein (0-17 ans)	5,8	7,9	13	11,1	12,5

Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

II. Accès au suivi et aux soins psychiatriques**Mono consultants en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile**

La part des personnes suivies pour troubles de l'humeur ayant eu une unique consultation en ambulatoire est relativement élevée dans les zones de Mantes-la-Jolie et de Montesson.

Part des mono consultants en ambulatoire pour troubles de l'humeur dans la file active

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	France
Troubles de l'humeur	19,5%	11,4%	15,9%	19,1%	17,4%

La part des enfants de 0 à 17 ans ayant eu un seul acte ambulatoire parmi toutes les personnes âgées de 0 à 17 ans suivies en ambulatoire est relativement élevée dans l'ensemble des Yvelines Nord. Le taux reste plus significatif à l'ouest du territoire.

Part des mono consultants en ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile en établissement de santé

Zone	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy	Montesson-Saint-Germain	France
0-17 ans	36%	28,3%	19,6%	23,3%	20,5%

Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
Arrivée tardive au suivi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le retard de diagnostic (déjà traité) 2. Le diagnostic fait mais difficulté d'adressage pour le suivi 3. Démographie médicale préoccupante et notamment en pédopsychiatrie 4. Une insuffisance d'accompagnement après le Diagnostic 5. Difficulté à poser un diagnostic chez les enfants

ANALYSE DES CAUSES

1. Le retard de diagnostic (déjà traité)
2. Le diagnostic fait mais difficulté d'adressage pour le suivi
 - a. Méconnaissance des ressources existantes,
 - b. Une offre inexistante, insuffisante ou inadaptée
 - c. Insuffisance de spécialistes ou de centre experts (liste d'attente), notamment pour les TSA
3. Démographie médicale préoccupante et notamment en pédopsychiatrie
 - a. Situation à Mantes où la suppléance est organisée avec le service de pédiatrie et la maison des adolescents.
 - b. Une diminution progressive des postes pourvus en psychiatrie générale

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

II. Accès au suivi et aux soins psychiatriques

4. Une insuffisance d'accompagnement après le Diagnostic

- a. Formation des professionnels à l'annonce du diagnostic
- b. Insuffisance de temps et de moyens pour l'accompagnement

5. Difficulté à poser un diagnostic chez les enfants

- a. La réalité neuro-développemental en pédopsychiatrie peut s'avérer un frein pour la pose des diagnostics du fait du potentiel évolutif de l'enfant, ce qui peut entraîner du retard dans l'accès aux droits et dans l'orientation vers un suivi adapté.

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

➤ **Difficulté dans le parcours de soins des enfants de l'ASE**

Ces enfants sont souvent déplacés d'une structure à l'autre. D'où la rupture de parcours de soins. => Réorientation de ces enfants.

➤ **Sentiment d'être toujours dans l'urgence**

Les professionnels n'ont pas assez de temps pour le travail d'orientation et de prévention. Par ailleurs, les enfants moins bruyants sont souvent oubliés sans être repérés. Il faut une crise d'urgence pour les prendre en charge. On a tendance à prioriser les enfants bruyants.

➤ **Manque d'unité de post-urgence pédopsychiatrique aux urgences pédiatriques**

➤ **Accompagnement des patients vers les soins : problématique de moyens et de temps**

4. PISTES DE TRAVAIL

3. ORGANISATION DE L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AU SUIVI PSYCHIATRIQUE

3.1 Actions pour améliorer l'offre et l'accessibilité au diagnostic et au suivi

Travailler sur la lisibilité de l'offre

- a. Compléter le maillage du territoire par une offre graduée et lisible : besoin d'une unité de grands ados/jeunes adultes, d'unités de pédopsychiatrie, d'un HDJ pour les patients autistes pour réévaluation et suivi => à approfondir dans la phase projet
- b. Renforcer l'offre notamment en psychiatrie infanto-juvénile et la périnatalité dans les zones en difficulté
- c. Former à l'accompagnement de l'annonce du diagnostic
- d. Agir sur le délai d'attente dans les CMP (outil ANAP)
 - i. Renforcer les moyens humains
 - ii. Revoir les compétences mobilisées et réorganiser
 - iii. Décloisonner : CMP et Médecine de ville, CMP et Associations, CMP et libéraux

3.2 Question de la démographie médicale ?

- a. Mieux utiliser les ressources médicales existantes

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

II. Accès au suivi et aux soins psychiatriques

- b. Travailler plus en complémentarité avec les autres professionnels de la santé et mettre à profit les nouveaux métiers (IDE- IPA- psychologue)
- c. Rendre attractif le métier, le territoire et les structures.
- d. Repositionner les psychologues dans l'offre de soins (travail psychodynamique à privilégier)
- e. Améliorer l'accessibilité financière (paiement des consultations des psychologues libéraux / thérapeutes-contractualiser avec le secteur 2)

3.3 Développer les dispositifs d'aller vers

- a. L'EMPP est un outil pertinent qui vient d'être déployé sur le nord des Yvelines
- b. Soutenir les projets d'équipes mobiles du territoire (ados-autisme, périnatalité, gérontopsychiatrie en cours)
- c. Favoriser les consultations spécialisées dans des lieux non stigmatisant (maisons médicales, centres de santé et de médecine préventive)

3.4 Développer les techniques innovantes : télémédecine et téléconsultation

4. ORGANISATION DE L'ACCES AUX EXPERTISES EXISTANT AU NIVEAU REGIONAL OU NATIONAL

Identifier les centres ressources sur le territoire et en dehors du territoire pour un maillage lisible d'une offre graduée et faciliter les partenariats entre les centres de référence et les équipes de soins de proximité, afin de permettre le recours à un avis diagnostique sur les situations complexes ainsi que la diffusion de l'expertise et des bonnes pratiques professionnelles.

- 4.1 Autisme : Les équipes des CMPI - Plateforme autisme Handi-Val de Seine - Projet HDJ autisme (CHTR) - Pédagogie (Versailles) - Unité mobile (Projet PTSM)
- 4.2 Suicide : Dispositif vigilan'S – dépistage systématique du risque suicidaire (outil RUD)
- 4.3 Pathologies résistantes et dépressions sévères : unité spécialisée troubles de l'humeur - Activité rTMS au CHTR
- 4.4 Psycho-Trauma : CUMP 78 - Consultation psycho-trauma au CHIMM - à compléter
- 4.5 Périnatalité : Centres naissances, unité parents-Enfants, projet équipe mobile
- 4.6 La remédiation cognitive (unité au CHTR) et la réhabilitation psychosociale à développer sur le territoire, les équipes d'Éducatrices Thérapeutiques
- 4.7 Les grands ados-jeunes adultes : besoins de lits d'hospitalisation temps plein et temps partiel

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

III. Accès aux accompagnements sanitaires sociaux et médico-sociaux

III. ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SANITAIRES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale suscite l'évolution de l'offre sociale et médico-sociale afin qu'elle puisse répondre à la logique d'un parcours global coordonné alliant prévention de la perte d'autonomie, précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale en conformité avec la circulaire DGCS du 2 mai 2017. Le projet territorial de santé mentale permet de :

- Accompagner les personnes afin qu'elles soient en capacité d'accéder et de se maintenir dans un logement autonome, d'accéder à une scolarisation, à des études, à un emploi qui leur conviennent ; à une participation active à la vie sociale, par des solutions diversifiées, graduées et modulables en fonction de leurs besoins et projet personnalisé (*les fondamentaux décrits au sein des bonnes pratiques de l'ANESM²⁴*);
- Développer le partenariat entre les acteurs de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux vise une réciprocité de services afin d'améliorer la réponse aux situations rencontrées
 - L'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques
 - L'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptées

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

²⁴ Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, ANESM, mai 2016

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

III. Accès aux accompagnements sanitaires sociaux et médico-sociaux

2. DONNEES CHIFFREES

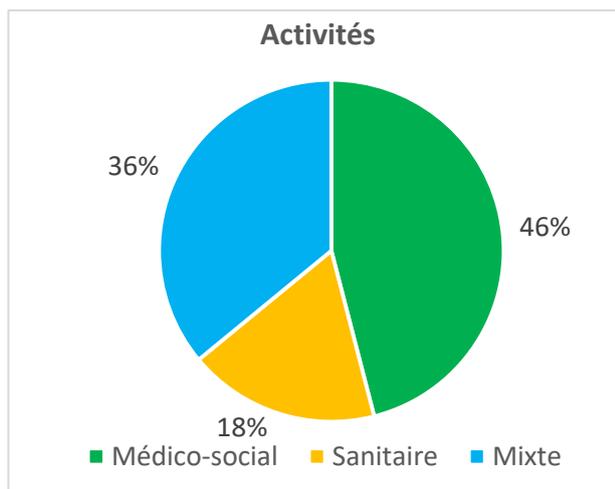
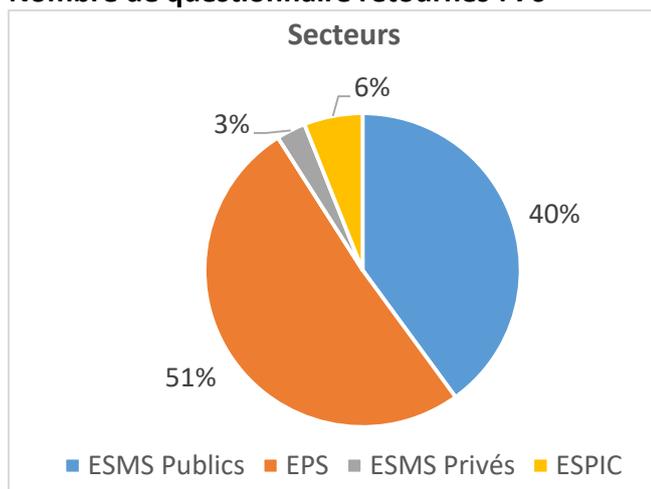
Questionnaire ADESM²⁵/GEPSON²⁶

« ARTICULATION SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE »

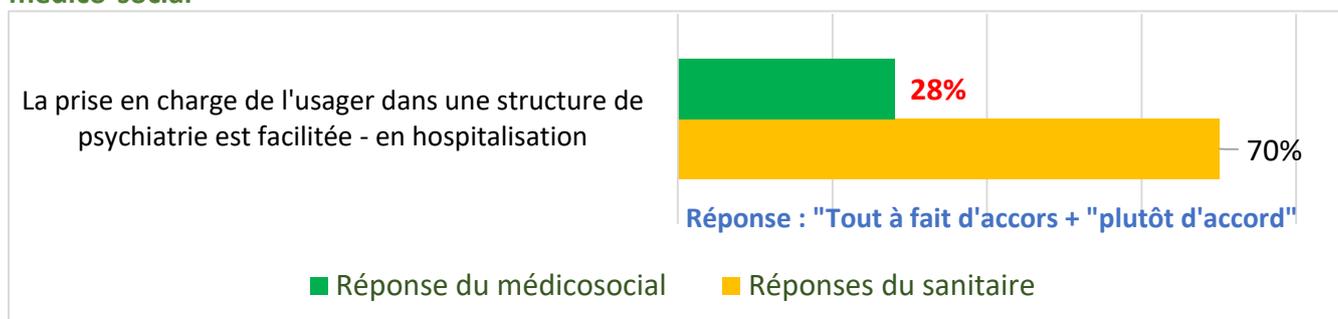
EXTRAITS DE LA SYNTHESE (EN ANNEXE)

1. Participants

Nombre de questionnaire retournés : 76



QUESTION 2- Accès au diagnostic et accès aux soins psychiatriques des usagers du secteur social et médico-social



²⁵ Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale

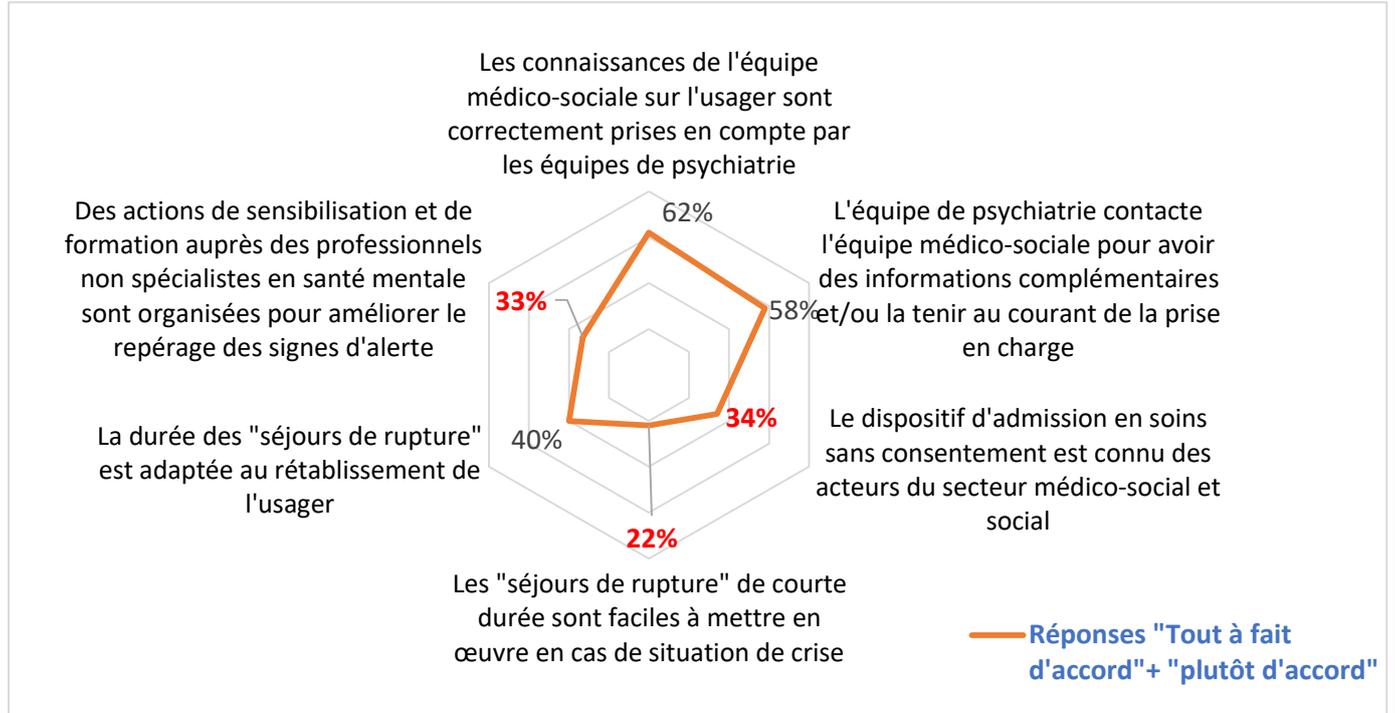
²⁶ GROUPE NATIONAL des ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX et MÉDICO-SOCIAUX

Priorité 1

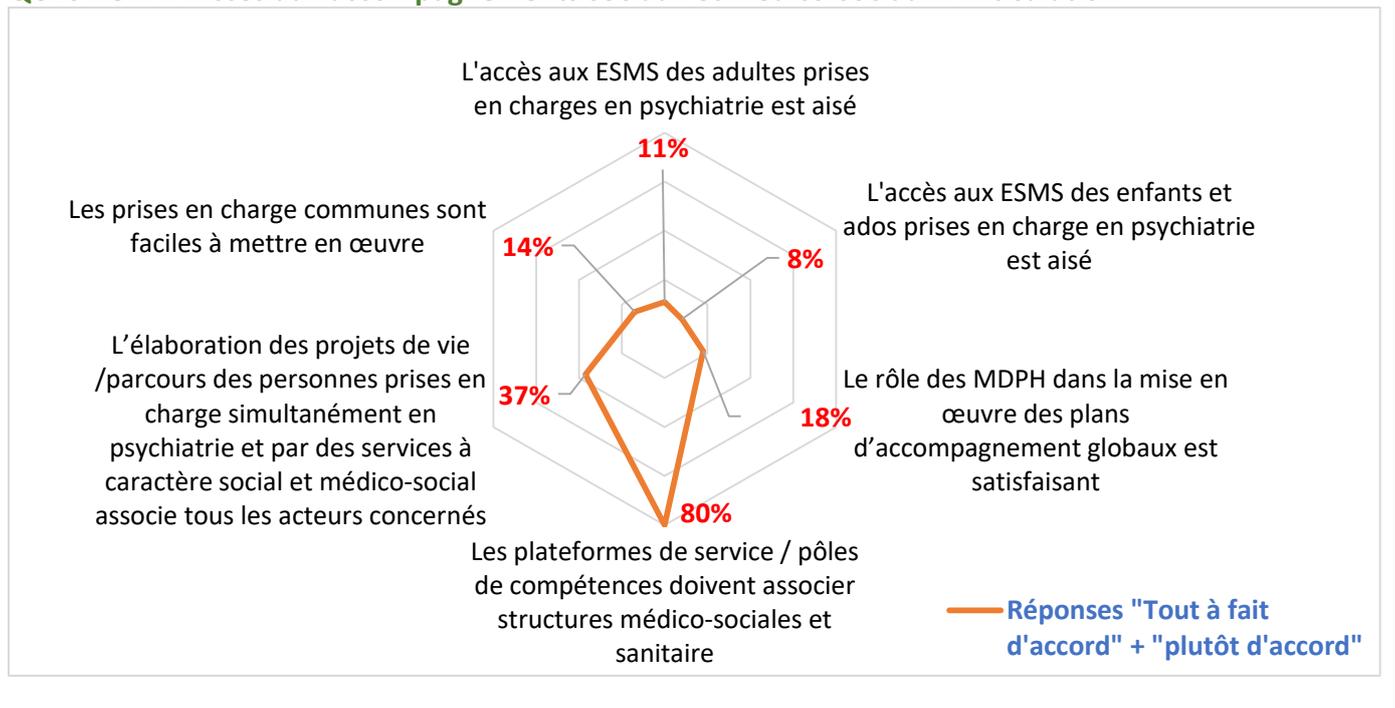
Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

III. Accès aux accompagnements sanitaires sociaux et médico-sociaux

QUESTION 3- Prise en charge psychiatrique



QUESTION 4- Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux : Articulation



Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

III. Accès aux accompagnements sanitaires sociaux et médico-sociaux

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS

1. Accès difficile aux accompagnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
2. Problème de coordination entre les acteurs
3. Insuffisance d'accompagnement global

ANALYSE DES CAUSES

1. Accès difficile aux accompagnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
 - a. Méconnaissance de l'offre existante (à souligner certains outils : ROR - Guide santé mentale 78)
 - b. Méconnaissance des droits et/ ou des modalités d'accès aux droits
 - c. Offre médico-sociale insuffisante ou inadaptée pour le handicap psychique
 - d. Insuffisance de professionnel, charge de travail, problème de délai
 - e. Complexité administrative
2. Problème de coordination entre les acteurs
 - a. Insuffisance de partenariat et de travail en réseau
 - i. La construction des réseaux est chronophage et non valorisée
 - b. Insuffisance de soutien des équipes sociales et médico-sociales par les acteurs de la psychiatrie
 - c. Insuffisance de soutien des équipes de la psychiatrie par les acteurs sociaux et médico-sociaux
 - d. Pas assez de CLSM sur le territoire (cadre de concertation et de travail partenarial autour de la pertinence de l'adressage, de traitement des cas complexes) (2 CLSM)
 - e. Insuffisance de formations communes et croisées
 - f. Pas assez de synthèse communes et groupes analyse des pratiques insuffisantes (insuffisance de temps)
3. Insuffisance d'accompagnement global
 - a. Offre organisée par domaine (logement, scolarité, emploi, vie sociale)
 - b. Ne tient pas compte des besoins d'accompagnement personnalisé et global de la personne dans le cadre des parcours
 - c. Insuffisance de souplesse du système de financement

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Insuffisance de partenariat : réseau est fondamental mais pas reconnu et chronophage => à construire,*
- *Formations pas adaptées : certaines formations ne sont ni ciblées et ni orientées.*
- *Plus le temps pour des synthèses entre les partenaires*
- *Pas assez de temps pour parler de la prévention*
- *Handicap psychique de plus en plus prenant en ESMS*
- *Démographie pédopsychiatrique préoccupante : un hôpital de jour sans pédopsychiatre, comment peut-il continuer à fonctionner dans la durée ?*

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

III. Accès aux accompagnements sanitaires sociaux et médico-sociaux

4. PISTES DE TRAVAIL

5. ORGANISATION DE L'ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- 5.1 Faire évoluer l'offre sociale et médico-sociale afin qu'elle puisse répondre à la logique d'un parcours global coordonné alliant prévention de la perte d'autonomie, précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale. (logement-scolarité et études-emploi et participation à la vie sociale)
- 5.2 Développer des projets d'accompagnement global intégré qui vise l'insertion des personnes par l'accès et le maintien dans le logement, la scolarité, l'emploi, les activités

6. ORGANISATION DU PARTENARIAT ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE ET LES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- 6.1 L'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques
- 6.2 L'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptées

Priorité 1

Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

PISTES DE TRAVAIL
Extraits des comptes rendus

ACTIONS PROPOSEES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL **Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)**

- *Développer des actions de formation et de communication*
 - *Développer des actions de formation sur 3 à 4 sites différents de façon mensuelle ou trimestrielle, ouvertes à tous les intervenants de la santé mentale avec un programme annuel (cours théorique, présentation d'une structure etc.). Les formations peuvent s'organiser sur un secteur.*
- *Sensibiliser les municipalités afin de créer des CLSM*
 - *Inciter les communes à développer les CLSM*
- *Cartographier tous les acteurs et structures*
 - *Chaque municipalité réalise une cartographie précise de tous les acteurs de la santé mentale de la commune avec leur mode d'entrée et d'adressage, qui sera visible à tout le monde pour donner des informations sur qui fait quoi ? Par exemple : où on peut prendre une douche ? où les activités sont accessibles, collecte alimentaire etc. Ces informations sont très importantes car la santé mentale prend en compte le patient dans sa globalité.*
- *Création de groupe d'accompagnement de parents ou diffusion des informations de groupe associatif*
- *Valoriser et reconnaître le temps passé pour la prévention en partenariat et en réunion (pour le public et le libéral)*
 - *Cotation des actes pour la reconnaissance et la valorisation du travail*
 - *Les actes de guidance parentale / accompagnement*
 - *Valoriser le travail de réseau et de coordination*
- *Créer un numéro unique orientateur sur le département qui pourrait conseiller et orienter etc.*
- *Développer des programmes de psychoéducation et d'éducation thérapeutique sur tous les secteurs*
- *Développer des programmes d'éducation des familles, de guidance parentale en pédopsychiatrie*
- *Développer la pair aide et les groupes de parole entre pairs*
- *Associer les aidants (éducateurs...) aux soins professionnels et leur donner une place dans le respect du secret médical*

PRIORITE 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

- ❖ Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux
- ❖ Accès à une offre de réhabilitation psychosociale
- ❖ Accès et maintien dans le logement
- ❖ Accès et maintien dans l'emploi
- ❖ Accès et maintien à la scolarisation et aux études
- ❖ Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives
- ❖ Soutien aux familles et aux proches aidants

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

I. PARCOURS DE SANTE SANS RUPTURE : COORDINATION DES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

1. ENJEUX

Pour les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, la mise en place d'un suivi précoce et coordonné réalisé par une équipe sanitaire (notamment équipe de secteur) et une équipe sociale et/ou médico-sociale (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH pour les adultes, SESSAD pour les enfants et adolescents ...) constitue une condition nécessaire pour assurer la continuité et la cohérence du parcours et préserver l'autonomie de la personne, dans une logique de coresponsabilité.

Le projet territorial de santé mentale identifie les conditions permettant de mettre en œuvre cette mobilisation conjointe et précoce des acteurs. Le suivi mis en place vise en priorité une prise en charge ambulatoire et s'appuie sur un projet de soins et de vie personnalisé élaboré avec la personne et ses proches, garantissant un suivi psychiatrique, social et médico-social individualisé, et révisé régulièrement afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la personne, de ses attentes et de ses capacités.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. ETAT DES LIEUX / DONNEES CHIFFREES

Développement des CLSMs

En Yvelines Nord, il existe deux conseils locaux de santé mentale (Sartrouville et Les Mureaux) malgré des problématiques de santé mentale prégnantes du territoire. Le déploiement reste insuffisant au regard de la population qui est de 770 756 habitants.

Une nouvelle dynamique est créée en lien avec les Contrats Locaux de Santé (CLS). Mais on constate une connaissance insuffisante du dispositif.

