

Diagnostic territorial partagé des Yvelines Sud

PAGE DE GARDE

DOCUMENT PROVISOIRE

TABLE DES MATIERES

<i>Préambule : Une réponse territorialisée aux besoins en santé mentale de la population déjà ancienne, mais fragilisée par la démographie médicale.....</i>	1
PARTIE INTRODUCTIVE	2
I. Cadre réglementaire	2
II. Modalités d'élaboration	2
1. Territoire retenu.....	2
2. Méthodologie.....	3
3. Acteurs	6
4. Calendrier	6
PREMIERE PARTIE : LES INDICATEURS DU TERRITOIRE	8
I. Données sociodémographiques.....	8
1. Géographie et démographie	8
2. Contexte socio-économique.....	10
II. Offre de santé.....	13
1. Offre de ville.....	13
2. Offre des établissements de santé	15
3. Offre communautaire	27
4. Offre sociale et médico-sociale d'accompagnement et d'hébergement	28
III. Indicateurs concernant le suicide et les tentatives de suicide	34
IV. Recours aux soins.....	35
DEUXIEME PARTIE : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DES TABLES RONDES – ANALYSE QUALITATIVE	45
I. Repérage précoce, accès aux soins et appui aux professionnels de premier recours	45
1. Exposé des enjeux de cette priorité	45
2. Etat des lieux	46
3. Recommandations	50
II. Accès aux ressources concernant l'accompagnement des enfants et adolescents et coopération entre les différents acteurs des parcours de santé.....	51
1. Exposé des enjeux de cette priorité	51
2. Etat des lieux	52
3. Recommandations	54
III. L'accès aux soins et aux accompagnements des populations précaires ou en situation de handicap psychique.....	55
1. Exposé des enjeux de cette priorité	55
2. Etat des lieux	56
3. Recommandations	60
IV. Logement inclusif et soutien aux bailleurs sociaux	61
1. Exposé des enjeux de cette priorité	61
2. Constat partagé concernant les besoins.....	61
3. Etat des lieux	62
4. Recommandations	67

V.	Rester à domicile quand on est âgé.....	68
1.	Exposé des enjeux de cette priorité	68
2.	Etat des lieux	68
3.	Recommandations	70
VI.	Agir pour des pratiques orientées rétablissement.....	71
1.	Exposé des enjeux de cette priorité	71
2.	Etat des lieux	72
3.	Recommandations	74
VII.	La réponse à la crise et à l'urgence / post-urgence / parcours hospitalier et ambulatoire adulte	75
1.	Exposé des enjeux de cette priorité	75
2.	Etat des lieux	75
3.	Recommandations	77
VIII.	La réponse aux besoins des personnes ayant des conduites addictives	79
1.	Exposé des enjeux de cette priorité	79
2.	Etat des lieux	79
3.	Recommandations	81
IX.	Continuité du parcours de vie et du parcours de soins en particulier lors des transitions enfant / adolescent / adulte	82
1.	Exposé des enjeux de cette priorité	82
2.	Etat des lieux	82
3.	Recommandations	87
X.	La réponse à la crise et à l'urgence / post-urgence / parcours hospitalier et ambulatoire enfants et adolescents.....	88
1.	Exposé des enjeux de cette priorité	88
2.	Etat des lieux	88
3.	Recommandations	90
XI.	Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes	91
1.	Exposé des enjeux de cette priorité	91
2.	Etat des lieux	91
3.	Recommandations	94
	Annexes.....	95

GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACS	Allocation complémentaire santé
ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants inadaptés
ADMR	Aide à Domicile en Milieu rural
ALD	Affection de Longue Durée
ALT	Allocation de logement temporaire
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANFH	Association Nationale de Formation des Hospitaliers
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ATC	Appartement de coordination thérapeutique
ATSA	Accueil temporaire du service de l'asile
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues
CAC	Centre d'Accueil et de Crise
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce
CAO	Centre d'accueil et d'orientation
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CAVA	Centre d'aide à la vie active
CCAS	Centre Communal Action Sociale
CD	Conseil départemental
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDSP	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CH	Centre Hospitalier
CHP	Centre Hospitalier de Plaisir
CHR	Centre Hospitalier de Rambouillet
CHV	Centre Hospitalier de Versailles
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et Coordination Gérontologique
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAR	Centre de préparation et d'accompagnement au retour
CPH	Centre provisoire d'hébergement
CPT	Communauté Psychiatrique de Territoire
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRA	Centre de Ressources Autisme
CRIAVS	Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CTS	Conseil Territorial de Santé

CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologique
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DMAH	Durée moyenne annuelle d'hospitalisation
DMS	Durée moyenne de séjour
DPC	Développement Professionnel Continu
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EMSA	Equipe mobile sujet âgé
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ESAT	Etablissement de Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS	Foyer d'accueil spécialisé
FATH	Foyer d'accueil pour travailleurs handicapés
FH	Foyer d'Hébergement
FMC	Formation médicale continue
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HC	Hospitalisation complète
HDJ	Hôpital de jour
HLM	Habitation à Loyer Modéré
HN	Hospitalisation de nuit
HU	Hébergement d'urgence
HUAS	Hébergement d'urgence avec accompagnement social
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut Médico-Educatif
IMPro	Institut médico-professionnel
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAO	Module d'Accueil et d'Orientation
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MR	Maison relais
MSP	Maisons Sociales de Proximité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPCA	Organismes Paritaires Collecteurs Agrées
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PCPE	Pôles de compétences et de prestations externalisées
PDALHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMP	Projet médical partagé (du GHT)
PRADO	Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (après hospitalisation)
PRAHDA :	Programme régional d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
RA	Résidence accueil
RAG	Réseau d'appui aux médecins généralistes
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
R CPP	Réunions Communes Pluri professionnelles
REX	Retours d'Expériences
RPSM	Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale dans les Yvelines Sud
RS	Résidence sociale
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAT	Service d'aide au travail
SAU	Service d'accueil des urgences
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDRE	Soins à la demande du représentant de l'Etat
SDT :	Soins à la demande d'un tiers
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISM	Semaine d'Information sur la Santé Mentale
SPI	Soins en péril imminent
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SRS	Schéma Régional de Santé
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TDAH	Trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Troubles Envahissants du Développement
TSA :	Troubles du spectre autistique
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UDAF	Union départementale des associations familiales
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UHR	Unités d'hébergement renforcé (type Alzheimer)
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UMD	Unité malades difficiles
UNAFAM	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Préambule : Une réponse territorialisée aux besoins en santé mentale de la population déjà ancienne, mais fragilisée par la démographie médicale

Le Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale dans les Yvelines Sud (RPSM 78 Sud) a réuni pendant près de 20 ans les acteurs sanitaires participant à la réponse aux besoins en santé mentale de la population des Yvelines Sud et a construit de nombreux partenariats avec les autres acteurs du territoire participant à cette réponse. Ce travail de structuration et d'amélioration de l'offre des soins a été guidé par des principes qui restent d'actualité :

- 1. La réponse aux besoins de soins est décrite en termes de parcours, selon la logique de gradation des soins et des grandes typologies de troubles ou de populations concourant à la structuration de filières de soins.*
- 2. Pour des raisons d'efficience, les réponses ont privilégié la transformation des dispositifs existants plutôt que leur création de novo.*
- 3. Toutes les propositions se sont appuyées sur les connaissances actuelles et les données probantes concernant les bonnes pratiques et les organisations de qualité.*
- 4. Les propositions tiennent compte du caractère largement transversal de la santé mentale ; leur élaboration et leur mise en œuvre ont associé l'ensemble des acteurs impliqués dans la problématique abordée.*

En 2016, le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Sud Yvelines a été constitué sur le même territoire que le RPSM 78 Sud, et 8 filières de soins ont été déclinées dans le volet santé mentale du projet médico-soignant de territoire. Fin 2017, conformément à la loi de santé de 2016, le RPSM 78 Sud a été dissout, donnant lieu à une organisation pré-figurative de la Communauté Psychiatrique de Territoire CPT 78 Sud qui sera constituée lorsque le PTSM aura été approuvé. Cette histoire partagée a conduit naturellement les acteurs, engagés de longue date dans l'amélioration partenariale de la réponse aux besoins de santé mentale, à proposer le périmètre des Yvelines Sud comme territoire du travail de diagnostic à réaliser et préfigurateur de l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

Ce travail conduit durant plus d'une année a été témoin d'une fragilisation de l'organisation de la réponse aux besoins de santé mentale du territoire, rendant difficile l'exercice du diagnostic. Notamment, les problématiques liées à la démographie médicale contraignent nos organisations à de très rapides adaptations. Dans le même temps, l'ensemble des acteurs et des institutions sont soumis à de fortes exigences de transformation ; les objectifs fixés entrant régulièrement en contradiction avec l'exercice des partenariats, pourtant au cœur de la dynamique souhaitée des PTSM.

Pour autant, ce travail a été conduit dans un souci constant d'améliorer l'interconnaissance des acteurs, de partager les constats et mises en perspective. Il a largement bénéficié des présentations, échanges et débats d'acteurs de champs d'intervention très divers, mobilisés lors des réunions mensuelles de la Commission Spécialisée en Santé Mentale présidée par Madame Roselyne Touroude (Vice-présidente de l'UNAFAM). Le diagnostic réalisé est également teinté de l'actualité du moment, notamment, la mise en place d'une direction commune entre les hôpitaux de Versailles et de Plaisir à l'automne 2019 et l'achèvement des travaux de reconstruction de l'Institut MGEN de la Verrière qui s'accompagne d'une reconfiguration de son offre de soins sur le territoire.

Au cours de ces réunions, l'intérêt de penser les nombreuses articulations entre les réponses aux besoins de santé mentale dans les deux territoires Yvelines Nord et Yvelines Sud s'est fait jour. Enfin, ce travail a bénéficié de l'accompagnement attentif de la délégation départementale de l'ARS des Yvelines.

PARTIE INTRODUCTIVE

I. Cadre réglementaire

L'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que « le projet territorial (de santé mentale) est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire ». Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial en santé mentale fixe six priorités qui doivent guider le travail de réflexion.

II. Modalités d'élaboration

Ce travail d'une année a été conduit conformément aux préconisations formulées dans l'instruction DGOS du 5 juin 2018¹, en application du décret du 27 juillet 2017, relatif aux PTSM².

1. Territoire retenu



Le présent document est le fruit d'une démarche participative de diagnostic initiée dans le prolongement des relations partenariales tissées de longue date entre les acteurs de la santé mentale des Yvelines Sud, notamment les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes et services des établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales et les représentants des usagers.

Le 27 septembre 2018 un courrier adressé au Directeur Général de l'ARS d'Ile-de-France³ matérialisait cette initiative prise par les acteurs de santé mentale et proposait l'élaboration d'un projet pour le territoire des Yvelines Sud.

Secteurs de psychiatrie générale du territoire Yvelines Sud

¹ Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/PA/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

² Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale – Voir annexe n°1

³ Voir annexe n°2

Simultanément, une démarche diagnostique lancée par les partenaires de la santé mentale sur le territoire Yvelines Nord aboutira à un second PTSM pour cette deuxième partie du département.

L'ensemble de ces travaux a été suivi à l'échelon départemental dans le cadre de la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil territorial de santé, qui veillera à la coordination des projets communs qui émaneront des deux documents et permettront un déploiement sur l'ensemble du département.

Secteurs de psychiatrie infantile et juvénile du territoire Yvelines Sud *(Psycom, 2019)*



2. Méthodologie

Les choix méthodologiques retenus et présentés ci-dessous visent la production d'un document témoignant d'une « vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale »⁴.

Issus du corpus réglementaire et des préconisations émises par ailleurs, ils témoignent également des réflexions conduites lors des rencontres et réunions, en amont et pendant la rédaction, menées dans le cadre :

- de la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil territorial de santé ;
- de la Commission stratégique de la CPT Yvelines Sud préfiguratrice ;
- du Groupe pilote du PTSM initié lors de la phase d'élaboration du document ;
- de réunions d'étapes organisées à la Délégation départementale de l'ARS.

2.1. Un état des lieux exhaustif des besoins et de l'offre en santé mentale du territoire

2.1.1. La prise en compte des données et indicateurs de besoins, de ressources et d'offres

Le diagnostic s'appuie sur des données géographiques, démographiques, socio-économiques et de recours aux soins, issues des bases nationales et régionales et plus particulièrement de l'Atlas de la Santé Mentale en France⁵.

⁴ Instruction du 5 juillet 2018, op. cit.

⁵ Accessible sur internet, au lien suivant : <http://santementale.atlasante.fr/>

En complément, deux chercheurs associés à l'IRDES ont fourni des données à l'échelle du territoire Yvelines Sud, dans la mesure où la granularité retenue dans l'Atlas ne permettait pas d'obtenir des résultats à un niveau infra-départemental.

L'essentiel de ces indicateurs figure dans la première partie du diagnostic partagé. Ils ont nourri l'analyse qualitative du territoire Yvelines Sud présentée lors de tables rondes organisées en novembre et en décembre ainsi que les travaux de synthèse et d'analyse stratégique qui ont suivi.

2.1.2. Une concertation thématique transversale

Le diagnostic territorial partagé a été structuré autour :

- Des six priorités du projet territorial de santé mentale, telles que fixées aux articles R.3224-5 à R.3224-10 du Code de la Santé Publique⁶ ;
- Des six principes d'actions identifiés dans le nouveau Schéma Régional de Santé 2018-2022 dans sa partie relative à la Santé mentale⁷ ;
- Des filières de soins identifiées dans le Projet médico-soignant partagé (PMSP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Yvelines Sud⁸.

La matrice d'analyse associe donc le raisonnement en termes de filières, éprouvé lors de la rédaction du PMSP du GHT 78 Sud et au cours des réunions collégiales organisées dans le cadre du RPSM, et, de manière transversale, les priorités et principes d'actions retenus au titre de la Santé mentale dans les plans nationaux et régionaux.

2.2. Une démarche partenariale et participative

Le diagnostic territorial Yvelines Sud procède d'une entreprise collective qui a pris la forme de plusieurs journées de réflexion libres d'accès, de groupes de travail thématiques et partenariaux animés par des professionnels de tout horizon institutionnel, eux-mêmes réunis lors de réunions à vocation méthodologique et rédactionnelle.

La CPT 78 Sud préfiguratrice a animé l'ensemble des travaux avec le souci de mobiliser et d'écouter la grande diversité des acteurs de santé mentale du territoire, de rendre compte de leurs constats et attentes. C'est sur la base de cette synthèse partagée que les projets stratégiques du Sud Yvelines se développeront au cours des prochaines années.

2.2.1. Les journées du diagnostic territorial

De cette impérieuse nécessité de garantir la co-construction du document, a germé le souhait d'organiser trois journées à destination d'un public diversifié : professionnels du champ de la

⁶ Voir annexe n°1 et annexe n°3

⁷ Détaillés en annexe n°3

⁸ Détaillées en annexe n°3

santé mentale, du social, mais aussi des associations et des représentants des usagers du territoire afin notamment :

- de permettre des rencontres, échanges et la confrontation des points de vue d'acteurs de divers horizons ;
- de présenter les ressources, les initiatives et les difficultés existantes sur le territoire, soit autant de données à faire figurer ensuite dans le diagnostic territorial ;
- de participer à l'élaboration de propositions d'amélioration concertées.

Ces trois journées, organisées le 13 novembre et les 4 et 18 décembre 2018, ont pris la forme de onze tables rondes, correspondant à chacune des thématiques abordées dans la partie qualitative du document.

Le programme de ces trois jours qui ont rassemblés plus de 300 personnes⁹ est présenté en annexe 4.

La richesse des présentations et échanges avec les participants, dont l'intégralité a été retranscrite, a constitué une base documentaire très riche sur les besoins, les ressources et les enjeux en santé mentale du territoire. Cette base a été exploitée pour la rédaction du diagnostic partagé et du projet territorial de santé mentale dans son ensemble.

2.2.2. Une plateforme d'échanges de documents

A l'issue des journées du diagnostic territorial et parallèlement aux travaux des binômes rapporteurs des tables rondes et autres membres du groupe de méthodologie et de rédaction, un espace collaboratif a été ouvert en février 2019.

Cette plateforme a permis au public des journées du diagnostic, et à toute personne en faisant la demande auprès de l'équipe de coordination de la CPT 78 Sud, de prendre connaissance des différents documents de synthèse, au fur et à mesure de leur publication par les rapporteurs des tables rondes, et le cas échéant de faire part de leurs commentaires ou propositions.

2.2.3. Des tables rondes à la rédaction : le rôle des binômes rapporteurs

Chaque table ronde a été préparée puis animée par un binôme de rapporteurs, en général issu, l'un du sanitaire, l'autre d'un autre champ.

A l'issue de ces trois journées, les rapporteurs ont pris part aux travaux d'écriture et aux réunions régulières de méthodologie et de suivi, proposant pour chaque thématique traitée, un diagnostic sous forme d'analyse stratégique accompagnée de propositions sur la base des données quantitatives et qualitatives recueillies tout au long de la démarche diagnostique.

2.3. *Un diagnostic à portée stratégique*

Pour chaque diagnostic thématique, le plan suivi a été :

⁹ 344 personnes se sont inscrites

- Enjeux : présentés à la lumière des priorités identifiées dans le décret relatif aux PTSM, dans le Schéma Régional Stratégique et des données territoriales ;
- Etat des lieux : la matrice SWOT, outil d'analyse stratégique bien connu des organisations, a été utilisée afin de permettre aux acteurs (intervenants, rapporteurs/modérateurs) des tables rondes d'élaborer un diagnostic interne (forces/faiblesses) et externe (opportunités/menace) propre à leur champ d'intervention et en regard des thématiques traitées ;
- Recommandations : cap de l'action à court ou plus long terme et des axes de travail du futur Comité de pilotage du PTSM Yvelines Sud.

Une fois finalisé le diagnostic a été porté à la connaissance de l'ensemble des personnes inscrites sur la plateforme d'échanges de documents et soumis à validation de la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil territorial de santé, des Conseils Locaux de Santé Mentale des Yvelines Sud et à l'approbation de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France.

3. Acteurs

La démarche de diagnostic territorial partagé a rassemblé une pluralité d'acteurs du champ de la santé mentale dont la liste détaillée figure en annexe n° 4.

- Acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion
- Acteurs de la lutte contre les addictions
- Acteurs de l'enseignement et étudiants
- Acteurs sanitaires
- Acteurs sociaux et médico-sociaux
- Collectivité territoriales et acteurs de la démocratie sanitaire
- Crèches
- Représentants des personnes et des familles
- Services pénitentiaire d'insertion et de probation
- Services de l'Etat (hors enseignement et acteurs sanitaires)
- Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs

4. Calendrier

Le schéma ci-dessous reprend l'ensemble des grandes étapes d'élaboration du présent document.