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

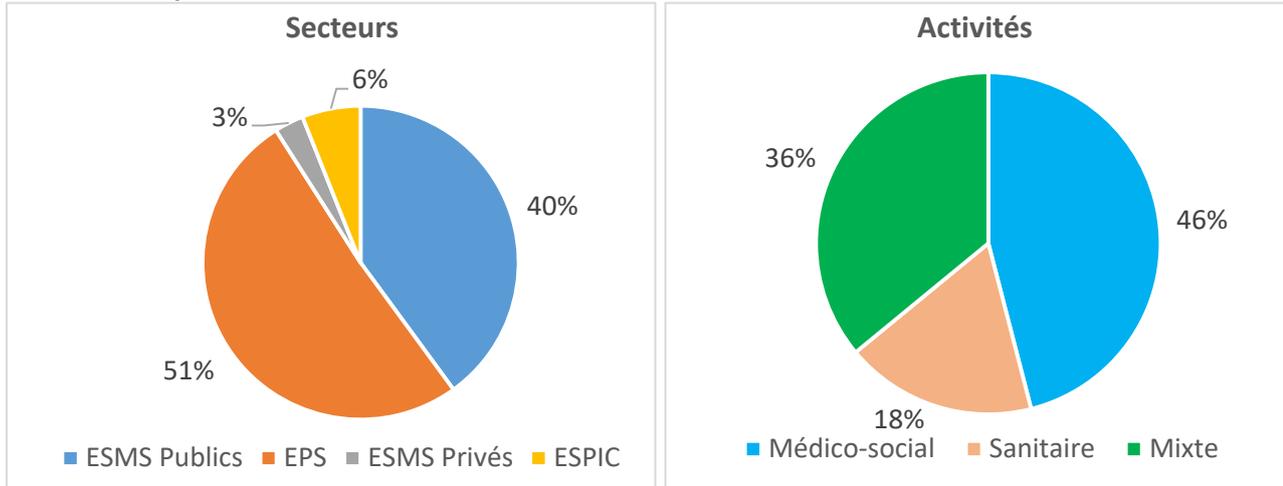
Questionnaire ADESM²⁷/GEPSE²⁸

« ARTICULATION SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE »

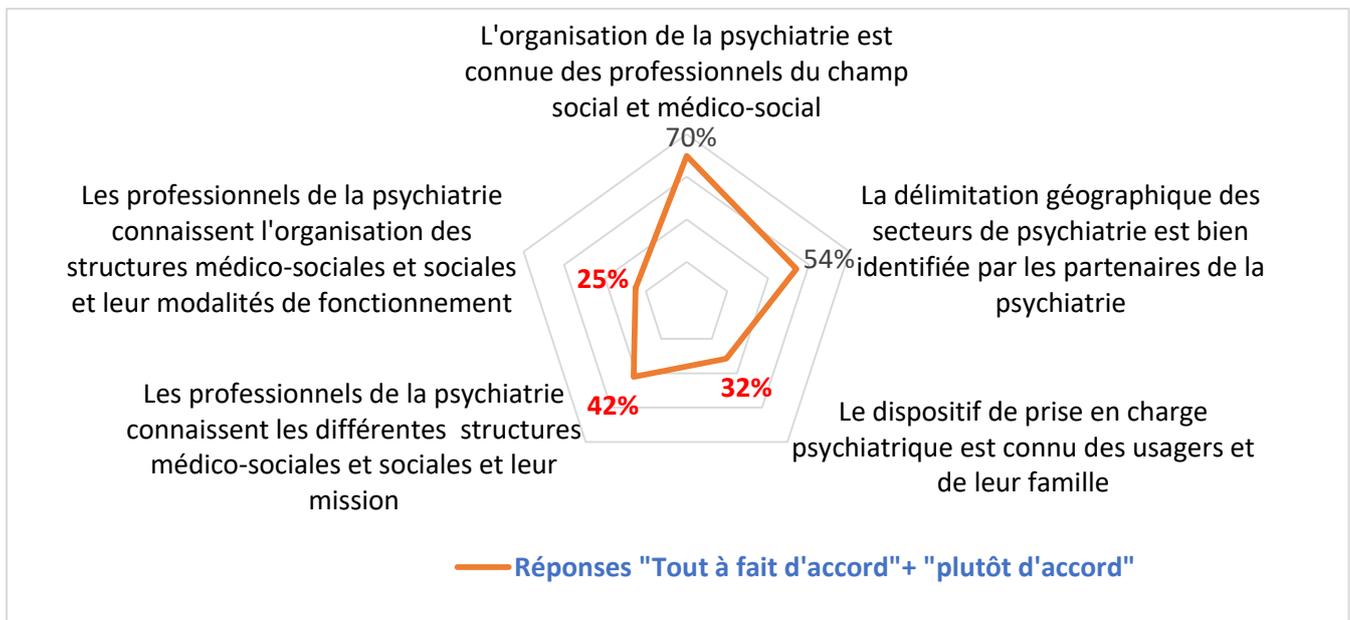
EXTRAITS DE LA SYNTHÈSE (EN ANNEXE)

1. Participants

Nombre de questionnaire retournés : 76



QUESTION 1- La lisibilité et la connaissance générale des dispositifs



²⁷ Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale

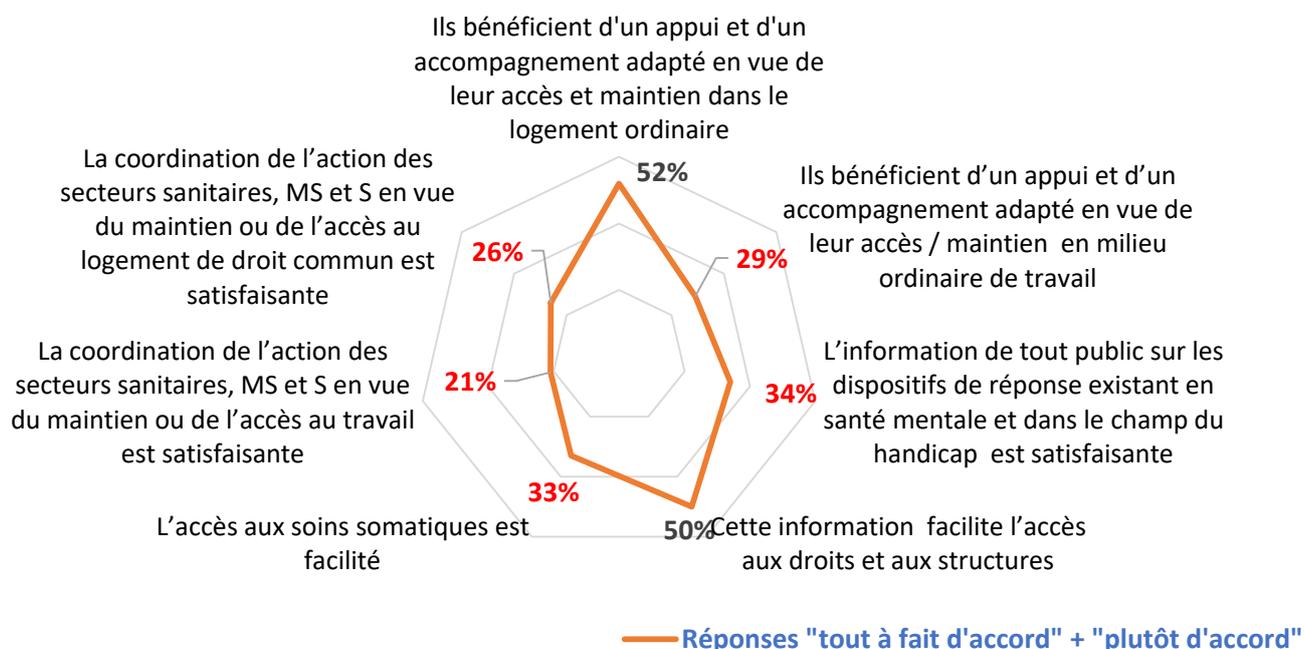
²⁸ GROUPE NATIONAL des ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX et MÉDICO-SOCIAUX

Priorité 2

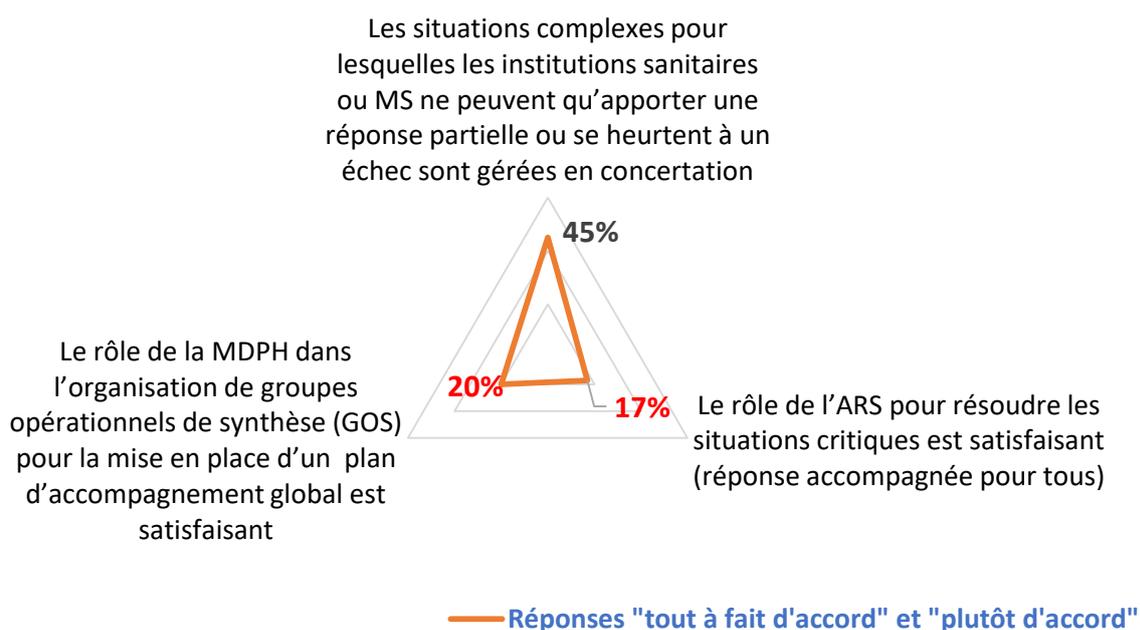
Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

QUESTION 5 - Accès aux dispositifs de droit commun : Inclusion / désinstitutionnalisation



QUESTION 6- Situations « sans solutions », complexes ou critiques



Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS

1. Absence d'une organisation spécifique « parcours en santé mentale » sur le territoire YN
2. Difficulté d'organiser un suivi coordonné, notamment pendant l'âge de transition : passage (enfant / ado) (ado/ jeune adulte) (adulte / personne âgée)
3. Stigmatisation
4. Non prise en compte de la parole de la personne concernée (La personne concernée dans le système : une place à conquérir)

ANALYSE DES CAUSES

1. Absence d'une organisation spécifique « parcours » sur le territoire
 - 1.1 Fonctionnement cloisonné des institutions : par mission, ciblant la pathologie, le psychique, le somatique, l'insertion
 - 1.2 Absence d'une organisation qui prend en charge le parcours socio-sanitaire précoce et ambulatoire dans sa globalité et dans la durée.
 - a. Aucune organisation pour prendre en charge la globalité du parcours « type case management » ou système intégré
 - 1.3 Approches récentes qui nécessitent engagements, moyens et un changement de regard sur la pathologie psychiatrique, un changement de culture et mobilisation de financements multiples
2. Difficulté d'organiser un suivi coordonné, notamment pendant l'âge de transition (passage enfant – ado – jeune adulte – adulte – personne âgée)
 - 2.1. Complexité des systèmes
 - a. Découpages administratifs non concordants (psychiatrie, médicosocial, Education Nationale, social)
 - b. Démarches multiples (bureaucratie) et outil non adapté pour les troubles psychiques
 - c. Multiplicité des acteurs
 - d. Fractionnement des structures en fonction de l'âge
 - e. Financements par enveloppe / type de prise en charge
 - 2.2. Fonctionnement cloisonné des institutions
 - a. Missions spécifiques de chacune (avec des limites),
 - b. Culture, langages, codes, acronymes,
 - c. Organisations internes et outils spécifiques non connus des partenaires
 - d. Insuffisance de mutualisation et de croisements des réseaux,
 - e. Financements spécifiques et cloisonnés
 - 2.3. Difficulté à structurer les réseaux et les partenariats
 - a. Insuffisance de temps et de moyens
 - b. Non valorisation de la coordination
 - c. Insuffisance en moyens humains et métiers en tension (psychiatres, pédopsychiatres, médecin de premiers recours, orthophonistes, médecins scolaires, enseignants référents, AVS, travailleurs sociaux etc.)
 - d. Restriction des coûts : transports etc.

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

2.4. Méconnaissance des parties prenantes et des missions de chacun

- a. Représentation de soi et des autres,
- b. Insuffisance de communication,
- c. Insuffisance d'information,
- d. Insuffisance de formations croisées

2.5. Limite des champs professionnels - Frein au partage d'informations et à la coordination

- a. Déontologie, secret professionnel / social / médical / judiciaire

2.6. Une offre insuffisante ou inadéquate par rapport aux besoins sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, emploi et logement...

- a. Institutions par tranche d'âge et insuffisance de souplesse dans la gestion des transitions.
- b. Manque de structure passerelle d'un âge à l'autre
- c. Utilisation non pertinente et non optimisée de l'existant
- d. Indisponibilité des "lits" en partie lié à des hospitalisations inadéquates, indisponibilités des places en hébergement médico-social notamment pour le handicap psychique, insuffisance de logements accompagnés et inaccessibilité aux logements ordinaires, insuffisance de places spécialisées dans les écoles et problème d'accessibilité aux classes ordinaires, insuffisance ou inadéquation des offres d'emploi pour les personnes souffrants de troubles psychiques

3. Stigmatisation des personnes ayant un handicap psychique (enfants, ados, adultes) rendant difficile le passage d'une structure à l'autre et la construction de parcours croisé

3.1. Méconnaissance de troubles psychiques

3.2. Insuffisance de formation sur le handicap et les soins psychiques

3.3. Insuffisance de soutien et d'accompagnement pour accompagner une personne ayant un handicap psychique

4. Non prise en compte de la parole de la personne concernée (La personne concernée dans le système : une place à conquérir)

4.1. L'engagement de la personne concernée dans son projet d'insertion, n'est pas toujours soutenu, préparé et accompagné

4.2. Peu d'offre dans le sanitaire orienté rétablissement et ciblant le développement des compétences de la personne concernée

4.3. Difficulté culturelle à changer de paradigme et à considérer la personne concernée comme personne compétente et le premier partenaire pour construire son parcours de santé et son projet de vie

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Il y a une difficulté d'accès à la psychiatrie et aux soins somatiques. Le sanitaire entre dans le social ou le médicosocial mais l'inverse n'est pas vrai.*
- *Le secret professionnel et le secret médical peuvent exclure certains accompagnants et empêchent l'articulation avec les professionnels qui accompagnent les personnes au quotidien : certains professionnels n'ont pas accès à toutes les informations nécessaires sur la personne.*
- *Difficulté de faire connaître que le trouble psychique entraîne un handicap.*
 - *Exemple : outil d'évaluation MDPH n'est adapté au handicap psychique. Cela rend l'accès aux droits, difficile. Au niveau de financement, il y a une absence de PCH pour le trouble psychique.*
- *Méconnaissance des structures et des pratiques : Il faut connaître les professionnels pour gérer une situation, notamment des cas complexes.*
- *Pour les enfants accueillis à temps plein dans une institution (sociale, médicosociale, sanitaire...) c'est très difficile de relancer un parcours de soins et de vie coordonné entre les différents partenaires. Ex. Le cas d'un adolescent de 17 ans avec un handicap psychique. L'ASE se retire et l'existence d'une violence avec la famille. Arrêt des financements de l'ASE à 18 ans.*

4. PISTES DE TRAVAIL

I. ORGANISATION D'UN SUIVI COORDONNE REALISE PAR DES ACTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX DE PROXIMITE

1. Favoriser le dialogue et la communication entre les différents acteurs : travail de traduction
2. Formations communes pour les différents acteurs (éducation nationale, aide sociale à l'enfance, sanitaire et médico-social
3. Favoriser l'écoute et l'accompagnement des familles

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

II. Accès à une offre de réhabilitation psychosociale

II. ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

1. ENJEUX

Afin de favoriser le rétablissement fonctionnel et personnel des personnes, le projet territorial de santé mentale organise l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale incluant les techniques de soins visant à diminuer les incapacités et à développer ou restaurer les compétences sociales, les performances cognitives, la motivation et les capacités d'adaptation de la personne, en prenant appui sur ses aptitudes préservées.

Dans une optique de prévention ou limitation du handicap, la mise en œuvre de la réhabilitation intervient le plus précocement possible. Elle se base sur une évaluation fonctionnelle des capacités de la personne (autonomie, habiletés sociales,..), de ses ressources personnelles, des soutiens et aides pouvant être mobilisés, notamment au niveau de l'entourage familial. Cette évaluation contribue au projet personnalisé de soins et d'accompagnement définissant les buts à atteindre (sociaux, professionnels...) et les interventions proposées.

La réhabilitation psychosociale fait intervenir des acteurs sanitaires ainsi que des acteurs sociaux et médico-sociaux, dans une perspective de transfert à la vie réelle (par les activités, le travail...) des aptitudes préservées et des capacités retrouvées.

Cette offre a vocation à être développée sur chaque territoire de santé mentale, en lien avec des centres référents régionaux.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. ETAT DES LIEUX

- 23 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont été autorisés en Yvelines Nord sur 54 dans l'ensemble du département²⁹. Les thématiques concernées sont :
 - Addictions (2), psychiatrie (1), insomnie chronique (1), VIH (2), diabète (9), maladies cardiovasculaire (3), douleurs chroniques (1), drépanocytose enfant/adolescent (1), insuffisance rénale(1), maladies neurologiques (1), maladies rhumatologiques (1)
- Présence d'une plateforme de Remédiation cognitive situé dans les locaux de l'hôpital de jour de Montesson couvrant les secteurs 78G07-78G08-78G09.
- Présence de SAMSAH sur le territoire Yvelines Nord
- Présence d'un CAP Emploi sur Poissy
- Présence de foyers postcure (Houilles...)
- Importance du rôle de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) dans l'accès à un logement adapté à la personne présentant un trouble psychique

²⁹ Source : Liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés (actualisée le 15 janvier 2019), Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction de Inégalités - Département Education thérapeutique du patient, ARS IDF.

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

II. Accès à une offre de réhabilitation psychosociale

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS

1. La pratique de réhabilitation psychosociale est multiples sur le territoire mais elle n'est pas toujours orientée rétablissement
2. L'offre sur le territoire n'est pas suffisante notamment en ce qui concerne la remédiation cognitive, la psychoéducation et l'éducation thérapeutique
3. Difficultés rencontrées liées à l'organisation et au système
4. Absence de coordination et de travail en réseau entre les acteurs du sanitaire du social et du médicosocial autour du rétablissement et de l'insertion
5. Stigmatisation et représentation de la personne concernée

ANALYSE DES CAUSES

1. La pratique de réhabilitation psychosociale est multiples sur le territoire mais elle n'est pas orientée rétablissement
 - a. On est trop dans la réparation, pas assez dans la réhabilitation psychosociale
 - b. Vision différente du concept réhabilitation psychosociale
 - c. Difficulté de changer de paradigme pour considérer la personne concernée comme acteur
2. L'offre sur le territoire n'est pas suffisante notamment en ce qui concerne la remédiation cognitive, la psychoéducation et l'éducation thérapeutique
 - a. La couverture de la plateforme de la remédiation cognitive est insuffisante pour couvrir l'ensemble de besoins du territoire, notamment au niveau de Mantes
 - b. Absence d'une cartographie exhaustive des différents acteurs
 - c. Insuffisance de moyen par rapport aux secteurs
 - d. Limite du système en termes de ressources
3. Difficultés rencontrées liées à l'organisation et au système
 - a. Les délais d'accès MDPH sont trop importants d'autant plus que si la personne concernée est dans le déni. (10-15 ans de perdu => importance de repérage précoce
 - b. Absence de mise en place en amont d'alerte pour prévenir la crise ou à l'inverse l'alerte de médicosocial n'est pas entendue par le sanitaire
4. Absence de coordination et de travail en réseau entre les acteurs du sanitaire du social et du médicosocial autour du rétablissement et de l'insertion
 - a. Absence de conventions pour structurer la collaboration des acteurs entre eux.
 - b. Absence d'une filière de réhabilitation psychosociale sur le territoire.
 - c. Absence de coordination entre les acteurs
 - d. Déficit d'accompagnement d'un dispositif à l'autre
 - e. La sortie de l'hospitalisation est une période de fragilité qui n'est pas suffisamment investie en termes de suivi
 - f. Clarification de rôle de chacun (MDPH, sanitaires, médico-sociaux)

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

II. Accès à une offre de réhabilitation psychosociale

5. Stigmatisation et la place de la personne concernée dans le système de soins et dans la société

a. La stigmatisation de la société est un frein à l'insertion

- Insuffisance d'information sur la pathologie mentale
- Insuffisance d'information sur les dispositifs existants

b. Difficulté d'insérer les personnes présentant un handicap psychique :

- Dans l'accès et le maintien dans le logement : Difficulté de rassurer les bailleurs dans le cadre de suivi des situations
- Dans le monde de travail : Pas de postes adaptés à la fatigabilité et à la vulnérabilité et à la possibilité de rechute... à prendre en compte

c. La personne concernée n'est pas à sa synthèse alors que nous souhaitons qu'elle soit acteur de sa prise en charge

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

Prérequis

- *La personne concernée est auteur de son projet. C'est elle qui décide.*
- *La réhabilitation psychosociale est conditionnée par la gestion de la crise dans le cadre de la prise en charge d'une personne : mieux on gère la prévention de la crise, plus on peut travailler sur la réhabilitation.*
- *L'articulation entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est importante dans le déploiement de cette démarche.*
- *L'importance du temps pour la personne concernée et les familles pour accepter la maladie et le handicap, construire son identité et élaborer son projet de vie est à prendre en compte*

4. PISTES DE TRAVAIL

II. ORGANISATION DE L'ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

1. Poursuivre les actions de formation et sensibilisation sur le rétablissement et la réhabilitation psychosociale pour l'ensemble des acteurs du social, du médicosocial et du sanitaire
2. Formalisation d'une filière de réhabilitation psychosociale (centre de soins, centre de proximité) identifiée sur le territoire avec un maillage en réseau avec les acteurs du sanitaire du social et du médico-social
3. Structuration de la coordination des acteurs
 - Convention à formaliser entre « la plateforme de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale », le secteur médico-social, le Conseil Départemental (MDPH), la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCSPP) et la Direction de travail (CAP Emploi : insertion milieu ordinaire)
 - Mise en place d'une commission spécialisée sur la réhabilitation psychosociale pour développer un suivi et une réponse adaptée pour tous

III. ACCES ET MAINTIEN DANS LE LOGEMENT

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

III. Accès et maintien dans le logement

1. ENJEUX

L'article 69 de la LMSS prévoit que le projet territorial de santé mentale développe un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

A cette fin, le projet territorial de santé mentale accompagne l'évolution de l'offre de logement et d'hébergement sur le territoire pour proposer aux personnes un panel de solutions souples et modulables, afin de répondre à la fois au besoin d'accompagnement dans/vers le logement et au besoin d'inclusion et d'autonomie, en tenant compte de la multiplicité des besoins individuels et de leur variabilité dans le temps. L'offre doit également cibler les publics les plus démunis ou en situation de précarité.

Le projet territorial de santé mentale doit non seulement permettre l'accès à un logement mais aussi soutenir le maintien dans ce logement. Il doit assurer le développement de modalités d'accompagnement et de mesures permettant le maintien ou la restauration de la capacité des personnes à habiter, ainsi que la prévention des situations de ruptures dues à une perte de logement (expulsion, perte du logement lors d'une hospitalisation, de difficultés rencontrées au retour à domicile après l'hospitalisation, de difficultés avec le voisinage, ou encore de difficultés à investir son logement...).

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Logements sociaux en Yvelines Nord

En Yvelines Nord, il y a 63 134 logements locatifs sociaux environ 81 logements pour 1000 habitants. (source : RPLS³⁰ 2018).

Le nombre de places en **CHU, HUAS et CHR**S pour 1000 habitants est inférieur à la moyenne régionale (2,3) sur le territoire.

En termes de **logements adaptés** pour 1000 habitants, le nord des Yvelines a une densité, largement inférieure aux moyennes départementale (5) et régionale (7).

Le système **d'Intermédiation Locative** n'est pas assez développé dans la partie ouest du territoire avec seulement 1,5 places en intermédiation locative pour 100 000 habitants à Mantes-la-Jolie et 1,5 pour 10 000 habitants à Meulan-les-Mureaux contre 1,8 pour 1000 habitants en IDF.

³⁰ REPERTOIRE DES LOGEMENTS LOCATIFS DES BAILLEURS SOCIAUX 2018

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

III. Accès et maintien dans le logement

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-Les-Mureaux	Saint-Germain	Montesson	Yvelines	Ile-de-France
Nombre de places d'hébergement (CHU, HUAS et CHRS) ³¹ pour 1000 hab.	0,6	0,2	1,4	1,6	1,4	2,3
Nombre de places en logements adaptés (PF, FJT, FTM et RS) ³² pour 1 000 hab.	2	0,7	2,6	0,9	5	7
Nombre de places en Intermédiation Locative ³³ pour 1000 hab.	0,015	0,15	1,73	1,08	1,2	1,8

Source : Socle de données au 31/12/2018, DRIHL

Densité de places d'hébergement et d'accompagnement en Yvelines

La densité de places d'hébergement et d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap du département des Yvelines (205,1 ; 61,7) est supérieure à la moyenne régionale inférieure (154,6 ; 51) à la moyenne nationale (222,8 ; 99,5).

Il y a très peu de logements accompagnés : 7,3 logements pour 100 000 habitants de plus de 20 ans contre 22 en France.

On note un nombre élevé de FAM, mais ce nombre reste insuffisant pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques car un bon nombre est accueilli en Belgique et d'autre se trouvent soit dans les unités d'hospitalisations occupant des lits d'une manière inadéquate ou à charge des familles à domicile.

*pour 100 000 hab. (+20 ans)	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité places d'hébergement PH	205,1	154,6	222,8
Densité places d'accompagnement PH	61,7	51	99,5
Densité de logements accompagnés	7,3	19,2	22
Densité de places en FAM	101	56,8	60,9
Densité de places en MAS	44,7	46,5	58,6

Source : FINESS – 2017

La densité de places d'hébergement social est également faible pour le département comparée aux niveaux régional et national.

*pour 100 000 hab.	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité places d'hébergement social	74,4	137,6	93,3
Densité places d'hébergement social en CADA	30,2	35,4	37,8

Source : FINESS, DJRCS, DGCS, Scoresanté -2014

³¹ CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence, HUAS : Hébergement d'Urgence avec Accompagnement Social, CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

³² PF : Pensions de Familles, FJT : Foyers de Jeunes Travailleurs (dont Résidences Sociales-Foyers Jeunes Travailleurs : RS-FJT), FTM : Foyers de Travailleurs Migrants, RS : Résidences Sociales (hors Résidences Sociales-Foyers Jeunes Travailleurs : RS-FJT)

³³ Solibail + Louez Solidaire

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

III. Accès et maintien dans le logement

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Difficulté d'accès et de maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques	1. Difficultés liées à la personne elle-même
II. Difficulté d'accès aux soins des personnes sans logement	2. Problématiques liées à l'offre d'hébergement
	3. Difficulté d'accès aux droits
	4. Difficulté liée à la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en ce qui concerne l'accès et le maintien dans le logement : l'hospitalisation prolongée et sa sortie non préparée
	5. Insuffisance de prévention des situations de crise à domicile
	6. Stigmatisation

ANALYSE DES CAUSES

I. Difficulté d'accès et de maintien dans le logement des personnes présentant de troubles psychiques

1. Difficultés liées à la personne elle-même

- a. Troubles du comportement (Diogène-bruits-errance-addiction...)
- b. Le déni frein à l'accompagnement et à l'aide
 - i. Auto stigmatisation

2. Problématiques liées à l'offre d'hébergement et d'accompagnement : inadaptée et incomplète

- a. Insuffisance de résidence accueil, d'hébergement adapté et de passerelle entre le collectif et le logement autonome
- b. Logement inclusif peu développé
- c. Hébergements à durée limitée (CHRS-CHU-Hôtels-CADA...)
- d. Insuffisance de lisibilité et de fluidité pour connaître et « essayer/bénéficier » des dispositifs de logement (social, collectif, inclusif, éclaté, autonome, etc.) ou bénéficier d'un moment de répit (stage, accueil temporaire).
- e. Absence de dispositif sanitaire qui soit transitoire et mobile et permettrait à la partie soin d'investir davantage les lieux de vie dont le logement, de manière préventive ou curative, qu'il s'agisse d'un logement autonome ou d'un établissement médico-social ;
- f. Fractionnement de l'offre institutionnel lié à l'âge de la personne (60 ans) et lien avec la perte d'activité professionnelle
 - i. Vieillesse : les travailleurs en ESAT sont en foyer d'hébergement. Le foyer d'hébergement devient inadapté en arrivant à la retraite => Pas de solution pour les personnes de plus de 60 ans.

3. Difficulté d'accès aux droits

- a. La complexité des démarches administratives (surtout en cas de majeurs protégés – orientation MDPH)
- b. Faible revenu (dettes locatives) – cumul des problématiques financières et psychiques
- c. Insuffisance d'accompagnement social et médico-social (accès aux droits) : accompagnements temporaires des SAVS et SAMSAH => qui prend les relais ?
- d. Le passage d'un dispositif à un autre est complexe, long, difficilement compréhensible et réalisable par la personne seule, l'adhésion de la personne sur la durée est difficile

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

III. Accès et maintien dans le logement

4. Difficulté liée à la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en ce qui concerne l'accès et le maintien dans le logement

- a. Hospitalisation prolongée et sortie non préparée
- b. Hospitalisation prolongée et inadéquate faute de solution d'hébergement ou de logement
- c. Difficulté de repérage précoce des troubles, difficulté à évaluer les besoins, à mettre en place un plan d'accompagnement
- d. Insuffisance de préparation (stabilisation des troubles, réhabilitation psychosociale, autonomie...)
- e. Les locataires isolés qui sont en souffrance : à qui les bailleurs peuvent-ils s'adresser ?
- f. Insuffisance de lien avec les bailleurs et les structures d'accueil ou d'accompagnement

5. Insuffisance de prévention des situations de crise à domicile ou en structure médico-sociale

- a. Difficultés dans l'identification des acteurs puis dans la prise de contact ;
- b. Difficulté de prévention du risque de décompensation
- c. Insuffisance de temps et de disponibilité des équipes pour développer des partenariats, suivre des situations, créer des passerelles, se coordonner, alerter, agir de manière préventive, etc.
- d. Insuffisance de soutien aux bailleurs, aux professionnels du social... => les bailleurs détectent une personne en souffrance. Comment savoir si la personne est suivie ? si elle n'a pas de famille ? Comment intervenir ? Comment permettre un accompagnement à la personne ?
- e. Insuffisance de formation des acteurs à ces situations
- f. Méconnaissance des institutions et du système sanitaire par d'autres professionnels (bailleurs...)
 - i. Complexité à gérer les situations de crise à domicile

6. Stigmatisation

- a. Frilosité de l'environnement : voisinage-Elus
- b. Bailleurs
- c. Méconnaissance dans la population générale des pathologies, des ressources existantes et de la manière d'interagir avec les personnes présentant des troubles psychiques
- d. Cohabitation difficile et parfois déconseillée de personnes avec des pathologies différentes au sein des ESMS notamment des personnes avec troubles psychiques et déficiences intellectuelles.

II. Difficulté d'accès aux soins des personnes sans logement

1. Sectorisation de la psychiatrie/ domiciliation
2. Déficit de l' « aller vers » soit du CMP, soit équipe mobile (une équipe mobile précarité vient d'être mise en place sur le territoire Nord Yvelines.)
3. La non demande
4. Insuffisance des outils de repérage, et de mise en lien de cette population avec le soin.
5. (Voir chapitre précarité)

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

III. Accès et maintien dans le logement

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *En sortie d'hospitalisation, le bailleur cherche à préparer l'appartement pour une HAD par exemple, le cloisonnement et le secret médical empêchent le bailleur d'adapter et de préparer le retour de la personne dans son logement.*
- *En sortant d'hébergement ou d'hospitalisation : pas de logement ni d'hébergement à la sortie. Les personnes sont remises à la rue ce qui aggrave leur situation. D'autres perdent leur logement durant leur hospitalisation.*
- *Les hébergements à durée limitée : cela crée des ruptures de parcours pour des personnes très fragiles. Les hébergements sont saturés, peu dotés en personnel. Les personnes, ne trouvant pas d'autres hébergements, restent longtemps dans des hébergements à courte durée, faute de place dans d'autres structures d'hébergements pérennes, d'orientation, de statut...*
- *La tutelle/curatelle : difficulté administrative pour faire évoluer le statut des personnes, pour prendre contact avec les curateurs/tuteurs, venir au domicile, etc. Les personnes avec des troubles psychiques ont du mal à faire seules leur démarche et les curateurs/tuteurs ne peuvent pas faire ces accompagnements*
- *Les dettes locatives entraînent des mesures d'expulsion alors qu'il y a des problématiques de santé mentale. Cette problématique « psy » a entraîné une problématique sociale. Il faut travailler en urgence le volet social, le relogement éventuel, en prenant en compte le voisinage qui met la pression en passant par la mairie etc.*
- *Système des notifications MDPH chronophage et qui cloisonne et interdit des combinaisons pourtant envisageables (FAM/ESAT, CAJ/FH, etc.) ;*
- *Durée des prises en charge SAVS limitées dans le temps alors que les besoins des personnes requiert une temporalité de l'accompagnement souvent plus longue qui devrait pouvoir être modulée*

4. PISTES DE TRAVAIL

III. ORGANISATION DU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT OU DE L'ACCES AU LOGEMENT

- 1. Faciliter l'accès aux droits (notification MDPH, PCH...)**
 - a. Adapter l'accès aux troubles psychiques
 - b. Simplifier les démarches administratives
 - c. Réduire les délais de traitement des demandes
 - d. Rendre plus souple les modalités d'accompagnement (les délais d'accompagnement etc.)
- 2. Améliorer l'offre d'hébergement et d'accompagnement**
 - a. Diversifier l'offre d'habitat avec services intégrés
 - b. Logement autonome => type foyer ?
 - c. Favoriser les programmes de logements inclusifs
- 3. Organiser l'accompagnement et l'insertion des populations souffrant de troubles psychiques à travers des dispositifs partenariaux coordonnés (sanitaires, sociaux, médico-sociaux et bailleurs)**
 - a. Accompagnement des personnes après la fin de la prise en charge = un service de suite pour faciliter la transition, pour sécuriser les entrées et rassurer les bailleurs,
 - b. Création d'équipe mobile passerelle déjà pour les personnes non sectorisées et non sectorisables dans l'ouverture des droits et pour les personnes enfermées au domicile ;
- 4. Continuer à maintenir et valoriser la charte Santé mentale et logement. Les bailleurs ont un référent et il faut identifier ces référents au niveau du sanitaire et du médico-social**

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

IV. Accès et maintien dans l'emploi

IV. ACCES ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI

1. ENJEUX

L'offre de service concernant l'emploi des personnes est primordiale en tant que facteur de rétablissement. Elle nécessite d'être variée, souple et modulaire de manière à s'adapter au mieux aux besoins et à leur évolution selon les moments du parcours. Cette offre de service doit prioritairement viser l'accès et le maintien des personnes dans l'emploi et l'intégration professionnelle en milieu ordinaire.

L'offre en milieu protégé ou adapté doit correspondre aux besoins spécifiques des publics présentant un handicap psychique : notamment la fatigabilité et la variabilité des troubles, qui nécessitent de prévoir la possibilité d'adapter le temps de travail, mais aussi la préservation des compétences intellectuelles, qui oriente vers des activités valorisant le potentiel et les capacités des personnes, avec des professionnels formés à la spécificité de ce handicap.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. DONNEES CHIFFREES

Cap Emploi

Il existe un CAP Emploi à Poissy qui accompagne les personnes en situation de handicap dans son parcours professionnel ainsi que les employeurs.

Entreprises adaptées en Yvelines Nord

On compte 3 entreprises adaptées à Saint-Germain-en-Laye, à Mantes la Jolie et à Carrières sous Poissy en Yvelines Nord (Source FINESS).

Densités de places en ESAT, en SAMSAH et en SAVS en Yvelines

Le département des Yvelines est globalement mal doté en termes de structures médico-sociales par rapport à la moyenne nationale, notamment en SAMSAH et en SAVS.

En Yvelines, il y a 199,8 places en ESAT pour 100 000 habitants de plus de 20 ans contre 240,4 places en France.

*pour 100 000 hab. (+20 ans)	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité de places en ESAT	199,8	188,4	240,4
Densité de places en SAMSAH	13,1	17,9	20,3
Densité de places en SAVS	48,5	33,1	79,2

Source : FINESS – 2017

Enquête auprès des bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH (2009-2010)

Selon une enquête réalisée par la DREES auprès des bénéficiaires de l'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne) ou de la PCH (Prestation de compensation du handicap) :

- 73,5% des allocataires sont inactifs,
- 18,7% sont en emploi et 3,5% est au chômage.

En outre, 8,1% d'entre eux souffrent de troubles psychiques³⁴.

³⁴ DREES, enquête auprès des bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH (2009-2010)

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

IV. Accès et maintien dans l'emploi

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Taux de Chômage plus élevé chez les personnes souffrant de troubles psychiques	1. Insuffisance de l'offre en termes de postes adaptés et adaptables (Non volonté des employeurs à embaucher)
II. Difficultés d'accéder à un emploi	2. Difficultés liées à la personne elle-même
III. Difficultés de se maintenir dans un emploi	3. Stigmatisation dans le monde du travail (« Trop » d'importance de l'identité professionnelle dans la société)
	4. Insuffisance d'accompagnement global médico-psycho-social
	5. Insuffisance d'information des personnes et de leurs aidants sur le circuit du travail
	6. Rupture dans le logement ou inaccessibilité au logement
	7. Problématiques de transport

ANALYSE DES CAUSES

1. **Insuffisance de l'offre en termes de postes adaptés et adaptables**
 - a. **Dans le milieu ordinaire :**
 - i. Poste et organisation du travail non ou peu adaptés (temps partiel, temps aménagé etc.)
 - ii. Exigence du monde de travail ordinaire : rendement-compétitivité-stress-relations de proximité constante
 - b. **Dans le milieu protégé :**
 - i. Non attractivité du milieu protégé : des tâches monotones et peu de possibilités d'évolution malgré des capacités intellectuelles souvent intactes en ESAT
 - Des postes peu attractifs ;
 - Un statut de travailleur et non de salarié (des droits différents);
 - Des ESAT en difficulté ;
 - Des revenus faibles pour les travailleurs
 - ii. Porte d'entrée lente et inadaptée : MDPH (même pour les stages) ;
 - iii. La sectorisation pour l'emploi accompagné
 - iv. Effet paradoxal dans les ESAT :
 - L'aspect «trop» protecteur de l'ESAT limite les possibilités d'évolution des personnes qui auraient « peur » du milieu ordinaire
 - L'aspect productivité : retient des personnes surqualifiées : changement de profil des publics concernés
2. **Difficultés liées à la personne elle-même**
 - a. Dénier de ses troubles
 - b. Décalage entre les compétences des personnes et les possibles
 - c. Le refus de travailler en ESAT lié à l'image stigmatisante de la structure
 - d. Fatigabilité de la personne
 - e. Problème d'addiction
 - f. Autostigmatisation
3. **Stigmatisation dans le monde du travail**
 - a. « Trop » d'importance de l'identité professionnelle dans la société
 - b. Méconnaissance de la pathologie

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

IV. Accès et maintien dans l'emploi

4. Insuffisance d'accompagnement global médico-psycho-social

- a. Insuffisance de préparation (stabilisation des troubles, réhabilitation psychosociale)
- b. Insuffisance d'accompagnement à l'emploi (insuffisance de job coach)
- c. Insuffisance d'accompagnement des collègues et des managers qui travaillent avec la personne dans les entreprises

5. Insuffisance d'information des personnes et de leurs aidants sur le circuit du travail

- a. Méconnaissance des circuits du travail
- b. Méconnaissance des droits

6. Rupture dans le logement ou inaccessibilité au logement

- a. Déménagement
- b. Décès des parents hébergeurs

7. Problématiques de transport

- a. Insuffisance de transport en commun
- b. Le temps et les conditions de trajet peuvent décourager

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Il y a une exigence de rendement et de rentabilité des ESAT et des entreprises adaptées, ce qui implique un rythme de travail intense et une flexibilité importante => une vie économique des établissements*
- *Revendication des travailleurs ESAT qui sont hors droit du travail (pas cotisations chômage, retraite, etc.) et qui demandent un choix de l'emploi car ils ont envie de bien faire et ils ont des capacités à faire face aux exigences de rentabilité*
- *Les jeunes gens, qui viennent d'être diagnostiqués, sont souvent dans le déni et dans l'envie d'une vie et de projet ordinaire or, cela leur est assez inaccessible.*
- *L'identité sociale en France est basée fortement sur l'identité professionnelle*
 - *Il est difficile pour les personnes d'accepter une vie en milieu protégé*
 - *Le déni de la famille également qui peut exercer une pression pour que l'enfant reste en milieu ordinaire*
- *Il faudrait pouvoir changer le regard sur le travail : à une époque où il y a 10% de chômage et que le plein-emploi est un idéal, le travail ne peut rester la seule source de reconnaissance sociale*

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

IV. Accès et maintien dans l'emploi

4. PISTES DE TRAVAIL

IV. ORGANISATION DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU DE L'ACCES A L'EMPLOI

1. Assouplir les règles d'orientation afin d'ouvrir les portes d'entrée vers les différentes formes de travail et permettre plus de fluidité dans les parcours des personnes vers l'emploi ou le travail protégé en proposant :
 - Des orientations doubles
 - Pas d'orientation pour les MISP ou les stages ;
2. Lutter contre la stigmatisation : les représentations des troubles psychiques sont un frein à l'embauche des personnes qui en souffrent. Alors qu'une personne sur cinq aura un trouble psychique au cours de sa vie, il est important de pouvoir en parler et de modifier ces représentations
3. Améliorer l'offre d'emploi en quantité et en qualité :
 - Augmenter la diversité des possibilités en matière d'emploi
 - En milieu ordinaire :
 - **adapter les postes de travail** aux personnes ; augmenter le nombre de places
 - En milieu protégé :
 - Proposer des **missions innovantes et attractives** pour les personnes
 - Rapprocher le **droit des travailleurs** à celui des salariés.
 - Garantir un certain **nombre de places** pour les personnes trop éloignées de l'emploi en milieu ordinaire
4. Organiser l'accompagnement et l'insertion dans l'emploi des populations souffrant de troubles psychiques à travers des dispositifs partenariaux coordonnés et / ou intégrés et orientés vers le rétablissement et la réhabilitation psychosociale (sanitaire, sociaux, médico-sociaux les professionnels de l'emploi (pôle emploi, cap emploi et employeurs)

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

V. Accès et maintien à la scolarisation et aux études

V. ACCES ET MAINTIEN A LA SCOLARISATION

1. ENJEUX

Les troubles psychiques, engendrant retrait social et périodes de maladie nécessitant parfois des soins intensifs et des hospitalisations, peuvent perturber durablement le parcours scolaire ou universitaire d'un jeune et compromettre ses capacités d'insertion professionnelle.

Le projet territoriale de santé mentale vise à :

- Identifier les modalités et les dispositifs permettant le maintien dans la scolarisation et les études ou leur accès, et veiller à ce que ces modalités répondent aux besoins recensés et soient connues et partagées par l'ensemble des acteurs ;
- Promouvoir les dispositifs et les coopérations permettant de prendre en charge la souffrance psychique des jeunes scolarisés et en études supérieures (Bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU), coopérations des Maisons des adolescents (MDA) et des secteurs de psychiatrie publique avec les services de santé universitaires...).

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. ETAT DES LIEUX / DONNEES CHIFFREES

Unités localisées d'inclusion scolaires (ULIS) de l'enseignement secondaire en Yvelines Nord

Il y a 43 unités localisées d'inclusion scolaires (ULIS) de l'enseignement secondaire dans 38 collèges et lycées (32 collèges, 5 lycées, 1 lycée professionnel) en Yvelines Nord, dont :

- 1 pour troubles envahissants du développement
- 33 pour troubles des fonctions cognitives ou mentales
- 7 pour troubles spécifiques du langage et des apprentissages
- 1 pour TFM troubles des fonctions motrices
- 1 pour troubles de la fonction visuelle

	Zone Mantes-la-Jolie	Zone Meulan-les-Mureaux	Zone Poissy	Zone Montesson-Saint-Germain
ULIS : Troubles envahissants du développement	0	0	0	1
ULIS : troubles des fonctions cognitives ou mentales	10	6	7	10

Source : ONISEP (dernière mise à jour : 29 août 2019)

Il y a une équipe mobile ULIS conventionnée avec le Centre Hospitalier Théophile Roussel qui accompagne les enfants du CP au CM2.

Unité soins études

En Yvelines Nord, il existe une unité de soins études pour les adolescents de 12 à 17 ans (Unité Soins Etudes Esquirol, CHTR). Les adolescents sont scolarisés dans l'établissement d'origine ou dans un établissement partenaire extérieur.

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

V. Accès et maintien à la scolarisation et aux études

Densité de places médico-sociales en Yvelines

En termes d'offre d'accompagnement médico-social (IME, SESSAD...) pour les enfants et adolescents, le département des Yvelines représente une faible densité par rapport au niveau national.

	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité de structures CMPP 100 000 hab. de 0-20 ans	2,7	3,2	2,9
Densité de places en ITEP 100 000 hab. de 6-18 ans	59,3	67,3	148,2
Densité de places en IME 100 000 hab. de 6-20 ans	484	437,9	577,8
Densité de places en SESSAD 100 000 hab. 0-20 ans	256,7	238,8	307,3

Source : FINESS, INSEE – 2015

Services d'éducation adaptée et d'accompagnement social et médico-social ainsi qu'une éducation spécialisée enfance handicapée en Yvelines Nord

Par ailleurs, 16 sur 45 structures proposant un service d'éducation adaptée et d'accompagnement social et médico-social ainsi qu'une éducation spécialisée enfance handicapée (IME, ITEP, IEM...) sont situées en Yvelines Nord, soit 36% des structures des Yvelines.

Et en termes de places, 58% des places en IME, 10% des places en ITEP et 13% des places en SESSAD se trouvent dans le nord du département. (Source : FINESS).

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

V. Accès et maintient à la scolarisation et aux études

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<p>I. Augmentation des situations de difficultés sévères de comportement avec demandes d'expertise médicale dès la maternelle</p> <p>II. Fréquence des demandes de déscolarisation par des équipes pédagogiques démunies</p> <p>III. Exclusion et difficulté d'accès à la scolarité, aux études et à la formation pour les personnes présentant des troubles psychiques</p> <ul style="list-style-type: none">○ Environnement scolaire parfois « hostile voire violent » et problématique○ Résistance des établissements scolaires à accueillir <p>IV. Rupture dans le parcours, notamment au moment de la transition</p> <p>V. Passage difficile du milieu spécialisé au milieu ordinaire</p> <p>VI. Difficulté pour les IME-SESSAD à s'inscrire aux ateliers et aux activités au sein des écoles en milieu ordinaire</p> <p>VII. Difficulté de coordination des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none">○ l'hospitalisation ↔ la scolarité <p>VIII. Difficulté d'accès aux droits (MDPH)</p>	<p>1. Difficultés liées à la personne elle-même et à ses proches</p> <p>2. Problématiques liées à l'offre</p> <p>3. Insuffisance de dispositifs partenariaux : EN/Etablissements Sanitaire</p> <p>4. Stigmatisation</p> <p>5. Insuffisance d'actions de prévention de l'exclusion scolaire</p>

ANALYSE DES CAUSES

- 1. Difficultés liées à la personne elle-même et à ses proches**
 - a. Troubles du comportement (violence-errance-addiction...)
 - b. Le déni des familles, frein à l'accompagnement et à l'aide
 - c. Le refus des familles d'une orientation en milieu spécialisé
 - d. Difficulté de repérage précoce des troubles, difficulté à évaluer les besoins, à mettre en place un plan d'accompagnement
 - e. Retour à l'école difficile pour les enfants qui avaient été pris en charge en milieu spécialisé
- 2. Problématiques liées à l'offre**
 - a. Insuffisance d'offre corrélée au besoin (pas assez d'ULIS-IME-SESSAD)
 - b. Insuffisance d'offre pour permettre la transition
 - c. Insuffisance de formation des enseignants aux besoins de la population d'enfants en souffrance psychique
 - Difficulté à gérer l'hétérogénéité des groupes classes
 - d. Insuffisance de nombre d'AVS et de leur formation : inclusion réservée à la présence d'un AVS pour tout âge
 - e. Insuffisance de médecins et psychologues scolaires
 - f. Exigences en termes de savoir-être et savoir-faire et de niveaux au sein de l'établissement EN
 - g. La complexité des démarches administratives (orientation MDPH –orientation EN), les délais
 - h. Classes surchargées : effectif trop important pour une inclusion sereine

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

V. Accès et maintien à la scolarisation et aux études

3. Insuffisance de dispositifs partenariaux : EN/Etablissements Sanitaire

- a. Pas suffisamment de place Soins /études pour les collégiens et lycéens sur le territoire

4. Stigmatisation

- a. Insuffisance de sensibilisation et d'information des enseignants, des élèves et leurs familles à la pathologie
- b. Méconnaissance des ressources existantes et de la manière d'interagir avec les personnes présentant des troubles psychiques

5. Insuffisance d'actions de prévention de l'exclusion scolaire

- a. Programmes de réussite éducative insuffisants
- b. Programmes lutte contre le refus scolaire insuffisants

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- **Constat d'une impasse** après maintien en grande section : risque d'une rupture dans la scolarité quand le passage en CP n'est pas envisageable. On sait que l'enfant ne peut pas être accueilli dans le milieu ordinaire.
- **Paradoxe de l'inclusion partout mais sans les moyens alloués** (pas assez de classe ULIS, offre de temps baisse pour l'EN restreinte ...)
- **Adéquation insuffisante de l'offre** avec les besoins au moment de la transition du collège vers le lycée. Autonomie du jeune pour intégrer les dispositifs au moment de la transition : L'accompagnement apporté favorise-t-il l'accès l'autonomie des jeunes au moment de cette transition ?
- **Importance de la « position d'élève »** pour l'éducation nationale : quid de ceux qui ne peuvent pas avoir cette position d'élève.
- Des jeunes nécessitant une suite à leur « **Projet personnalisé de scolarité** » en sortie du collège : il faut déjà savoir ce qu'on a envie de faire pour rentrer dans un lycée, mais ce n'est pas si simple pour certains adolescents

4. PISTES DE TRAVAIL

V. ORGANISATION DU MAINTIEN OU DE L'ACCES A LA SCOLARISATION ET AUX ETUDES

1. Formation initiale des enseignants
2. Développement des liens de confiance entre école et partenaires de soins
3. Mettre en place des parcours coordonnés de santé/scolarité
4. Augmenter les places soins/études
5. Augmenter les postes d'accompagnant à la scolarité et valoriser ce métier
6. Augmenter les places ULIS-SESSAD-IME-ITEP, corrélés aux besoins

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale promeut l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives des personnes ayant des troubles psychiques à travers des activités de type bénévolat, engagement associatif, activités d'utilité sociale, service civique, adhésion à un groupe d'entraide mutuelle, pratiques artistiques, sportives, intellectuelles, culturelles.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. DONNEES CHIFFREES

Equipement sportifs et culturels

En Yvelines Nord, on constate une faible densité d'équipements sportifs et culturels par rapport au niveau national.

	Zone Mantes-la-Jolie	Zone Meulan-les-Mureaux	Zone Poissy-Saint-Germain	Zone Montesson	France
Nombre d'équipements sportifs de la gamme intermédiaire³⁵ pour 10 000 habitants	1,1	2,1	2,3	2,8	3,1
Nombre d'équipements culturels de la gamme supérieure³⁶ pour 10 000 habitants	0,04	0,19	0,72	0,52	0,66

Source : Insee, BPE 2017

³⁵ L'indicateur comptabilise le nombre d'équipements culturels relevant de la gamme intermédiaire de la base permanente des équipements (BPE), c'est-à-dire, les salles de sport spécialisées, les bassins de natation, les structures d'athlétisme et les pistes de roller, skate, vélo bicross ou freestyle pour 10 000 habitants

³⁶ L'indicateur comptabilise le nombre d'équipements culturels relevant de la gamme supérieure dans la base permanente des équipements (BPE), c'est-à-dire, les théâtres, cinémas et musées pour 10 000 habitants.

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Offre restreinte	1. Difficultés d'adaptation de la personne elle-même
II. Difficiles d'accès aux loisirs en milieu ordinaire (ex. enfant d'IME en centre de loisirs)	2. Accessibilité financière
III. Difficultés organisationnelles liées à l'accompagnement de la personne vers l'extérieur	3. Accessibilité géographique (trajet trop long, transport...)
IV. Pression sociale négative du milieu ordinaire quant à l'accueil des personnes avec un handicap psychique	4. Accompagnement difficile de la personne
V. Difficulté d'accueil en fonction de l'âge (ex. pas de prise en charge en centre de loisirs à partir de 12 ans)	5. Offre peu visible
VI. Pas assez de GEM dans les communes	6. Stigmatisation
	7. Insuffisance de formation spécialisée des encadrants

ANALYSE DES CAUSES

1. Difficultés d'adaptation de la personne elle-même

- Troubles du comportement (lié à la pathologie, au traitement et à l'instabilité)
- Décalage entre les compétences des personnes et les possibles
- Insuffisance de préparation et d'accompagnement (stabilisation des troubles, réhabilitation psycho-sociale, soutien des aidants)
- L'auto-stigmatisation, mauvaise estime de soi, peur
- Problèmes d'addiction

2. Accessibilité financière

- Coût de l'activité
- Faible revenu, non éligible à la PCH ou aux compléments d'AEEH
- Coût de transport

3. Accessibilité géographique (trajet trop long, transport...)

- En cas de changement de logement (par exemple lié à l'âge, lié au changement de travail, ou d'orientation)
- Maillage et régularité du réseau de transport en commun
- L'éloignement entre l'IME où l'enfant est pris en charge et le centre de loisirs proche du domicile

4. Accompagnement difficile de la personne

- Insuffisance de temps et de moyens pour accompagner la personne vers extérieur
- Insuffisance d'accompagnement social et médico-social
 - En lien avec l'accès aux droits
 - En lien avec les compétences de la personne
 - En lien avec les acteurs des activités : organisateurs, encadrants, participants

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

5. Offre peu visible

- a. Méconnaissance d'offre
- b. Insuffisance d'offre adaptée (horaire, de niveau etc.) : les activités proposées sont peu adaptées aux capacités physiques réelles des personnes
- c. Modalités d'accès

6. Stigmatisation

- a. Méconnaissance de la pathologie
- b. Exigence de niveau culturel ou sportif
- c. Exigence sociale et relationnelle

7. Insuffisance de formation spécialisée des encadrants

- a. Pas de programme de sensibilisation des encadrants au handicap psychique

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Des jeunes exclus des réseaux du fait du handicap : ils ont du mal à aller vers les activités => tendance vers l'isolement*
- *La société n'est pas prête et préparée à ces personnes et ne tolèrent pas les comportements induits par les troubles ou les traitements.*
- *Institution parfois cloisonnante/protectrice parfois frein à l'inclusion sociale : Il est important d'avoir une démarche plus inclusive pour permettre à la société une meilleure connaissance et plus d'ouverture sur la différence.*

4. PISTES DE TRAVAIL

VI. ORGANISATION DE L'ACCES A LA PARTICIPATION SOCIALE, A LA CULTURE, AUX LOISIRS ET AUX ACTIVITES SPORTIVES

1. Favoriser les rencontres ou l'intégration de proximité pour dépasser les clivages et les résistances.
2. Encourager les conventions et les partenariats entre le sanitaire et les différents centres d'activités culturelles, sportifs, de loisirs.
3. Sensibiliser les collectivités territoriales afin de développer une offre adaptée aux personnes souffrant de troubles psychiques et de faciliter leur participation aux différentes activités : culturelles, sportives, loisirs et citoyenne.
 - Améliorer l'accessibilité par différents moyens : transport, soutien financier (coût réduit) horaire adaptée, encadrement sensibilisé et formé à l'accueil d'un public différent)

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale développe des modalités permettant d'assurer le soutien nécessaire aux familles et proches aidants afin qu'ils puissent exercer leur rôle d'accompagnants de proximité tout en préservant leur propre santé. Il s'agit notamment :

- De permettre à la famille et aux proches de bénéficier dès le diagnostic d'informations sur la maladie, l'organisation des soins, les services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux, les instances et organisations de défense des droits des usagers, notamment par l'accès à des programmes de psychoéducation et de renforcement des compétences psychosociales.
- D'organiser l'accès des familles et aidants à des temps et des lieux de répit
- De promouvoir au sein des établissements et services sanitaires et médico-sociaux « l'alliance thérapeutique » avec les aidants de proximité
- De développer le soutien aux associations représentatives des proches et familles de personnes présentant un trouble psychique

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Centre d'accueil familial spécialisé en Yvelines Nord

En Yvelines Nord, il y a un centre d'accueil familial spécialisé avec une capacité d'accueil de 15 places (CAFS JEANNE CHEVILLOTTE au Mureaux).

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Usure des familles et des proches (familles démunies)	1. Méconnaissance des organisations (sanitaires, sociale et médico-sociale), des codes et des droits
II. Dénier des familles	2. Insuffisance d'accompagnement et de lieux de soutien et de répit pour les parents, la fratrie et les proches
III. Insuffisance de soutien	3. La non-compréhension de la pathologie par les aidants
IV. Problématique des relais des aidants : au décès des aidants, qui prend le relai ?	