Travaux préparatoires conduits par la CPT 78 Sud préfiguratrice

Lettre d'intention adressée au DG ARS IDF
27/09/2018

Organisation et préparation des journées du diagnostic territorial
Validation de la méthodologie de suivi du projet de rédaction
Septembre à Novembre 2018

Journées du diagnostic territorial

Tables rondes du 13/11/2018
Le repérage précoce, l'accès aux soins et aux accompagnements

Tables rondes du 04/12/2018
Les actions en faveur de l'accès et du maintien au domicile, à l'emploi et à des activités favorables au rétablissement

Tables rondes du 18/12/2018
La prise en charge des situations de crise et la continuité des parcours
La promotion de la santé mentale et de la citoyenneté

Rédaction du diagnostic territorial

Synthèse des tables rondes et analyse stratégique
Binômes rapporteurs
Réunions du comité de rédaction : 30/01, 26/03, 14/05 et 18/06 2019

Analyse des indicateurs du territoire
Obtention des données à l'échelle du territoire retenu
Mise en perspective dans les analyses thématiques

Diffusion de documents sur la plateforme d'échanges
Restrcription des journées du diagnostic territorial
Dépôt des synthèses, analyses stratégiques et indicateurs
Possibilité de déposer des contributions

Validation du document

Commission stratégique de la CPT 78 Sud préfiguratrice
04/09/2019

Réunion des CLSM du territoire
XX/12/2019

Commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé
XX/XX/2019

Envoi à l'Agence Régionale de santé en vue de son approbation
XX/XX/2019

PREMIERE PARTIE : LES INDICATEURS DU TERRITOIRE

I. Données sociodémographiques

1. Géographie et démographie

Evolution et structure de la population des Yvelines en 2016

Population	Yvelines (78)
Population en 2016	1 431 808
Densité de la population (nbre d'habitants au Km ²) en 2016	626.8
Superficie (en Km ²)	2 284.4
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	0.3
Nombre de ménages en 2016	575 089
<i>Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019</i>	
Naissances domiciliées en 2017	18 537
Décès domiciliés en 2017	9 101
<i>Source : Insee, état civil en géographie au 01/01/2018</i>	

En 2013, le Sud des Yvelines comptait 655 530 habitants (données AtlaSanté, INSEE RP)

Densité de la population : (avec comparaison à la densité nationale)

Indicateurs	Yvelines	France
Population	1 431 808	66 361 658
Densité de population (hab/km²)	626,8 ▲	104,9
Superficie (km²)	2 284,4	632 733,9
Nombre de ménages	575 089	29 236 888

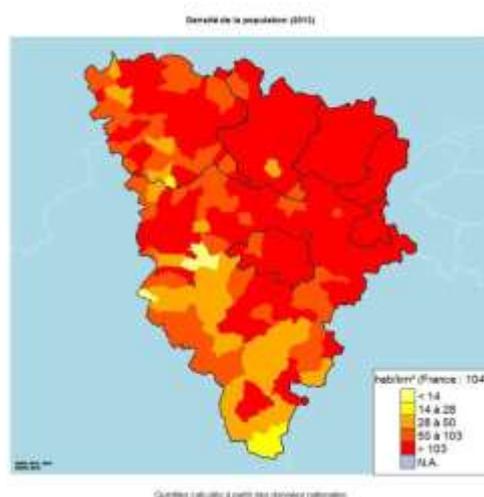
Source : Insee, séries historiques du RP, exploitation principale - 2016

Croissance attendue : +5.7% d'ici 2030

Zonage en aire urbaine :

Villes du Sud Yvelines les plus peuplées en 2013

Code	Libellé	Effectif de population 2013
78646	Versailles	85272
78423	Montigny-le-Bretonneux	33625
78490	Plaisir	31342
78621	Trappes	30979
78158	Le Chesnay	28640
78297	Guyancourt	27546
78208	Elancourt	26290
78517	Rambouillet	25926
78126	La Celle-Saint-Cloud	21264
78640	Vélizy-Villacoublay	20997

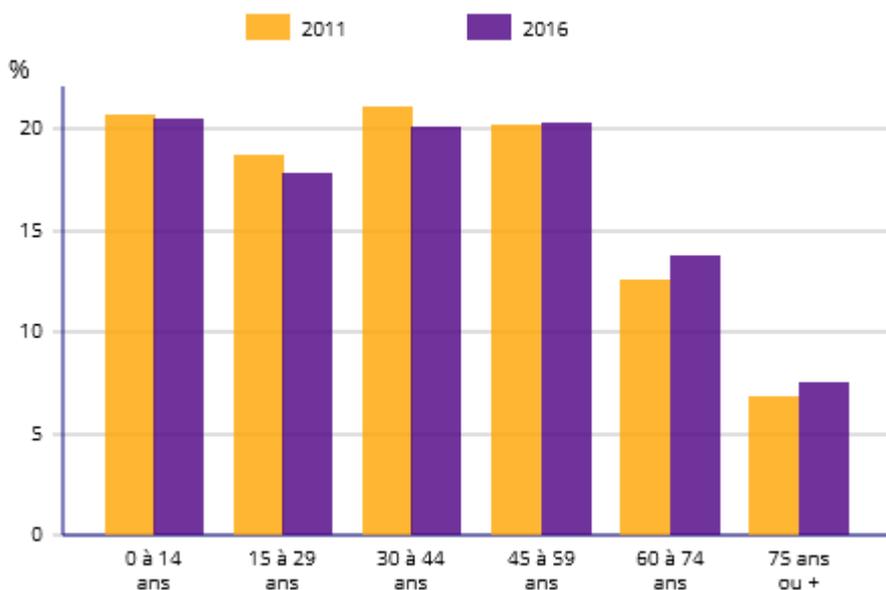


Répartition de la population des Yvelines par tranches d'âges :

	2016	%	2011	%
Ensemble	1 431 808	100.0	1 413 635	100.0
0 à 14 ans	293 632	20.5	292 394	20.7
15 à 29 ans	255 242	17.8	263 994	18.7
30 à 44 ans	288 307	20.1	298 093	21.1
45 à 59 ans	290 438	20.3	285 559	20.2
60 à 74 ans	197 105	13.8	178 087	12.6
75 ans ou plus	107 085	7.5	95 509	6.8

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

POP G2 - Population par grandes tranches d'âges

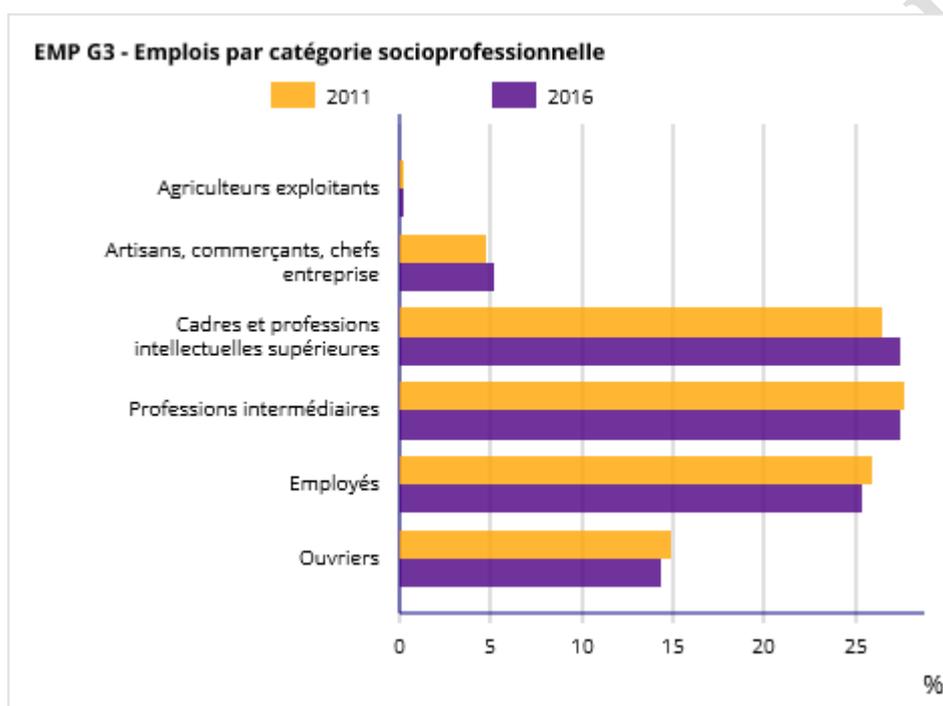


Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019

Vieillesse attendue de la population : Selon les différents scénarios démographiques envisagés par l'Insee, le département des Yvelines connaîtrait un vieillissement prononcé : l'âge moyen des habitants augmenterait de 5 ans entre 2013 et 2050 et la part des 75 ans ou plus doublerait. Ainsi, la part des plus âgés qui représentait moins de 7% en 2013, atteindrait 15,1% en 2050. Les Yvelines seraient ainsi le département francilien où les 75 ans ou plus seraient proportionnellement les plus présents, avec près d'un Yvelinois sur trois qui aurait plus de 60 ans en 2050.

2. Contexte socio-économique

Emploi :



Sources : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations complémentaires lieu de travail, géographie au 01/01/2019.

Précarité :

Chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans :

Indicateurs	Trappes	2016 vs 2011	Plaisir	2016 vs 2011	Yvelines	2016 vs 2011
Nombre de chômeurs	2 724		1 693		72 883	
Taux de chômage	18,0	▲	10,5	▲	10,4	▲
Taux de chômage des femmes (%)	19,3	▲	11,5	▲	10,9	▲
Taux de chômage des hommes (%)	16,3	▲	9,3	▼	10,0	▲
Part des femmes parmi les chômeurs (%)	50,0		55,5	▲	51,0	▲

Source Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale

Taux de pauvreté par département de la région Île-de-France en % et évolution depuis 2008 en points:

Départements	Taux de pauvreté 2014 (en%)	Evolution du taux de pauvreté 2008-2014 (en points)
Paris	16,1	2,2
Seine-et-Marne	11,5	2,4
Yvelines	9,5	2,2
Essonne	12,5	3,4
Hauts-de-Seine	12,2	2,1
Seine-Saint-Denis	28,6	7,1
Val-de-Marne	16,2	3,9
Val-d'Oise	16,6	4,4
Île de France	15,6	3,5
France Métropolitaine	14,7	ND

Sources : Insee, revenus disponibles localisés (RDL) 2008 et FloSoFi 2014.

La pauvreté n'est pas répartie de manière homogène en l'Île-de-France. Tel que le montre le tableau précédent, les populations vivant dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines sont moins exposées à la pauvreté. Le contexte économique et social y est plus favorable : les taux de chômage sont les plus faibles de la région et les populations sont plutôt aisées dans leur ensemble. Les cadres représentent 37 % de la population active dans les Hauts-de-Seine et 30 % dans les Yvelines, contre 13 % en Seine-Saint-Denis. Cependant, certains territoires du sud des Yvelines, notamment les quartiers prioritaires de Trappes n'échappent pas à la pauvreté. La pauvreté concerne également plus particulièrement certains groupes de la population comme les familles avec enfants. En France métropolitaine, une personne sur trois en situation de pauvreté est âgée de moins de 30 ans. Dans les Yvelines, cette proportion s'élève à 38,5 %.

Une augmentation du nombre de foyers allocataires :

	Revenu de solidarité active (RSA socle)		Allocation adultes handicapés (AAH)	
	Foyers allocataires au 30/06/2018	Évolution 2018/2017 (en %)	Allocataires au 30/06/2018	Évolution 2018/2017* (en %)
Yvelines	22 794	4,4	13 919	3,1
Île-de-France	333 351	3,1	152 763	4,1
France métropolitaine	1 660 406	0,2	1 094 957	2,5

* Évolution entre juin 2017 et juin 2018

Source CAF Île-de-France; Cnaf

À la fin du mois de juin 2018¹⁰, environ 486 100 foyers allocataires franciliens bénéficient de minima sociaux versés par les Caisses d’allocations familiales (Caf), soit une augmentation de 2,6 % par rapport à 2017. Si le nombre de bénéficiaires du RSA progresse de 2,2 % dans la région par rapport à juin 2017, il évolue toutefois de façon différenciée au niveau départemental : il baisse de 0,5 % à Paris, mais augmente de plus de 4 % dans les Yvelines comme dans le Val-de-Marne, l’Essonne.

Un nombre de bénéficiaire de la CMU-C en progression :

Fin 2018, 947 000 Franciliens sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Ils représentent 7,8 % de la population, soit une proportion similaire à celle de la France métropolitaine, mais avec des différences significatives entre les départements. Cette proportion est inférieure à la moyenne régionale dans les Yvelines.

Si les effectifs de la CMU-C ont augmenté de 2,4 % au niveau national, la hausse est plus significative en Île-de-France (+ 3,8 %), alors même que l’évolution du taux de chômage dans la région est proche de la tendance nationale. C’est le département des Yvelines qui présente la progression la plus importante entre 2017 et 2018, soit 10,4%.

Nombre et évolution des bénéficiaires de la CMU-C

	Yvelines	Île-de-France	France métropolitaine
Bénéficiaires de la CMU-C au 31/12/2018 (en milliers)	71	947	4 967
Évolution CMU-C 2018/2017 (en %)	10,4	3,8	2,4
CMU-C/Population (en %)	5	7,8	7,7

Source : Fonds CMU-C

Focus sur les communes les plus défavorisées sur le territoire Yvelines Sud :

Sur le territoire Sud des Yvelines, il existe de forts contrastes de revenus. Ainsi, si certaines communes de plus de 20 000 habitants occupent les premiers rangs parmi les villes présentant le plus faible taux de pauvreté¹¹ se situant autour de 5% (Le Chesnay, Vélizy-Villacoublay, Montigny le Bretonneux, Versailles), d’autres atteignent des taux nettement supérieurs, c’est le cas de Trappes avec un taux de 25%.

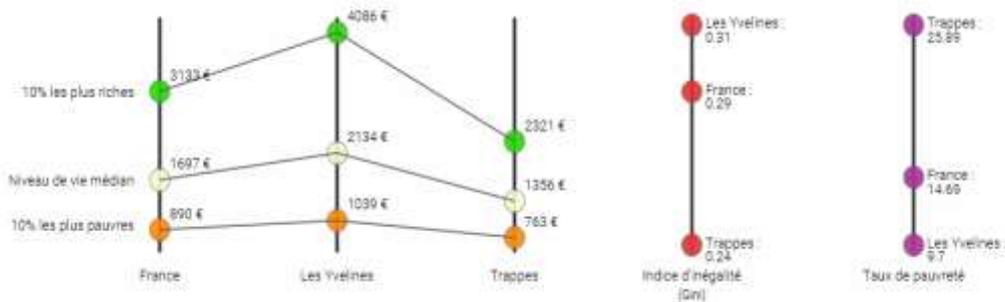
Revenus	Île-de-France	Yvelines	Trappes	Plaisir
Nombre de ménages fiscaux en 2016	4 884 307	563 873	11 036	11 792
Part des ménages imposés en 2016 en %	63,9	69,8	42	67

¹⁰ - la Cnaf a imposé une nouvelle règle de diffusion qui a pour conséquence de retenir la date de juin 2018 et non pas décembre 2018 (dont les données ne seront disponibles que fin juin 2019, après la publication du bilan économique).

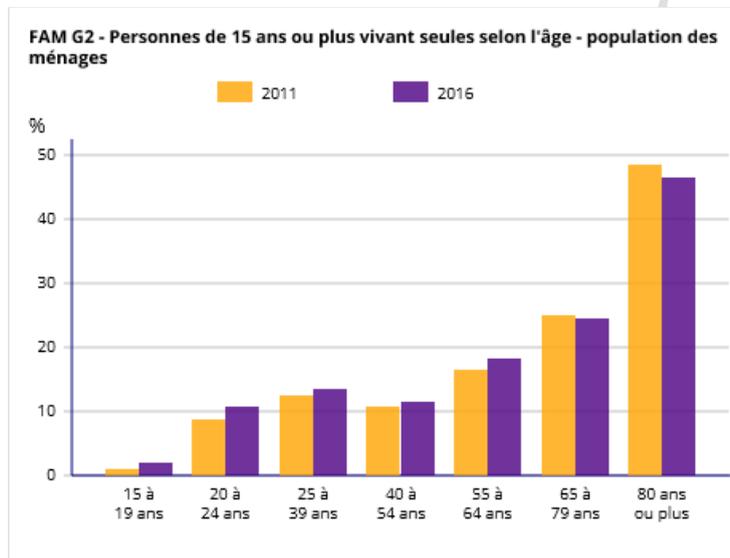
¹¹ - Taux de pauvreté calculé en rapportant le nombre de personnes vivant avec 60% du revenu médian ou moins à l’ensemble de la population de la commune.

Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2016	22 906	25 824	16 546	23 477
Taux de pauvreté, en %	15,7	9,7	25	12

Sources : Insee-DGFP-Cnaf-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2019



Isolement (taux de ménages isolés) :



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

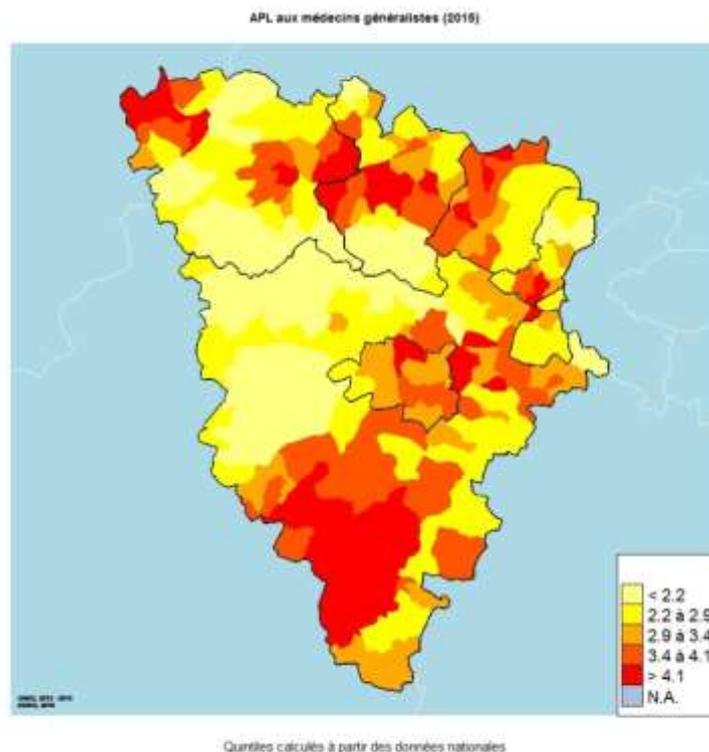
II. Offre de santé

1. Offre de ville

Données de l'Atlas Santé Mentale

	Moyenne Yvelines	Moyenne nationale
Accessibilité potentielle localisée (APL)		
Médecins généralistes (APL)	3,2	4,1
Densité (pour 100 000 habitants)		
Infirmiers libéraux	-50 % par rapport à la moyenne nationale	
Psychiatres libéraux	9,1	9,9
Psychologues libéraux	41,1	27,1

1.1. **Une offre en médecine générale déficitaire et en baisse** (APL, données 2015 et URPS données 2018)



En 2015 les Yvelines étaient légèrement déficitaires par rapport à la moyenne nationale, avec une accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de 3.2 pour une moyenne nationale de 4.1 (ce qui signifie que les français ont accès en moyenne à 4.1 consultations par an). La répartition dans les Yvelines Sud était assez hétérogène avec des zones peu dotées (Nord-ouest, zone limitrophe avec le 91 et bassin de Versailles).