ANALYSE DES CAUSES

1. **Méconnaissance des organisations (sanitaires, sociale et médico-sociale), des codes et des droits**
 - a. Manque d'un répertoire commun
 - b. Méconnaissance des cultures institutionnelles et des langages
 - c. Complexité des systèmes et des démarches administratives
 - d. Trop d'interlocuteurs et insuffisance de personnes référentes
2. **Insuffisance d'accompagnement et de lieux de soutien et de répit pour les parents, la fratrie et les proches**
 - a. Insuffisance de structures alternatives, structures d'accueil temporaire et familles d'accueil spécialisé
 - b. Préoccupation des relais en cas de la maladie, du vieillissement ou du décès des aidants
 - c. Insuffisance de formation des assistants familiaux et des équipes éducatives sur les troubles psychiques qui peut entraîner une peur et un rejet des personnes suite à des épisodes de violence et de décompensation.
 - d. Absence de dialogue des accompagnants sociaux et sanitaires avec les familles

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Problématiques des parents des jeunes adultes qui ré accueillent le jeune à la levée des mesures de placement. L'absence de continuité sur le plan médical à l'issue d'un placement peut être à l'origine d'une rupture de parcours/orientations à suivre.*
- *Certaine banalisation de vécus des fratries avec une absence de culture de prise en charge des fratries (qui se développe actuellement mais insuffisante)*

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

4. PISTES DE TRAVAIL

VII. ORGANISATION DU SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES AIDANTS

1. Développement et création des accueils temporaires interdépartementaux ?
2. Formations croisées pour les familles d'accueil
3. Simplification des démarches pour l'accès aux droits
4. Actions spécifiques à destination des fratries, offres d'accueil élargies selon les lieux et le profil
5. Informer sur les effets de la maladie, sensibiliser les proches et familles pour avoir une meilleure connaissance des acteurs et des structures
6. Diversifier les supports, proposer des supports différents que les groupes de parole
7. Développer des coopérations entre UNAFAM-SAVS-SAMSAH et autres services
8. Développer des programmes à destination des familles type profamille (UNAFAM)
9. Organiser des communications tout public sur les personnes présentant des troubles psychiques

Priorité 2

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

PISTES D'ACTION
Extraits des comptes rendus

ACTIONS PROPOSEES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- **Organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité**
 - *Mettre en place une plateforme de coordination des acteurs de la santé mentale*
 - *Repérer par territoire les instances de situations complexes*
 - *Création d'une équipe mobile Sanitaire et Médico-social qui pourrait intervenir auprès des professionnels, des familles et des aidants familiaux. C'est une équipe d'appui, de soutien et de coordination en soutien aux autres prises en charge. (éviter l'isolement, rassurer, mettre du lien entre les secteurs ou services)*
 - *Nécessité de prévoir une articulation entre les dispositifs déjà existants ou à venir. (ex. le Dispositif d'Intégration Handicap/DIH et Réponse accompagnée pour tous).*
 - *Création d'un annuaire avec référentiel de missions de chacun (s'inspirer de ROR Répertoire Opérationnel de Ressources)*
 - *Développement d'un système d'information commun pour le partage d'information et de données sur le parcours de la personne concernée (avec l'accord de la famille)*
 - *Création d'un numéro unique pour l'accès à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie (pas un numéro robotisé)*
 - *Développement du partenariat plus régulier avec UNAFAM et les pairs aidants*
 - *Revoir le mode de financements des pathologies chroniques et les critères de financement de la PCH*
 - *Faire évoluer l'outil d'évaluation MDPH*
 - *Développement des équipes mobiles*
 - *Mettre en place des formations croisées avec des échanges de pratiques communs et une immersion encadrée*
 - *Développement de la télémédecine*

PRIORITE 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

- ❖ Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé
- ❖ Accueil et accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques par les établissements de santé autorisés en MCO
- ❖ Accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie
- ❖ Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

I. Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

I. LE SUIVI SOMATIQUE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE PREMIER RECOURS, EN COORDINATION ETROITE AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE ET DU SOIN SOMATIQUE SPECIALISE

Public concerné: enfants, adolescents, adultes et personnes vieillissantes

1. ENJEUX

Les personnes présentant des troubles psychiques doivent, à l'instar du reste de la population, bénéficier d'un suivi somatique et de mesures de prévention réalisés par un médecin généraliste, qu'il soit désigné ou non par les personnes comme médecin traitant. Le médecin généraliste a de plus un rôle prépondérant dans le suivi des personnes présentant des addictions et celles ayant un traitement psychotrope.

Le projet territorial de santé mentale identifie donc les modalités permettant aux professionnels de la psychiatrie de s'assurer que les patients qu'ils suivent disposent d'un médecin généraliste identifié. Un échange réciproque d'information, dans le respect du libre choix du patient, permet d'assurer la coordination des soins somatiques et psychiatriques. Lorsque la personne fait l'objet d'un accompagnement par un ESMS, le médecin de l'ESMS devra utilement être associé à cette coordination.

Le projet territorial de santé mentale promeut l'accès aux soins somatiques et aux mesures de prévention des personnes présentant des troubles psychiques. Une attention particulière est à accorder à l'accès aux soins dentaires.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

I. Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

2. DONNEES CHIFFREES

Médecins traitants

La part des personnes hospitalisées n'ayant pas déclaré de médecin traitant en Yvelines Nord est globalement inférieure à la part nationale. Cependant, sur la zone de Montesson on note une part légèrement supérieure à la moyenne nationale en ce qui concerne les troubles modérés soit 5,3% qui pourrait s'expliquer par une moindre accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes dans cette zone (rappel-figure 24 : APL de 2,8 à Montesson contre 4,1 en France).

Une attention particulière à porter pour intégrer le médecin traitant dans le parcours de soins des personnes concernées.

Part des personnes hospitalisées n'ayant pas de médecin traitant					
Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	2,2%	3,3%	5,3%	4,0%
Troubles sévères et persistants	N/A	13%	12,8%	12,8%	14,5%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

En Yvelines Nord, la part des personnes hospitalisées pour troubles de l'humeur ayant eu au moins une consultation avec leur médecin traitant **dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation** est moindre comparée à la moyenne nationale (49,5%).

En ce qui concerne les personnes souffrant de troubles sévères, ces données montrent une vigilance spécifique à apporter envers ces publics.

Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins une consultation avec leur médecin traitant dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	46,5%	45,3%	36,1%	49,5%
Troubles sévères	N/A	28,8%	25,5%	28,5%	33,2%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Soins somatiques courants

Dans le nord des Yvelines, plus de 59,8 % des personnes hospitalisés pour des troubles de l'humeur et plus de 51,9% des patients hospitalisés pour des troubles sévères et persistants ont recouru à des soins somatiques courants (dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques...) dans les deux années après l'hospitalisation initiale.

Part des personnes hospitalisées ayant eu des soins somatiques courants ³⁷ dans les deux années suivant l'hospitalisation					
Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	61,1%	64,9%	59,8%	48,9%
Troubles sévères et persistants	N/A	60,9%	55,1%	51,9%	N/A

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

³⁷ Soins somatiques courants : dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques, contraception orale ou DIU...)

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

I. Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

Prévention classique

La part des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur ayant eu au moins 3 actes de prévention classique (bilan sanguin « hémogramme », glycémie, cholestérol) est inférieure à la moyenne nationale (53,9%) dans toutes les zones, notamment à Montesson (43,9%).

En ce qui concerne les troubles sévères le résultat proche de la moyenne nationale, reste à améliorer pour toutes les zones et souligne un travail important à mener en termes de prévention.

Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins 3 actes de prévention classique³⁸ dans les deux ans suivant l'hospitalisation

Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	51,3%	53,3%	43,9%	53,9%
Troubles sévères et persistants	N/A	40,0%	40,3%	44,0%	43,6%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Prévention complémentaire

Parmi les patients hospitalisés pour des troubles de l'humeur, un peu plus de 20% ont eu au moins 3 actes de prévention qui sont recommandés au niveau national dans les deux années suivant l'hospitalisation. Le territoire des Yvelines Nord est plutôt bien placé par rapport à la moyenne nationale (18,4%), mais le résultat reste insatisfaisant.

En ce qui concerne les patients hospitalisés pour des troubles sévères, ce taux est légèrement supérieur à la moyenne nationale (15,3%), également insuffisant avec moins de 17,8% des patients ayant eu au moins 3 actes de prévention complémentaire.

Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins 3 actes de prévention complémentaire (dont ECG et bilan rénal)³⁹ dans les deux ans suivant l'hospitalisation

Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	24,8%	20,7%	20,6%	18,4%
Troubles sévères et persistants	N/A	17,2%	16,2%	17,8%	15,3%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Dépistage et vaccination

En Yvelines Nord, on constate des taux supérieurs à la moyenne nationale concernant la part des personnes hospitalisées ayant eu des actes de dépistage et de vaccination, sauf dans la zone de Meulan-Mureaux. Néanmoins, l'accès aux actions de dépistage et de vaccination est à améliorer sur l'ensemble du territoire YN.

Part des personnes hospitalisées ayant eu des actes de prévention, dépistage⁴⁰, vaccination (DT polyo) dans les deux ans suivant l'hospitalisation

Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	31,9%	38,8%	37,1%	33,4%
Troubles sévères et persistants	N/A	20,9%	27,5%	27,6%	22,9%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

³⁸ Actes de prévention classique : bilan sanguin « hémogramme », glycémie, cholestérol)

³⁹ Actes de prévention complémentaire : bilan hépatique, Protéine C réactive, TSH ultrasensible, ionogramme, bilan rénal, exploration de base de l'hémostase, beta HCG, calcémie lithiémie plasmatique, électrocardiogramme

⁴⁰ Actes de prévention de dépistage : cancer du sein et / ou col de l'utérus)

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

I. Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les soins somatiques ne sont pas suffisamment pris en compte dans la prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiatriques <ul style="list-style-type: none"> ○ Le suivi somatique n'est pas assez sollicité par les acteurs de la psychiatrie ○ Les conséquences somatiques liées aux traitements ne sont pas suffisamment prises en compte (prévention, examen de suivi, neuroleptique => suivi cardiologique.) ➤ Retard de diagnostic / somatique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible sensibilisation des acteurs de la psychiatrie à l'importance du suivi somatique 2. Insuffisance de coordination entre les acteurs

ANALYSE DES CAUSES

1. **Faible sensibilisation des acteurs de la psychiatrie à l'importance du suivi somatique**
 - a. Le suivi psychiatrique prend le dessus sur le reste des problématiques de santé de la personne concernée
 - b. Insuffisance de formation et de sensibilisation sur le suivi somatique en psychiatrie
2. **Insuffisance de coordination entre les acteurs**
 - a. Insuffisance de prévention de suivi sur le plan somatique
 - b. Méconnaissance des interlocuteurs : lien à renforcer entre les professionnels de 1er recours, les psychiatres et les spécialistes
 - c. Pas de réunion pluridisciplinaire
 - d. Insuffisance de gestionnaire de cas complexes
 - e. Patients n'ayant pas de médecin traitant

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

I. Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

4. PISTES DE TRAVAIL

I. LE SUIVI SOMATIQUE DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE PREMIER RECOURS, EN COORDINATION ETROITE AVEC LES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE ET DU SOIN SOMATIQUE SPECIALISE

- 1.** Développer le travail en réseau de proximité regroupant les professionnels de la psychiatrie notamment les CMP, les médecins libéraux généralistes et spécialistes, les équipes de soins primaires et les CPTS quand elles existent.
- 2.** Mise en place de réunions de concertation pluri professionnelle dans les cas complexes. Cela permettrait d'avoir une réunion sur une situation précise, pilotée par un psychiatre avec les médecins traitants et les médecins somaticiens spécialisés
- 3.** Valoriser le travail en réseau notamment pour encourager la participation des médecins et des professionnels libéraux.
- 4.** Mise en place d'Infirmier en Pratique Avancé par secteur pour accompagner les cas complexes
- 5.** Formation de sensibilisation pour les médecins sur le suivi somatique en psychiatrie
- 6.** Formation des médecins généralistes à la pathologie psychiatrique
- 7.** Harmonisation du dossier patient informatisé (mise en place d'interface) voir le DMP sur le territoire
- 8.** Avoir une offre complète en éducation thérapeutique (autour du médicament etc.) pour les publics concernées sur l'ensemble du territoire (partagés avec un financement de transport)
⇒ Mutualiser les programmes d'ETP existants sur le territoire

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

II. Accueil et accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques par les établissements de santé autorisés en MCO

II. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT ADAPTES AUX PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES EN MCO

Public concerné: enfants, adolescents, adultes et personnes vieillissantes

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant aux établissements de santé autorisés en MCO d'adapter leur accueil et leurs prises en charge aux spécificités des personnes présentant des troubles psychiques (angoisses, déni, difficultés d'expression, difficultés à anticiper...), ainsi qu'à la présence d'un accompagnant professionnel ou familial.

Tout en privilégiant l'accessibilité aux dispositifs de droit commun, le projet territorial de santé mentale promeut l'identification et le développement de dispositifs de consultations dédiés aux personnes en situation de handicap, conformément aux dispositions de l'instruction DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Hospitalisation en MCO pour un trouble psychique

En Yvelines Nord, le taux d'hospitalisation temps plein des 0-17 ans en MCO pour un trouble psychique est d'environ 20 pour 10 000 habitants, légèrement inférieur à la moyenne nationale (20,9). Ce taux est relativement élevé dans la zone de Mantes-la-Jolie (23,1) aussi bien chez les enfants (0-11 ans) que les adolescents de 12-17 ans.

Taux d'hospitalisation temps plein en MCO pour un trouble psychique pour 10 000 habitants					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
0-11 ans	13,1	10,1	9,3	11,2	11,2
12-17 ans	46	39,2	29,9	37,8	40,6
0-17 ans	23,1	19,6	15,5	20,3	20,9

Données issues du Rim-P 2016, quantités calculées à partir des données nationales

39% des établissements ont mis en place un dispositif d'accueil spécifique pour les handicaps psychiques en 2017 en Ile-de-France⁴¹.

⁴¹ CDU-Synthèse des rapports d'activité année 2017, ARS Ile-de-France

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

II. Accueil et accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques par les établissements de santé autorisés en MCO

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
Difficulté d'accueil et d'accompagnement du patient en établissements de santé autorisés en MCO	<p>6. Absence d'organisation spécifique et de circuit court pour accueillir les patients présentant des troubles psychiques en établissements de santé autorisés en MCO et aux services d'urgence</p> <p>7. Insuffisance de moyens humains pour réaliser de l'accompagnement</p> <p>8. « Peur » de la personne présentant un trouble psychique</p>

ANALYSE DES CAUSES

1. Absence d'organisation spécifique et de circuit court pour accueillir les patients présentant des troubles psychiques en établissements de santé autorisés en MCO et aux services d'urgence
 - Temps de consultation plus long et chronophage notamment en ce qui concerne les enfants et adolescents.
 - Insuffisance de moyens humains
 - Aux urgences, les urgences vitales sont les prioritaires
 - Insuffisance de formation des professionnels pour l'accueil des patients présentant des troubles psychiques
 - Absence de dossier patient commun entre le MCO et la psychiatrie
2. Insuffisance de moyens humains pour réaliser de l'accompagnement (notamment en médico-social)
 - Certains patients ont besoin d'être accompagnés pour les consultations. Cet accompagnement demande du temps et il est difficile si la personne n'a pas un aidant familial.
3. « Peur » de la personne présentant un trouble psychique
 - Complexité du profil de la personne concernée
 - Méconnaissance de la pathologie psychiatrique par les professionnels des MCO et des urgences
 - Stigmatisation

4. PISTES DE TRAVAIL

II. L'ORGANISATION PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES EN MCO D'UN ACCUEIL ET D'UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTES AUX PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES

1. Mise place d'une filière courte aux urgences pour les publics souffrant de troubles psychiques
2. Accès aux HDJ de médecine pour l'organisation de plusieurs suivis somatiques pour les publics concernés (lits dédiés)
3. Systématisation de lettre de liaison et de sa réponse
4. Développer la téléconsultation, et la télémédecine

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

III. Accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

III. Accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

Public concerné: enfants, adolescents, adultes et personnes vieillissantes

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités permettant aux personnes hospitalisées en psychiatrie de bénéficier de soins somatiques généralistes et spécialisés, par la présence de médecins généralistes au sein des établissements psychiatriques et la mise en place de partenariats avec des services MCO et SSR pour l'accès aux soins et investigations spécialisés.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. ETAT DES LIEUX / DONNEES CHIFFREES

- Présence de médecins somaticiens dans les établissements de santé mentale et MCO dédiés aux personnes souffrant de troubles psychique, mais l'effectif est insuffisant par rapport aux besoins notamment pour s'occuper des patients suivis en hospitalisation et des patients suivis en ambulatoire.(HDJ et CMP)
- Projet d'HDJ au CHIMM pour le suivi somatique des patients souffrant de troubles psychiques.
- Prise en charge des soins dentaires des enfants et adolescents pendant l'hospitalisation temps plein au CHTR (Partenariat avec le réseau régional de soins dentaires).

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

III. Accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
Difficulté de prendre en charge l'aspect somatique des personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficultés organisationnelles des établissements de santé mentale en lien avec la prise en charge somatique 2. Difficulté de réaliser l'accompagnement pour des consultations externes pendant l'hospitalisation 3. Insuffisance de médecins généralistes dans des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

ANALYSE DES CAUSES

1. **Difficultés organisationnelles des établissements de santé mentale en lien avec la prise en charge somatique**
 - a. Problématique de la culture : certains psychiatres ne se sentent pas toujours en charge de l'aspect somatique de la prise en charge du patient.
 - b. Absence de sensibilisation et d'implication des équipes sur le suivi somatique
 - Insuffisance des formations des équipes de la psychiatrie sur la prise en charge somatique
 - c. Insuffisance du travail partenarial formalisé par des protocoles et des procédures sur les soins somatiques
 - d. Les rôles des psychiatres et des médecins somaticiens dans un établissement psychiatrique ne sont pas très claires et pas bien définis
2. **Difficulté de réaliser de l'accompagnement pour des consultations externes pendant l'hospitalisation en psychiatrie**
 - a. L'organisation des consultations externes est chronophage
 - b. La difficulté de déplacements de certains patients souffrant de troubles psychiques et de handicaps multiples
 - c. Le coût de transport élevé
 - d. Insuffisance de moyens humains pour accompagner le patient
 - e. Insuffisance d'accompagnement sur les cas complexes de la part de la psychiatrie
3. **Insuffisance de médecins généralistes dans des établissements de santé spécialisés en psychiatrie**
 - a. Problème d'attractivité des établissements de santé en psychiatrie pour recruter des médecins généralistes

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

III. Accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie**4. PISTES DE TRAVAIL****III. L'ORGANISATION DE L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES POUR LES PERSONNES HOSPITALISEES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE SPECIALISES EN PSYCHIATRIE**

1. Accompagner les personnes soignées en psychiatrie à la désignation d'un médecin traitant
2. Avoir des médecins somaticiens en nombre suffisant
3. Avoir des internes de médecine générale en psychiatrie
4. Formalisation des coopérations entre les psychiatres et les somaticiens au niveau du territoire à travers des protocoles et de procédures facilitant l'accès aux soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques
5. Développer des structures pour l'accueil spécifique des patients souffrant de troubles psychiques avec possibilité de groupement de plusieurs examens (Projet d'HDJ au CHIMM)
6. Avoir des consultations avancées en soins somatiques spécialisés dans chaque établissement (dentaire, cardio, ophtalmo, gynéco, addicto...)

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

IV. Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

IV. Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Public concerné: enfants, adolescents, adultes et personnes vieillissantes

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités permettant aux personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social de bénéficier d'un accès à la prévention et aux soins de santé.

Les équipes sociales et médico-sociales s'appuient à cet effet sur les recommandations de l'ANESM « Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux » (avril 2017). Elles s'appuient également sur les recommandations relatives aux comportements problématiques, afin de prendre en compte une possible causalité somatique lors de la survenue de tels comportements.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

En Yvelines Nord, il y a 23 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui ont été autorisés par l'Agence Régionale de Santé.

	Mantes-la-Jolie	Meulan-les-Mureaux	Poissy-Saint-Germain	Montesson	Yvelines	IDF
Nombre de programmes ETP	6	7	7	3	54	804
Densité de programme d'ETP pour 100 000 hab.	3,8	5,1	3	1,2	3,8	6,6

Calculé à partir des données de l'ARS IDF

Source : Liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés (actualisée le 15 janvier 2019), Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction de Inégalités - Département Education thérapeutique du patient, ARS IDF.

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

IV. Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Année de mise en œuvre du programme	Thématique	Intitulé du programme	Nom de la structure
2010	Addictions	Education thérapeutique visant à l'acquisition de stratégies permettant de minimiser l'impact des troubles cognitifs alcoolodépendants sur la qualité de vie des patients présentant des troubles cliniques et infra-cliniques	Centre Gilbert Raby
2011	Addictions	Education thérapeutique et accompagnement du patient alcoolodépendant présentant des troubles du comportement alimentaire associés ou des déséquilibres nutritionnels secondaires à son addiction - à partir d'une approche cognitivo-comportementale et psycho-sensorielle	Centre Gilbert Raby
2016	Diabète	DIABREVAL	Maison de santé pluridisciplinaire de Bréval - Association MSPB
2011	Diabète	Education thérapeutique en alimentation nutrition chez les patients diabétiques	Clinique de Bazincourt
2016	Diabète	Mieux vivre avec votre diabète	Centre municipal de santé de Conflans-Sainte-Honorine
2010	Diabète	Education thérapeutique en pédiatrie : traitement du diabète insulino-dépendant	Centre Hospitalier François Quesnay
2011	Diabète	Education thérapeutique des patients diabétiques : type 1 et 2	Centre Hospitalier Intercommunal Meulan/Les Mureaux
2010	Diabète	Education thérapeutique à l'insulinothérapie fonctionnelle pour les adultes atteints de diabète de type 1	Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain
2010	Diabète	Education thérapeutique pour la prévention des complications et l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de diabète de type 2	Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain

Priorité 3
L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

IV. Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

2010	Diabète	Education thérapeutique à la prévention des complications aiguës et chroniques du diabète et à l'amélioration de la qualité de vie des adultes atteints de diabète au traitement par pompe à insuline externe	Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain
2010	Diabète enfant/adolescent	Parcours d'éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de diabète de type 1 et de leurs parents	Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain
Année de mise en œuvre du programme	Thématique	Intitulé du programme	Nom de la structure
2017	Douleurs chroniques	DOLORISET - Programme d'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique	Centre Hospitalier Intercommunal Meulan/Les Mureaux
2010	Drépanocytose enfant/adolescent	Education thérapeutique de l'enfant drépanocytaire et de sa famille	Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain
2015	Insomnie chronique	Education thérapeutique du sommeil et de la vigilance et prise en charge de l'insomnie, sevrage des hypnotiques	Cabinet Médico-Psychologique des Ibis
2011	Insuffisance rénale	Observance thérapeutique chez le patient insuffisant rénal chronique	Centre d'Hémodialyse de Mantes-la-Jolie
2010	Maladies cardiovasculaires	Education thérapeutique du patient porteur d'une pathologie cardiovasculaire	Centre Cardiologie d'Evécquemont
2010	Maladies cardiovasculaires	Education thérapeutique du patient présentant une affection cardiovasculaire	Clinique Château - Goussonville
2010	Maladies cardiovasculaires	Education thérapeutique du patient sous anticoagulant AVK	Clinique médicale MGEN
2016	Maladies neurologiques	Auto-rééducation chez le patient atteint de sclérose en plaques	Clinique de Bazincourt

Priorité 3**L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins****IV. Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

2010	Maladies rhumatologiques	Education thérapeutique des patients hospitalisés pour une pathologie de l'appareil locomoteur, développée en particulier pour les pathologies rachidiennes et les prothèses de hanches en hospitalisation complète et ambulatoire	Clinique Château - Goussonville
2018	Psychiatrie	L'équilibre alimentaire et physique chez les patients recevant un traitement psychotrope et avec risque de surpoids	Centre Hospitalier Théophile ROUSSEL/Etablissement public de santé mentale interdépartemental
2010	VIH	Education thérapeutique pour les patients infectés par le VIH	Centre Hospitalier François Quesnay
2010	VIH	Education thérapeutique des patients infectés par le VIH	Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain

Priorité 3

L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

IV. Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<p>I. Insuffisance d'actions de prévention pour les personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gynécologue ➤ Alcool, addiction ➤ Diabète ➤ Nutrition ➤ Hygiène des mains ➤ Hygiène buccodentaire... <p>II. Insuffisance d'activités physiques et sportives chez les personnes concernées</p>	<p>1. Absence de culture préventive</p> <p>2. Difficulté d'accès aux activités physiques adaptées pour les personnes concernées</p>

ANALYSE DES CAUSES

- 1. Absence de culture préventive**
 - a. Insuffisance d'information et de communication sur l'importance du suivi somatique
 - b. Insuffisance d'éducation thérapeutique ETP sur la nutrition ou médicaments => manque de visibilité
 - c. Frein culturel sur certaines thématiques (ex. relation sexuelle, contraception...)
- 2. Difficulté d'accès aux activités physiques et sportives adaptées pour les usagers de la psychiatrie**
 - a. Insuffisance d'équipements (parcours santé-sport)
 - b. Absence d'éducateur sportif

4. PISTES DE TRAVAIL

IV. L'ORGANISATION D' ACTIONS DE PREVENTION, D' EDUCATION A LA SANTE ET D' UN SUIVI SOMATIQUE PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

1. Développer des programmes d'éducation pour la santé auprès des personnes concernées
2. Organiser une journée de prévention sur le suivi somatique dans des établissements sanitaires et médicosociaux
3. Organiser une journée sur l'éducation sexuelle pour les publics concernés de la psychiatrie
4. Favoriser l'accès aux sports pour les personnes concernées sur l'ensemble de territoire

PRIORITE 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

- ❖ L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence
- ❖ La permanence des soins et la réponse aux urgences psychiatriques
- ❖ L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

Priorité 4
La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

I. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

I. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

1. ENJEUX

La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte.

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des équipes de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

La prévention de la crise vise notamment les personnes en situation de grande souffrance psychique, n'exprimant pas une demande d'aide ou de soins, par la prise en compte des alertes de l'entourage.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Travail en cours d'élaboration porté par la DT ARS 78 : Protocole d'intervention coordonnée de prise en charge des urgences psychiatriques dans les Yvelines

Recours aux soins sans consentement

En Yvelines Nord, le taux de recours aux soins sans consentement, quels que soient les modes légaux, est globalement plus faible par rapport à la moyenne nationale. Seul les soins à la demande d'un tiers dans la zone d'intervention de Montesson semble être supérieur (99,3 versus 87,2 pour la moyenne nationale.)

Le taux de recours est très faible quel que soit les modes légaux dans la zone de Mantes-la-Jolie.

La part des patients en programme de soins parmi les personnes en soins sans consentement est inférieure par rapport au reste du pays.

Recours aux soins sans consentement pour 100 000 habitants					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Tous modes légaux	19,2	75,4	105,9	134,2	132,9
<i>dont SDRE</i>	9,6	21,9	22,5	21,9	23,1
<i>dont SDT</i>	6,4	49,9	80,5	99,3	87,2
<i>dont SPI</i>	2,1	3,6	7,3	14,4	28,5
Part des patients en programme de soins parmi les personnes en soins sans consentement					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
	27,4%	9,7%	24,0%	29,5%	40,5%

Données issues d'une hospitalisation en 2014, quantités calculées à partir des données nationales

A noter, que peu de mesures d'hospitalisation sans consentement initiées par les maires dans les Yvelines, (5%) qui pourtant peuvent faciliter l'engagement de la mesure.

Priorité 4
La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

I. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<p>I. Manque d'une équipe mobile d'intervention en situation de crise sur le territoire</p> <p>II. Difficulté à faire de la prévention dans le domaine afin d'éviter les situations de crise et d'urgence</p> <p>III. Les familles expriment une difficulté à gérer en cas de crise et d'urgence car elles ne savent pas à qui s'adresser, et « chacun se renvoie la balle »</p>	<p>1. Difficulté d'identification des cas pour faire de la prévention</p> <p>2. Pas assez de suivi sur les lieux de vie des personnes</p> <p>3. Complexité des démarches administratives : freins en cas de crise et d'urgence (agitation, mise en danger...)</p> <p>4. Problématique de l'évaluation psychiatrique d'un patient en crise ou en situation d'urgence</p> <p>5. Pas de protocole de coopération entre les différents acteurs sur le territoire (police, pompiers, Samu, centre 15)</p>

ANALYSE DES CAUSES

- 1. Difficulté d'identification des cas pour faire de la prévention**
 - a. Méconnaissance des signes avant-coureurs de la crise par les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment les acteurs de première ligne => insuffisance de formation de ces acteurs
- 2. Pas assez de suivi sur les lieux de vie des personnes**
 - a. Absence d'une équipe mobile dédiée
 - b. Insuffisance de moyens humains sur les CMP pour faire des visites à domicile
- 3. Complexité des démarches administratives : freins en cas de crise et d'urgence (agitation, mise en danger...)**
 - a. Difficulté à joindre les responsables légaux
 - b. Consentement de la personne
 - c. Difficulté à avoir une autorisation médicale : absence d'évaluation médicale sur place
 - d. Les limites de l'action des professionnels en cas de crise (ex. refus d'ouvrir la porte...)
- 4. Problématique de l'évaluation psychiatrique d'un patient en crise ou en situation d'urgence**
 - a. Evaluation psychiatrique repose toujours sur les psychiatres tandis qu'il y a une pénurie de psychiatre
 - b. Absence d'une évaluation médicale sur place en situation de crise
 - o Il y a un gap entre le danger que la famille ressent et le danger du point de vue de la police. => besoin absolu d'une évaluation médicale
- 5. Pas de protocole de coopération entre les différents acteurs sur le territoire (police, pompiers, Samu, centre 15)**
 - a. Depuis un an, et sous l'égide de la DTARS, un groupe travaille pour l'écriture d'un protocole entre les différents acteurs du territoire

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Deux niveaux de réponses :*
 - 1- *La crise psychiatrique*
 - 2- *La crise psychosociale – qui sont les acteurs de terrain qui repèrent la crise psychosociale ? Ils ne sont pas forcément des médecins et des paramédicaux. Ce sont des acteurs de 1ere ligne (sociaux ou médico-sociaux)*
- *Difficulté d'avoir une autorisation médicale pour décider : absence de médecin qui constate sur place. Exemple d'une patiente délirante qui refuse d'être hospitalisée. => 3 semaines d'attente pour que le médecin se déplace à domicile pour faire un certificat d'hospitalisation sous contrainte.*
- *Qui intervient en cas de crise chez un patient ? (Police ? pompier ? services psychiatriques ?) Comment amener la personne aux soins ?*
 - *Dans certains cas, la police refuse d'intervenir car ce n'est pas son champ d'intervention. Les pompiers ou police n'ont pas de formation médicale et les CMP n'interviennent pas pour les patients qui ne sont pas connus.*
- *Il n'y a pas de médecin qui constate sur place et cela rend encore plus complexe la situation.*
- *Famille en danger : il y a un gap entre le danger que la famille ressent et le danger du point de vue de la police. Le danger réel et le danger ressenti : deux évaluations différentes => l'évaluation médicale sur place des patients en situation de crise et d'urgence est nécessaire !*

4. PISTES DE TRAVAIL

I. L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE SUR LES LIEUX DE VIE DES PERSONNES, EN PREVENTION DE LA CRISE ET EN CAS DE CRISE ET D'URGENCE

1. Formation des acteurs du médicosocial, curateurs, tuteurs, éducateurs, médecins libéraux pour permettre de distinguer la crise psychosociale de la crise psychiatrique.
 - Enseignement postuniversitaire EPU médecins : formation pour les médecins généralistes à la psychiatrie
 - Formation familles, aidants, groupes de parole d'aide aux aidants => qui fait cette formation ? comment on fait connaître ? chaque établissement peut communiquer sur ce qu'il fait.
 - Formation sur les TSA, la crise et l'urgence = symptôme, le parcours de soins, Psychoéducation, guidance parentale
2. Avoir un réseau pour améliorer la fluidification des parcours
 - Organisation des formations
 - Communication et information auprès des acteurs
3. Anticiper les transitions aux différents âges (notamment chez les enfants et adolescents) ce point se décline dans différents points des priorités car présent à différent stade du parcours
4. Inclusion dès que le besoin se fait sentir par les professionnels et que c'est une prise en charge multidisciplinaire
5. Travail de réflexion en cours sur l'élaboration d'un protocole d'intervention coordonnée pour la prise en charge des urgences psychiatriques.
6. Prévenir les ruptures et pouvoir permettre la prise en charge précoce tout en valorisant le travail de la coordination
7. Améliorer l'accès aux soins en ville :
 - Augmentation des moyens,
 - Remboursement des soins psychologiques, psychomotricités en libéral,
 - Révision des salaires des orthophonistes, psychologues etc.
8. Développement de la télémédecine (envisageable pour les patients connus) et la téléconférence pour les réunions partenariales, et pour le travail de réseau

II. La permanence des soins et la réponse aux urgences psychiatriques

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale prévoit l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L.3221-5-1 du Code de la santé publique, afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la personne concernée.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Equipements

- ✓ 3 services d'urgences sur Yvelines Nord (Mantes-la-Jolie, Meulan-les-Mureaux, Poissy)
- ✓ 2 services d'urgences pédiatriques sur Yvelines Nord (Mantes-la-Jolie, Poissy)

Admission par les urgences

En Yvelines Nord, la part des admissions en psychiatrie après passage par les urgences est inférieure au niveau national aussi bien pour les troubles sévères et persistants que pour les troubles de l'humeur, sauf sur la zone d'intervention du CHIMM où cette part est plus élevée en ce qui concerne les troubles de l'humeur.

Part des admissions en psychiatrie après passage par les urgences					
Pathologie	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	4,2%	23,0%	1,9%	8,4%	15,3%
Troubles sévères et persistants	5,3%	15,3%	1,2%	12,3%	18,3%

Source : Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<p>I. Problème de permanence de soins et d'accès à une évaluation psychiatrique sur le territoire</p> <p>II. Problème de réponse aux urgences pédopsychiatriques</p> <p>III. Difficultés rencontrées par l'ensemble des acteurs dans la prise en charge des urgences psychiatriques relatives à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sécurisation de l'intervention des professionnels, ○ Mobilisation d'un médecin pour le certificat médical, ○ Mobilisation d'un moyen de transport du patient ○ Mobilisation des forces de l'ordre pour les patients potentiellement dangereux ○ Sur-sollicitation du SAMU et du SDIS ○ Difficultés de prise en charge par les professionnels de santé au vu de l'augmentation de l'activité 	<p>1. Pénurie de psychiatres, de pédopsychiatres et de professionnels paramédicaux</p> <p>2. Difficulté à trouver une place d'hospitalisation en urgence</p> <p>3. Difficultés à gérer l'urgence et la fluidification du parcours de soin des enfants et adolescents</p>

ANALYSE DES CAUSES**1. Pénurie de psychiatres, de pédopsychiatres et de professionnels paramédicaux**

- Organisation du dispositif de soins qui repose « trop » sur les médecins (évaluations, gestion de lits etc.)
- Problème de l'attractivité lié à :
 - L'organisation médicale de l'établissement
 - Une « concurrence » financière. Certains établissements proposent des salaires concurrentiels, et attirent ainsi les médecins qui préfèrent postuler là où ils sont mieux rémunérés

2. Difficulté à trouver une place d'hospitalisation en urgence

- Absence de gestionnaire de lits
- Insuffisance de structures adaptées
 - Manque de lits d'hospitalisation post-urgences (UHCD) et de crise
 - Manque de structure psychosociale pluridisciplinaire proposant une prise en charge psychique, sociale, somatique et éducative...
- Limite de la sectorisation

3. Difficultés à gérer l'urgence et la fluidification du parcours de soin des enfants et adolescents

- Le passage aux urgences n'est pas adapté pour certaines situations de crises des ados avec des comportements agressifs.
- Absence d'équipes pédopsychiatriques aux urgences / de permanence pédopsychiatrique
- Insuffisance de lits d'hospitalisation de crise pour les jeunes en situation de troubles massifs et pour des enfants avec des troubles du comportement majeur avec agitation violence, besoin de structures psychosociales pluridisciplinaires
- Délais d'attente (3 mois) pour orienter les enfants des services de pédiatrie à des services psychiatriques. Il n'y a pas de date d'hospitalisation en psychiatrie infantile.
- Délais d'attente extrêmement long également quand il s'agit des demandes d'hospitalisations à partir des CMPI, ce qui est encore plus difficile à supporter car les patients sont maintenus à domicile, avec le risque que cela entraîne. La plupart des patients suivis dans les CMPI sont accueillis par les consultants en cas de crise/urgence pour éviter les passages aux urgences.
- Certains cas ne relèvent pas de la pédiatrie pour les pédiatres et pas de pédopsychiatrie pour les pédopsychiatres. Ce sont des situations pour lesquelles, il n'y a aucun débouché

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

II. La permanence des soins et la réponse aux urgences psychiatriques

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *La place de ces enfants n'est pas aux urgences. Au regard de leurs troubles du comportement, ils vont être contentonnés et leur traitement est plus maltraitant qu'autre chose au regard des moyens pour gérer ces crises au niveau des urgences pédiatriques. Ça aggrave leur situation.*
- *Problème de transfert, absence de psychiatre sur site. Obligé de transférer un patient pour voir un psychiatre*
 - *Clinique de Maisons Lafitte (Hôpital des courses) nous transfère des patients car ils n'ont pas de psychiatre.*
 - *Hôpitaux sans psychiatre la nuit*
- *Une dame âgée est venue pour être hospitalisée en psychiatrie (un pas vers la psychiatrie) mais elle ne relevait pas du secteur et était retournée au domicile tandis qu'il y avait des lits disponibles.*
- *Les enfants arrivent des fois sans les parents. Ils ne veulent plus les reprendre à la maison, car ils ne peuvent plus gérer le quotidien avec eux.*
- *En pédopsychiatrie, en dehors des heures de journée, il n'y a plus de permanence de garde. Pas de permanence de soins pédopsychiatrique. Les gardes psychiatriques adultes ne concernent pas les moins de 16 ans. Certains hôpitaux n'ont plus du tout de permanences psychiatriques.*

4. PISTES DE TRAVAIL

II. L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS ET D'UN DISPOSITIF DE REPONSE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

1. Coordonner la prise en charge par les différents acteurs dans l'objectif de :
 - Rendre les différentes interventions plus efficaces et de les faciliter
 - Sécuriser ces interventions, pour le personnel soignant et les proches notamment
 - Améliorer les conditions de prise en charge du patient
2. Connaissance mutuelle des acteurs, leurs modalités d'intervention et leurs contraintes et difficultés afin de favoriser le travail en commun.
 - Première phase de travail sur le partage des difficultés et la connaissance mutuelle des interventions
 - Deuxième phase de propositions d'organisation, sur la base du retex Normandie.
3. Création d'une équipe mobile de crise pour tout âge
4. Réflexion autour d'action coordonnée sur la permanence de soins sur deux bassins des Yvelines Nord
 - Poissy/ Montesson
 - Meulan-les-Mureaux/ Mantes
5. Créer une unité d'hospitalisation courte durée (UHCD) pour les enfants, ados et adultes
6. Renforcement des moyens humains en commençant par les postes vacants : travailler sur l'attractivité des médecins, des IDE et des professionnels paramédicaux
 - Proposer un temps d'intégration et de formation pour les nouveaux arrivants
 - ✓ Parcours d'intégration en psychiatrie : comment mener un entretien un patient psychiatrique ?
 - ✓ Mettre en place un tutorat
 - Proposer des formations des internes pour les médecins (ex. intervention sur un patient agité)
7. Avoir des gestionnaires « non médical » de lits dans les hôpitaux
8. Avoir un numéro unique territorial sur deux bassins :
 - Poissy/ Montesson - Meulan-les-Mureaux/ Mantes

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

1. ENJEUX

La sortie d'hospitalisation doit s'accompagner de toutes les conditions permettant de maintenir les soins nécessaires et d'éviter le retour à une situation de crise. Une personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique doit ainsi bénéficier d'un suivi ambulatoire.

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités d'organisation pour que la personne bénéficie d'une continuité de son suivi, en lien avec les équipes intervenant ou étant intervenues dans son parcours de santé.

L'organisation du suivi et du maintien du contact au plus près du lieu de vie concerne particulièrement les personnes ayant été hospitalisées après une tentative de suicide.

2. DONNEES CHIFFREES

Suicide et mortalité

Le département des Yvelines a un taux de mortalité par suicide (11,44) inférieur au niveau national (15,53) pour 100 000 habitants, mais ce taux reste élevé dans l'ouest du département. Une vigilance spécifique à mettre en place dans cette partie du territoire.

Le taux de recours (18-64 ans) pour tentative de suicide est de 0,9 en Yvelines contre 1,5 en France.

Le taux de recours pour tentative de suicide des 65 ans et plus est de 4,1 pour 10 000 habitants en Yvelines, inférieur à la moyenne française (5,4) en 2015.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans est de 9,2 pour 10 000 habitants de 12 à 18 ans en Yvelines, également inférieur au taux national (16,1) en 2015.

Dispositif VIGILAN'S sur le territoire des Yvelines

Indicateurs	Yvelines	France
Taux de mortalité par suicide (période 2010-2013)	11,44	15,53
Taux de recours (18-64 ans) pour tentative de suicide (2015)	0,9	1,5
Taux de recours pour tentative de suicide des 65 ans et plus pour 10 000 habitants (2015)	4,1	5,4
Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans (2015)	9,2	16,1

Source : PMSI-MCO-2015

Taux de réhospitalisation

Le taux de ré hospitalisation à 30 jours pour les troubles de l'humeur est proche du taux national avec une variation infra territoriale qui montre qu'au CHIMM et au CHTR ce taux est bien inférieur au taux national. En ce qui concerne les troubles sévères, le taux est élevé dans l'ensemble du territoire, notamment dans la zone d'intervention de Poissy-Saint-Germain. En effet, plus de 50% des patients sont ré hospitalisés dans les 30 jours suite à une première hospitalisation en Yvelines Nord, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (11,1%). Un patient sur deux ré hospitalisé, paraît un taux excessif et on s'interroge sur la qualité du recueil, ou bien sur l'existence d'un biais par exemple des sorties autorisées dépassant 48h ?

Taux de réhospitalisation à 30 jours					
	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	11,5%	5,9%	10,8%	7,0%	11,0%
Troubles sévères	15,6%	12,0%	50,0%	20,6%	11,1%

Données issues d'une hospitalisation en 2016, quantités calculées à partir des données nationales

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

Suivi aval – consultation ambulatoire

Moins d'un patient sur deux hospitalisé pour un trouble de l'humeur et moins d'un sur 3 hospitalisé pour un trouble sévère a eu une consultation ambulatoire, en ville ou en CMP dans les 15 jours suivant la sortie de l'hospitalisation. Ces taux, relativement bas sont inférieurs à la moyenne nationale et soulignent un effort à faire dans ce champ par rapport à ce qui se fait notamment dans le champ somatique.

Part des personnes hospitalisées ayant eu au moins une consultation ambulatoire (psychiatre ou médecin généraliste ou CMP) dans les 15 jours suivant la sortie de l'hospitalisation

	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	39,4%	47,8%	39,3%	49,4%
Troubles sévères	N/A	27,9%	32,5%	37,5%	43,4%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Suivi aval – consultation spécialisée (psy ville ou CMP)

En Yvelines Nord, plus de 44,2% des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur n'ont eu aucune consultation spécialisée en psychiatrie dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (41,8%).

La part est également plus élevée pour des troubles sévères, sauf la zone de Poissy (CHIPS-38,3%), par rapport au niveau national (40,0%).

Ce taux est le plus significatif dans la zone de Meulan-les-Mureaux (61,1% pour troubles de l'humeur et 67,4% pour troubles sévères).

Cela souligne une amélioration à faire en termes de suivi psychiatrique en sortie d'hospitalisation.

Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation spécialisée (psychiatre ou CMP) en psychiatrie dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation

	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	61,1%	44,2%	44,5%	41,8%
Troubles sévères	N/A	67,4%	38,3%	49,7%	40,0%

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

Suivi aval – consultation avec un professionnel de santé pour un problème de santé mentale (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes)

En Yvelines Nord, environ 11% des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur et 18% pour des troubles sévères n'ont pas eu une consultation avec un professionnel de santé (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes) pour un problème de santé mentale 1 an après la sortie d'hospitalisation.

Part des personnes hospitalisées n'ayant eu aucune consultation pour un problème de santé mentale (psy ville, CMP ou médecin généraliste avec délivrance de psychotropes) dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation

	CHFQ	CHIMM	CHIPS	CHTR	France
Troubles de l'humeur	N/A	12,0%	8,3%	13,1%	N/A
Troubles sévères	N/A	20,4%	15,4%	18%	N/A

Données issues d'une hospitalisation initiale en 2012 ou 2013, calculés à partir des données nationales

On constate également que les personnes vont plus vers les médecins généralistes pour un problème de santé mentale que les soins spécialisés (psy ville ou CMP) après l'hospitalisation en psychiatrie.

Priorité 4

La prévention et la prise en charge
des situations de crise et
d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y
compris suite à une tentative de suicide)

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
Difficulté d'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance de lien avec les médecins généralistes et les médecins référents du patient 2. Problèmes de sortie sans RDV ou sans orientation 3. Absence de coordinateur du parcours patient après l'hospitalisation 4. Insuffisance de solutions pour les enfants et adolescents à la sortie d'hospitalisation

ANALYSE DES CAUSES

- 1. Insuffisance de lien avec les médecins généralistes et les médecins référents du patient**
 - a. Insuffisance de temps et de moyens pour le travail de coordination (organisation de la sortie, lien avec le médecin généraliste etc.)
 - b. Absence de médecins traitants
 - c. Absence de médecins dans la structure d'hébergement du patient
- 2. Problèmes de sortie sans RDV ou sans orientation**
 - a. Insuffisance de temps pour préparer la sortie du patient
 - b. Refus de suivi à sa sortie
 - c. Patient sans domicile fixe. Quelle réponse à apporter ?
 - d. Peu de libéraux, problème financiers (remboursement)
- 3. Absence de coordinateur du parcours patient après l'hospitalisation**
 - a. Qui va coordonner pour ces patients ?
- 4. Insuffisance de solutions pour les enfants et adolescents à la sortie d'hospitalisation**
 - a. Pas d'aval pour d'autres lits d'hospitalisations pour toute une partie des patients relevant de la pédopsychiatrie et qui ne peuvent pas être maintenus à domicile, ni foyer....
 - b. Absence de solution suffisante dans le secteur médico-social en amont et en aval : Accès difficile au médico-social par la MDPH : démarches très longues, listes d'attentes
 - c. Manque de structure psycho-sociale pluridisciplinaire qui puisse prendre en charge ces enfants dès le passage aux urgences, voire avant.

Priorité 4

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *EX. Un jeune homme a fait une tentative de suicide chez ses parents. Il a été hospitalisé en psychiatrie. A sa sortie sa famille ne souhaite plus reprendre le jeune homme. Il se retrouve en MAS.*
- *Un patient sorti de l'hospitalisation, est hébergé dans une structure éloignée de son CMP. S'il y aura une situation d'urgences, qui interviendra sachant que son CMP est trop loin.*
- **Pas de périmètre bien défini :**
Qui va coordonner pour ces patients ? Qui fait le lien avec le médico-social ? On ne sait pas qui fait quoi. Les patients sortent sans suivi. Il n'y a pas de coordinateur à l'externe.
 - *Insuffisance de coordination ville-hôpital quand il est en hospitalisation. Quand il est chez lui, qui coordonne ? Est-ce que c'est le médecin traitant ?*
- *Peu de psychologues qui acceptent de travailler compte tenu des responsabilités => attractivité (moins en moins présents à l'ASE etc.) (Dans certains pays, les psychologues font les évaluations et les médecins interviennent en cas de besoin) => peu valorisé le travail des psychologues.) => améliorer l'offre*

4. PISTES DE TRAVAIL

III. L'ORGANISATION DU SUIVI EN SORTIE D'HOSPITALISATION (Y COMPRIS SUITE A UNE TENTATIVE DE SUICIDE)

1. Développer les programmes de psychoéducation pour permettre aux patients de consolider la prise de conscience. Notamment, il faut travailler en intra hospitalier pour éviter la rupture de soins en ambulatoire.
2. Evaluation sociale systématique pour tous les patients hospitalisés dès le début de leur hospitalisation par une assistante sociale qui coordonne aussi la sortie du patient avec le médecin traitant, le médecin psychiatre, le CMP, les partenaires
3. Eviter les sorties de l'hôpital sans RDV extérieur
 - Soit un RDV au CMP avec un médecin ou IDE
 - Soit en libéral
 - Soit en addictologie etc.
4. Prévoir des visites à domicile pour les patients connus si le patient ne revient pas à son RDV => 'Ne pas laisser pourrir la situation'
5. Création d'un poste non médical de « Coordonnateur de parcours » ou « gestionnaire de cas » (s'inspirer du modèle MAIA) qui met du lien entre l'hôpital, l'extérieur et la famille dans le suivi médical, social et médico-social du patient
6. Prévention des tentatives de suicide :
 - Dispositif VIGILANS
 - Eviter les sorties sans entretien familial ou avec l'entourage du patient
 - Développement des équipes mobiles, exemple : équipe mobile pour les personnes qui sont en rupture de soins
7. Avoir un réseau numérique (internet, intranet qui permet de diffuser les informations) de façon à construire un réseau et à diffuser les informations

Priorité 4**La prévention et la prise en charge
des situations de crise et
d'urgence****III. L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y
compris suite à une tentative de suicide)****ACTIONS PROPOSEES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL
Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)**

- Création d'un poste non médical de « Coordonnateur / référent Parcours de soins »
- qui est en lien avec la famille dans le suivi médical, social et médicosocial du patient. (Ex. réseaux oncopédiatrie). Ce poste pourrait être rattaché à une association ou à la maison des ados ou à une instance (à créer)
- Création d'une équipe mobile qui permettrait de définir et d'évaluer la crise (crise médicosociale ou crise psychiatrique) et d'orienter
- Hospitalisation post urgence UHCD (24h-72h) sur le territoire. Par ex. Unité de médecine pour adolescents. Cela permettrait de faire une évaluation globale du symptôme qui est très bruyant. Des fois l'hospitalisation en pédopsychiatrie n'est pas adaptée. Cette unité peut être dans un hôpital général avec un pédopsychiatre (par ex. mis à disposition par une convention). Il faut les deux compétences : pédopsychiatrie et pédiatrie. Il y a beaucoup de crise médicosociale => Il faut ouvrir des structures d'aval pour ne pas emboliser l'hospitalisation d'urgence. Les crises médicosociales peuvent générer de la souffrance psychique...
- Formations à destination des médecins généralistes : Les EPU, des formations en présentiel avec des organismes qui sont autorisée par l'OGDPC permettant une indemnisation de 21h de formation par an par médecin indemnisé, des formations en e-learning...
- Monter un réseau PTSM pour la communication => ex. un site internet où on trouve des formations

PRIORITE 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

- ❖ Le respect et la promotion des droits
- ❖ La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques
- ❖ Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches
- ❖ Le développement des modalités de soutien par les pairs

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

I. Le respect et la promotion des droits

I. LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS

1. ENJEUX

Il s'agit d'un enjeu de société.

« Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de promouvoir les droits fondamentaux, les droits sociaux et économiques des personnes présentant des troubles psychiques et d'en renforcer l'effectivité. »

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Difficulté d'accès aux droits et perte de chance.	1. Méconnaissance des droits fondamentaux : a. Par la personne concernée elle-même b. Par l'entourage c. Par les professionnels 2. Insuffisance du travail en partenariat avec la MDPH
II. La législation pour la promotion des droits existe mais son application sur le terrain est inégale et non évaluée	Sur le terrain, la pratique vise à respecter la loi, mais : 1. La culture des droits des personnes concernées n'est pas suffisamment acquise par tous les acteurs. 2. La culture de l'évaluation n'est pas assez développée.
III. Difficulté à mettre en place des tutelles et des curatelles	1. La demande et la décision prennent du temps 2. Les personnes mettent elles-mêmes un temps parfois important à se décider

ANALYSE DES CAUSES

I. Difficulté d'accès aux droits et perte de chance

1. Méconnaissance des droits fondamentaux :

a. Par la personne concernée elle-même

- i. Insuffisance d'information
- ii. Insuffisance d'accompagnement
- iii. Manque de motivation
- iv. Non demande
- v. Fatigabilité, besoin d'aide et de soutien

b. Par l'entourage familial et les proches

- i. Insuffisance d'information
- ii. Insuffisance d'accompagnement et de soutien
- iii. Complexité du système
- iv. Illisibilité
- v. Fragmentation notamment en ce qui concerne le financement
- vi. Rigidité des règles

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

I. Le respect et la promotion des droits

c. Par les professionnels

- i. Insuffisance de formation
- ii. Insuffisance de sensibilisation
- iii. Approche spécialisée par métier, mission, pathologie au détriment d'une approche globale de la personne et de ses besoins

2. Insuffisance du travail en partenariat avec la MDPH

a. Méconnaissance du fonctionnement de la MDPH par les acteurs

- i. Déficit d'information
- ii. Complexité du système
- iii. Charge de travail
- iv. Difficulté à s'approprier les outils
- v. Les changements dans les organisations (réformes)

II. La législation pour la promotion des droits existe, mais son application sur le terrain est inégale et non évaluée

1. La promotion des droits des usagers dans les établissements SSMS est une démarche dictée par la réglementation plus qu'une démarche culturelle

a. La culture du respect des droits des usagers n'est pas suffisamment acquise par tous les acteurs.

- i. Méconnaissance des droits
- ii. Insuffisance de sensibilisation
- iii. Approche par tâches, métiers au détriment d'une approche globale
- iv. Charge de travail

b. La culture de l'évaluation n'est pas assez développée.