Depuis cette date, la chute démographique (- 20 % entre 2009 et 2016) s'est accélérée du fait de la pyramide des âges (en 2016, 55% des généralistes installés avaient plus de 55 ans) et d'un taux d'installation faible.

1.2. **Une offre en infirmier libéral faible**, de moitié inférieure à la moyenne nationale (données 2012 observatoire des territoires). Alors que l'Île de France a la densité la plus faible de France métropolitaine, ce déficit est particulièrement marqué dans les Yvelines.

1.3. **Une offre en psychiatrie libérale en baisse** (APL, données 2015 et URPS, données 2018):

En 2015 l'offre (9.1 psychiatres / 100 000 habitants) était dans la moyenne nationale (9.9) mais avec une proportion élevée de professionnels exerçant en secteur 2. Les données en APL (2013) montraient une répartition de l'offre légèrement plus favorable à l'est (plus proche de Paris).

Depuis cette date, de nombreux départs en retraite ont eu lieu ou sont prévus (en 2016, 69 % des psychiatres libéraux ont plus de 55 ans) avec un taux d'installation très inférieur.

1.4. Enfin l'**offre en psychologues libéraux** est élevée (41.1 /100 000 habitants) par rapport à la moyenne nationale (27.1, données INSEE 2016) et conforme à la moyenne francilienne.

2. Offre des établissements de santé

2.1. Offre de santé pour les établissements participant à la mission de psychiatrie de secteur en psychiatrie d'adulte

2.1.1. Ambulatoire

Centres médico-psychologiques

Etablissements	Secteurs	CMP	Communes
Centre Hospitalier de Plaisir	78G11	1	Saint-Cyr-l'Ecole
	78G12	1	Plaisir
	78G14	2	Versailles et Viroflay
	78G16	1	Rambouillet
	78G18	1	Trappes
Institut Marcel Rivière MGEN	78G15	1	Le Mesnil-Saint-Denis
Centre Hospitalier de Versailles	78G17	1	Versailles

Densité en CMP (moyenne nationale 4.2 pour 100 000 habitants)

Etablissements Yvelines Sud	Moy./100 000 habitants
Centre Hospitalier de Plaisir	3,8
Institut Marcel Rivière MGEN	1.2
Centre Hospitalier de Versailles	1.3

L'ensemble de ces CMP sont ouverts au moins 5 jours / semaine et un ou deux soirs par semaine.

Certaines équipes de CMP ont mis en place une organisation favorisant « l'aller vers » et le parcours de santé orienté vers le rétablissement. Il s'agit soit de ressources dédiées à l'accompagnement de parcours de réhabilitation, soit de la mise en place d'un parcours socio-sanitaire pour l'ensemble des personnes en situation ou à risque de handicap psychique suivies sur le secteur (Dispositif PASSVers sur le secteur 17)

CATTP

Etablissements	Secteurs	CMP	Communes
Centre Hospitalier de Plaisir	78G11	1	Saint-Cyr-l'Ecole
	78G12	1	Plaisir
	78G14	1	Viroflay
	78G16	1	Rambouillet
	78G18	1	Trappes

L'offre est limitée à une partie du territoire (densité de 1.4 pour une moyenne nationale de 2.4).

Equipe mobile précarité

L'équipe de liaison du RPSM78 créée en 2001 pour répondre - par des actions de formation et d'intervision - aux demandes d'accompagnement des professionnels du champ social et médico-social s'est ouverte depuis 2014 à l'intervention directe auprès des usagers. Elle devra être renforcée pour remplir l'ensemble des missions d'une EMPP. Elle participe (en assurant son volet sanitaire) à l'équipe mobile PASSERELLE qui intervient en binôme socio-sanitaire, à la demande de bailleurs sociaux, auprès de personnes en situation d'exclusion à domicile et en risque d'expulsion.

Autres équipes mobiles intersectorielles

Le groupe ERIC

Le groupe E.R.I.C. (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) sous la responsabilité du secteur 11 du CHP est un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique du territoire Yvelines sud qui intervient H24 et 7J/7 dans des situations d'urgences psychiatriques ou médico-psychologiques, à la demande des professionnels (médecins généralistes, SAMU-Centre 15, ESMS) et à la demande de l'entourage. Le but des interventions est de proposer une évaluation clinique en urgence et de réaliser, dans la mesure du possible, une prise en charge de crise ou une alternative à l'hospitalisation en mobilisant les ressources du patient, de son entourage et plus généralement celles de son réseau. L'unité de crise E.R.I.C. s'inscrit comme l'un des trois dispositifs de l'urgence psychiatrique sur le territoire. Son activité est complémentaire de celle du SAMU-Centre 15 en tant que plateforme téléphonique de réponse à l'urgence et aux urgences psychiatriques « fixes » du CH de Versailles et du CH de Rambouillet. Elle assure également la continuité des soins en période de garde aux urgences de Rambouillet et au SMPR de Bois d'Arcy.

L'EMSA (Equipe Mobile Psychiatrique du Sujet Agé)

L'EMSA-PSY, créée 2013 et cofinancée par l'ARS et le Conseil départemental des Yvelines, permet d'offrir des soins psychiatriques aux personnes âgées à domicile, ou hébergées en EHPAD. Les interventions de cette équipe, à la demande du médecin traitant, des intervenants des CLIC, du réseau REPY ou de la MAIA, permettent l'évaluation et le traitement des troubles psychiatriques du sujet âgé, dans une vision de prise en charge globale, où l'objectif du maintien à domicile est au 1^{er} plan. A l'interface des dispositifs de soins psychiatriques tels que les CMP, l'Unité de Psychiatrie de la Personne Âgée à l'Institut MGEN et/ou psychogériatriques (unité Dali du CHP), ainsi que des consultations avancées (mémoires, bilans gériatriques), l'EMSA contribue à fluidifier le parcours de soins psychiatriques mais aussi à répondre de manière plus adaptée aux différentes situations de soins rencontrées par la personne âgée.

L'UMI

Unité mobile interdépartementale (pour le 78, 91, 95), portée par le secteur 14 du CHP, dédiée à l'évaluation et l'accompagnement à domicile de personnes (de tout âge) souffrant d'autisme ou de troubles envahissant du développement (TED) confrontées à des situations complexes. Elle fait partie du dispositif Situation Complexes en Autisme et Troubles Envahissants du Développement (SCATED) pour enfants et adultes, créé en 2010 sur l'Ile-de-France.

L'ESEHP

Créée en 2016 à la suite de l'évolution du partenariat entre les secteurs et la MDPH, cette équipe assure un appui pour l'évaluation des situations de handicap psychique à la demande des secteurs, des usagers ou de la MDPH. Elle se déplace à domicile pour l'évaluation in situ des capacités d'autonomie de personnes éventuellement éligibles à la PCH.

2.1.2. Temps partiel

Avec l'ouverture récente de nouveaux HDJ par le CHP, chaque secteur dispose à présent d'un hôpital de jour (HDJ) polyvalent jouant le rôle d'alternative à l'hospitalisation temps plein et permettant le déploiement d'une palette de soins de réhabilitation.

Etablissements	Secteurs	Nombre de places d'HDJ	Communes
Centre Hospitalier de Plaisir	78G11	15	Saint-Cyr-l'Ecole
	78G12	15	Plaisir
	78G14	8	Versailles et Viroflay
	78G16	15	Rambouillet
	78G18	15	Trappes
Institut MGEN	78G15	15	Le Mesnil-Saint-Denis
Centre Hospitalier de Versailles	78G17	8	Versailles
Total		91	

Densité en places d'HDJ (moyenne en France métropolitaine de 37.3)

Etablissements HDJ Yvelines Sud	Densité moyenne
Centre Hospitalier de Plaisir	23.5
Institut MGEN	18.5
Centre Hospitalier de Versailles	8.7

2.1.3. Temps complet

Le Sud Yvelines dispose d'une offre de soins psychiatrique en hospitalisation complète participant à la mission de psychiatrie de secteur de 167 lits répartis sur 3 établissements, comme suit :

Mission de psychiatrie de secteur Adultes Hospitalisation complète - Yvelines Sud	Nombre de lits
Centre Hospitalier de Plaisir	119
Institut MGEN	25
Centre Hospitalier de Versailles	23
TOTAL	167

Densité en lits d'hospitalisation complète participant à la mission de psychiatrie de secteur
(moyenne en France métropolitaine de 106/100 000 habitants)

Etablissements	Densité moyenne pour 100 000 Hbt
Centre Hospitalier de Plaisir	36.3
Institut MGEN	31
Centre Hospitalier de Versailles	32.3

Une alternative à l'hospitalisation temps plein, la Maison Thérapeutique (portée par le secteur 11 du CHP) offre 6 places intersectorielles pour des séjours visant à préparer et élaborer le projet de vie du patient.

Cette offre de lits d'hospitalisation se complète d'une offre non sectorisée pour des filières ou des populations spécifiques.

2.2. Offre de santé intersectorielle ou non sectorisée pour les adultes

Une offre diversifiée, intersectorielle ou régionale, de consultations spécialisées ou de recours et/ou d'hospitalisation à temps partiel ou à temps plein est proposée dans le territoire Yvelines Sud, en complémentarité de l'offre de psychiatrie de secteur. Cette offre a été construite dans le cadre du RPSM 78 afin d'améliorer la structuration de filières de soin, décrites dans le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT. A noter que le périmètre du PMSP est allé au-delà du GHT stricto-sensu puisque l'Institut MGEN et la Clinique d'Yveline y ont participé.

2.2.1. Filière urgences

Ambulatoire

Les deux SAU du territoire (Centre Hospitalier de Versailles et Centre Hospitalier de Rambouillet) assurent l'accueil des urgences psychiatriques.

Sur le CHV, une permanence d'IDE et de psychiatre sénior est assurée 7j/7 et 24h/24.

Sur le SAU de Rambouillet, un dispositif de psychiatrie est implanté sous la responsabilité du secteur 16 du CHP. Il est composé d'une permanence IDE et psychiatre aux urgences de 9 à 17 heures, d'une activité post-urgence ainsi que d'une équipe de liaison qui intervient dans l'ensemble des services. Le groupe ERIC vient renforcer le dispositif durant les périodes de garde.

Hospitalisation post-urgence

Filière Urgences	Nombre de lits
Hospitalisation post-urgence - Yvelines Sud	
Centre Hospitalier de Versailles U72 – Hospitalisation de courte durée	12
Centre Hospitalier de Plaisir lits de crise indifférenciés aux lits portes du CH de Rambouillet	5
Institut MGEN unité post-urgence conventionnée dans le cadre de la CPT78Sud	25
Clinique d'Yveline unité de post-urgence conventionnée dans le cadre de la CPT78Sud	12
TOTAL	54

2.2.2. Filière troubles mentaux fréquents

Ambulatoire

- Un DSPP (Dispositif de Soins Partagés Psychiatriques, porté par le CHV) : dédiés aux médecins généralistes et à leur patientèle (accueil rapide, évaluation et suivis conjoints, accès facilité aux psychothérapies)
- Un dispositif de dérogation tarifaire de psychothérapies adossé au DSPP

Hospitalisation temps plein

Filière Troubles mentaux fréquents Hospitalisation temps plein - Yvelines Sud	Nombre de lits
Clinique d'Yveline unité largement ouverte aux patients de l'ensemble de l'IDF	133

2.2.3. Filière troubles mentaux sévères et persistants (TMSP):

Ambulatoire

- Deux centres experts (labellisés par la Fondation FondaMental et portés par le CHV) orientés vers deux grandes pathologies :
 - les troubles bipolaires,
 - les troubles schizophréniques
- Une équipe mobile d'évaluation des situations de handicap psychique (ESEHP) portée par la CPT78 Sud
- Un groupe "hébergement" porté par la CPT78 Sud réunissant les travailleurs sociaux de secteurs et les partenaires en vue de fluidifier le parcours des personnes avec TMSP (principe de continuité des soins)
- Un centre de soins, de formation et de recherche sur les soins de réhabilitation et la remédiation cognitive, porté par le CHV (Centre Bleuler à Versailles)

Hospitalisation temps plein

Filière Troubles mentaux sévères et persistants : Pathologies résistantes, sismothérapie, comorbidités somatiques Hospitalisation temps plein - Yvelines Sud	Nombre de lits
Centre Hospitalier de Versailles (unités Chaslin et Pussin)	10
TOTAL	10

2.2.4. Filière autisme

- Un centre expert «Asperger » (troubles du spectre autistique à haut niveau de fonctionnement) labellisé par la Fondation FondaMental et porté par le CHV

- Une unité pour les adultes avec trouble envahissant du développement (ATED) qui dépend du secteur 14 du CHP. Ce dispositif non sectorisé, accueille des patients d'Ile-de-France, en lien étroit avec l'UMI Ouest. Son installation comprend :

Filière Autisme Unité ATED (CH Plaisir)	Nombre de lits/places
Unité d'hospitalisation temps plein	14
Hôpital de jour	3
Centre de consultations spécialisées	

2.2.5. Filière Sujets Agés

Ambulatoire

Une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMSA)

Hospitalisation temps plein et temps partiel

Filière Sujets Agés Hospitalisation temps plein et temps partiel - Yvelines Sud	Nombre de lits	Nombre de places
Centre Hospitalier de Plaisir Psycho-gériatrie	26	
○ Lits de MCO	12	
○ Lits en Unité cognitivo-comportementale (UCC)	14	
Institut Marcel Rivière MGEN	20	11
Unité de psychiatrie de la personne âgée	20	
Places d'hospitalisation de jour d'évaluation de psychiatrie de la personne âgée		5
Places d'hospitalisation de psychiatrie de la personne âgée		6
TOTAL	46	11

2.2.6. Filière troubles des conduites addictives (ressources sanitaires et médico-sociales)

Ambulatoire

- Un CSAPA (porté par le CHV) avec trois antennes généralistes et assurant la prescription de produits de substitution (Versailles, Trappes et Rambouillet)
- Un CSAPA (porté par le CHP) pour les détenus (Bois d'Arcy et Maison d'arrêt des femmes)
- Une ELSA au Centre hospitalier de Versailles
- Une ELSA au Centre hospitalier de Rambouillet
- Une ELSA à l'Institut MGEN
- Une consultation assurant un fonctionnement mixte (ELSA/CSAPA) au CHP

Hospitalisation de jour et hospitalisation temps plein

Filière Troubles des conduites addictives Hospitalisation temps plein et temps partiel - Yvelines Sud	Nombre de lits	Nombre de places
Centre Hospitalier de Plaisir Secteur 12	3	
Institut MGEN	33	8
○ Hôpital de jour TCA/addictologie		8
○ SSR addictologie (transitoirement à 25 lits d'avril 2019 à avril 2020)	28	
○ Lits dédiés TCA 16-25 ans	5	
Clinique d'Yveline Hôpital de jour		12
TOTAL	36	20

2.2.7. Jeune adultes

Filière Jeunes adultes Hospitalisation temps plein - Yvelines Sud	Nombre de lits	Nombre de places
Institut MGEN	45	6
○ Psychiatrie jeune adulte	25	
○ Soins et réintégration scolaire pour jeunes de 16 à 25 ans	20	
○ Places d'hospitalisation de jour de soins et réintégration scolaire 16 à 25 ans		6
TOTAL	45	6

*6 places d'HDJ en lien avec les deux unités de soins et réintégration scolaire (Adolescents et Jeunes adultes)

2.2.8. Personnes sous-main de justice

Les établissements pénitentiaires du territoire Sud Yvelines sont :

- La Maison d'arrêt des Femmes de Versailles (en 2018 la population carcérale a pu s'élever jusqu'à 92 détenues pour une capacité théorique de 58 places, avec 155 entrantes)
- Le Quartier de Semi-Liberté de Versailles
- La Maison d'Arrêt du Centre Pénitentiaire de Bois d'Arcy (en 2018 la population carcérale a été de 891 détenus en moyenne pour une capacité théorique de 503 places, avec 1770 entrants)
- Le Quartier de Semi-Liberté du Centre Pénitentiaire de Bois d'Arcy

Ambulatoire

Deux dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont installés sur le territoire :

- 1 - L'U.S.M.P.¹² psychiatrique de la Maison d'Arrêt de Bois d'Arcy, porté par le Centre Hospitalier de Plaisir, dont l'objectif est d'assurer les missions du Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP) 78P01 sur le Centre Pénitentiaire de Bois d'Arcy comprenant la Maison d'Arrêt et le Quartier de semi-liberté

¹² - Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires [UCSA] et les SMPR sont appelées « unités sanitaires en milieu pénitentiaire » (USMP).

Le **C.S.A.P.A.** (Centre de Soins, d'Accompagnement, de Prévention en Addictologie) de la Maison d'Arrêt est adossé au S.M.P.R. , ainsi que le C.A.T.T.P. Ces trois unités partagent les mêmes locaux, ce qui permet des prises en charge pluridisciplinaires et intégrées.

Un protocole de soins coordonné S.M.P.R. / C.S.A.P.A. / U.C.S.A. permet d'assurer une prise en charge globale des détenus.

2. Le DSP (Dispositif de Soins Psychiatriques) de la Maison d'Arrêt des Femmes (MAF) de Versailles.

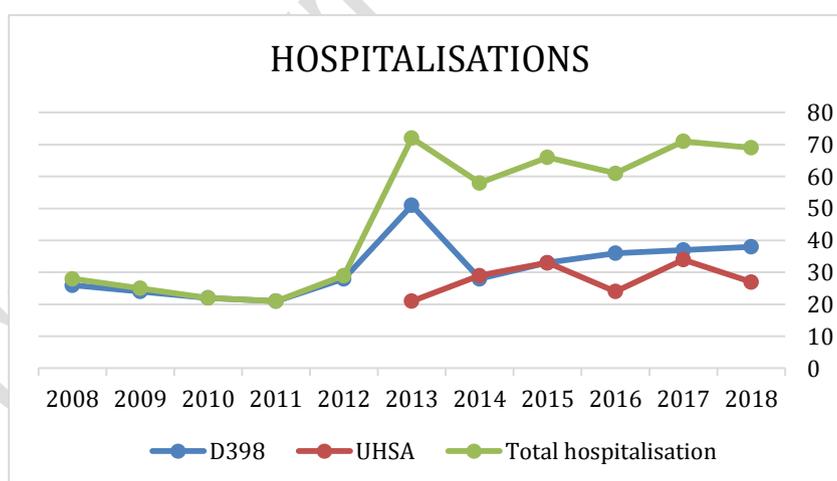
Les soins psychiatriques sont assurés par le service de psychiatrie de Versailles au sein de l'U.S.M.P. somatique (U.C.S.A.), rattaché au Centre Hospitalier de Versailles.