- i. Les politiques de promotion des droits sont contrôlées par la HAS, le Contrôleur Général des lieux de privation des libertés dans les établissements de santé et par l'évaluation externe obligatoire dans les ESMS mais pas assez par une démarche culturelle : (aucun programme de QualityRights sur le territoire)

III. Difficulté à mettre en place des tutelles et des curatelles

1. La demande et la décision prennent du temps

- a. Délai de RV au tribunal
- b. Parcours administratif complexe et lourd
- c. Habilitation familiale compliquée

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

I. Le respect et la promotion des droits

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Difficulté d'accès à un médecin traitant : quand on a un patient qui n'a pas de médecin traitant et / ou de tutelle/ curatelle => la prise en charge et l'orientation en sont largement complexifiées. Il y a une problématique de démographie médicale importante sur le territoire qui majore ces difficultés.*
- *Absence de détection précoce qui cause une absence d'accès aux droits communs. Une personne n'arrive pas à se faire comprendre devant la porte de la CAF*

3. PISTES DE TRAVAIL

I. Le respect et la promotion des droits

1. Développement de partenariats avec les acteurs de l'accès aux droits notamment avec la MDPH, afin d'améliorer l'accès aux droits à compensation et prestations (AEEH, AAH, PCH, RQTH42) et pour les plus démunis, obtention de la CMU, de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire, droit au logement opposable...
2. Formations croisées des professionnels dans chaque secteur. Ex. formations des magistrats, etc. et développement de partenariats afin de mettre en place des circuits courts pour faciliter l'accès au droit des personnes concernées.
3. Création de « life coach » pour accompagner les personnes dans les démarches
4. Développer des lieux d'information sur les procédures
5. Développer la culture de l'évaluation notamment du respect des droits afin d'être dans une démarche d'amélioration (programme Qualityrights)

⁴² Allocation d'éducation d'enfant handicapé, allocation d'adulte handicapé, prestation de compensation du handicap, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

II. La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

II. LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES TROUBLES PSYCHIQUES

1. ENJEUX

- ✓ La stigmatisation engendrée par les préjugés et stéréotypes entretenus autour des troubles psychiques (dangerosité, incurabilité, irresponsabilité, asocialité, déficience intellectuelle...) engendrent des conséquences sur le plan personnel (baisse de l'estime de soi, sentiment de honte, de culpabilité, d'infériorité), sur le plan social (exclusion du monde du travail, difficultés à obtenir un logement, perte des droits civiques pour les personnes sous tutelle ou curatelle, difficultés d'adaptation, marginalisation) et sur le plan des soins (difficultés d'accès aux soins, abandons thérapeutiques, manque d'information).
- ✓ Le projet territorial de santé mentale identifie des actions visant à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques afin de favoriser l'estime de soi et l'insertion.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
La stigmatisation : Citée à tous les niveaux comme étant une des causes de difficultés, des personnes souffrant de troubles psychiques, à accéder aux droits et aux accompagnements. (soins, logement, scolarité, emploi, activités etc.)	<ol style="list-style-type: none">1. Représentation de la psychiatrie2. Représentation « économique » de l'homme dans la société3. Méconnaissance de la pathologie psychiatrique4. Exigence de sécurité avec risque zéro !

ANALYSE DES CAUSES

1. **Représentation de la psychiatrie**
 - a. Son histoire
 - b. Son approche, sa clinique et sa pratique (quelquefois contestées)
2. **Méconnaissance de la pathologie psychiatrique**
 - a. Méconnaissance des progrès dans les prises en charge
 - b. Evolution et transformation lente des établissements pour intégrer les progrès médicaux et organisationnels dans le domaine
 - c. Absence de sensibilisation et de formation aux premiers secours en santé mentale à l'instar d'autres pays comme l'Australie
 - d. Confusion et interactions complexes avec les addictions
3. **Représentation « économique » de l'homme dans la société**
 - a. Rentabilité
 - b. Individualisme
 - c. Notion d'assistance et perception des personnes ayant des troubles psychiques comme personne « à charge » excluant ce qu'elles peuvent représenter comme « ressources »
4. **Exigence de sécurité avec risque zéro !**
 - a. Amalgame : malade, délinquant et terroriste etc.
 - b. Les médias : souvent à scandale avec une image négative de la psychiatrie

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

II. La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Rejet de la société vis-à-vis des personnes ayant un trouble psychique renforce l'isolement et met à l'écart ces personnes. Le handicap psychique n'a pas la même image au regard de la population que celle du handicap physique, une image plus négative.*
- *Retard par rapport à d'autres pays en termes de sensibilisation et déstigmatisations*
- *Méconnaissance de la pathologie entraîne la peur, la peur entraîne des freins et les freins mettent à mal le parcours*
- *Absence de formation pour les personnes qui sont en contact avec les personnes représentant un handicap psychique.*
 - *Initiatives « Premiers secours en santé mentale » non démocratisées, à étendre à toutes les administrations et entreprises => problème de financement et de temps. Dans beaucoup de pays nordiques et en Australie : il y a des formations sur les premiers secours en santé mentale : elles ne sont pas généralisées en France.*
 - *Des kits de sensibilisation sont également utilisés dans d'autres pays.*
- **Acceptation de la MDPH et du handicap**
 - *Malgré les obligations des employeurs et l'emploi accompagné (« job coach »), le système est loin d'être parfait.*

3. PISTES DE TRAVAIL

II. La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

1. Formation aux premiers secours en santé mentale pour tous les acteurs
2. Kits de sensibilisation sur la santé mentale à généraliser
3. Campagnes d'information de proximité, en particulier dans les écoles, collèges et les lycées, afin de changer les représentations sociales
4. Espaces d'échanges et de partages entre personnes concernées, familles, professionnels
5. Les initiatives engagées les conseils locaux de santé mentale
6. La mobilisation des acteurs de santé mentale et des partenaires (médias, élus,...) lors des semaines d'information en santé mentale
7. Communication dans les médias et représentation de la population atteinte de troubles mentaux dans des films, TV etc. Ces publics doivent être représentés. (charte de déontologie)
8. Label des entreprises sensibilisées aux troubles psychiques

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

III. Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

III. LE RENFORCEMENT DU POUVOIR DE DECIDER ET D'AGIR DES PERSONNES, LA PROMOTION DE LEUR IMPLICATION ET DE CELLE DE LEURS PROCHES

1. ENJEUX

« Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes ayant des troubles psychiques, communément appelé « empowerment », répond à l'objectif de promotion de la citoyenneté et des capacités de ces personnes. L'empowerment repose sur le renforcement des compétences personnelles et de l'estime de soi, à travers une approche positive de la santé mentale mettant en avant la possibilité de construire sa vie malgré la maladie. »

Le projet territorial de santé mentale vise à impliquer les personnes ayant des troubles psychiques et celle de leurs proches dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur parcours de santé et de vie afin d'améliorer leur état de santé psychique et de leur rétablissement.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Le manque de confiance en soi, sentiment d'infériorité, de honte etc. est quasiment présente et constatée chez les personnes souffrant de troubles psychiques.	<ol style="list-style-type: none">1. L'Autostigmatisation2. Insuffisance d'accompagnement et de soutien
II. L'empowerment n'est pas très répandu dans les pratiques professionnelles.	<ol style="list-style-type: none">1. « Empowerment » : concept nécessitant un changement de regard et de posture.
III. L'éducation thérapeutique et la psychoéducation, ne sont pas suffisamment développés	<ol style="list-style-type: none">1. Insuffisance de temps, de compétences, et de moyens2. Programme exigeant à monter et pas suffisamment de mutualisation
IV. La participation des personnes concernées dans la construction de leurs projets de vie n'est pas toujours effective	<ol style="list-style-type: none">1. Approche de suppléance au détriment d'une approche partenariale avec le patient

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

III. Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

ANALYSE DES CAUSES

I. Le manque de confiance en soi, sentiment d'infériorité, de honte etc. est quasiment présente et constatée chez les personnes souffrant de troubles psychiques

1. L'Autostigmatisation

- a. En réaction à une société stigmatisante
- b. Engendre une non demande et un isolement

2. Insuffisance d'accompagnement et de soutien

- a. Difficulté à faire face à un système cloisonné, complexe et inaccessible
- b. Difficulté à faire face à la multiplicité d'acteurs non coordonnés
- c. Cercle vicieux qui renvoie une image « d'incapacité » renforçant le manque de confiance en soi
- d. Accompagnement par suppléance que par partenariat avec la personne et sa famille

II. L'empowerment n'est pas très répandu dans les pratiques professionnelles

1. « Empowerment » : concept nécessitant un changement de regard et de posture

- a. Dans la relation de soins
- b. Dans l'accompagnement
- c. Nécessite un engagement des professionnel et de la personne elle-même et de son entourage familial

III. L'éducation thérapeutique et la psychoéducation, ne sont pas suffisamment développés

1. Insuffisance de temps, de compétences, et de moyens
2. Programme exigeant à monter et pas suffisamment de mutualisation

IV. La participation des personnes concernées dans la construction de leurs projets de vie n'est pas toujours effective

1. Approche de suppléance au détriment d'une approche partenariale avec le patient lié à :
 - a. L'exigence en temps pour informer, s'assurer de la compréhension et recueillir l'accord
 - b. Insuffisance de sensibilisation
 - c. Une posture de sachant

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

III. Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

3. PISTES DE TRAVAIL

III. Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

1. Développement de l'éducation thérapeutique du patient et de la psychoéducation
2. Promotion de la co-construction avec la personne de son projet de soins et de vie
3. Promotion de l'expression des personnes concernées, au niveau individuel et institutionnel (formation à la prise de parole, participation aux instances de gouvernance des établissements et aux instances de démocratie sanitaire)
4. Prise en compte du savoir expérientiel des personnes et de leurs proches
5. Evaluation de la satisfaction des personnes concernées par rapport à la qualité des soins et accompagnements dans les services

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

IV. Le développement des modalités de soutien par les pairs

IV. LE DEVELOPPEMENT DES MODALITES DE SOUTIEN PAR LES PAIRS

1. ENJEUX

La « pair-aidance » consiste en une aide apportée par des personnes qui rencontrent des difficultés similaires et sont donc à même d'apporter un soutien, une écoute et un partage d'expériences. Ce partage vise à permettre aux personnes de sortir de l'isolement en reconstruisant des liens sociaux et en reprenant confiance en leurs capacités. L'individu est ainsi à même de passer du statut de patient à celui d'acteur de son parcours.

Il s'agit d'un levier essentiel de la mise en œuvre de parcours de vie de qualité.

Le projet territorial de santé mentale promeut le développement de modalités de soutien par les pairs et notamment le renforcement des groupes d'entraide mutuelle conformément au cahier des charges de ces dispositifs fixé par l'arrêté du 18 mars 2016.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Il y a 5 groupes d'entraide mutuelle /GEM/ implantés en Yvelines Nord avec une fréquentation moyenne d'une quarantaine de personnes par GEM, soit un total de 180 à 220 adhérents.

- Les Mureaux
- Poissy
- Conflans-Sainte-Honorine
- Mantes-la-Ville
- Sartrouville

Priorité 5

Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

IV. Le développement des modalités de soutien par les pairs

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS

- I. La pair-aidance, n'est pas développée sur le territoire**
- II. Absence d'association d'utilisateurs sur le territoire**
- III. Pas suffisamment de GEM sur le territoire**

ANALYSE DES CAUSES

- I. La pair-aidance, n'est pas développée sur le territoire**
 - a. Insuffisance de sensibilisation
 - b. Insuffisance de formation
 - c. Changement culturel
- II. Absence d'association d'utilisateurs sur le territoire**
 - a. Insuffisance de soutien pour le développement des associations d'utilisateurs
 - b. Insuffisance de formation
- III. Pas suffisamment de GEM sur le territoire**
 - a. Problème de financement
 - b. Problème d'animation : turnover
 - c. Problème d'accompagnement et de soutien

4. PISTES DE TRAVAIL

IV. Le développement des modalités de soutien par les pairs

1. Développer la pair-aidance et valoriser l'expérience des pairs aidants en leur donnant une place ou un statut au sein des institutions. Les accompagnants et/ou les patients experts pourraient nous enrichir de leurs expériences.
2. Créer de nouveaux GEM
3. Impliquer plus les adhérents dans la gestion du GEM (information sur les finances, créations d'activités nouvelles, ...)
4. Renforcer la coopération entre GEM
5. Former les membres du bureau de l'Association des adhérents du GEM pour une plus grande initiative, une plus grande autonomie, une plus forte participation citoyenne.

PRIORITE 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

IDENTIFICATION DES PROBLEMES EN LIEN AVEC LES DETERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE

1. ENJEUX

La santé mentale des individus est influencée par les milieux dans lesquels s'inscrivent et se développent les parcours de vie. Les conditions économiques, le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de logement et de travail, l'accès à la protection sociale, à la prévention et aux soins, le respect des droits de l'homme, la précarité, l'exclusion, la stigmatisation sont autant de facteurs sociaux, sociétaux et environnementaux qui impactent fortement la santé mentale des individus et des populations.

Le projet territorial de santé mentale s'attelle à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive.

Le groupe de travail PTSM78N s'appuyant sur un cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants élaboré au Québec, a identifié les 4 familles de déterminants suivants :



Source : *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – résultat d'une réflexion commune, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2010*

- **Les caractéristiques individuelles** : biologiques, comportementales, habitudes de vie
- **Les milieux de vie** : milieu familial, scolaire, emploi, logement, communautés locales et voisinage
- **Les déterminants liés aux systèmes** : éducatifs, sanitaires, sociaux, médico-sociaux, solidarités, aménagement du territoire
- **Les déterminants liés au contexte global** : législatif, socio-économique, socio-culturel, technologique
- Notion d'espace avec caractéristique géo-sociodémographique du territoire
- Notion temps, en fonction de l'âge : périnatalité, enfance, adolescence, adultes, personnes âgées.

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

2. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
Les déterminants ayant un impact négatif sur la santé mentale en lien avec	Les déterminants ayant un impact négatif sur la santé mentale en lien avec :
I. LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nature même des troubles 2. Habitudes et conditions de vie 3. Autostigmatisation 4. Refus de soins 5. Age et périodes de transition
II. LES MILIEUX DE VIE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le milieu familial 2. Le milieu scolaire 3. Le milieu du travail 4. La communauté locale et le voisinage
III. LES DIFFERENTS SYSTEMES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educatifs 2. Sanitaires 3. Médico-sociaux et sociaux 4. Solidarité sociale et soutien à l'emploi 5. Le territoire et son aménagement
IV. LE CONTEXTE GLOBAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Législatif 2. Sociaux économique 3. Socio-culturel 4. Technologique

ANALYSE DES CAUSES

I. Les déterminants ayant un impact négatif sur la santé mentale en lien avec :

LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES

1. Nature même des troubles

- a. Isolement
- b. Absence de désir
- c. Imprévisibilité, agitation, violence...

2. Habitudes et conditions de vie

- a. Comportements à risques
 - i. Addictions
 - ii. Tentative de suicide
- b. Conditions de logement : inadapté, précaire, insalubrité et Syndrome de Diogène...
- c. Précarité
- d. Migrant

3. Autostigmatisation

- a. Méfiance
- b. Manque de confiance / sous-estime de soi
- c. Peur

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

4. Refus de soins

- a. Dénier
- b. Inconscience de ses troubles
- c. Méconnaissance de la pathologie
- d. Méconnaissance des organisations et des codes

5. Fragilités liées à l'âge et aux périodes de transition

- a. Périnatalité (femme enceinte / père / mère / bébé)
- b. Petite enfance
- c. Adolescence
- d. Fin d'activité professionnelle
- e. Age avancé

II. Les déterminants ayant un impact négatif sur la santé mentale en lien avec :

LES MILIEUX DE VIE

1. Le milieu familial

- a. Usure des familles et des proches
- b. Dysfonctionnement de la structure familiale - violence
- c. Dénier de la famille
- d. Méconnaissance de la pathologie
- e. Insuffisance de ressources (matériels, appui humain, incapacité à demander de l'aide...)
- f. Stigmatisation, peur, honte
- g. Absence de soutien des familles

2. Le milieu scolaire

- a. Inadapté, hostile ou violent, problématique de harcèlement
- b. Méconnaissance de la pathologie psychiatrique
- c. Actions de prévention insuffisantes
- d. Pas assez d'action de promotions de la santé : Education pour la santé, développement d'habileté psycho-sociale etc.
- e. Peu ou pas d'actions de prévention en ce qui concerne les comportements à risque, les addictions, les tentatives de suicide, le harcèlement, la lutte contre la violence etc.

3. Le milieu du travail

- a. Stress, violence, harcèlement
- b. Inadaptation des postes de travail à la population souffrant de troubles psychiques
- c. Action de prévention des risques psycho-sociaux insuffisantes
- d. Stigmatisation

4. La communauté locale et le voisinage

- a. Sensibilisation insuffisante du voisinage et des Elus locaux à la pathologie psychiatrique et à la souffrance psychique
- b. Peu de visibilité sur les actions en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques
 - i. Peu d'offre d'accompagnement à la vie sociale et aux activités sportives
 - ii. Peu de services qui facilitent l'insertion : services de transport en commun adapté
 - iii. Peu d'offre de logements adaptés
 - iv. Pas assez de soutien aux associations qui œuvrent en faveur des personnes en souffrance psychique

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

- c. Politique de la ville en faveur des quartiers difficiles, des personnes isolées
 - i. Pas assez de CLSM sur le territoire, pas assez de GEM
- d. Stigmatisation

III. Les déterminants ayant un impact négatif sur la santé mentale en lien avec :

LES SYSTEMES

1. **Système Educatif**

- a. Système éducatif, tourné vers le résultat scolaire plutôt que le développement de la personne et de ses habiletés
- b. En période de tension sur les ressources, les actions de prévention, de sensibilisation et de promotion de la santé souffrent d'insuffisance de moyens
- c. Peu ou pas d'actions d'éducation pour la santé en générale

2. **Système Sanitaire**

- a. Système sanitaire, tourné vers le curatif plutôt que le préventif
- b. Peu ou pas d'actions pour le renforcement des habiletés psycho-sociales de la population en général et des personnes concernées par les troubles psychiques en particulier
 - i. Insuffisance des actions de prévention en ce qui concerne les comportements à risque, les addictions, les tentatives de suicide

3. **Système Médico-sociaux et Sociaux**

- a. Système social et médico-social, tourné vers la suppléance plutôt que vers un accompagnement global visant l'autodétermination des personnes dans leurs parcours de santé et de vie

4. **Système de Solidarité sociale et soutien à l'emploi**

- a. Système de solidarité sociale et de soutien à l'emploi, tourné vers l'indemnisation des chômeurs, plutôt que vers l'accompagnement, à la formation et la prévention du chômage et de ses effets néfastes sur la santé mentale
- b. La promotion de la santé au travail, n'est pas assez développée et les conditions de vie au travail ne sont pas assez prises en compte dans les entreprises

5. **Le territoire et son aménagement**

- a. Compétences imbriquées (commune, intercommunalité, département, région, Etat) et complexité dans la conduite d'un projet
- b. La situation des personnes souffrant de troubles psychiques n'est pas prise en compte dans les projets d'aménagement, notamment en ce qui concerne les logements adaptés, les conditions de déplacements etc.
- c. L'aménagement du territoire doit mieux prendre en compte la question de l'attractivité pour les professionnels de santé compte tenu du déclin de la démographie médicale et de certains métiers.

Les caractéristiques générales des différents systèmes :

- **Les politiques de prévention et de promotion de la santé ne sont pas suffisamment déployées ni évaluées.**

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

- Les actions visant à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux, sont morcelées, insuffisantes, illisibles et moyennement efficaces.
- Les systèmes sont plus orientés vers le curatif que le préventif.
- L'ensemble des systèmes souffrent de cloisonnement :
 - a. Cloisonnement à tous les niveaux :
 - i. Financement du sanitaire, du social, du médico-social / le financement au parcours reste expérimental
 - ii. Ages de transition : adolescents / jeunes adultes-adultes / personnes âgées
 - iii. Changement de lieux de vie, changement dans la situation familiale : vieillissement ou du décès des aidants
 - b. Méconnaissance des organisations (sanitaires, sociales et médico-sociales), des codes et des droits
 - c. Méconnaissance des cultures institutionnelles et des langages
 - d. Systèmes complexes avec des milles feuilles administratives
 - e. Systèmes qui ne prennent pas assez en compte les besoins des familles et des proches aidants
 - i. Manque de structures alternatives, structures d'accueil temporaire et familles d'accueil spécialisé
 - ii. Insuffisance de soutien et de services d'aide aux aidants
 - f. Système présentant des failles et un vide au niveau des interfaces lors des passages d'un système à un autre ou d'un état à un autre

IV. Les déterminants ayant un impact négatif sur la santé mentale en lien avec :

LE CONTEXTE GLOBAL

1. Législatif

- a. Réformes du système de santé en cours, réforme de financement de la psychiatrie ; volonté d'une approche globale ciblant le parcours, mais le système reste cloisonné à la base avec :
 - i. Le sanitaire, le social, le médico-social
 - ii. Les outils de financement au parcours, restent expérimentaux ou difficiles à manier, pas facilement accessibles et coûteux en temps et énergie

2. Sociaux économique

- a. Contexte socio-économique tendu avec augmentation de la précarité, des migrants, des chômeurs...

3. Socio-culturel

- a. La psychiatrie souffre d'une représentation négative, et les personnes souffrant de troubles psychiques sont stigmatisés

4. Technologique

- a. Les nouvelles technologies, ne sont pas assez utilisées en santé et encore moins en psychiatrie et santé mentale
- b. Risque de fracture numérique à prendre en compte

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ACTIONS VISANT A AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

PISTES DE TRAVAIL

1. Les actions visant à prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques

Objectifs : Mobiliser tous les acteurs des champs : sanitaire, social et médico-social, ainsi que les acteurs du champ de l'éducation, de la famille, du logement, du travail, des transports, de la justice ou encore de la protection sociale en vue de **développer des actions de promotion de la santé et de prévention**

Développer des actions de promotion de la santé et de prévention à destination des acteurs des différents milieux de vie : familial et logement, commune et voisinage, scolaire, travail

Milieu familial :

1. Actions de soutien à la parentalité

- a. Développer des actions d'information, d'éducation pour la santé, à destination des parents
- b. Organiser des actions de prévention et de repérage précoce en périnatalité
- c. Développer des actions de promotion du bien-être, notamment pendant la période périnatale, la petite enfance

Logement : Développer des actions de promotion de la santé et de prévention à destination des acteurs du logement et Lutter contre le mal-logement

1. Actions de destigmatisation à destination des bailleurs

- a. Sensibilisation des professionnels et des bailleurs sociaux :
 - i. Formations aux premiers secours en santé mentale afin de mieux réagir face à la souffrance psychique
 - ii. Organiser des rencontres entre les bailleurs, rencontre inter bailleurs et mairies

Exemples :

Lieu ressources : CEAPSY (Centre Ressource Ile de France) pour sensibilisation des professionnels => on peut envisager avec les bailleurs...

2. Favoriser des programmes de logements accessibles, adaptés, accompagnés

Exemples :

Maisons de Marianne : logement HLM (Val d'Oise) pour les personnes en perte d'autonomie

Croix-Rouge habitat : projet immobilier, logement mixtes Cf. Pays Bas « logement mixte » : on module un appartement avec un système de cloison qui permet par exemple d'avoir un jeune adulte en autonomie à côté de ses parents

3. Développer des partenariats avec les associations de gestions de logements : Partenariat avec privé et associatif - ne pas se priver de tout ce qui est partenariat.

4. Etablir les protocoles claires et coordonner les actions entre partenaires notamment en cas d'intervention d'urgence dans le logement en situation de crise : comment intervenir avec les contraintes de la loi et autour du secret médical et secret professionnel => Frein à une intervention rapide.

5. Logement avec l'ESAT

6. Décentralisation de SIAO : le département est très grand donc pourquoi pas SIAO Nord et Sud afin de diminuer les délais ?

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ACTIONS VISANT A AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

Commune et voisinage :

- 1. Actions de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre la stigmatisation et l'isolement social, en particulier des personnes âgées**
 - a. Développer la formation « Premiers secours en santé mentale » pour tous les employés des mairies, et la population en général en lien avec les communes : CLSM, CCAS etc.
 - b. Création de plus de CLSM avec des missions bien déterminées et en lien avec les acteurs du PTSM
 - c. Recréer des maisons de quartier avec CMP associé
 - d. Sensibilisation des enfants et des ados à la souffrance psychique et à la différence
 - e. Organiser des actions de solidarité intergénérationnelle, et de veille en faveur des populations isolées, et fragile :
 - i. Campagne de sensibilisation pour un voisinage « bienveillant » notamment en faveur des populations isolées et fragile : personnes âgées, personnes souffrant de troubles psychiques
- 2. Actions de promotion de la santé, de prévention et en faveur de l'accès aux droits, à la vie citoyenne et aux activités culturelle et de loisirs**
 - a. Sensibilisation des présidents et animateurs d'association : plus la sensibilisation est faite tôt, plus l'accès et l'inclusion seront faciles.
 - b. Développer des GEM qui sont de très bons supports
 - c. Formation des professionnels dans chaque secteur. Ex. formations des magistrats au handicap psychique et formation des professionnels à l'accès aux droits etc.
 - d. Avoir des juges désignés qui travaillent en lien direct avec la coordination territoriale de Santé Mentale afin de développer des circuits courts pour faciliter l'accès aux droits des usagers
 - e. Création de « life coach » pour accompagner les personnes dans les démarches
 - f. Développer des lieux d'information sur les procédures
- 3. Actions en faveur de l'accessibilité au transport en commun adapté dont le coût est trop élevé**
 - a. Travail avec le service PAM (Pour Aider à la Mobilité), Île-de-France Mobilités (ancien STIF), RATP etc.
 - b. Encourager la création de start-up autour du transport avec facilitation administrative au niveau des communes (entreprise : papillons blancs)

Milieu scolaire : Promotion de la santé et actions de prévention et de lutte contre les violences et le harcèlement, notamment en milieu scolaire

1. Développer la formation « Premiers secours en santé mentale » pour tous les professionnels de l'EN, afin de destigmatiser et de prévenir les situations de crise.
2. Développer des actions de promotion du bien-être, en milieu scolaire / universitaire
3. Former les enseignants et les acteurs de la vie scolaire au repérage des signes d'alerte en termes de harcèlement, violence afin qu'ils augmentent leurs capacités d'agir dans ce domaine
4. Favoriser la connaissance des ressources existantes : Nécessité d'un répertoire de tout ce qui existe sur le territoire au niveau scolaire. (ex. Répertoire Opérationnel des Ressources /ROR/ pour le médicosocial et le sanitaire) pour donner des informations aux familles

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ACTIONS VISANT A AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

5. Augmenter le temps de psychologue scolaire
6. Assouplir le cadre actuel d'organisation des classes...
7. Développer le lien entre les CLSM et l'EN pour les formations etc.
8. Favoriser des groupes scolaires avec un IME et une ULIS de façon à avoir des propositions plus complètes.
9. Faire venir les élèves du milieu ordinaire vers les IME pour sensibilisation, déstigmatisation (Ex. Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés /PIAL/)

Milieu du travail : Promotion de la santé et actions de prévention et de lutte contre la stigmatisation au travail

1. Développer des actions de promotion du bien-être et de la qualité de vie au travail, en lien avec les plans régionaux santé au travail et en coopération avec les services de médecine du travail présents sur le territoire de santé mentale
2. Développer la formation « Premiers secours en santé mentale » dans les entreprises
3. Adapter les postes de travail pour les personnes en situation de handicap psychique : attention à l'aménagement de l'espace de travail, à la flexibilité du temps de travail, à offrir des formations d'adaptation, à l'exigence de rendement en termes de rythme.
4. Créer une structure / un outil d'accompagnement pour les publics qui sont trop qualifiés pour être en ESAT. *Les ESAT rencontrent des difficultés face à l'évolution des usagers. Les profils changent. Il y a des usagers qui ont des qualifications (ex. BAC+2, BAC+3 etc.). Ils sont différents et ont besoin d'être accompagnés différemment. Il manque d'outils et de formations pour accompagner ces publics. Il faut un autre type de structures qui pourraient accueillir ce type de publics avec possibilité de sortie (cf. article Duodays) pour compléter l'ESAT.*
5. Mise en réseau avec des partenaires de soins (ex. Ateliers MOGADOR) => besoin du relai sanitaire
6. Soutenir les entreprises moyennes pour accueillir et accompagner les personnes handicapées dans leur structure
7. Sensibilisation des responsables
8. Créer un métier type « AVS » mais en milieu professionnel => dispositif emploi accompagné (Ex. l'Œuvre Falret) : développer et faire connaître ces dispositifs
9. Travailler avec les grandes universités : il y a des modules adaptés (ESSEC, Science Po), il faut les solliciter.
10. Journées d'échanges entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé (Co-construction de projets partagés) de façon à se connaître, organiser des activités communes
11. Travailler avec les chefs d'entreprise pour voir quelle souplesse d'organisation du travail pour les parents qui ont un enfant handicapé
12. Etendre le dispositif de « Job coach »

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ACTIONS VISANT A AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

2. Les actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental

L'OMS définit les compétences psychosociales comme la « capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne ». Les trois grandes catégories de compétences sont :

- les compétences cognitives (analyse critique, prise de décision...)
- les compétences sociales (communication, persuasion, résistance à l'influence, empathie, écoute...)
- les compétences émotionnelles (régulation des émotions, gestion du stress...).