L'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légales des Yvelines (A.P.P.L.78), porté par le Centre Hospitalier de Versailles, prend en charge :

- Les auteurs de violences sexuelles et des auteurs de violences conjugales se présentant volontairement ou sous main de justice ;
- Les victimes de violences sexuelles et/ou de violences conjugales.

Hospitalisations temps plein et temps partiel

Les hospitalisations à temps plein sont assurées soit en UHSA (UHSA de secteur à Villejuif ou UHSA de Fleury les Aubrais en cas de délai d'admission trop longs), soit dans les services de psychiatrie générale du département.



Il n'y a pas à ce jour d'offre en HDI en dépit de besoins importants.

Point de vigilance concernant l'offre des établissements de santé Adultes

En conclusion de cette partie descriptive concernant l'offre sanitaire disponible sur le territoire Yvelines sud, plusieurs points de vigilances ont été relevés. Ils font référence, entre autres, à l'impact des réorganisations et restructurations hospitalières à l'œuvre et d'une démographie médicale en berne, sur les filières de soins.

Filière urgence psychiatriques adulte

Les problèmes de démographie médicale pèsent sur l'accès et la continuité des soins psychiatriques avec pour conséquence une augmentation du recours à l'urgence, une sur-occupation de l'U72 (CHV) dans l'incapacité de transférer les patients vers des lits d'aval.

Filière troubles mentaux sévères et persistants

La dégradation de l'offre d'hospitalisation complète est significative. Elle concerne la fluidité des parcours d'hospitalisation rendue complexe par un gel de lits au CHP et à l'institut MGEN, en lien avec la difficulté de recrutement médical.

Au CHP, elle touche également aux conditions d'hospitalisations des patients (rapport CGLPL) et à une répartition des installations inadéquates en regard du découpage sectoriel. En lien avec le point précédent, l'activité ambulatoire peine à répondre à l'objectif de raccourcissement des durées d'hospitalisation complète, en l'absence de renforcement des dispositifs (HDJ, Equipes mobiles de réhabilitation, structuration des soins de réhabilitation).

L'institut MGEN a pris la décision de réorienter son activité d'hospitalisation complète pour créer une unité de réhabilitation psycho-sociale de 25 lits. Le cahier des charges de cette unité devra être travaillé pour lui permettre de participer à une bonne fluidité de la filière TMSP.

Filière des personnes présentant une conduite addictive

Des lits d'addictologie ont été fermés sur plusieurs établissements du territoire :

- Unité de sevrage complexe de 12 lits (à orientation somatique) au CH de Rambouillet ;
- Unité de psychiatrie/addictologie de 25 lits (dédiées aux patients avec comorbidité psychiatrique) à l'Institut MGEN.

L'hospitalisation à temps partiel dédiée aux patients avec comorbidité psychiatrique portée par l'Institut MGEN disparaît. Reste un accueil possible au sein de son HDJ généraliste.

Filière des personnes souffrant de TCA

L'offre en hospitalisation complète et partielle portée par l'Institut MGEN se réduit à 5 lits pour les 16 - 25 ans et à des places au sein de l'HDJ généraliste.

L'offre ambulatoire se réduit également avec la fermeture à l'Institut MGEN de la consultation spécialisée.

Filière autisme

Le dispositif ATED (TSA adultes) a été fragilisé suite au départ de la ressource médicale (psychiatrique et généraliste) difficile à compenser en regard des difficultés de recrutement médical.

2.3. Offre de santé pour les établissements participant à la mission de psychiatrie de secteur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

2.3.1. Ambulatoire

Deux établissements de santé (le Centre Hospitalier de Plaisir et le Centre Hospitalier de Versailles) assurent la mission de psychiatrie de secteur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour respectivement deux et un inter secteur (ISE).

Mission de psychiatrie de secteur Enfants et Adolescents		CMPE		CATTP	
Etablissements	Secteurs	Nb	Communes	Nb	Communes
Centre Hospitalier de Plaisir	78104	3	Guyancourt Plaisir Saint-Cyr-l'Ecole	2	Plaisir Saint-Cyr-l'Ecole
	78105	2	Maurepas Rambouillet	2	Maurepas Rambouillet
Centre Hospitalier de Versailles	78106	1	Versailles	1	Versailles

Les indicateurs ci-dessous illustrent leurs ressources (année 2017) :

Densité CMPE : 0- 16ans en moy./100 000 habitants	
Moyenne nationale	11
ISE CHP	5
ISE CHV	9,2

Densité CATTP : 0- 16ans en moy./100 000 habitants	
Moyenne nationale	4,9
ISE CHP	7,1
ISE CHV	2,3

Tous les CMP sont ouverts plus de 5 jours /semaine et certains soirs en semaine.

Densité de psychiatres en ETP en moy./100 000 habitants	
Moyenne nationale	13,4
ISE CHP	18,2
ISE CHV	25,9

Densité de personnels de soins et socio-éducatifs* en ETP en moy./100 000 habitants	
Moyenne nationale	134,4
ISE CHP	124,5
ISE CHV	79,1

*psychiatrie, IJ, ES

2.3.2. Temps partiel

Jusqu'en 2017, seuls les inter-secteurs du CHP disposaient de places en HDJ (densité de 73.7 / 100 000 habitants de 0 à 16 ans, moyenne nationale 70.7).

Un HDJ intersectoriel de 8 places a été ouvert en 2017 par le CHV, en lien avec le SAU et orienté vers la prise en charge de la crise et la post-urgence.

Etablissements	Secteurs	Nombre de places d'HDJ	Commune
Centre Hospitalier de Plaisir	78104	39	Saint-Cyr-l'Ecole
	78105	22	Maurepas Rambouillet
Centre Hospitalier de Versailles	78104	8	Versailles
	78105		
	78106		
TOTAL		69	

2.3.3. Temps complet

- A ce jour, il n'existe pas de lits ouverts dans les établissements publics participant à la mission de psychiatrie de secteur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire Yvelines sud.
- Un partenariat existe depuis plus de 20 ans avec l'Institut MGEN qui assure l'accueil en hospitalisation complète et en post-urgence d'adolescents à partir de 13 ans (unité de 20 lits). Le suivi de ce partenariat est assuré par un groupe de travail territorial (DispaSY)
- Un projet partagé entre le CHV et le CHP est en cours de réalisation qui prévoit la création de 4 lits post-urgence de très court séjour au CHV, intégrés au service de pédiatrie générale (pour les 8-16 ans) et 8 lits d'hospitalisation (plus une chambre d'apaisement) pour les 8-12 ans au CHP.

2.4. Offre de santé intersectorielle ou non sectorisée pour les enfants et adolescents

Comme en psychiatrie de l'adulte, le territoire propose une offre diversifiée intersectorielle ou régionale, complémentaire à l'offre de psychiatrie de secteur et inscrite dans la structuration des filières de soin, décrites dans le projet médico-soignant partagé du GHT.

2.4.1. Filière urgences

Ambulatoire

L'accueil est assuré par les deux SAU pédiatriques du territoire au Centre Hospitalier de Versailles et au Centre Hospitalier de Rambouillet.

Une équipe spécialisée en pédopsychiatrie (pédopsychiatre sénior et IDE) intervient en appui aux heures ouvrables au SAU de Versailles.

Le Centre d'accueil et de soins pédopsychiatriques de Versailles CAP VERS assure des prises en charge de crise en ambulatoire ou en HDJ.

Temps partiel et temps plein

Filière Urgences Hospitalisation temps plein et temps partiel - Yvelines Sud	Nombre de lits	Nombre de places
Centre Hospitalier de Versailles (CAP VERS – prise en charge de crise en HDJ)		8
Institut MGEN	20	5
○ Unité de crise Adolescent (accueil en post-urgence des adolescents à partir de 13 ans)	20	
○ Places d'hospitalisation de jour Adolescents en lien avec l'unité de crise		5
TOTAL	20	13

2.4.2. Filière périnatalité

- Unité pédopsychiatrique de périnatalité au Centre Hospitalier de Versailles (intervention en maternité et suivi possible au CMPE).
- Unité parents – bébés portée par le CHP : prise en charge parents et bébés (6 dyades) jusqu'à 8 mois en HDJ, consultations, visites à domicile (Saint-Cyr-l'École)

2.4.3. Filière autisme

- PREVAL/PEDIATED, centre de diagnostic et d'évaluation de l'autisme et des troubles envahissants du développement / Dispositif d'évaluation précoce, porté par le CHV (assure l'évaluation de situations complexes, référence régionale, niveau 3)
- l'UMI (portée par le CHP) intervient à domicile pour les personnes avec TSA en situation complexe de tout âge

2.4.4. Filière troubles des apprentissages

L'unité d'évaluation des troubles cognitifs et affectifs (UETDCA) portée par le CHV assure l'évaluation des enfants d'âge scolaire et des adolescents, présentant des troubles des conduites et des apprentissages

2.4.5. Filière troubles des conduites alimentaires

- Une consultation dédiée aux troubles des conduites alimentaires à l'Institut MGEN
- Hospitalisation selon l'âge au sein des unités du Pôle adolescent/jeune adulte de l'Institut MGEN (unité adolescent, unités de réintégration scolaire, unité jeune adulte)

2.4.6. Filière adolescents, soins et réintégration scolaire

Filière Adolescents – Soins et réintégration scolaire Hospitalisation temps plein - Yvelines Sud	Nombre de lits	Nombre de places
Institut MGEN	50	6
○ Soins et réintégration scolaire pour jeune de 12 à 15 ans	20	
○ Places d'hospitalisation de jour de soins et réintégration scolaire 12 à 15 ans		6*
TOTAL	50	6

*6 places d'HDJ en lien avec les deux unités de soins et réintégration scolaire (Adolescents et Jeunes adultes)

Point de vigilance concernant l'offre des établissements de santé Enfants

Filière autisme et troubles du neuro-développement

Le projet d'une plateforme de coordination et d'orientation autisme et troubles du neuro-développement, en portage CHV-CHP constitue une opportunité pour renforcer la filière pour les enfants.

Filière urgences et crises pédopsychiatrique

L'absence de réponse hospitalière d'urgence et de crise pour les enfants et adolescents du territoire est relevée dans le PRS 2018-2022. Un projet porté par le CHV et le CHP est en cours d'autorisation. Il doit permettre le renforcement de la filière d'aval avec 4 lits d'HCD pour les enfants et adolescents postés sur le CHV, complété par une installation de 8 lits pré-adolescents sur le CHP. Cette offre viendrait compléter celle de l'institut MGEN qui accueille des adolescents à partir de 13 ans (20 lits). Néanmoins, des interrogations existent sur la disponibilité de moyens financiers et humains.

Filière adolescents et jeunes adultes

Des nouveaux dispositifs de parcours de soins coordonnés avec la création de deux unités de soins et de réintégration scolaire ou en formation initiale, par l'Institut MGEN, avec 20 lits pour les 12-15 ans et 20 lits pour les 16-25 ans, constituent de nouvelles opportunités pour le territoire. Néanmoins, les mêmes interrogations existent en ce qui concerne les moyens financiers et humains.

3. Offre communautaire

7 Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM) sont actifs dans les Yvelines Sud :

Guyancourt, Trappes, Rambouillet, Saint-Cyr-l'École, La Verrière, Plaisir et Versailles-Le Chesnay.

Participation des usagers :

- Il existe trois GEM dans les Yvelines Sud : les GEM du Chesnay et de Versailles (porté par l'œuvre Falret), de Rambouillet (Fondation Les Amis de l'Atelier) et un GEM est en projet à Maurepas.
- Par ailleurs le CHP et l'Institut MGEN disposent chacun d'un salarié pair-aidant et bientôt de deux.

Les associations de familles et usagers :

Une offre d'écoute, d'aide aux aidants et d'accès aux soins est apportée aux familles ayant des enfants (quel que soit leur âge) présentant des pathologies psychiatriques, des handicaps psychiques et mentaux (UNAFAM, ADAPEI...).

Des représentants de ces deux associations fortement implantées sur le territoire participent également aux instances des différents établissements de santé et des CLSM.

4. Offre sociale et médico-sociale d'accompagnement et d'hébergement

4.1. Adultes

4.1.1. Offre médico-sociale

Pour décrire l'offre d'hébergement et d'accompagnement, nous avons distingué les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap psychique¹³ parmi l'offre globale, destinée aux personnes avec tout type de déficiences, retard mental et trouble du comportement.

L'offre médico-sociale sur le territoire Yvelines Sud est substantielle et couvre une palette variée. Mais comme c'est le cas dans l'ensemble de l'Île de France, elle est globalement inférieure à la moyenne nationale.

Offre généraliste

Synthèse de l'offre en établissements et services médicosociaux

	Yvelines (Département) 2017	Île-de-France (Région) 2017	France 2017
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

	Yvelines (Département) 2014	Île-de-France (Région) 2014	France 2014
Densité de logements accompagnés*	7,3	19,2	22,2/2

source : FINESS - 2014

*pour 100 000 habitants de 20 ans et +

Détail du nombre de places en fonction du type d'établissement (pour 100 000 habitants de 20 ans et +)¹⁴

	Yvelines	Île-de-France	France
SAMSAH	13.1	17.9	20.3
SAVS	48.5	33.1	79.2
ESAT	199.8	188.4	240.4
Foyer de vie et d'hébergement	59.4	51.3	103.3
FAM	101	56.8	60.9
MAS	44.7	46.5	58.6

¹³ Selon le guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques publié en 2017 par la CNSA, il s'agit des personnes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant (TMSP), ayant souvent débuté à l'âge adulte jeune ou durant l'adolescence, et dont les altérations de fonctions et les restrictions de participation, liées à ce trouble, ont un retentissement majeur dans leur vie quotidienne, sociale, familiale, scolaire, professionnelle. Dans la très grande majorité des cas, ces personnes ne présentent pas de déficience intellectuelle associée.

¹⁴ L'atlas de la santé mentale en France <http://santementale.atlasante.fr>

Le développement des réponses pour les personnes en situation de handicap psychique sans retard mental est relativement récent dans le territoire et le déficit par rapport à la moyenne en Ile de France et en France est plus marqué.

Offre médicosociale sur le territoire Yvelines Sud

ESMS	Etablissements tout type de handicap		Etablissements accueillant des personnes handicapées psychiques		
	Nombre	Nombre de places	Nombre	Nom	Nombre de places pour personnes handicapées psychiques et file active issue du territoire Yvelines Sud
SAMSAH ¹⁵	3	71 places	1	SAMSAH (Œuvre Falret)	25 places (file active de 42 personnes).
SAVS ¹⁶	5	356 places	3	SAVS : Montaigne (Œuvre Falret) SAVS Vivre parmi les autres SAVS Confiance	40 places (file active de 57 personnes) Quelques personnes accompagnées (125 places au total sur les sites de Saint-Cyr et Marly-le-Roi) 75 places
ESAT	12	900 places	2	ESAT COTRA ESAT Eurydice (quelques places)	105 places Quelques places (64 au total)
Foyers de vie (FV) et d'hébergement (FH) ¹⁷	10	303 places	1	FH La Colline (Œuvre Falret)	35 places
	8	397 places	2	FV Les Sources (Œuvre Falret) CH de Plaisir	40 places (33 personnes HP du territoire) 80 places installées (41 personnes HP du territoire)
Foyers d'accueil médicalisés (FAM) ¹⁸	11	578 places	3	FAM : Les Sources (Œuvre Falret) FAM Troas (John Bost) FAM CH Plaisir	20 places (13 personnes HP du territoire) 35 places d'accueil permanent (15 personnes HP du territoire) 190 places installées dont 100 pour les personnes handicapées vieillissantes (55 personnes HP du territoire et 27 personnes handicapées vieillissantes)
MAS	6	296 places	Les orientations de personnes handicapées psychiques sont exceptionnelles en dehors de comorbidités importantes		
EHPAD Géronto-psychiatrique				Institut MGEN	19 lits

¹⁵ Peut accueillir jusqu'à 10 % de personnes sans notification MDPH

¹⁶ Idem

¹⁷ L'accès aux soins psychiatriques est contractualisé entre les ESMS et le sanitaire par des conventions de continuité des soins (convention individuelle préalable à l'admission de la personne dans un ESMS avec hébergement) et mis en œuvre par l'ensemble des secteurs.

¹⁸ Idem

4.1.2. Offre en hébergement social pour les personnes adultes souffrant d'un trouble mental sévère et persistant (TMSP) ou en situation de handicap psychique ¹⁹

Plusieurs types de structures sociales accueillent des personnes avec TMSP :

- Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) : structures des « Cités du Secours Catholique », parfois CHRS La Marcotte.
- Pensions de famille : 56 places portées par Habitat et Humanisme, accueil régulier de personnes avec TMSP (à Versailles et Jouy en Josas). Accueil de quelques personnes dans les pensions de famille de Fontenay et Rambouillet.
- Résidences sociales
 - 2 Foyers de Travailleurs Migrants (St Cyr, Elancourt) portés par Adoma : élargi à tout public, hébergement à durée indéterminée
 - 6 Résidences Sociales (Plaisir, St Cyr, Guyancourt, Montigny, La Verrière, Trappes) portées par ADOMA: logement temporaire (2 ans) pour public en difficulté sociale et financière
 - Un ensemble locatif social.

Au total, ces différents établissements accueillent et accompagnent environ 50 personnes en situation de handicap psychique.

Les conventions de continuité des soins et l'accompagnement assuré par l'équipe de liaison favorisent cet accueil.

D'autre part, la question du logement des personnes avec troubles psychiques a été largement travaillée avec les bailleurs sociaux et une charte Santé Mentale et Logement a été rédigée de manière partenariale et signée par de très nombreux partenaires, dans le but de favoriser l'accès au logement des personnes avec troubles psychique et de prévenir les expulsions. Des référents charte ont été identifiés par chaque bailleur signataire et par chaque CMP du sud Yvelines. La charte est incluse dans le PDALHPD.

L'équipe PASSERELLE, équipe socio-sanitaire, intervient à la demande de bailleurs sociaux, auprès de locataires en difficulté d'habiter ou menacés d'expulsion

4.1.3. Accès à l'emploi, emploi accompagné et protégé

Soutien à l'emploi : l'association intermédiaire Chantiers Yvelines (Versailles, Trappes, Vélizy et Rambouillet) propose des travaux de courtes durées (550 salariés et 134 000 heures de travail en 2018).