Actions sur les compétences et les capacités d'agir des personnes :

1. Favoriser les programmes de développement des compétences psychosociales,

- a. **En milieu scolaire :** en particulier des enfants et adolescents, afin de favoriser le bien-être physique, mental et social et de prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes ayant des incidences négatives sur la santé mentale des individus et des communautés (troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement, de l'attention, violences, décrochage scolaire, consommation de substances psychoactives et comportements sexuels à risques).
- b. **Dans des lieux d'accueil non spécialisés :** Maisons des ados, espace santé-jeune, CLSM, les missions locales etc. Les interventions auprès des enfants et adolescents sont particulièrement à promouvoir dans le cadre du projet territorial de santé mentale.
- c. **Dans le milieu du travail :** proposer à tous les employés des programmes de formation pour le développement des compétences cognitives, émotionnelles et sociales.

2. Développer les compétences et la capacité d'agir des personnes ayant l'expérience de la maladie et les accompagner pour devenir des pairs aidants

- a. Développer les compétences psychosociales des personnes ayant l'expérience de la maladie
- b. Valorisation de l'expérience des pairs aidants en leur donnant une place ou un statut au sein des institutions
- c. Favoriser des places au sein des équipes professionnelles pour les accompagnants et/ou les patients experts qui pourraient nous enrichir de leurs expériences.

3. Développer des actions de soutien aux familles et aidants

- a. Réelle réflexion à porter avec les familles
- b. L'utilisation de jargons et acronymes doit absolument être simplifiée pour faciliter l'accès à l'information (ex : MDA, CHU etc.)
- c. Développer l'information envers les familles et les programmes type « Profamille »
- d. Demander un vrai statut pour les aidants
- e. Développer les dispositifs de répit pour les aidants
- f. Développer des actions de soutien envers la fratrie

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ACTIONS VISANT A AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

3. Les actions visant à valoriser et optimiser les ressources professionnelles et non professionnelles existantes

1. Actions en liens avec le déclin de la démographie médicale

- a. Améliorer l'attractivité : conditions de vie dans le territoire, conditions de rémunération, conditions de travail en équipe)
- b. Assouplir le cursus de formation médicale
- c. Valoriser les recrutements et la stabilité au sein du secteur
- d. Développer la télémédecine et la téléconsultation avec réflexion sur l'accès à des « bornes d'urgence » qui pourraient être mises à disposition en pharmacie ou mairie. Aussi le développement des applications smartphone.
- e. Soutenir la recherche et les expérimentations permettant la mise en place de transferts de compétences des métiers rares vers les autres métiers
- f. Etudier la possibilité de faire financer par l'AGEFIPH⁴³ des projets autour du handicap psychique en élargissant ses missions

2. Actions en faveur des acteurs de la santé mentale (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) en vue d'une meilleure reconnaissance, meilleure attractivité et meilleure optimisation des ressources

- a. Promouvoir des formations croisées entre les différents professionnels et acteurs
- b. Faciliter l'accès à des formations qualifiantes et reconnues, veiller à l'adéquation des compétences au regard des missions : programme d'intégration, d'adaptation, de mise à niveau etc.
- c. Revoir les conditions de rémunération de certains professionnels afin de rendre les métiers plus attractif ex : orthophoniste, et son accessibilité plus fluide et facile : rémunération des séances de thérapie faites par les psychologues

3. Actions en faveur des aidants (pour tout type de handicap) :

- a. Formation
- b. Statuts
- c. Droits

4. Actions en faveur des Elus :

- a. Sensibilisation
- b. Information
- c. Formation notamment par rapport à leur rôle de « Police » et leur rôle dans l'aménagement du territoire

5. Actions en faveur des partenaires : La Police – la Justice – l'Education Nationale :

- a. Favoriser les formations croisées, les partenariats, les rencontres et les interconnexions avec les professionnels de la santé mentale pour mieux se connaître et mieux travailler ensemble.

6. Actions en faveur de la population en général :

- a. Développer la formation « Premiers secours en santé mentale » à tous les acteurs professionnels et non professionnels et à la population en général

⁴³ Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ACTIONS VISANT A AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

4. Les actions visant à améliorer les organisations, les structures et le contexte global

Actions sur les organisations et les structures :

1. Organiser la gradation des soins et l'aller vers

- a. Faire évoluer les organisations en faveur de l'aller vers et diversifier les équipes mobiles : EMPP et Equipe mobile passerelle (maintien dans le logement).
- b. Développer les soins intensifs de psychiatrie (équivalent de l'HAD mais adapté à la psychiatrie)
- c. Maintenir la capacité d'hospitalisation et organiser la gradation des structures sur le territoire
- d. Développer le métier de Médiateurs pour permettre le maintien à domicile et pour régler les problèmes du voisinage etc.
- e. Faciliter l'accès par la création d'un numéro unique avec accès à des interprètes
- f. Repositionner les infirmiers.ères dans le système de soins psychiatriques (infirmière en pratiques avancées, infirmière connaissant la psychiatrie dans les SAMU)

2. Organiser la coordination des professionnels de la santé avec les autres acteurs :

- a. Décloisonnement des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, associations, les services à domicile :
 - i. Nommer des référents dans les structures : établissement psychiatrique, PMI, structure médico-sociale
 - ii. Développer des outils qui facilitent l'interconnexion : numéro unique, dossier médical partagé
 - iii. Création de lieux de permanence partagée et organiser des espaces d'échanges et de partage (personnes, familles, professionnels) coordonnées / groupes de parole co-animés par plusieurs professionnels, faire appel aux associations, communiquer et travailler ensemble
 - iv. Organisation des colloques pour connaître le réseau (violence conjugale, autisme) ouvertes aux professionnels et aux publics concernés
 - v. Cartographie des ressources du territoire dans le domaine de la santé et de la santé mentale.
 - vi. Gestion de parcours coordonné

Actions au niveau des systèmes :

1. Agir pour faire évoluer les systèmes :

- a. Plus de préventif dans le système sanitaire
- b. Plus de développement des personnes et de leurs compétences psycho-sociales, émotionnelles et cognitives et pour valoriser les habiletés autres qu'intellectuelles dans le système éducatif
- c. Plus d'accompagnement au rétablissement et à l'insertion mobilisant le sanitaire, dans le social et médicosocial au de dispositifs intégrés et coordonnés pour le logement, l'emploi, la scolarisation

Priorité 6

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ACTIONS VISANT A AGIR SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

Actions au niveau du contexte global et les représentations :

1. Actions en faveur de la promotion de la santé et de la prévention

- a. Formation aux 1er secours en santé mentale pour toute la population.
- b. Repérage précoce : visite médicale dans les maternelles - primaires (PMI infirmier référente dans un périmètre)
- c. Dépistage organisé systématiquement à des moments clés du parcours de vie : naissance, entrée en maternelle, primaire, collège, lycée, université, emploi etc.
- d. Equipe de prévention en dehors du médical, les associations peuvent solliciter des travailleurs
- e. Plaquette de prévention dans les cabinets et les mairies etc.

2. Actions à destination du grand public : (déstigmatiser)

- a. Communication dans les médias et représentation de la population atteinte de troubles mentaux dans des films, TV etc. Ces publics doivent être représentés positivement.
- b. Label pour les entreprises sensibilisées aux troubles psychiques
- c. Création d'un annuaire / répertoire de tous les acteurs
- d. Numéro d'appel pour troubles psychiques « SOS grain de folie »
- e. Kits de sensibilisation sur la santé mentale à généraliser

Maintenir la dynamique créée par les travaux du PTSM

1. Mise en place d'une vraie coordination territoriale et transversale avec les acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux, insertion, scolaire, emploi, logement, addictions, précarité

2. Suppression des clivages et « mises en concurrence » des différents acteurs :

- a. Harmonisation de nos objectifs en termes de prise en charge (complémentarité, gradation, mutualisation, Co construction)
- b. Création d'un évènement annuel territorial

ANNEXES

Annexe 1 : Les membres du Comité de Pilotage

NOM Prénom	Etablissement	Fonction
AUBRUN Emmanuelle	Ville Sartrouville	Adjointe au Maire
BELIARD Ségolène	CH Théophile Roussel	Chef de pôle Psychiatrie Infanto-Juvenile
BENOIT Jaya	DSDEN des Yvelines	Médecin conseiller technique
BENZAKEN CARLIER Catherine	CHI Poissy-Saint-Germain	Chef de pôle Psychiatrie générale
BOISDE Michèle	Avenir APEI	Administratrice
BRENOT Thierry	CH Théophile Roussel	Président de la CME
BRUYELLE Bénédicte	CAP Santé - Sauvegarde des Yvelines	Coordinatrice médiatrice
CERTAIN Marie-Hélène	Maison de Santé Pluri professionnelle Les Mureaux	Médecin généraliste
CHAIX LE MONNIER Stéphanie	CHI Meulan-Les Mureaux	CSS de pôle
CHEREAU-CORNU Valérie	Association Odyssée	Directrice
CHOLLET Anne	Conseil Départemental des Yvelines	Directrice de l'Enfance et de la Jeunesse
CORTES Marie-José	RSMYN CHFQ-Mantes	Coordinatrice du RSMYN Chef de pôle Psychiatrie Présidente du COPIL PTSM 78 Nord
COUPOUX Alexis	Ville Sartrouville	Directeur général adjoint des services
CREANCE Elisabeth	FAM Coallia	Directrice
DE LONGEVIALLE Pascale	Association Odyssée	Médecin coordonnateur Plateforme Territoriale d'Appui
DELANGHE Véronique	APAJH Yvelines	Directrice Générale
DOS SANTOS Marie	CDC habitat Adoma	Responsable développement social
DUMOULIN Cécile	Présidente du comité territorial des élus locaux	Elus Mantes
ESPELLAC Nicole	Fondation des Amis de l'atelier Plateforme Les Canotiers Chatou	Directrice
GAGNET Sylvie	Dispositif Intégré Handicap	Responsable
GAILLARD Valérie	CHFQ-Mantes	Directrice
GAILLEDREAU Joël	Conseil départemental de l'ordre des médecins	Conseiller titulaire Spécialiste en psychiatrie
GARCIA Antonio	Centre Gilbert Raby	Directeur

NOM Prénom	Etablissement	Fonction
GAUTHIER Catherine	Villa des Pages	Directrice
GRENIER Jean	UNAFAM	
GROBIEN Caroline	UDAF 78	Directrice
HAZAËL-MASSIEUX Amal	CH Théophile Roussel	Directrice Adjointe Coordinatrice du PTSM 78 Nord
JACQ Michel	Handi Val de Seine	Médecin psychiatre
JARADE-PIENIEK Thibault	MDA du département des Yvelines	Directeur
JAUCOURT Patrice	Delos Apei 78 IME La Rencontre / GDESMEY	Directeur / Coordonnateur
LAHELY Jacques	CPT 78 Nord CH Théophile Roussel	Directeur Général
LE GOURIERES Eric	CH Théophile Roussel	Directeur des Soins
LEFER Marie-Claire	IME Bel-Air	Directrice/ Représentante URIOPSS IDF à la CSSM- CTS
LESCAUX Brigitte	CHFQ-Mantes	CSS
MALLET Christelle	Pôle Autonomie Territorial Boucles de Seine	Responsable
MARSEAULT Anne	MDPH	Médecin
MAUGER Carole	Centre Gilbert Raby	Médecin
MBOCK Constant	CHI Meulan-Les Mureaux	Directeur Référent Pôle Psychiatrie
MORALES Clara	RSMYN CHI Poissy-Saint-Germain	Présidente du RSMYN Pédopsychiatre
MOREL FATIO Florence	Maison Des Adolescents Yvelines Nord	Psychiatre
MORELLINI Anne	CHI Meulan-Les Mureaux	Chef de pôle Psychiatrie
NGUYEN Thanh	CHI Poissy-Saint-Germain	Responsable de l'unité addictologie
PERDRIAUX Marcel	Association Tutélaire des Yvelines (ATY)	Président
PETIT Christine	Association Odyssée	IDE coordonnateur
PLESEL BACRI Caroline	ASH1-DSDEN des Yvelines	Inspecteur de l'éducation nationale Scolarisation des élèves handicapés
RODRIGUES Dolores	Ville Sartrouville	Maire adjoint santé Sartrouville
SABERIANFAR Réza	FAM Bures	Psychiatre
SANCHEZ-CORVEST Karina	CH Théophile Roussel	PH

Annexe 2 : Membres du comité technique

NOM Prénom	Etablissement	Fonction
AUBRUN Emmanuelle	Ville Sartrouville	Adjointe au Maire
CORTES Marie-José	RSMYN CHFQ-Mantes	Coordinatrice du RSMYN Chef de pôle Psychiatrie Présidente du COPIL PTSM 78 Nord
DELANGHE Véronique	APAJH Yvelines	Directrice Générale
ENKH-AMGALAN Undraa	CH Théophile Roussel	Chargée de mission PTSM 78Nord
GAGNET Sylvie	Dispositif Intégré Handicap	Responsable
GARCIA Antonio	Centre Gilbert Raby	Directeur
GRENIER Jean	UNAFAM	
HAZAËL-MASSIEUX Amal	CH Théophile Roussel	Directrice Adjointe Coordinatrice du PTSM 78 Nord
LAHELY Jacques	CPT 78 Nord CH Théophile Roussel	Directeur Général
LE GOURIERES Eric	CH Théophile Roussel	Directeur des Soins
MORALES Clara	RSMYN CHI Poissy-Saint-Germain	Présidente du RSMYN Pédopsychiatre
MOREL FATIO Florence	Maison Des Adolescents Yvelines Nord	Psychiatre
MORELLINI Anne	CHI Meulan-Les Mureaux	Chef de pôle Psychiatrie

Annexe 3 : Cadre règlementaire et législatif

Le Code de la Santé Publique et L'article 69 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

- Pose les principes de la politique de santé mentale et définit en particulier son ouverture aux « acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion », *Article L.3221-1*
- Crée le PTSM : les Projets Territoriaux de Santé Mentale, *Article L.3221-2-I*
- Crée les Contrats Territoriaux de Santé Mentale, comme outil de portage juridique des actions du PTSM, *Article L.3221-2-V* et le diagnostic partagé en santé mentale devant servir de socle au PTSM, *Article L.3221-II*
- Crée les Communautés Psychiatriques de Territoire, *Article L.3221-2-VI*

Art.L.3221-2-1 : Objectifs du PTSM

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.

Il tient compte des caractéristiques sociodémographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale,

Art.R.3224-1 : Objectifs du PTSM

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

6 priorités du PTSM définies par le Décret n°2017-1200

- Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles
- Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des 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 insertion sociale
- Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
- Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques
- Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Le PRS - projet régional de santé - ARS -IDF

- **Le PRS IDF 2018-2022 a été adopté le 23 juillet 2018**

Il définit et organise la mise en œuvre des priorités de santé ainsi que l'évolution du système de santé régional au service de la santé de tous les Franciliens.

« Il ne s'agit pas d'un plan d'action détaillé mais d'un cadre proposé au niveau régional, à décliner et à adapter dans les projets territoriaux de santé mentale, avec quelques principes d'action aidant à définir les objectifs prioritaires. »

- **Les axes stratégiques du PRS-IDF :**

1. Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes
2. Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations
3. Faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé
4. Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques
5. Agir pour des pratiques orientées rétablissement
6. Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation des ressources
7. Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain

Le PRS –IDF constitue pour les acteurs du PTSM 78N « **leur boussole** ».

Le Schéma départemental d'organisation sociale et médico –sociale Yvelines /Hauts de Seine 2018-2022

A souligner que les travaux du PTSM 78N tiennent compte des objectifs du schéma interdépartemental d'organisation sociale et médico-sociale Yvelines/Hauts-de-Seine 2018-2022. (Voir Annexe)

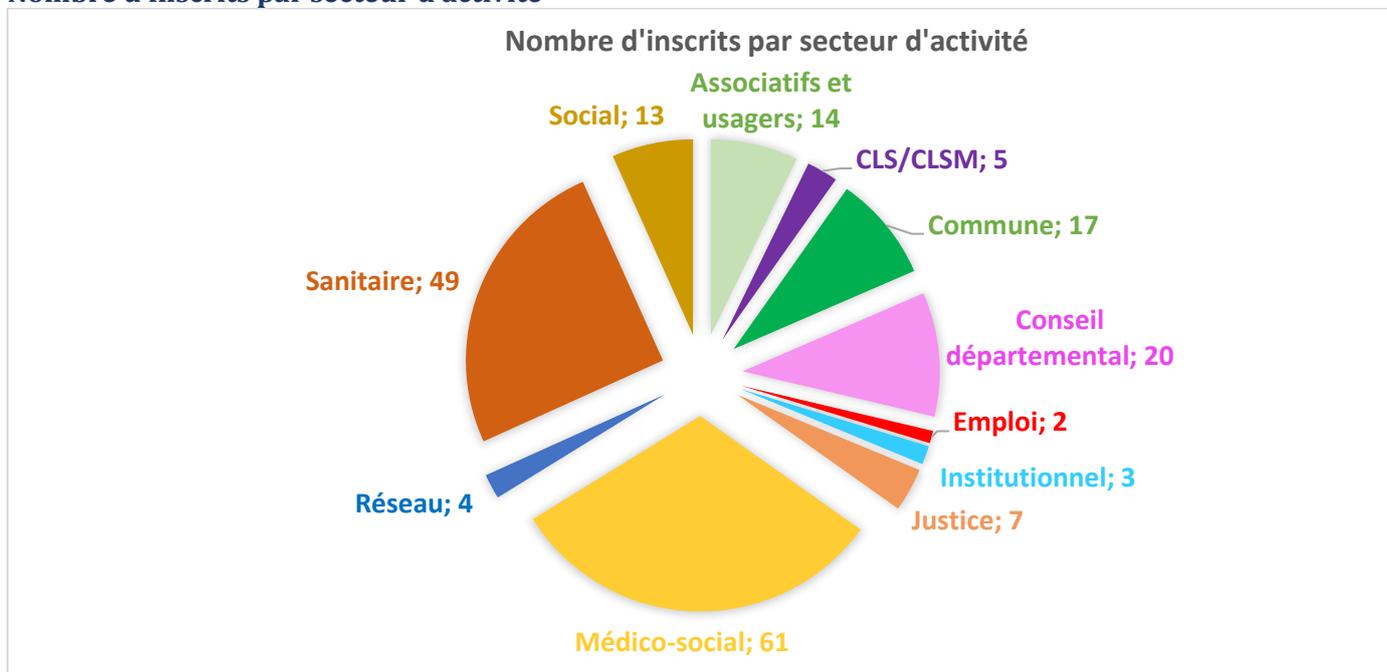
Le schéma étant aussi une source importante d'information sur les thématiques le concernant et participe à la meilleure connaissance du territoire, de ses ressources et de ses projets.

Annexe 4 : Acteurs participants

195 acteurs venant des champs associatifs et usagers, sanitaire, social, médico-social, institutionnels se sont inscrits aux groupes de travail :

- Groupe 1 « Parcours de soins » - 64 inscrits
- Groupe 2 « Parcours de santé et de vie » - 84 inscrits
- Groupe 3 « Déterminants sociaux et environnementaux » - 47 inscrits

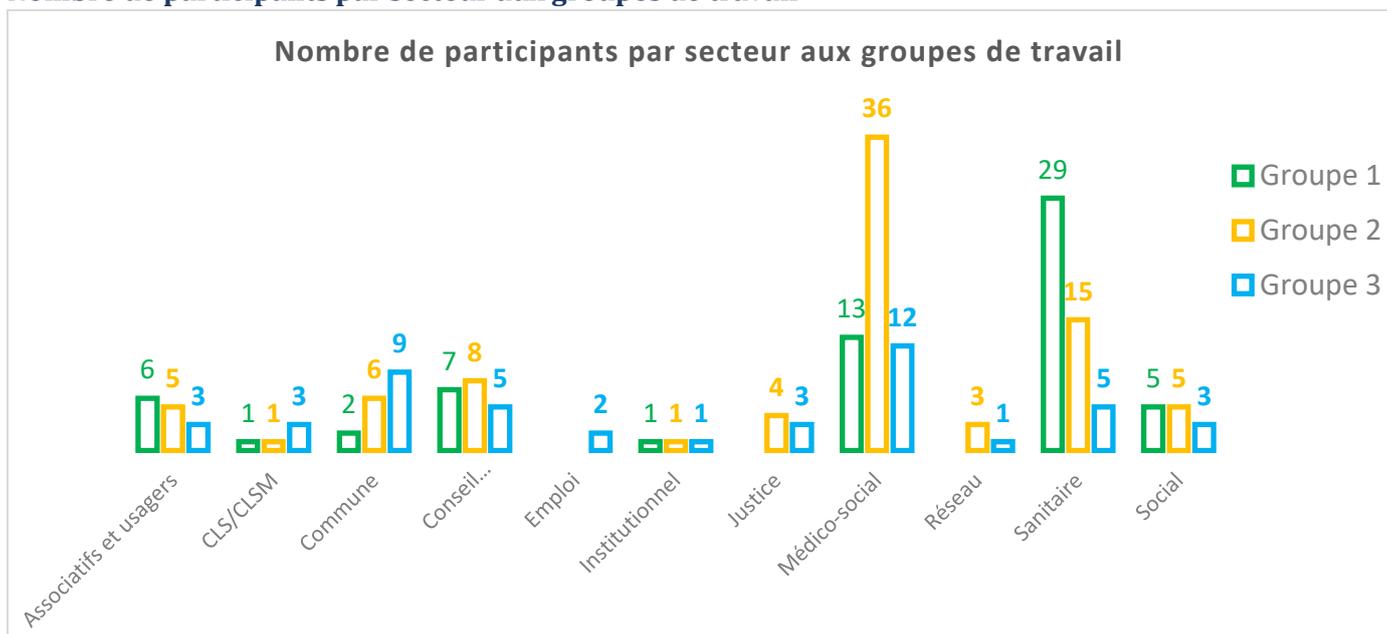
Nombre d'inscrits par secteur d'activité



Le secteur d'activité des inscrits varie selon le groupe de travail. En effet, plus de la moitié des représentants du champ médico-social se sont inscrits au groupe 2 « Parcours de santé et de vie » tandis que la plupart des acteurs sanitaires se retrouvent dans le groupe 1 « Parcours de soins ».

A noter, la présence de plusieurs représentants des communes dans le groupe 3 « Déterminants sociaux et environnementaux ».

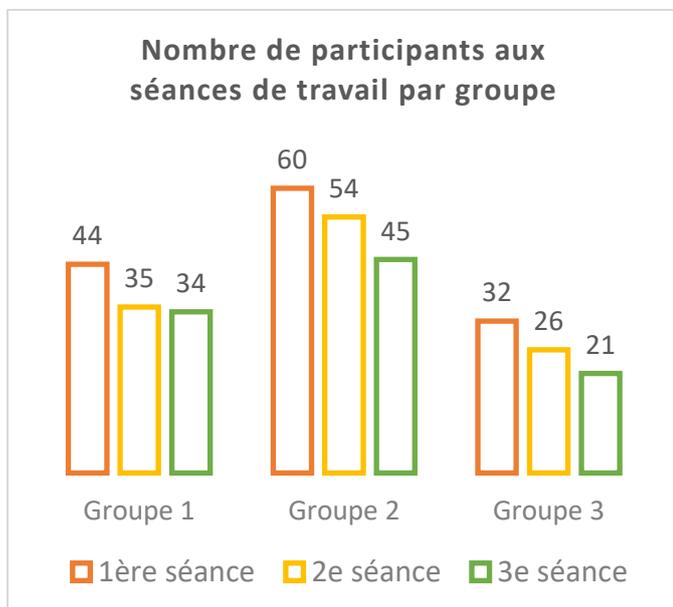
Nombre de participants par secteur aux groupes de travail



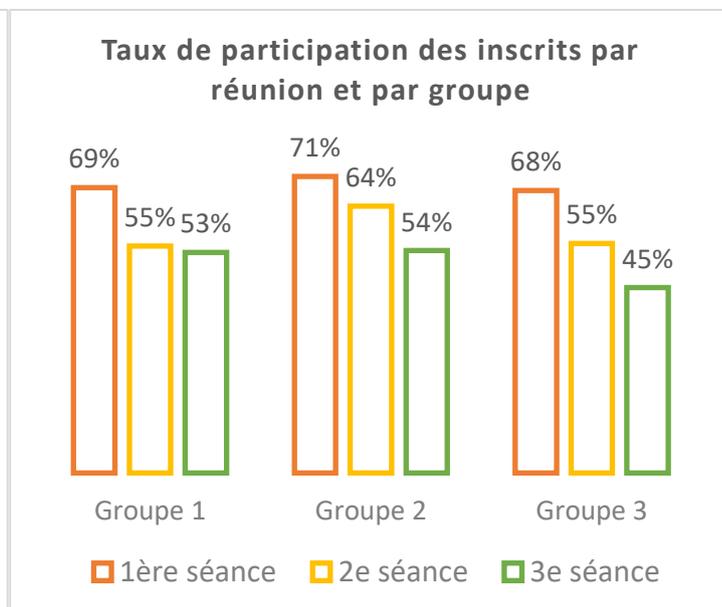
Annexe 5 : Déroulement des réunions

Les réunions de travail se sont tenues dans des lieux différents en tenant compte des disponibilités des logistiques (salles de réunion, équipements bureautiques...), de l'accessibilité et des parkings afin de garantir un meilleur accueil des participants.

Nombre de participants aux séances de travail par groupe



Taux de participation des inscrits par réunion et par groupe



Les groupes de travail se sont répartis en sous-groupe pour travailler sur une ou plusieurs thématique(s) donnée(s) et chaque sous-groupe a désigné un rapporteur qui était chargée de faire une synthèse.

Cette méthode de travailler en sous-groupe a montré son efficacité en termes de gain de temps et de qualité de travail produit ainsi qu'un meilleur échange entre participants.

Répartition du groupe 1 « Parcours de soins » :

- Adulte « Repérage précoce et accès au diagnostic et aux soins »
- Adulte « Soins somatiques »
- Adulte « Urgence et crise »
- Enfants et adolescents

Répartition du groupe 2 « Parcours de santé et de vie » :

- Enfants
- Adolescents et jeunes adultes
- Adultes
- Réhabilitation psychosociale

Répartition du groupe 3 « Déterminants sociaux et environnementaux » :

- Première réunion en 3 ateliers
- Répartition du groupe pour les 2e et 3e :
 1. Déterminants liés au milieu de vie : activités culturelles et sportives, logement, emploi, scolarité
 2. Déterminants liés aux systèmes et l'organisation des institutions
 3. Déterminants liés à la stigmatisation et à l'accès aux droits et déterminants liés aux caractéristiques de la personne et de sa famille.

Annexe 6 : Organisation de la gouvernance

Comité de pilotage

Un comité de pilotage représentatif présidé par le Dr Marie-José CORTES, le coordonnateur du RSMYN avec comme vice-président le directeur de la CPT78 Nord préfiguratrice (liste en annexe).

Il est constitué des représentants des acteurs des différents champs intervenant en santé mentale sur le territoire Yvelines Nord.

Missions :

- Définition et validation du cadrage
- Priorisation des thématiques à traiter
- Suivi et validation des grandes étapes et échéance

Correspondants de l'ARS

4 représentants du comité de pilotage sont désignés pour être les correspondants de l'ARS.

- Marie-José CORTES, coordinatrice du RSMYN
- Jacques LAHEL, CPT 78 Nord
- Jean GRENIER, UNAFAM
- Véronique DELANGHE, directrice générale de l'APAJH Yvelines

Coordination du Projet Territorial de Santé Mentale 78 Nord

La coordination des travaux du PTSM 78 Nord est assurée par :

- Amal HAZAËL-MASSIEUX, la directrice chargée de l'animation du projet médical partagé du GHT 78Nord
- Undraa ENKH-AMGALAN, la chargée de mission recrutée grâce à un financement spécifique accordé par l'ARS.

Missions :

- Assure la coordination de l'ensemble des acteurs concernés du territoire
- Accompagne les pilotes et copilotes dans leurs missions
- Propose des méthodologies de travail et des outils
- Organise les réunions et les évènements

Comité technique

Les correspondants de l'ARS, la coordination, les pilotes et copilotes constituent le comité technique (liste en annexe).

Missions :

- Suit l'état d'avancement des travaux dans le respect de la méthodologie
- Veille à la cohérence des résultats des différents groupes de travail
- Communique l'information autour du projet

Pilotes et copilotes des groupes de travail

Chaque groupe dispose d'un pilote et d'un ou plusieurs copilotes qui sont chargés d'assurer l'organisation et l'animation des réunions de travail dans le respect de la méthodologie.

Groupe 1 : Parcours de soins

- Pilote : Anne MORELLINI, chef de pôle de psychiatrie du CHIMM
- Copilotes : Eric LE GOURIERES, directeur des soins du CHTR
Clara MORALES, pédopsychiatre du CHIPSG, Présidente du RSMYN

Groupe 2 : Parcours de santé et de vie

- Pilote : Véronique DELANGHE, directrice générale de l'APAJH Yvelines
- Copilotes : Sylvie GAGNET, pilote du Dispositif Handicap Intégré
Florence MOREL FATIO, pédopsychiatre, MDA Yvelines Nord

Groupe 3 : Déterminants sociaux et environnementaux

- Pilote : Emmanuelle AUBRUN, Maire Adjoint de Sartrouville
- Copilote : Antonio GARCIA, directeur du Centre Gilbert Raby

Groupe de travail

Les trois groupes de travail constitués se sont réunis afin de traiter les six priorités du PTSM définies par le décret du 27 juillet 2017 autour des trois séances suivantes, selon la méthodologie proposée par l'ANAP :

- 1^{ère} séance : Identification des problématiques et des dysfonctionnements
- 2^{ème} séance : Analyse causale
- 3^e séance : Propositions et pistes pour un plan d'actions

Chaque groupe de travail a abordé 1-3 priorités du PTSM afin d'identifier les ruptures dans le parcours des personnes représentant de troubles psychiques.

Annexe 7 : ATLAS DE LA SANTE MENTALE EN France

Les objectifs de l'Atlas de la Santé Mentale en France

L'Atlas de la Santé Mentale en France est un outil pour les ARS et acteurs des territoires afin d'élaborer le Projet Régional de Santé 2 /PRS 2/. Il permet d'alimenter le cadre d'orientations stratégiques ainsi que les diagnostics territoriaux partagés en santé mentale en fournissant une série d'indicateurs à différentes échelles géographiques et en mobilisant de nombreuses bases de données, souvent méconnues et dispersées sur une thématique inégalement « investie » par les régions.

C'est une dimension pédagogique sur données disponibles, indicateurs en santé mentale et une facilitation accès à / Valorisation sources de données existantes nombreuses mais dispersées dans ce champ.

La place de l'atlas dans le diagnostic territorial partagé en santé mentale

La Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale /DATAR/ définit le diagnostic territorial comme un « état des lieux qui recense, sur un territoire déterminé, les problèmes, les forces, les faiblesses, les attentes des personnes, les enjeux économiques, environnementaux, sociaux [...], il fournit des explications sur l'évolution passée et des appréciations sur l'évolution future ».

Elle distingue :

- Le **diagnostic technique**, basé sur un travail de recueil de données objectives et de leurs analyses (statistiques, approches cartographiques..); ⇔ Carte d'identité des territoires et caractéristiques du parcours (outil ANAP)
- Le **diagnostic partagé**, qui permet une approche plus nuancée du territoire. Il suppose la confrontation de visions différentes pour évaluer les enjeux locaux
 - le bilan partagé des besoins et des ressources ne peut s'inscrire que dans une démarche de concertation territoriale (ANCREAI⁴⁴-CNSA⁴⁵).
 - Phase de l'adhésion des acteurs, favorise l'interconnaissance dans la co-construction (ANAP).

Quelles données pour un diagnostic territorial en santé mentale ?

L'article 69 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services et de préconiser des actions pour y remédier.

Constat : des sources d'information dispersées sur des champs variés, non accessibles à tous, aux requêtes plus au moins complexes

Les limites du diagnostic quantitatif

Des champs partiellement ou non couverts faute de données disponibles au niveau national (besoins, prévention, secteur social et médicosocial, coordination...) nécessitant d'aller chercher des informations localement et de recueillir les expériences de l'ensemble des parties prenantes.

⁴⁴ ANCREAI : Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

⁴⁵ CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Annexe 8 : Les communes du territoire Nord Yvelines

Communes	Zone d'intervention de Psychiatrie Générale	Zone d'intervention de Psychiatrie Infanto-Juvenile
ANDELU	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
ARNOUVILLE-LÈS-MANTES	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
AUFFREVILLE-BRASSEUIL	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BENNECOURT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BLARU	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BOINVILLE-EN-MANTOIS	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BOINVILLIERS	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BOISSY-MAUVOISIN	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BONNIERES SUR SEINE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BREUIL-BOIS-ROBERT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BREVAL	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
BUHELAY	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
CHAUFOR-LÈS-BONNIÈRES	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
COURGENT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
CRAVENT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
DAMMARTIN-EN-SERVE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
FAVRIEUX	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
FLACOURT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
FLINS-NEUVE-ÉGLISE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
FONTENAY-MAUVOISIN	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
FRENEUSE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
GOMMECOURT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
GOUSSONVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
GUERVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
JOUY-MAUVOISIN	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
JUMEAUVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
LA VILLENEUVE-EN-CHEVRIE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
LE TERTRE-SAINT-DENIS	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
LIMETZ-VILLEZ	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
LOMMOYE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
LONGNES	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MAGNANVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MÉNERVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MÉRICOURT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MOISSON	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MONDREVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MONTCHAUVET	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MOUSSEAU-SUR-SEINE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MULCENT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
NEAUPHLETTE-LE-CHÂTEAU	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie

Communes	Zone d'intervention de Psychiatrie Générale	Zone d'intervention de Psychiatrie Infanto-Juvenile
NOTRE-DE-DAME-DE-LA-MER	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
PERDREAUVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
ROLLEBOISE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
ROSAY	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
ROSNY-SUR-SEINE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
SAINT-ILLIERS-LA-VILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
SAINT-ILLIERS-LE-BOIS	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
SEPTEUIL	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
SOINDRES	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
VERT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
VILLETTE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MANTES-LA-JOLIE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
DROCOURT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
FOLLAINVILLE-DENNEMONT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
FONTENAY-SAINT-PÈRE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
GARGENVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
GUERNES	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
GUITRANCOURT	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
ISSOU	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
LIMAY	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
MANTES-LA-VILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
PORCHEVILLE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
SAINT-MARTIN-LA-GARENNE	CHFQ - Mantes-la-Jolie	CHFQ - Mantes-la-Jolie
DAVRON	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
LES ALLUETS-LE-ROI	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
AUBERGENVILLE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
AULNAY-SUR-MAULDRE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
BAZEMONT	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
BOUAFLE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
BRUEIL-EN-VEXIN	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
ECQUEVILLY	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
ÉPÔNE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
FLINS-SUR-SEINE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
GAILLON-SUR-MONTCIENT	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
HARDRICOURT	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
HERBEVILLE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
JAMBVILLE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
JUZIERS	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
LA FALAISE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
LAINVILLE-EN-VEXIN	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
MAREIL-SUR-MAULDRE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
MAULE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux

Communes	Zone d'intervention de Psychiatrie Générale	Zone d'intervention de Psychiatrie Infanto-Juvenile
MEULAN-EN-YVELINES	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
MÉZIÈRES-SUR-SEINE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
MÉZY-SUR-SEINE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
MONTAINVILLE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
MONTALET-LE-BOIS	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
NÉZEL	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
OINVILLE-SUR-MONTCIENT	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
SAILLY	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
CHAPET	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
CRESPIÈRES	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
ÉVECQUEMONT	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
LES MUREAUX	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
MORAINVILLIERS	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
TESSANCOURT-SUR-AUBETTE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
VAUX-SUR-SEINE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
VERNEUIL-SUR-SEINE	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
VERNOUILLET	CHIMM- Meulan-les-Mureaux	CHIMM- Meulan-les-Mureaux
ANDRÉSY	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
CHANTELOUP-LES-VIGNES	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
CONFLANS-SAINTE-HONORINE	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
MAURECOURT	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
TRIEL-SUR-SEINE	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
ACHÈRES	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
CARRIÈRES-SOUS-POISSY	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
MÉDAN	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
ORGEVAL	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
POISSY	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
VILLENES-SUR-SEINE	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHIPSG - Poissy
AIGREMONT	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHTR - Montesson-Saint-Germain
CHAMBOURCY	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHTR - Montesson-Saint-Germain
LE PECQ	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHTR - Montesson-Saint-Germain
MAREIL-MARLY	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHTR - Montesson-Saint-Germain
SAINTE-GERMAIN-EN-LAYE	CHIPSG - Poissy-Saint-Germain	CHTR - Montesson-Saint-Germain
BOUGIVAL	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
LE PORT-MARLY	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
LEMESNIL-LE-ROI	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
L'ETANG-LA-VILLE	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
LOUVECIENNES	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
MAISONS-LAFFITTE	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
MARLY-LE-ROI	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
HOUILLES	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
SARTROUVILLE	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain

Communes	Zone d'intervention de Psychiatrie Générale	Zone d'intervention de Psychiatrie Infanto-Juvenile
CARRIÈRES-SUR-SEINE	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
CHATOU	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
CROISSY-SUR-SEINE	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
LE VÉSINET	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain
MONTESSON	CHTR - Montesson	CHTR - Montesson-Saint-Germain

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

Caractéristiques Individuelles

- *Méfiance / rupture de la confiance / peur qui induit à certains comportements*
 - ⇒ *Comportements à risques : addictions-TS...*
- **Rejet par la méconnaissance qui renforce le patient dans sa méfiance.**

Les familles ne disposent pas des codes, la société est discriminante et génère une représentation du handicap négative. Rejet de la société vis-à-vis des personnes ayant un trouble psychique renforce l'isolement et met à l'écart ces personnes

- ⇒ *La seule émotion générée est la peur car une absence de / insuffisance de communication et de connaissance par l'ensemble de professionnel avec qui la personne est en relation.*
- ⇒ *Les addictions s'invitent comme une mauvaise réponse à une problématique réelle et se rajoutent aux autres pathologies majorant ainsi la problématique de l'image et de l'acceptation.*

Rôle et place des familles-Parentalité

- *Déresponsabilisation de certaines familles qui se retirent de leur champ de responsabilité et qui comptent uniquement sur les institutions*
- *L'épuisement : les relais existants ne sont pas assez connus ou pas assez disponibles. Même les professionnels ont des difficultés à identifier et/ou à mobiliser toutes les possibilités.*
- *Pas d'inclusion : on a du mal à inclure une personne ayant un trouble psychique dans un réseau institutionnel.*
- *Pas d'identification claire de la pathologie, ce qui renforce le déni. Il ne va pas rentrer dans un réseau comme un patient diabétique.*
- *Absence de coordination et de réseau identifié : quand ils existent, ils ne sont pas connus => problème pour les familles. Donc les familles et les personnes concernées ne savent pas vers qui s'orienter.*
- *Déconnexion de la réalité de terrain de certains dispositifs*
 - ⇒ *Insuffisance de coordination des différents acteurs de la santé mentale*
Est-ce que les structures font bien ? Elles font bien leurs missions. Mais les missions ne sont pas coordonnées. Le Conseil Départemental intervient sur la dépendance, l'ARS sur le sanitaire, les Communes interviennent sur le social.

Milieu scolaire

- *Accès au parcours scolaire est difficile (ex : autiste) car les parents souhaitent une scolarité ordinaire et inclusive*
 - ⇒ *Volontariat de certains nombres d'acteurs, ne pas se focaliser sur une scolarité ordinaire : ce n'est pas adapté à tout le monde.*
 - ⇒ *Pourquoi les parents demandent une scolarité inclusive en milieu ordinaire ? Parce qu'il n'y a pas d'autres choix. C'est un parcours du combattant : pas de places, pas adaptés etc.*

Emploi

- *Quelqu'un qui avait travaillé dans le milieu ordinaire, qui a des compétences techniques et relationnelles. Il a connu une rupture dans son parcours et s'est fait orienter vers un ESAT. Il a un trouble psychique mais il est trop qualifié pour être en ESAT. Il a peur d'aller dans le milieu*

ordinaire. Il se sent bien à l'ESAT. Il y a de la tolérance et de la bienveillance en ESAT. Ces personnes ont besoin juste d'un soutien et de bienveillance.

- Les ESAT rencontrent des difficultés face à l'évolution des personnes concernées. Le profil change. Il y a des usagers qui ont des qualifications (ex. BAC+2, BAC+3 etc.). Ils sont différents et ont besoin d'être accompagnés différemment. Il manque d'outils et de formations pour accompagner ces publics.
- Comment encourager les entreprises à embaucher et à maintenir la personne ? Quels sont les moyens qu'on peut avoir pour favoriser cette action ? Il faut faire témoigner les managers sensibilisés et revoir les politiques de l'emploi pour les personnes handicapées

Logement

- Difficulté de prévention du risque de décompensation. Par exemple, on ne sait pas qu'est-ce qui se passe dans le logement. Comment prévenir ?
- Le parcours et les protocoles sont extrêmement compliqués pour toute question autour du logement. Donc les acteurs sociaux, les bailleurs baissent les bras. Le fait d'avoir un logement adapté et de le donner aux personnes souffrant de troubles psychiques peut être une porte ouverte pour tout problème.

Afin de favoriser l'inclusion dans le logement social, il faut qu'on trouve une garantie pour les bailleurs sociaux. Il ne faut pas qu'ils aient l'impression d'ouvrir la porte aux ennuis. Même pour le public normal c'est déjà très difficile d'avoir un logement.

Certains bailleurs ne souhaitent pas prendre des personnes ayant un handicap psychique malgré la présence d'un tuteur. Dès qu'il y a une étiquette « AAH », la personne n'est plus prioritaire pour accéder à un logement.

Loisirs, culture, sport

- La personne concernée n'est pas dans le désir de faire une activité culturelle ou sportive. La personne n'y ira pas toute seule. Il faut un accompagnement et un environnement sécurisant pour aller vers et plus d'adaptation du support aux besoins
- L'isolement fait partie de la pathologie. Donc ils ne sont pas très réactifs. Le sujet n'est pas désirant. Il ne se sent pas en demande
- Peur de la différence, insuffisance de sensibilisation. Il n'y a pas toujours un médiateur qui aide l'intégration des personnes ayant un handicap psychique.
- Reconsidérer l'idée d'inclusion : il n'y a pas d'obligation. La personne ne doit pas se sentir dans l'obligation. Des fois ils n'ont pas envie. Ils préfèrent être dans une association dédiée. Il ne faut pas imposer une normalité.

Systeme d'éducation

- L'Education Nationale fait un dossier MDPH dès qu'un enfant pose un souci en classe au lieu de proposer une solution éducative ou sociale et demande d'avoir un auxiliaire de vie scolaire /AVS/.
- Pour un enfant : on a mis 3 mois pour trouver le nom de la personne qui était le référent handicap psychique. Il y a eu un retard dans le dossier MDPH.
- Besoin d'un intermédiaire = manque d'une passerelle : insuffisance de référent, de médecin scolaire, d'IDE scolaire : s'il y en a, l'instituteur peut s'adresser au référent et le référent informe les parents. (dispositif Réussite éducative : CLSM Les Mureaux)
 - ⇒ Sans présence d'un référent identifié, on s'adresse à qui ?

- *Milieu éducatif n'est pas préparé pour faire ce diagnostic. Mais il faut savoir bien orienter les parents. L'instituteur ou le professeur se retrouve seul => Est-ce que c'est son rôle d'orienter les parents vers les soins ? Cela relève également la question d'insuffisance de coordination. Avant il y avait une maison du quartier qui intervenait et le CMP y était attaché. Elle travaillait sur le lien social en lien avec le CMP.*

Cloisonnement des institutions

- *Pas de communication élargie : pas de plaquette, (plaquette de prévention). Il faut être actif pour l'avoir. Cela implique un coût. Est-ce que c'est à l'établissement de financer ? (Plaquette sur le cannabis etc.)*
- *Insuffisance de formation : les travailleurs sociaux / les personnels non médicaux ne se sentent pas légitimes de se former avec les personnels médicaux et paramédicaux. Il faut une formation spécifique pour le personnel non médical.*
- *Perte du lien social de proximité : individualisation, pas de vie de quartier. Avant on pouvait aller voir le voisin quand on est dans la difficulté. Maintenant non.*
- *Mauvaise interprétation des comportements : les personnes se trouvent face à la justice tandis que c'était un trouble de comportement auquel on devait apporter une autre réponse.*

Coordination, communication et lien entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- *Il faut connaître le système de psychiatrie pour se repérer et pour savoir à qui on doit s'adresser car c'est un système complexe. Par exemple, il faut savoir qu'il existe une unité de crise. On ne s'adresse pas souvent à la bonne personne ou au bon service car on ne connaît pas.*
- *Une jeune femme, connue par les services de psychiatrie, a été accueillie dans un centre d'hébergement d'urgence /CHU/ après son hospitalisation en psychiatrie (orienté par le SIAO). La structure d'accueil a été confrontée aux difficultés car la femme se mettait en danger à la vue de tout le monde à plusieurs reprises. En plus, la majorité des publics accueillis sont des mineurs. On a fait appel aux services psychiatriques et on a accompagné la dame aux RDV. On ne savait plus quoi faire. L'équipe n'a pas été aidée. Il fallait attendre une situation très grave pour l'adresser aux urgences psychiatriques. On a réussi à la faire hospitaliser. Toutefois, la structure n'était informée ni de ses sorties (permission) durant son hospitalisation et ni de la durée de sa permission. L'équipe n'a pas pu aider cette dame et s'est sentie seule dans son accompagnement.*
 - ⇒ *On peut voir ce type de problème au Pôle Emploi, on ne sait pas absolument quoi faire. Les personnels du PE sont aussi démunis à part appeler la Police. Le Pôle Emploi n'a pas de relai.*
- *On peut avoir un changement d'interlocuteur dans le parcours (ex : changement du secteur) et il faut tout recommencer.*
- *Insuffisance de médiateurs, coordonnateurs, équipe dédiée : financières / insuffisance de ressources / insuffisance d'attractivité des secteurs concernés : il y a de moins en moins de personnels qui veulent travailler dans ce domaine.*

ACTIONS PROPOSEES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

Actions sur les compétences et les capacités d'agir des personnes :

- **Développer les compétences et la capacité d'agir**
 - Développer les compétences psychosociales des personnes
 - Valorisation de l'expérience des pairs aidants en leur donnant une place ou un statut au sein des institutions.
 - Les accompagnants et/ou les patients experts pourraient nous enrichir de leurs expériences.

- **Développer des actions de soutien aux familles et aidants**
 - Réelle réflexion à porter avec les familles
 - L'utilisation de jargons et acronymes doit absolument être simplifiée pour faciliter l'accès à l'information (ex : MDA, CHU etc.)
 - Développer l'information envers les familles et les programmes type « Profamille »
 - Demander un vrai statut pour les aidants
 - Développer les dispositifs de répit pour les aidants
 - Développer des actions de soutien envers la fratrie

Actions sur les milieux de vie :

- **Loisirs – Culture – Accès à la vie citoyenne et aux droits**
 - Sensibilisation des présidents et animateurs d'association, plus la sensibilisation est faite tôt, plus l'accès et l'inclusion seront faciles.
 - Les GEM sont très bons supports (A développer ++)
 - Formation des professionnels dans chaque secteur. Ex. formations des magistrats au handicap psychique et formation des professionnels à l'accès aux droits etc.
 - Avoir des juges désignés qui travaillent en lien direct avec la coordination territoriale de Santé Mentale afin de développer des circuits courts pour faciliter l'accès aux droits des usagers
 - Création de « life coach » pour accompagner les personnes dans les démarches
 - Développer des lieux d'information sur les procédures

- **Logement**
 - Sensibilisation des professionnels et des bailleurs sociaux : rencontres entre les bailleurs, rencontre inter bailleurs et mairies
Ex. lieu ressources : CEA psy pour sensibilisation des professionnels => on peut envisager avec les bailleurs...
 - Maisons de Marianne : logement HLM (Val d'Oise) pour les personnes en perte d'autonomie
 - Partenariat avec Croix-Rouge habitat : projet immobilier, logement mixtes
Cf. Pays Bas « logement mixte » : on module un appartement avec un système de cloison qui permet par exemple d'avoir un jeune adulte en autonomie à côté de ses parents.
 - Partenariat avec privé et associatif - ne pas se priver de tout ce qui est partenariat.
 - Intervention d'urgence dans le logement en situation de crise : comment intervenir avec les contraintes de la loi et autour du secret médical et secret professionnel => Frein à une intervention rapide.
 - Etablir les protocoles claires : qui fait quoi et quand pour intervenir chez une personne en situation de crise ?
 - Logement avec l'ESAT

- Décentralisation de SIAO. Le département est très grand donc pourquoi pas SIAO Nord et Sud afin de diminuer les délais ?

➤ **Emploi**

- Créer une structure / un outil d'accompagnement pour les publics qui sont trop qualifiés pour être en ESAT. *Les ESAT rencontrent des difficultés face à l'évolution des usagers. Les profils changent. Il y a des usagers qui ont des qualifications (ex. BAC+2, BAC+3 etc.). Ils sont différents et ont besoin d'être accompagnés différemment. Il manque d'outils et de formations pour accompagner ces publics. Il faut un autre type de structures qui pourraient accueillir ce type de publics avec possibilité de sortie (cf. article Duodays) pour compléter l'ESAT.*
- Mise en réseau avec des partenaires de soins (ex. Ateliers MOGADOR) => besoin du relai sanitaire
- Soutenir les entreprises moyennes pour accueillir et accompagner les personnes handicapées dans leur structure
- Sensibilisation des responsables
- Créer un métier type « AVS » mais en milieu professionnel => dispositif emploi accompagné (Ex. l'Œuvre Falret) : développer et faire connaître ces dispositifs
- Travailler avec les grandes universités : il y a des modules adaptés (ESSEC, Science Po), il faut les solliciter.
- Journées d'échanges entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé (Co-construction de projets partagés) de façon à se connaître, organiser des activités communes
- Groupes scolaires avec un IME et une ULIS de façon à avoir des propositions plus complètes.
- Faire venir les élèves du milieu ordinaire vers les IME pour sensibilisation, déstigmatisation (Ex. Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés /PIAL/)
- Travailler avec les chefs d'entreprise pour voir quelle souplesse d'organisation du travail pour les parents qui ont un enfant handicapé
- Etendre le dispositif de « Job coach »

➤ **Milieu scolaire**

- Nécessité d'un répertoire de tout ce qui existe sur le territoire au niveau scolaire. (ex. Répertoire Opérationnel des Ressources /ROR/ pour le médicosocial et le sanitaire) pour donner des informations aux familles
- Augmentation du temps psychologue scolaire
- Assouplir le cadre actuel d'organisation des classes...
- Développer le lien entre les CLSM et l'EN pour les formations etc.

➤ **Question du coût de transport adapté qui est trop élevé**

- Travail avec le PAM, Stif, RATP etc.
- Encourager la création de start-up autour du transport avec facilitation administrative au niveau des communes (entreprise : papillons blancs)

➤ **Commune-Voisinage**

- Développer la formation « Premiers secours en santé mentale » pour tous les employés des mairies, les professionnels de l'EN, travailleurs sociaux et la police etc. Cela permettrait de prévenir les situations de crise.
- Création de plus de CLSM et déterminer bien leurs missions et qui doit être dans le PTSM. Les membres du PTSM qui pourraient y participer.
- Recréer des maisons de quartier avec CMP associé
- Sensibilisation des enfants et des ados

Actions sur les organisations et les structures :

➤ **Organiser l'aller vers**

- Médiateurs pour permettre le maintien à domicile et pour régler les problèmes du voisinage etc.
- Diversification des équipes mobiles : EMPP et Equipe mobile passerelle. Mais il ne faut pas enlever des lits d'hospitalisation
- Dans le SAMU, il faut que l'urgence psychiatrique soit considérée comme une « vraie urgence »
- La place IDE psychiatrique pour les SAMU, et création d'une plateforme etc.
 - Numéro unique d'interprète
 - Repositionner le rôle des infirmiers
- HAD psychiatrique avec des indications compatibles avec la psychiatrie car HAD a des critères très précis qui ne sont pas adaptés pour la psychiatrie

➤ **Coordination des professionnels de la santé avec les autres acteurs :**

- Décloisonnement des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, associations, les services à domicile
- Avoir des infirmiers référents dans des PMI
- Référent de proximité dans chaque structure psychiatrique afin que les partenaires puissent facilement avoir un interlocuteur => numéro unique avec accès facile
- Dossier médical partagé
- Espaces d'échanges et de partage (personnes, familles, professionnels) coordonnées / groupes de parole co-animés par plusieurs professionnels
- Organisation des colloques pour connaître le réseau (violence conjugale, autisme) ouvertes aux professionnels et aux publics concernés
- Faire appel aux associations, communiquer et travailler ensemble (ex. COALLIA)
- Cartographie de ce qui se fait en santé mentale sur le territoire
- Coordination / annuaire/ dissipation des clivages inter secteurs
- Gestion de parcours coordonné
- Création de lieux de permanence partagée

Le contexte global et les représentations :

➤ **Actions en faveur de la promotion de la santé et de la prévention**

- Formation aux 1er secours en santé mentale pour tout le monde
- Repérage précoce : visite médicale dans les maternelles - primaires (PMI infirmier référente dans un périmètre)
- Dépistage organisé systématiquement à des moments clés du parcours de vie : naissance, entrée en maternelle, primaire, collège, lycée, université, emploi etc.
- Equipe de prévention en dehors du médical, les associations peuvent solliciter des travailleurs
- Plaquette de prévention dans les cabinets et les mairies etc.

➤ **Actions à destination du grand public : (déstigmatiser)**

- Communication dans les médias et représentation de la population atteinte de troubles mentaux dans des films, TV etc. Ces publics doivent être représentés.
- Label pour les entreprises sensibilisées aux troubles psychiques
- Création d'un annuaire / répertoire de tous les acteurs
- Numéro d'appel pour troubles psychiques « SOS grain de folie »
- Kits de sensibilisation sur la santé mentale à généraliser

Maintenir la dynamique créée par les travaux du PTSM

- **Mise en place d'une vraie coordination territoriale et transversale avec les acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux, insertion, scolaire, emploi, logement, addictions, précarité**
- Suppression des clivages et « mises en concurrence » des différents acteurs :
 - Harmonisation de nos objectifs en termes de prise en charge
 - Création d'un évènement annuel territorial