L'emploi accompagné se met en place dans les Yvelines avec 20 places déjà déployées (association IHY/ Cap Emploi) et 25 places à venir (association Falret / ESAT COTRA).

¹⁹ Idem

Dans les Yvelines Sud, l'emploi protégé pour les personnes en situation de handicap psychique est essentiellement proposé par l'ESAT COTRA (105 travailleurs dont 60 travaillent à l'extérieur, 158 demandes de MISPE sur les 3 premiers mois de 2019, offre de travail diversifiée avec actuellement 10 métiers différents possibles mais certains ateliers sont très demandés).

4.2. Enfants et adolescents

4.2.1. Offre médico-sociale

L'offre médico-sociale est importante sur le territoire Yvelines Sud et comporte différents types d'établissements accueillant ou accompagnant des enfants/adolescents.

ESMS	Etablissements tout type de handicap		Dispositifs médico-sociaux accueillant des enfants et adolescents souffrant de trouble de la conduite ou du comportement, de troubles envahissants du développement, d'autisme ou atteints de psychoses ²⁰		
	Nombre	Nombre de places	Nombre	Nom	Nombre de places
CMPP Centres Médico-Psycho-Pédagogiques	6		6	SEAY : CMPP La Sauvegarde (Houdan)	
				ARRISSE : CMPP de Les Clayes sous Bois, CMPP de Trappes, CMPP de Versailles, CMPP de Viroflay	
				AMPP VIALA :CMPP Charles Perrault (La Celle Saint Cloud)	
ITEP Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques	2	45 places	2	ITEP La Boissière (Trappes, IES)	45 places enfants et adolescents avec troubles du comportement
				ITEP Le Logis (Saint-Lambert-des-Bois, AVVEJ)	40 places enfants et adolescents avec troubles du comportement
IME Instituts Médico-Educatifs	16	771 places	3	IME Alpee (Guyancourt, ARRISSE)	20 places dédiées aux personnes TSA
				IME Le Castel (Gazeran, Confiance Pierre Boulenger)	62 places dédiées aux personnes TSA
				IME La plaine du moulin (Trappes, IES)	45 places
IMPro Instituts Médico-Professionnels	1	45 places			

²⁰ Données issues de la présentation de Madame Christine VUILLAUME, responsable du département autonomie à la Délégation départementale de l'ARS Ile-de-France, lors des journées du diagnostic territorial.

ESMS	Etablissements tout type de handicap		Dispositifs médico-sociaux accueillant des enfants et adolescents souffrant de trouble de la conduite ou du comportement, de troubles envahissants du développement, d'autisme ou atteints de psychoses ²⁰		
	Nombre	Nombre de places	Nombre	Nom	Nombre de places
SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile	16	696 places	6	Austime en IDF : SESSAD AIDERA (Noisy le Roy)	72 places
				IES : SESSAD de Pissaloup (Trappes)	30 places
				SESSAD La Boissière (Trappes)	17 places
				AVVEJ : SESSAD de l'ITEP Le Logis	28 places
				ARISSE : SESSAD EPSIS (Jouy en Josas)	22 places
				SEAY : SESSAD Sauvegarde (Voisins le Bretonneux)	40 places
CAMSP Centre d'Action Médico-Social Précoce	1 2 antennes	300 enfants	1 2 antennes	CH de Versailles : CAMSP de Versailles et CAMSP de Trappes	300 enfants
DIPEA Dispositif d'Intervention Précoce en Autisme	1	10 places	1	CH de Versailles	10 places Prises en charge intensives d'enfants avec TSA de 18 mois - 4 ans
PCPE Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées	1		1	Fondation des Amis de l'Atelier, Voisins le Bretonneux	Elaboré dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT), ce dispositif consiste en la mise en place de solutions transitoires à domicile dans l'attente d'une orientation ciblée
CAFS Centre d'accueil familial spécialisé	1	50 places	1	Centre Les Tout Petits (Les Mesnuls, Association Les Tout Petits)	50 places Accueil permanent

4.2.2. Offre sociale dans le cadre de la protection de l'enfance

Une Cellule centralisée des informations préoccupantes (CCIP), sous la responsabilité, du Conseil Départemental, recueille tous les écrits concernant des situations préoccupantes d'enfants et d'adolescents.

Les Services de protection de l'enfance et de ceux de prévention (récemment mis en place dans le cadre de restructuration de la protection de l'enfance par le département) se déclinent sur chaque territoire d'action sociale accompagnant les enfants, adolescents et familles (sous mesure d'Aide Educative en Milieu Ouvert AEMO, en situation d'Aide Educative à Domicile AED ou en service de prévention sans mesure particulière). Les mesures de protection sont déléguées sur certains territoires à des associations telles que la Sauvegarde de l'Enfance et l'Adolescence.

La ville de Versailles conjointement avec le Conseil Départemental a mis en place un Accompagnement Educatif Jeunes et Famille (AEJF) permettant des interventions éducatives

précoces en accueillant rapidement des enfants/adolescents et familles adressées principalement par les établissements scolaires de la ville.

Le Conseil départemental propose des accompagnements éducatifs variés, pour la plupart portés par des associations :

- des Accueils éducatifs de jour
- des Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) accueillant les enfants et adolescents sous mesure administrative ou judiciaire de placement
- ont été récemment mises en place deux équipes portées par deux associations : d'une part la sauvegarde des Yvelines (SEAY), d'autre part les Ateliers Educatifs et Thérapeutiques de la vallée de la Seine (AETVS). Ces équipes interviennent sur le territoire des Yvelines sur décision de la cellule des situations complexes du département auprès de jeunes bénéficiant d'un placement ou d'une mesure de protection autre. Leur mission principale est le soutien aux professionnels accompagnant des enfants et adolescents, confiés à l'aide sociale à l'enfance soit en situation de crise soit en prévention de crise afin d'éviter une rupture dans le parcours du jeune (évaluation globale de la situation du jeune, réflexion sur le parcours et l'orientation du jeune avec les professionnels qui l'accompagnent). La durée maximale d'une intervention est de 3 mois.

4.2.3. Offre scolaire et médico-sociale de l'Education Nationale :

- Service de promotion de la santé scolaire :
 - Médecin scolaire/centres médico-scolaires
 - Infirmier(e) scolaire au sein des établissements scolaires
 - Psychologue de l'éducation nationale au sein des établissements scolaires et dans les CIO
 - Assistante sociale scolaire au sein des établissements
- Dispositifs d'inclusion scolaire pour les enfants et adolescents en situation de handicap notifiés par la MDPH
- Un Pôle élève, au sein de la direction des services académiques, est chargé du parcours scolaire des élèves pluri-exclus ou en difficulté de maintien dans les établissements scolaires quelle que soit la nature de ces difficultés.

4.2.4. Offre d'Accompagnement par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Le territoire est maillé par la PJJ avec des Unités Educatives de Milieu Ouvert (UEMO) et des Unités Educatives d'accueil de jour (UEAJ). Il existe des EPE (établissements de placement éducatif).

La politique de la PJJ ces dernières années a remis au-devant de la scène la promotion de la santé (PS) pour les jeunes pris en charge. Une UEAJ-PS a récemment été ouverte à Villepreux. Elle accueille des jeunes sous mesure de protection ASE et/ou PJJ mais a également ouvert ses portes à un quota de mineurs sans mesure de protection mais présentant des troubles du comportement rendant difficile leur intégration sociale.

4.2.5. Accompagnement psycho-social Lieux et points écoute jeunes et familles :

Le premier recours psychosocial sur les Yvelines sud est celui des dispositifs d'écoute. Le territoire est doté inégalement de ces dispositifs : Points accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) avec

des espaces parents/enfants et des espaces jeunes et lieux écoute jeunes (LEJ). Leurs portages sont variés et pluri institutionnels : DGCS, CAF, Ligue de l'Enseignement, Communes.

Il existe également des boutiques et maisons des parents dans certaines communes (Guyancourt et Trappes).

Le Réseau d'écoute et d'aide aux parents des Yvelines (REAPPY) permet des actions auprès des familles : groupe de paroles, lieux écoute, recours divers.

III. Indicateurs concernant le suicide et les tentatives de suicide

Les données de prévalence du suicide et des tentatives de suicide dans les Yvelines sont en dessous de la moyenne nationale mais au-dessus de la moyenne en Ile de France.

Cette question mobilise depuis de nombreuses années les acteurs de la santé mentale dans les Yvelines et le département a été retenu pour le déploiement d'un dispositif de prévention du suicide (VigilanS, porté par le CHP).

Taux de suicide en 2015
Données issues de l'Observatoire National du Suicide
(Février 2016, 2ème rapport)

	Hommes	Femmes	Total
Taux de suicide France entière			
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	24.9	7.0	15.1
Taux de suicide Ile-de-France			
Nombre de décès par suicide	609	294	903
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	10.6	4.8	7.6
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)	12.1	4.9	8.1
Taux de suicide Yvelines			
Nombre de décès par suicide	97	52	149
Taux bruts (pour 100 000 habitants)	14.1	7.2	10.5
Taux standardisés (pour 100 000 habitants)*	16.2	7.4	11.2

Données relatives aux tentatives de suicide en 2016
(Santé Publique France)

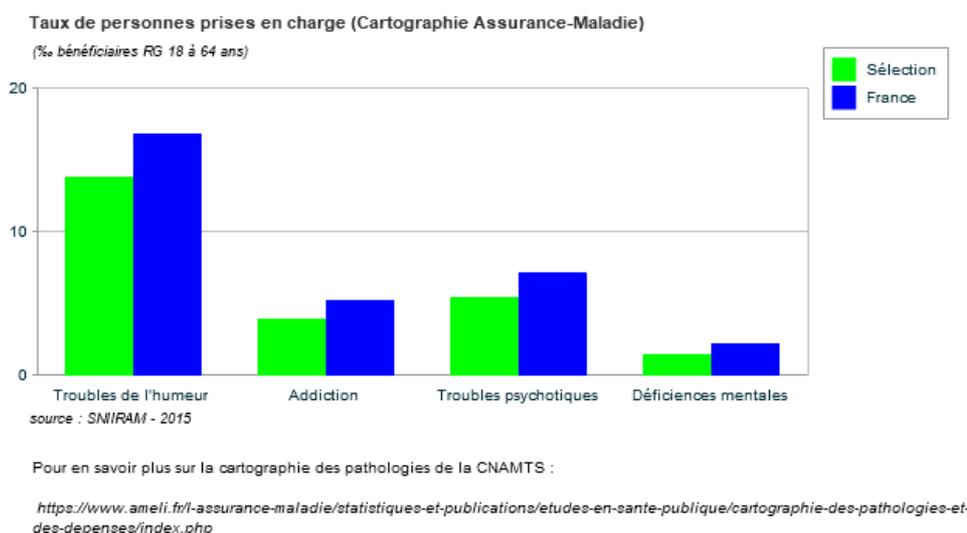
	Hommes	Femmes	Total
Tentatives de suicide France entière			
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)	12,4	18,9	15,7
Tentatives de suicide Ile-de-France			
Nombre d'hospitalisations	3 753	7 036	10 789
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,6	13,0	10,4
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,4	12,9	10,2
Tentatives de suicide Yvelines			
Nombre d'hospitalisations	450	901	1 351
Taux bruts (pour 10 000 habitants)	7,6	14,3	11,1
Taux standardisés (pour 10 000 habitants)*	7,6	14,1	10,8

IV. Recours aux soins

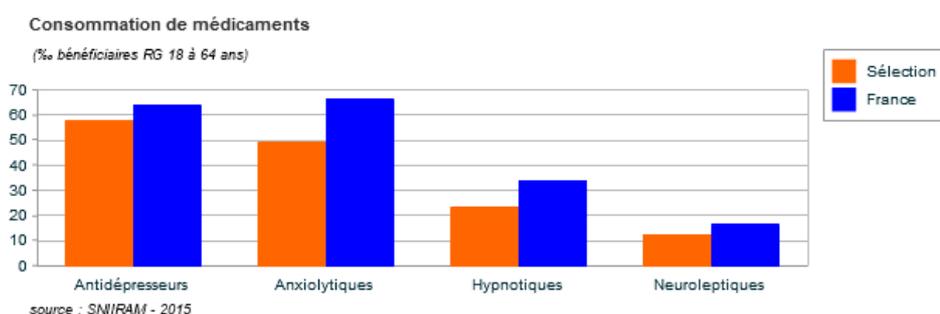
1. Données départementales pour les adultes

Une première approche sur l'ensemble du département montre un recours aux soins inférieur à la moyenne observée en France et ce quelle que soit la pathologie, alors que le taux de recours aux psychiatres libéraux est dans la fourchette haute.

Taux de personnes prises en charge dans les Yvelines versus France entière selon la cartographie de l'Assurance maladie (année 2015)



Consommation de psychotropes dans les Yvelines versus France entière (données SNIRAM 2015)



Une analyse par pathologie et par territoire de santé permet une lecture plus fine. Alors que les cartes ci-dessous présentent les données pour l'ensemble des secteurs des Yvelines, les commentaires concernent le seul territoire Yvelines Sud.

1.1. Population adulte : troubles mentaux fréquents et modérés

Les Yvelines Sud se caractérisent par un recours plus élevé aux soins que la moyenne nationale dans les établissements de santé.

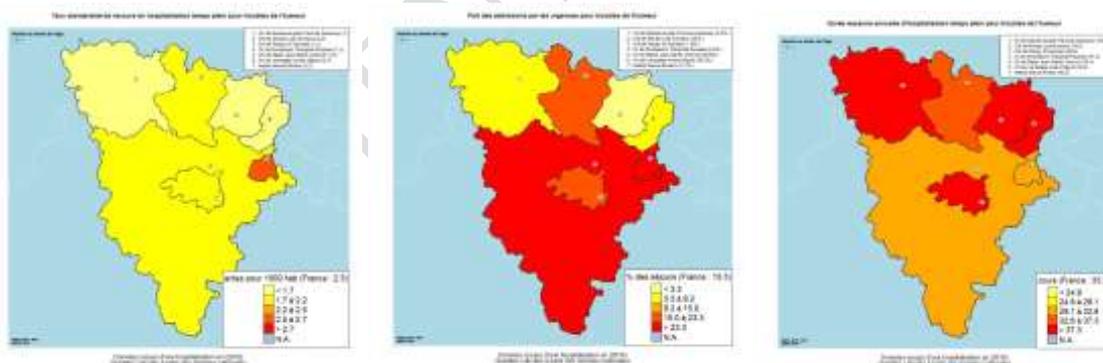
Taux de recours global en établissement de santé pour troubles de l'humeur

Ensemble des établissements Etablissements publics ou ESPIC Etablissements privés



Prise en charge en hospitalisation temps plein

Taux de recours Part d'admission par les urgences Durées moyennes de séjour



Le recours à l'hospitalisation est peu fréquent (en dehors de l'U72 du CHV du fait de sa mission pour les tentatives de suicide) avec un mode d'admission très prépondérant par les urgences et une DMS soit dans la moyenne, soit un peu plus élevée à l'Institut MGEN.

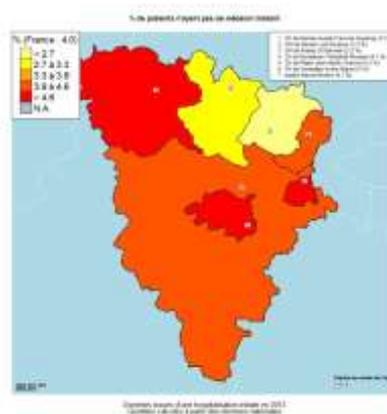
Prise en charge en ambulatoire des patients ayant été hospitalisés

Le recours au suivi en CMP est relativement élevé dans les Yvelines Sud par rapport à la moyenne nationale, ce qui peut être rapproché d'un nombre relativement important de patients hospitalisés pour troubles de l'humeur.

Taux de recours en établissement de santé



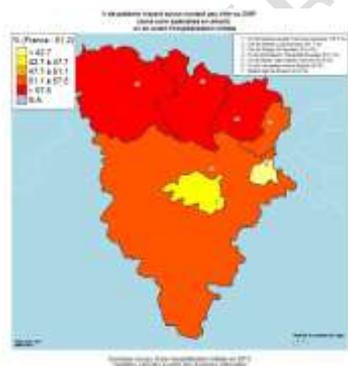
% de patients hospitalisés n'ayant pas de médecin traitant



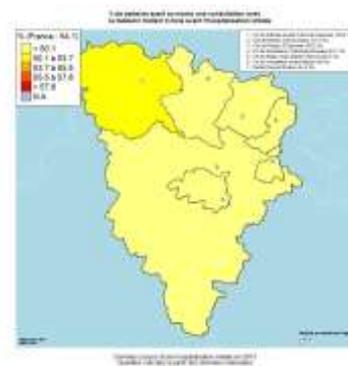
Indicateurs de qualité des parcours pour les patients ayant été hospitalisés :

Concernant le suivi en amont

% sans consultation psychiatrique dans l'année précédant l'hospitalisation



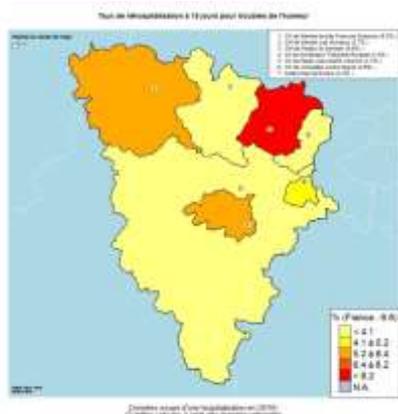
% ayant consulté leur médecin traitant dans les deux mois avant l'hospitalisation



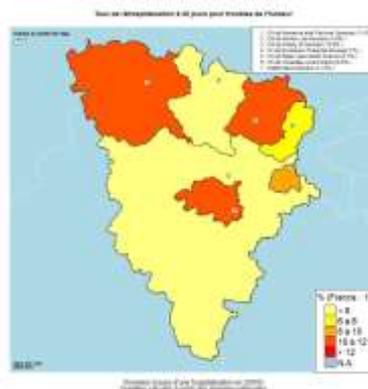
L'hospitalisation semblant réservée à des patients sévères (taux de recours faible à l'hospitalisation), les suivis ambulatoires sont davantage assurés par des psychiatres (taux faible à moyen de patients sans consultation psychiatrique l'année précédant l'hospitalisation) que par des médecins généralistes (taux bas de patients ayant consulté leur médecin traitant avant l'hospitalisation, à rapprocher du taux élevé de patients sans médecin traitant)

Concernant le suivi en aval

Taux de ré-hospitalisation à 15 jours

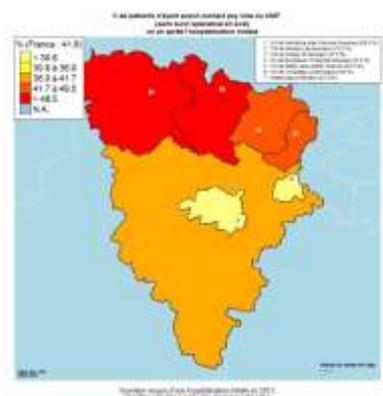


Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

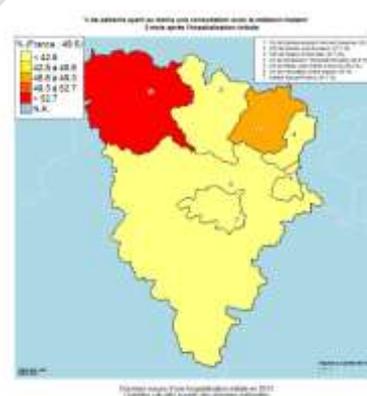


Les taux de ré-hospitalisation à 15 jours sont bas, un peu plus élevé à 30 jours au CHV probablement du fait de son rôle de SAU (Unité 72 heures) et à l'Institut MGEN.

% sans consultation psychiatrique dans l'année suivant l'hospitalisation



% ayant consulté leur médecin traitant dans les deux mois suivant l'hospitalisation



L'hospitalisation permet de rétablir une continuité des soins puisque les taux de personnes n'ayant pas eu de consultation psychiatrique dans l'année suivant l'hospitalisation ou n'ayant pas eu de consultation avec leur médecin traitant dans les deux mois après la sortie sont inférieurs à la moyenne nationale.

2.2. Population adulte : troubles mentaux sévères et persistants (TMSP)

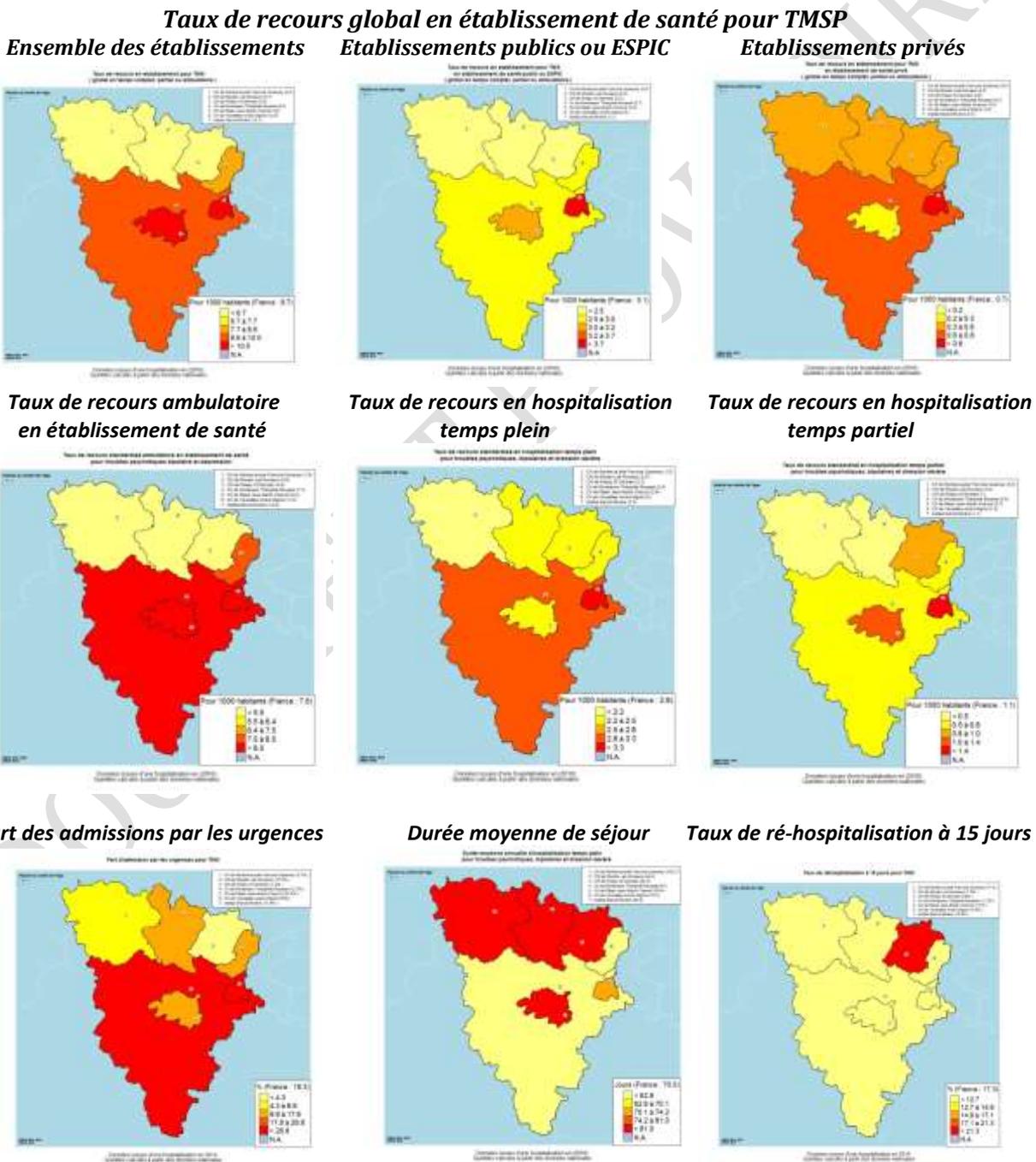
Les troubles considérés ici sont les troubles psychotiques, les troubles bipolaires et les troubles dépressifs sévères.

A nouveau pour cette population, les Yvelines Sud se caractérisent par un taux de recours aux soins plus élevé que la moyenne nationale aussi bien en ambulatoire qu'en

hospitalisation à temps plein et en hospitalisation à temps partiel dès lors que les moyens existent (ce qui n'était pas le cas pour plusieurs secteurs du CHP en 2015).

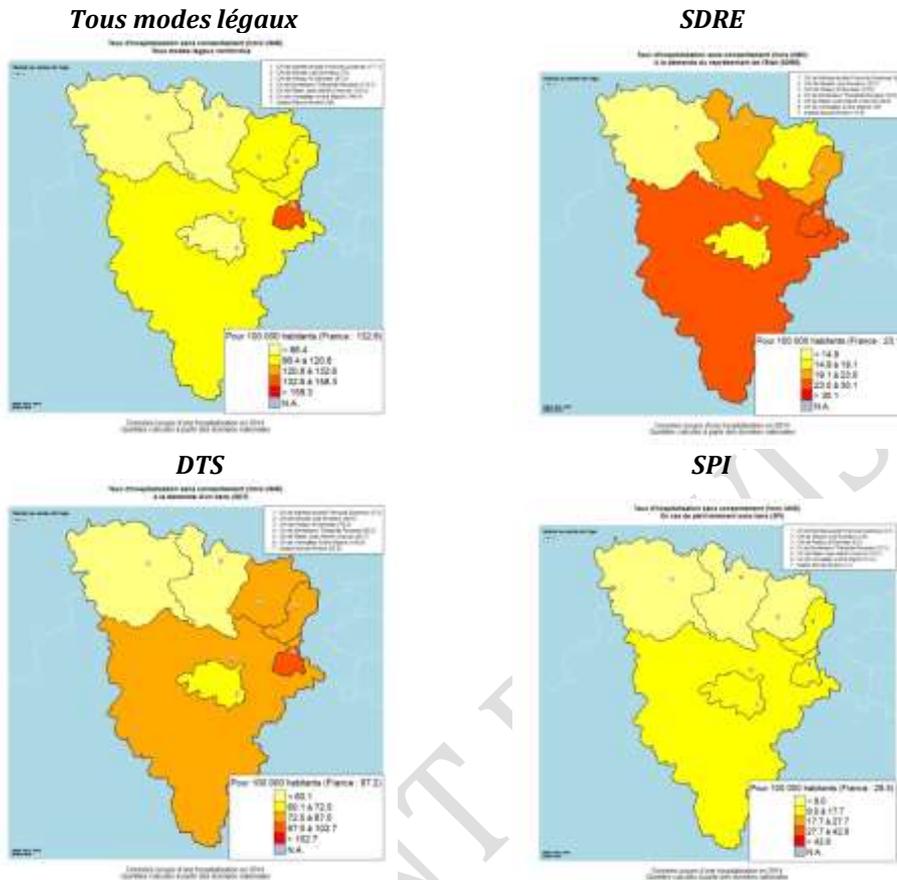
Compte tenu du nombre limité de lits, le taux relativement élevé de recours à l'hospitalisation s'accompagne d'une DMS inférieure à la moyenne nationale (au CHP et au CHV), tout en parvenant à maintenir un taux de ré hospitalisation faible.

Les urgences représentent une porte d'entrée importante, probablement en raison de la bonne fonctionnalité du dispositif et de l'existence de lits d'hospitalisation de courte durée (U72 à Versailles et lits portes à Rambouillet). Enfin le taux d'hospitalisation au long cours était bas en 2015.



En ce qui concerne les soins sans consentement, le taux de recours aux hospitalisations sans consentement est inférieur dans les Yvelines à la moyenne nationale.

Taux de patients hospitalisés à temps plein sans leur consentement

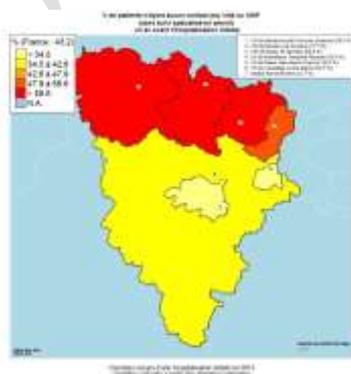


Indicateurs de qualité des parcours pour les patients ayant été hospitalisés pour un TMSP:

Concernant le suivi en amont

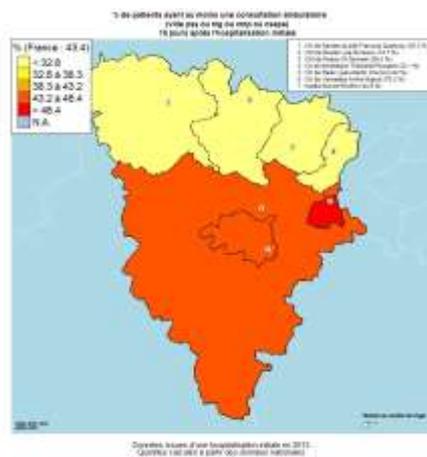
% sans consultation psychiatrique dans l'année précédant l'hospitalisation

% ayant consulté leur médecin traitant dans les deux mois avant l'hospitalisation

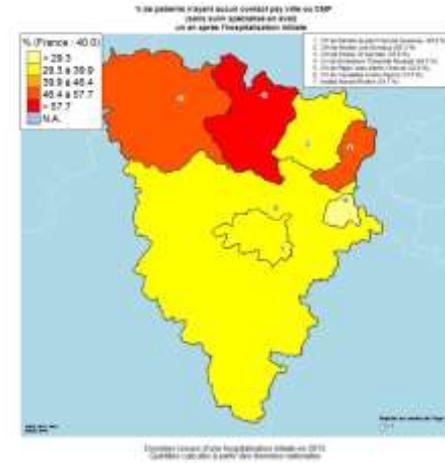


Concernant le suivi en aval

% ayant eu une consultation dans les 15 jours suivant la sortie d'hospitalisation



% n'ayant eu aucune consultation spécialisée en psychiatrie durant l'année suivant l'hospitalisation



La continuité des soins psychiatriques est au-dessus de la moyenne française avec un taux élevé de patients vus en consultation psychiatrique avant l'hospitalisation, dans les 15 jours après leur sortie de l'hôpital et dans l'année qui suit.

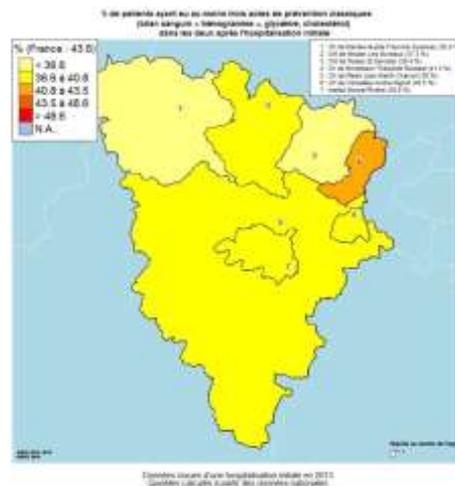
En revanche, l'accès au médecin généraliste et aux soins somatiques est de moins bonne qualité avec un accès à des soins courants dans la moyenne française, dont on sait qu'elle est médiocre, et un accès faible aux actes de prévention.

Accès à la prévention et aux soins somatiques

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



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



Ces données peuvent être rapprochées du nombre d'années de vie perdues (âge au décès par rapport à la population générale) qui est relativement élevé dans les Yvelines alors

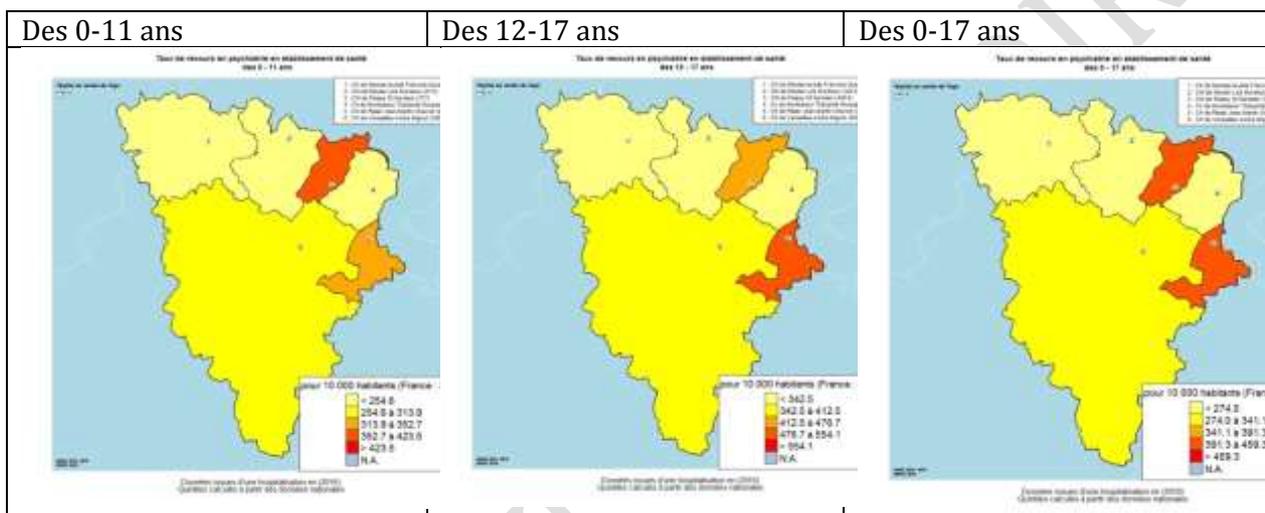
que l'espérance de vie y est dans la fourchette haute et le taux de suicide dans la fourchette basse.

Écart à l'âge au décès	Yvelines	France métropolitaine
Dépression et troubles mentaux fréquents	11.8 années	11 années
Troubles sévères	18.5 années	16 années

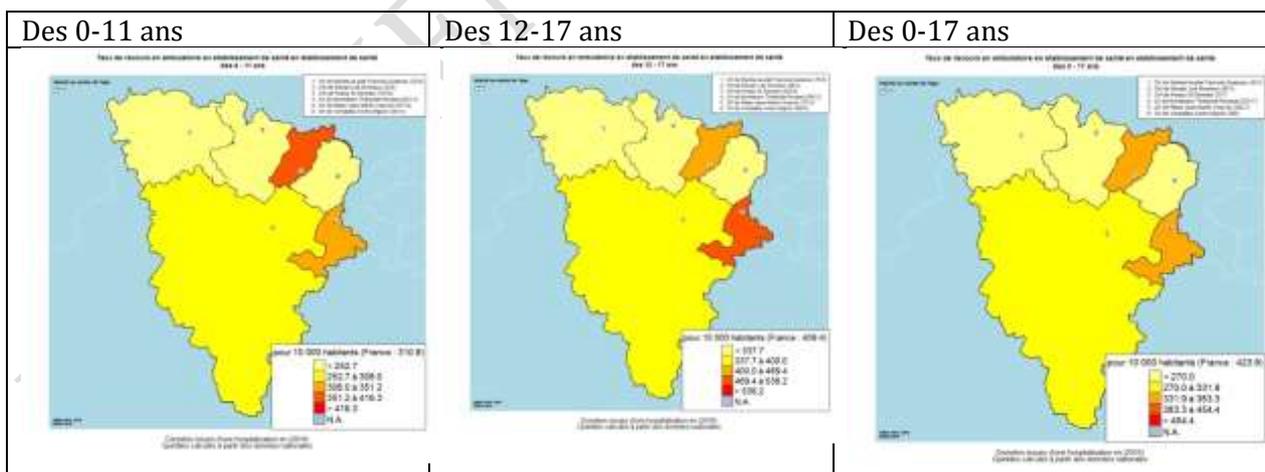
2. Recours aux soins pour les enfants et les adolescents

REDACTION EN COURS

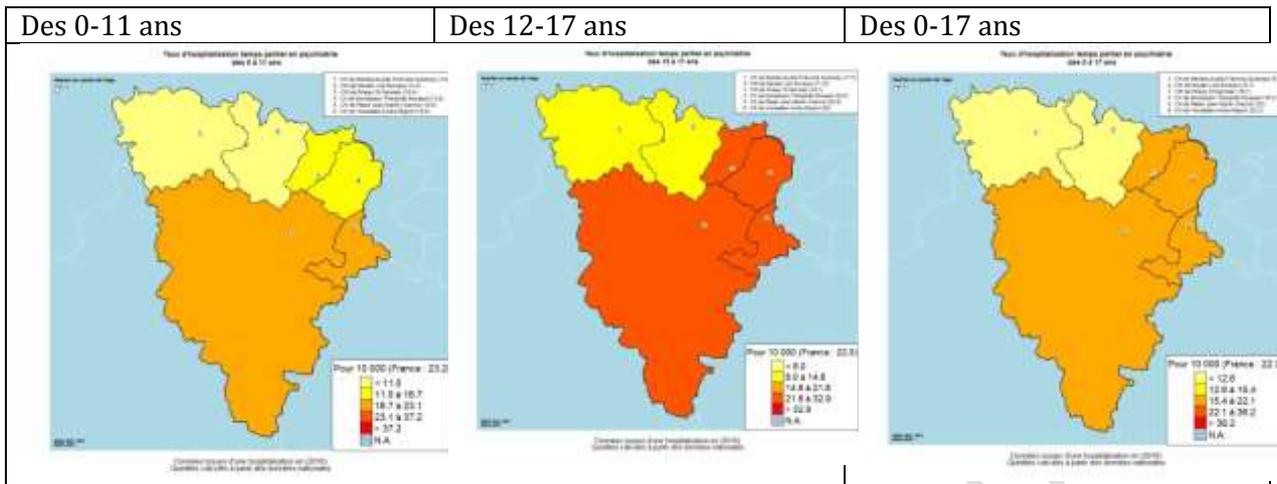
Taux de recours global en psychiatrie en établissement de santé



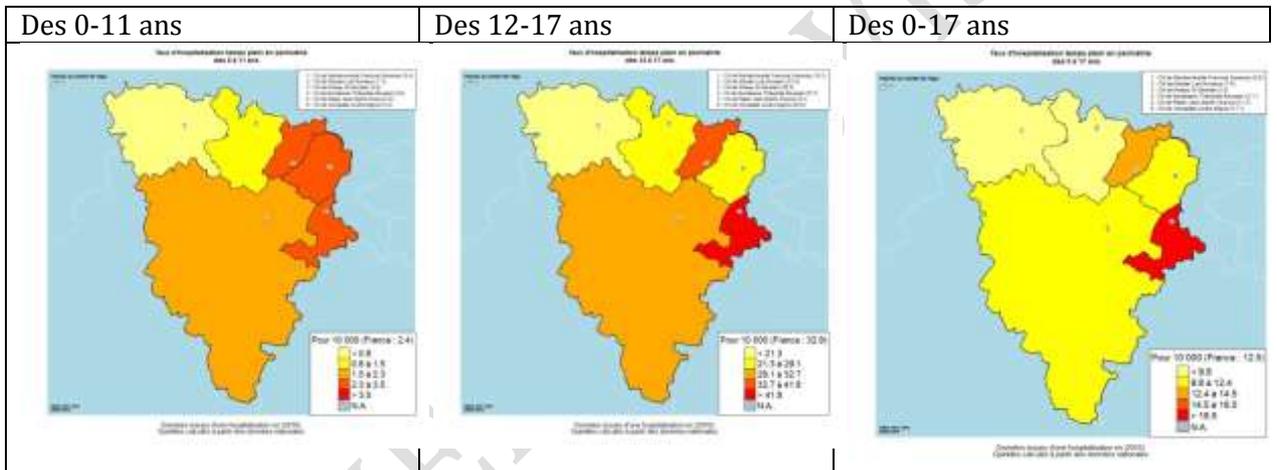
Taux de recours ambulatoire en psychiatrie en établissement de santé



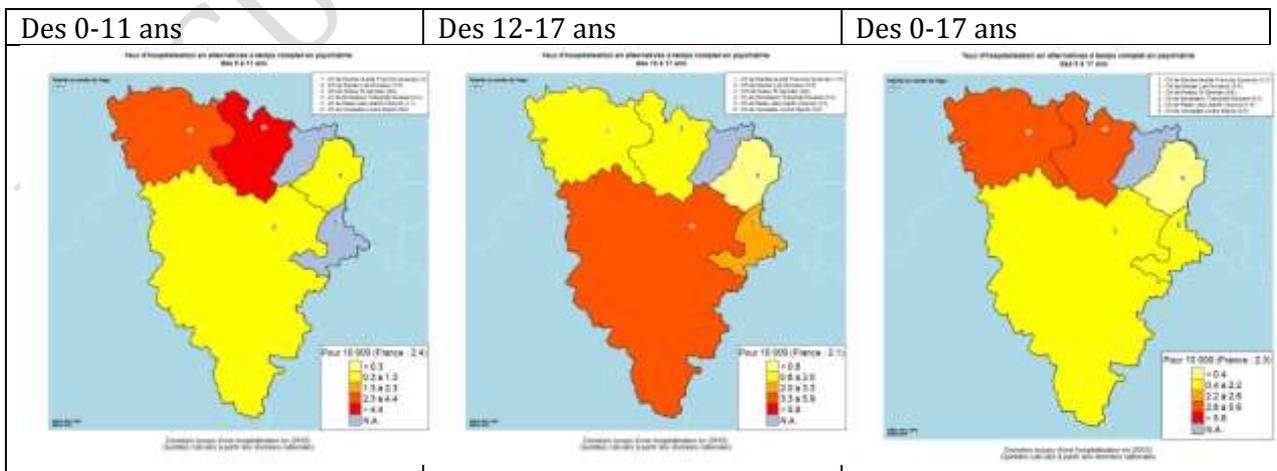
Taux de recours à l'hospitalisation temps partiel en psychiatrie



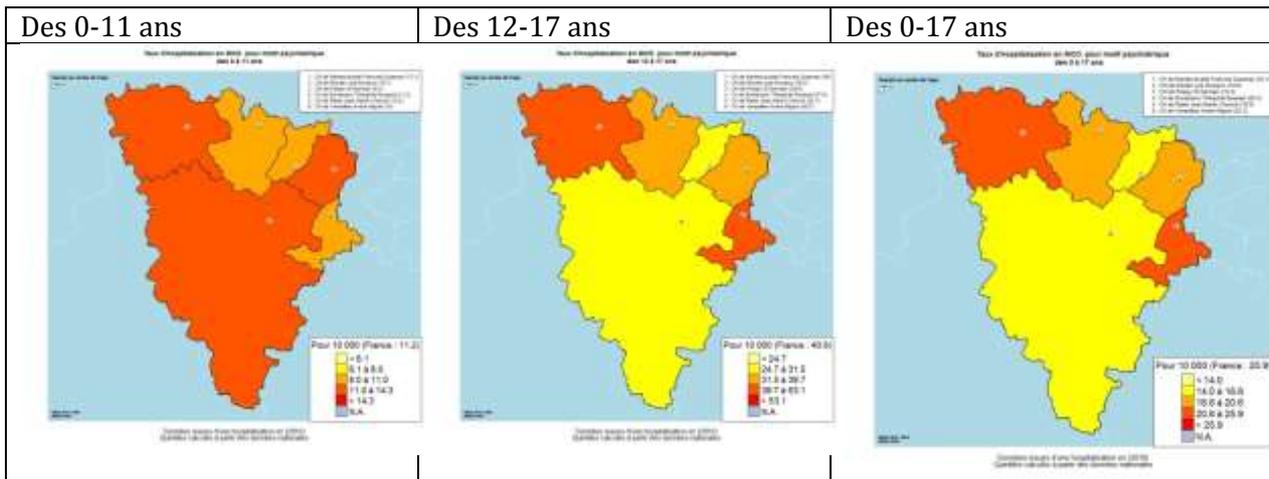
Taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie



Taux de recours à une prise en charge à temps complet autre que l'hospitalisation temps plein en psychiatrie



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



DOCUMENT PROVISOIRE

DEUXIEME PARTIE : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DES TABLES RONDES – ANALYSE QUALITATIVE

I. Repérage précoce, accès aux soins et appui aux professionnels de premier recours

Rapporteurs	<i>Dr Nicolas PASTOUR</i> <i>Dr Isabelle LÜCK</i>	<i>Psychiatre, CH de Plaisir</i> <i>Médecin généraliste</i>
Intervenants table ronde	<i>Dr Isabelle LÜCK</i> <i>M. Piotr KRZAKOWSKI</i> <i>Dr Marie CASTAIGNE</i> <i>Mme Gisèle MEYER</i> <i>Dr Hélène LIDA PULIK</i> <i>Dr Marion POSTEL VINAY</i>	<i>Médecin généraliste</i> <i>Psychologue libéral, docteur en psychologie clinique et psychanalyste membre de la SPP</i> <i>Psychiatre CH de Versailles</i> <i>Bénévole UNAFAM ; Conseillère d'orientation et psychologue à l'EN</i> <i>Psychiatre, médecin-chef projet MA- Yvelines Sud, PH SUPEA, Chef de service adjoint au CH de Versailles</i> <i>Chef de pôle du secteur 78G11, CH de Plaisir</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

La thématique abordée dans cette table ronde recouvre une partie importante de la première des priorités visées dans les articles R. 3224-5 à R.3224-10 du CSP²¹: *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.*

Selon les recommandations du Ministère des Solidarités et de la Santé, cette thématique recouvre les points suivants dont les deux premiers ont été traités dans le cadre de cet atelier :

1.1. Organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant un accès facilité au diagnostic et au suivi psychologique et psychiatrique pour les patients pris en charge par les professionnels de premier recours, en particulier les médecins généralistes. Le rôle de premier accès aux soins spécialisés repose sur les centres médico-psychologiques des secteurs de psychiatrie publique, ainsi que sur les CMPP et les CAMSP. Ces équipes doivent aller au-devant des personnes en proposant notamment des prises en charge dans des lieux faciles d'accès et non stigmatisés et en organisant les interventions à domicile. Les modalités « d'aller vers » doivent être particulièrement développées pour les publics en situation de grande précarité et d'exclusion.

²¹ Articles créés par le Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet territorial de santé mentale

L'organisation de la réponse aux situations signalées par les proches et les familles, par les acteurs du repérage précoce des signes d'alerte et les conseils locaux de santé mentale a également traité dans la table ronde sur le parcours des urgences.

1.2. Organisation de l'accès aux expertises existant au niveau régional ou national

Dans le cadre de la gradation des prises en charge, le projet territorial de santé mentale organise l'accès aux dispositifs de recours pouvant être sollicités par les professionnels de santé mentale, en appui d'une prise en charge de premier recours, en faisant une identification précise et en explicitant les modalités de saisine et d'adressage. Le PTSM facilite les partenariats entre les équipes de soins et d'accompagnement social et médico-social de proximité et les centres de référence et d'expertise, les consultations de recours des services hospitalo-universitaires, les centres experts, les centres référents reconnus par les ARS, dont les centres référents en réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive, 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.

1.3. Organisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux

1.4. Organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Ces deux questions ont été traitées de manière globale dans la 3^{ème} table ronde. Les diagnostics concernant l'orientation rétablissement des organisations, l'accès au logement et le domicile centre de gravité du parcours ont été réalisés dans les tables rondes 4, 5 et 6.

2. Etat des lieux

2.4. Organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

Le nombre de psychiatres hospitaliers du Sud Yvelines a décru brutalement depuis un an. Cette baisse de ressource s'explique par le cumul de départs habituels (départ en retraite ou mouvements géographiques pour raisons familiales) et de départs imprévus de nombreux collègues vers d'autres territoires ou d'autres modes d'exercice (en particulier libéral) non compensés par de nouveaux recrutements. Compte tenu de la pyramide des âges, de nombreux départs en retraite non remplacés sont prévisibles dans les années à venir. A ces mouvements s'ajoute une réduction du nombre d'internes en lien avec la réforme du DES de Psychiatrie et ses modalités d'application en Île-de-France.

D'autre part une baisse importante du nombre de médecins généralistes peut être anticipée, puisque plus d'un tiers prendront leur retraite dans les 5 ans et ne seront que partiellement remplacés.

Ainsi la photographie de l'accès aux soins présentée dans cet état des lieux est susceptible d'évoluer assez fortement dans les années à venir.

2.4.1. Accès aux soins des populations adultes :

Diagnostic interne

Forces :

- L'accès aux soins est facilité par les nombreuses « portes d'entrée » dans le dispositif de soins (MG, CMP, Maison des adolescents, urgences, équipes mobiles, équipes de liaison, CSAPA, etc.)
- Le profil des personnes prises en charge selon les différentes « portes d'entrées » n'est pas la même : MG, DSP, CMP et libéraux (enquête conduite fin 2018 auprès des médecins généralistes, et des psychiatres libéraux et publics)
- Le partenariat MG-PSY a été largement travaillé et bénéficie d'un dispositif de soins partagés (DSP) à Versailles pour répondre aux demandes des médecins généralistes concernant les problématiques psychiatriques (TMF). Cette coopération nécessite d'être restructurée (même enquête)
- L'accès au diagnostic et au suivi en urgence est de bonne qualité, les dispositifs d'urgence sont appréciés en particulier la possibilité d'une réponse mobile (ERIC) et l'existence d'une unité d'hospitalisation de courte durée (U72)
- Accessibilité des CMP :
 - Le positionnement territorial des CMP est relativement satisfaisant malgré certaines fermetures de structure.
 - Les CMP ont une activité mobile pour les patients connus et sur signalement
 - Les CMP proposent des horaires d'ouverture en soirée.
- Le rôle de filtre assuré par l'équipe de liaison permet de limiter les orientations sur les CMP par les partenaires du champ social ou médico-social aux situations qui le requièrent.
- Les nombreux CLSM du territoire participent à l'accès aux soins des situations complexes

Faiblesses :

- Forte dégradation de la démographie médicale depuis la tenue de la table ronde avec de nombreux départs non remplacés de psychiatres dans les établissements de santé
- Difficulté d'accès au suivi par MG par manque de médecins
- Difficulté d'accès à l'hospitalisation psychiatrique pour les MG
- Difficulté d'accès aux centres médico-psychologiques adultes :
 - Saturation avec doublement de la file active des CMP en 15 ans à moyens constants.
 - Délais de réponse pour les entretiens médicaux trop longs malgré des tentatives d'organisation spécifique
- Difficulté d'accès aux psychiatres libéraux également saturés
- Absence de lisibilité des dispositifs sectoriels et territoriaux en santé mentale pour les usagers et les professionnels non psychiatres (sectorisation, parcours de soins spécifiques, etc.)
- Absence de dispositif de soin partagé dans la région de Rambouillet.
- Difficultés de consultation pour les personnes précaires et/ou peu demandeuses en dehors de la crise malgré l'offre de soin mobile ERIC et équipe de liaison

- Difficulté d'accès aux soins somatiques pour les patients précaires et souffrants de troubles psychiatriques

Diagnostic externe : environnement

Opportunités :

- Développement de la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise)
- Mise en place d'équipes médicales territoriales de GHT
- Développement de la formation aux Premiers Secours en Santé Mentale

Menaces :

- Démographie médicale : difficile recrutement de psychiatres hospitaliers et diminution du nombre d'installations, pyramide de l'âge très défavorable en particulier pour les médecins libéraux
- Saturation de la filière urgence par fragilité du dispositif d'amont et d'aval
- Difficultés d'organisation des transports des patients, en particulier inter-établissement

2.4.2. Accès aux soins des adolescents et enfants :

Diagnostic interne :

Forces :

- La Maison des adolescents (MDA) est un acteur important de l'accès aux soins (conseil, orientation, évaluation), bien repéré et facile d'accès (deux sites).
- La MDA permet une différenciation des filières de soins enfants et adolescents et joue un rôle de « filtre » permettant l'adressage vers les CMP des situations qui relèvent spécifiquement d'une prise en charge pluri-professionnelle.
- L'équipe ERIC assure une réponse mobile de crise et facile d'accès pour les adolescents
- Nombreux CMPE avec une bonne répartition territoriale
- L'unité d'hospitalisation de crise adolescent et unités de soins et réintégration scolaire de l'Institut MGEN

Faiblesses :

- Saturation des CMP enfants et adolescents : augmentation de 70% des sollicitations au cours des 15 dernières années et les moyens d'origine ne sont pas en rapport avec les missions actuelles
- Délai de réponse très long dans les CMPE malgré la mise en place de modalités spécifiques pour prioriser les demandes
- Absence de structuration de la réponse à l'urgence enfants et adolescents en particulier sur Rambouillet
- Difficulté de la réponse de post-urgence : CMP saturés et manque de lits d'aval pour les jeunes adolescents
- Difficulté de co-construction des projets pour les populations jeunes prises en charge en foyer et dans des structures spécialisées (aide sociale à l'enfance / structures sanitaires)

- Difficulté d'accès aux informations sur les lieux et les modalités de prise en charge en particulier pour les situations de jeunes adultes et pour les proches

Diagnostic externe : environnement

Opportunité :

- Développement de la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise)
- Mise en place d'équipes médicales territoriales de GHT

Menaces :

- Forte crise démographique des pédopsychiatres
- Manque d'attractivité du secteur public et difficultés de financement

2.4.3. Accès aux prises en charge de psychothérapies :

Diagnostic interne :

Forces :

- Intérêt de l'expérience des prestations spécifiques de psychothérapie (PSP) portée par le DSP depuis plus de 15 ans en partenariat avec les psychologues libéraux
- Expérimentation territoriale « Ecout'Emoi » de prise en charge de psychothérapie pour des jeunes en souffrance sur le territoire de Trappes
- Nombreuses modalités de soins psychothérapeutiques développées dans les CMP (MBT, TCC, EMDR, MBCT....)

Faiblesses :

- Saturation de l'offre de soins de psychothérapie sur les CMP
- Manque de visibilité de l'offre de psychothérapie en libéral et de sa spécificité.
- Absence de généralisation de forfaits financiers favorisant l'accès aux soins

Diagnostic externe : Environnement

Opportunité :

- Place des expérimentations Internet en particulier dans les psychothérapies
- Projet d'«hôpital virtuel» à Saint Quentin en Yvelines porté par l'UFR Simone Veil-Santé, prévoyant un accès accompagné aux programmes en e-santé mentale
- Expérience de la maison de la Psychologie avec tarif conventionné dans les Yvelines Nord.

Menaces :

- Démographie médicale (difficulté d'accès à une évaluation psychiatrique globale ou à un suivi partagé psychologue-médecin)

2.5. Organisation de l'accès aux expertises existant au niveau régional ou national

Du fait de l'ancienneté du réseau de santé mentale (RPSM 78) et de l'existence d'un service universitaire au Centre hospitalier de Versailles, le territoire du Sud Yvelines a

mis en place depuis de nombreuses années un projet médico-soignant organisé par filières de soins en santé mentale. Cette organisation a permis le développement d'une offre de soins structurée avec un accès aux dispositifs d'expertise de niveau 3 clair et facilité.

Diagnostic interne

Forces

- Expertise de niveau 3 : 3 Centres Experts au centre hospitalier de Versailles (schizophrénie, bipolaire et asperger) et une consultation universitaire.
- Accès aux prises en charge de sismothérapie au Centre hospitalier de Versailles.
- Offre de soins spécialisés en soins de réhabilitation de niveau 2 qui repose sur les hôpitaux de jour du territoire, qui ont tous implémenté des pratiques de réhabilitation (remédiation cognitive, éducation thérapeutique...) et des évaluations diagnostiques et fonctionnelles (cognitives et praxiques).

Faiblesses :

- Faible coordination des soins de réhabilitation proposés entre les différents hôpitaux de jour
- Faible accessibilité des soins spécifiques de réhabilitation pour les patients des structures médico-sociales.

Diagnostic externe : environnement

Opportunités :

- Développement de la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise)
- Instruction aux ARS pour la diffusion des soins de réhabilitation et possibilité de mettre en place une plateforme de soins de réhabilitation territoriale et un centre support régional
- Mise en place d'équipes médicales territoriales de GHT
- Publication par le PSYCOM d'un annuaire sur l'offre sanitaire et médico-sociale dans les Yvelines

Menaces :

- Démographie médicale

3. Recommandations

Organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

- *Créer une équipe mobile psychiatrie et précarité*
- *Poursuivre les partenariats MG / PSY*
- *Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en santé mentale pour les professionnels et les usagers*
- *Favoriser l'accès aux psychothérapies*
- *Faciliter l'accès aux soins par la déstigmatisation, l'amélioration des compétences, la délégation de missions et la formation de nouveaux professionnels*
- *Créer des « Hub » où sont présents le social, le médicosocial et le sanitaire*

Organisation de l'accès aux expertises existant au niveau régional ou national

- *Créer une plateforme territoriale de soins de réhabilitation et un Centre Support sur le CHV*

II. Accès aux ressources concernant l'accompagnement des enfants et adolescents et coopération entre les différents acteurs des parcours de santé

Rapporteurs	<i>Dr Hélène LIDA PULIK</i>	<i>Psychiatre, médecin-chef projet MA- Yvelines Sud, PH SUPEA, Chef de service adjoint au CH de Versailles</i>
	<i>M. Stève PIERLOT</i>	<i>Directeur ITEP, EMPRO, SESSAD Association Insertion Soins (IES)</i>
Intervenants table ronde	<i>Mme Christine VUILLAUME</i>	<i>Délégation Départementale ARS, Responsable du Département Etablissements médico-sociaux</i>
	<i>Mme Anne CHOLLET</i>	<i>Directrice Action Sociale et Enfance (ASE) au Conseil Départemental 78</i>
	<i>Mme Caroline PLESEL BACRI</i>	<i>Inspectrice Education nationale ASH 1- Pôle inclusif-DSDEN 78</i>
	<i>Mme Christiane BEHEREC</i>	<i>ADAPEI78, ex- vice-présidente de la CDAPH</i>
	<i>Mme Sylvie GAGNET</i>	<i>Direction de l'autonomie au Conseil Départemental 78</i>
	<i>Madame Mathilde GROH</i>	<i>Directrice territoriale adjointe DT PJJ 78</i>
	<i>Madame Christine LEVOYER</i>	<i>Médecin Conseillère Technique adjointe service académique des Yvelines</i>
	<i>Dr Taïeb FERRADJI</i>	<i>Chef de pôle pédopsychiatrie au CH de Plaisir</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

La thématique abordée dans cette table ronde, consacrée aux enfants et aux adolescents, porte sur les priorités 1 et 2 du décret relatif au PTSM et plus précisément les parties qui prévoient :

- 1 le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles, et dans des délais correspondant à la nature des situations.
- 2 l'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux
- 3 la mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse;
- 4 la mobilisation des professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et leur soutien aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques;
- 5 la mobilisation des acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes;
- 6 les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.

2. Etat des lieux

Diagnostic interne :

Forces

- Densité du maillage avec les différentes structures médico-sociales qui existent sur le territoire.
- Chaque institution (ARS, Education Nationale, MDPH, ASE, PJJ, structures sanitaires et médicosociales...) a conscience des difficultés et des enjeux à pouvoir créer des passerelles : les situations nécessitent un partage de compétences et des interventions conjointes.
- Les plans autisme ont donné une nouvelle dimension à ces articulations et des dispositifs commencent à voir le jour. L'exemple de la filière autisme en cours de construction sur le territoire dans le sanitaire et le médico-social en lien avec la MDPH est intéressant : une plate-forme de coordination départementale permettra d'adresser les enfants et familles vers des centres spécialisés dans le diagnostic (niveau 2 ou 3 si nécessaire), des soins libéraux et institutionnels pourront être ensuite proposés et coordonnés en fonction du besoin des enfants et selon leur âge / degré de sévérité de la pathologie dans des centres de soins adéquats et variés. Des parcours plus cohérents se mettent donc en place.
- Mise en place de conventions de mises à disposition de personnels améliorant la qualité des partenariats.
- Nombreuses initiatives autour de la téléconsultation, du dossier médical partagé, de la télémédecine.
- Développement des actions de formation des professionnels dans une certaine logique de transversalité.
- Projets de création de centres de soins et de formation interinstitutionnels (exemple du projet du centre de traitement du psycho traumatisme).
- Prise de conscience des différents partenaires de la nécessité d'un travail de prévention dès la petite enfance. Un exemple de ce constat est donné par la restructuration récente de l'ASE qui développe actuellement un secteur de prévention dans le champ de la protection de l'enfance avec la volonté de déstigmatiser l'intervention des travailleurs sociaux auprès des familles.

Faiblesses

- Méconnaissance entre les différents acteurs, établissements et services générant des ruptures de parcours pour les enfants ou des absences de prises en charge pluridisciplinaires quand elles sont nécessaires. Juxtaposition de dispositifs au lieu de constructions complémentaires (exemple des cas complexes gérés parallèlement par différentes institutions).
- Manque de fluidité des parcours : les patients et les usagers viennent par des orientations différentes et il leur est difficile de passer d'une structure à l'autre du fait de facteurs multiples (nécessité de notification de la CDAPH, d'une prescription médicale pour une hospitalisation, demande du jeune ou des parents...).
- Les prérequis administratifs pour une admission en ESMS (notification MDPH/CDAPH) sont actuellement contraignants et parfois de longue durée. Il serait nécessaire de réfléchir à une plus grande souplesse administrative afin d'éviter des ruptures de parcours.

- Les liens entre les services dépendent souvent des réseaux de connaissances des uns et des autres : nécessité de conventionner et formaliser les partenariats pour qu'ils ne reposent pas uniquement sur des personnes.
- Les diagnostics concernant les usagers ou les patients peuvent varier d'une structure à une autre, suivant la perception du jeune, ses attitudes, son comportement ou son examen clinique. Ces diagnostics non conjoints peuvent entraîner une incompréhension dans l'orientation et une difficulté à collaborer.
- Manque de places dans les services (psychiatrie et médico-social).
- L'information, l'écoute et l'implication des familles par les professionnels sont jugées insuffisantes (exemple du médicosocial).
- Difficulté de coordination des parcours de santé: conflits de légitimité lorsqu'il s'agit de déterminer à quelle institution il revient de coordonner les parcours dans le cadre des prises en charge pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles.

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Volonté actuelle des pouvoirs publics d'accompagner de nouveaux dispositifs et faciliter les liens partenariaux.
- Mise en place de CPOM qui engagent les pouvoirs publics et les institutions à mener à bien des objectifs concertés (ex du médico-social).
- Mise en place de Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) et développement de services de coordination offrant la possibilité aux enfants (et familles) en attente d'admission dans un ESMS de bénéficier d'un début de prise en charge et d'une aide, y compris à domicile.
- Prise de conscience de l'ensemble des acteurs de la nécessité d'être dans une politique de non-exclusion de prise en charge et de réduire le nombre de situations des « laissés pour compte » (ex : RAPT, pôle élèves de l'EN).

Menaces

- Démographie médicale avec une diminution structurelle progressive du nombre de médecins psychiatres en poste dans une conjoncture de saturation déjà existante du sanitaire.
- Désertification des zones rurales, en particulier en offre sanitaire.
- Restrictions budgétaires et maîtrise des coûts: faire évoluer les prises en charge à moyens constants.
- Déficit de confiance entre les acteurs du sanitaire et du médico-social.
- Manque de clarté quant à la place et au rôle des acteurs dans ces dispositifs aussi bien dans les structures sanitaires que médico-sociales.
- Les institutions et les professionnels ont souvent le sentiment de manquer de temps ce qui peut se révéler préjudiciable à l'organisation de formations, réunions, colloques et autres manifestations partenariales, les acteurs privilégiant alors le quotidien.
- Accroissement des besoins en santé mentale lié aux évolutions de la société : précarisation des familles, mutations socio-culturelles et familiales, fragilisation de la santé des familles.
- Difficultés de lisibilité et de différenciation des institutions et de leurs vocations: par les usagers et professionnels eux-mêmes (par exemple HDJ/IME, CMP/CMPP...)

3. Recommandations

- *Simplifier le circuit administratif du patient et de l'utilisateur et fluidifier les parcours entre sanitaire et médico-social.*
- *Promouvoir des formations transversales et des rencontres entre professionnels de différents champs d'intervention.*
- *Rendre accessible aux usagers, patients, familles et partenaires toutes les informations utiles sur les institutions et services du territoire.*
- *Améliorer le partenariat entre les différentes structures par l'identification de personnes ressources.*

DOCUMENT PROVISOIRE

III. L'accès aux soins et aux accompagnements des populations précaires ou en situation de handicap psychique

Rapporteurs	<i>Pr Christine PASSERIEUX</i>	<i>Directrice Médicale de la CPT 78 Sud, cheffe du pôle de psychiatrie du CH de Versailles</i>
	<i>Mme Sandrine BROUTIN</i>	<i>Directrice générale de l'Oeuvre Falret</i>
Intervenants table ronde	<i>Dr Anne Marseault</i>	<i>Directrice adjointe de la Maison de l'Autonomie des Yvelines</i>
	<i>M. Claude Leseur</i>	<i>Vice-président de la CDAPH, UNAFAM</i>
	<i>Mme Sandrine Broutin</i>	<i>Directrice générale de l' Œuvre Falret</i>
	<i>Mme Florence Benlefki</i>	<i>Assistante sociale de secteur 78G12 du CH de Plaisir</i>
	<i>Dr Anne Rosso</i>	<i>Psychiatre, responsable de l'Equipe Spécialisée Evaluation du Handicap et du groupe hébergement de la CPT78 Sud</i>
	<i>Mme Jennifer Boghossian</i>	<i>Coordinatrice du Pôle Autonomie Territorial St Quentin Médecin</i>
	<i>Mme Anne Lise Lelong</i>	<i>Directrice Cité Saint Yves- ACSC</i>
	<i>Dr Frédéric Lefrère</i>	<i>Psychiatre, coordinateur de l'équipe psychiatrique d'appui aux professionnels sociaux et médico-sociaux de la CPT78 sud</i>
	<i>Mme Patricia Carlier</i>	<i>Directrice des Affaires Générales/Projets, QGDR/CDU au CH de Plaisir</i>
	<i>Dr Parnot</i>	<i>Médecin généraliste, CH de Plaisir</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

La thématique abordée dans cette table ronde concerne les personnes adultes et porte sur les points suivants des priorités 1 et 2 du décret du PTSM :

- l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles, et dans des délais correspondant à la nature des situations ;
- l'organisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
- l'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale, et prévoyant :
 - l'amélioration de l'état de santé psychique et somatique de la personne
 - un soutien à la personne pour lui permettre d'exprimer ses choix et favoriser son engagement dans les soins la concernant
 - des actions de prévention de la survenue ou de l'aggravation du handicap psychique
 - l'accès et le maintien des personnes dans le logement, l'emploi et la participation à la vie sociale, en visant en priorité l'inclusion en milieu ordinaire et l'accès aux dispositifs de droit commun, tout en permettant l'accès aux dispositifs dédiés dès lors que le milieu ordinaire n'est pas ou plus adapté.

L'accès aux soins somatiques est particulièrement complexe pour les personnes souffrant de troubles psychiques, avec d'importantes répercussions sur leur qualité de vie et sur leur espérance de vie. Le décret précise que :

« Le PTSM veille à ce que soit prévu :

«1°L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé;

«2° En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés;

«3°L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire. »²²

Au total, les questions traitées par cette table ronde sont celles :

- des ressources sociales et médico-sociales à un niveau global et du déploiement de Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)
- de l'accès aux droits et de l'évaluation du handicap psychique (MDPH)
- de l'accès et la continuité des soins pour les personnes hébergées en établissement social ou médico-social
- de l'accès aux soins somatiques des personnes souffrant d'un trouble psychique.

2. Etat des lieux

2.1. Accès aux droits, aux accompagnements, à l'hébergement et aux aides spécifiques

Diagnostic interne

Forces

- Partenariat historique entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire grâce au RPSM 78 Sud
- 287 personnes suivies par les secteurs de psychiatrie ont bénéficié d'une admission en hébergement social ou médico-social depuis 2005.
- Des formations et un accompagnement des pratiques professionnelles sont assurés dans les établissements sociaux et médico-sociaux par l'équipe de liaison de la CPT78 Sud
- La mise en œuvre de RAPT comporte :
 - Un Dispositif Intégré Handicap avec deux coordonnateurs de parcours complexes et une adresse mail dédiée (observatoiremda78@yvelines.fr)
 - Une priorisation des demandes par les ESMS sur la base de 5 niveaux²³,

²² Article R3224-7 du Code de la Santé Publique, créé par le décret du 27 juillet 2017

²³ Niveau 1 : La personne est sans aucune solution et dans une situation à risque en raison de la dégradation du maintien à domicile

Niveau 2 : La personne est en risque de rupture par inadaptation et limite de prise en charge (amendement CRETON, Sortie d'établissement, Hospitalisation inadéquate)

Niveau3 : Prise en charge transitoire et rupture prévisible à l'avenir

Niveau 4 : La personne a un projet d'orientation mais continue à tirer profit de la réponse actuelle, pas de risque de rupture de parcours à moyen terme

Niveau 5 : La personne n'a pas de projet de vie immédiat dans un ESMS, orientation de précaution

- La mise en place de l'outil Via Trajectoire à partir du printemps 2019.
- La mise en place de COmissions de REpartition des Situations Prioritaires (CORESP)
- Rédaction partenariale et signature par de très nombreux acteurs d'une Charte Santé Mentale et Logement ;
- Pertinence et efficience démontrée de l'Equipe PASSERELLE (interventions en binôme socio-sanitaire à la demande des bailleurs sociaux auprès de locataires en difficultés d'habiter et souvent menacés d'expulsion, permettant de rétablir l'accès aux droits et aux soins) ;
- Le modèle du rétablissement est assez largement diffusé sur le territoire : recours à la pair-aidance dans diverses institutions (médiateurs santé pair et formateurs pairs), expérimentation d'un parcours socio-sanitaire orienté vers le rétablissement des personnes en situation ou à risque de handicap psychique sur le centre médico-psychologique du secteur 17 (Equipe PASSVers) ;
- Existence de 7 CLSM sur le Sud Yvelines ;

Concernant l'évaluation des situations de handicap psychique

- Les évaluations des situations de handicap sont assurées par 4 pôles Autonomie Territoriaux.
- Intégration du principe du triptyque de l'évaluation (travaux CNSA 2008 – J-Y. Barreyre) avec la mise à disposition de documents complémentaires sur le site de la MDPH (mais ces documents sont très peu utilisés).
- L'accès à la PCH est possible pour des personnes en situation de handicap psychique.
- L'intégration rapide en ESAT est facilitée grâce au nouveau dispositif de Mise en Situation Professionnelle, MISP.
- Le sanitaire a mis en place une équipe mobile spécialisée dans l'évaluation de handicap psychique (ESEHP), qui peut être sollicitée par les équipes de secteurs, les usagers ou tout autre interlocuteur pour aider à construire le parcours des personnes en situation de handicap psychique ou le dossier de demande à la MDPH.

Faiblesses

- Situation de tension persistante sur les places en ESMS, en particulier pour les admissions en Foyers d'Accueil Médicalisés et en Foyers de Vie.
- Difficultés à faire apparaître les situations prioritaires (de niveau 1 ou 2) de handicap psychique connues des secteurs dans les CORESP et difficultés de coordination des secteurs avec les nouveaux dispositifs de RAPT pour la construction des parcours.
- Peu d'offre en logement individuel avec accompagnement médico-social, manque de place pour les PH vieillissantes.
- Pas de logements inclusifs ni de résidence accueil.
- Manque de places en SAMSAH et SAVS et pas de SAMSAH dans le territoire Grand Versailles.
- Manque de fluidité des parcours.

- La question de l'insertion a été moins travaillée sur le territoire que la question du logement (voir table ronde rétablissement).

Concernant l'évaluation des situations de handicap psychique

- Insuffisance des données transmises pour étayer les demandes, lors des évaluations par les PAT des situations de handicap psychique.
- Hétérogénéité du fonctionnement entre les PAT et de la qualité ressentie de leurs réponses en fonction de la stabilité des équipes et de l'existence ou non de liens directs entre les professionnels des PAT et les professionnels des secteurs psychiatriques.
- Les délais de réponse sont longs (de 7-8 mois à un an) et conduisent parfois à des ruptures de droits et de versements de prestation.
- Serait observé sur les Yvelines le mouvement national rapporté par le Défenseur des droits²⁴ d'une tendance à la révision et à la diminution des droits (taux d'incapacité, PCH et RSDAE) conduisant souvent à mettre en péril un équilibre fragile.

Diagnostic externe: environnement

Opportunités

- Objectifs de RAPT impliquant une révision des dispositifs et des organisations
- Appropriation par les acteurs du territoire du paradigme du rétablissement
- Projet de créer une unité sanitaire de réhabilitation psycho-sociale sur l'Institut MGEN

Menaces

- Démographie médicale
- Priorisation dans la mise en œuvre de RAPT des situations d'autisme (dont amendement CRETON) et mise en concurrence de populations (personnes avec autisme et personnes avec handicap psychique) par rapport à des ressources limitées

2.2. Accès et continuité des soins pour les personnes précaires ou en situation de handicap psychique

Diagnostic interne

Forces

- L'accès aux soins psychiatriques est contractualisé entre les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et le sanitaire par des conventions de continuité des soins et mis en œuvre par l'ensemble des secteurs.
- Les professionnels des ESMS bénéficient de formations et d'accompagnement de leurs pratiques par l'équipe de liaison (EdL) de la CPT78 Sud, en particulier dans le cadre de réunions d'Intervision régulières.

²⁴ Avis du Défenseur des droits n°18-06 le 1^{er} mars 2018, Jacques Toubon

- La continuité des soins est assurée par le secteur d'origine de la personne, en particulier en cas d'hospitalisation. A noter un besoin moyen de 10 jours d'hospitalisation par an pour ce public, objectifé par une étude de la file active sur 15 ans.
- La convention de continuité des soins prévoit l'accès direct au groupe ERIC en cas de situation de crise.

Concernant l'accès aux soins somatiques

- Des accompagnements sont assurés par les établissements médico-sociaux pour la réalisation des examens médicaux et des consultations (pour exemple, en 2017, 1430 accompagnements ont été réalisés pour les 350 résidents du pôle handicap de l'HGMS) ;
- L'offre du plateau technique sur le Centre Hospitalier de Plaisir et la formation des personnels à l'accueil de ce public est un point fort.

Faiblesses

- Manque d'accès dans les ESMS à des informations concernant la maladie ou les déficiences à l'origine du handicap et nécessaires pour les soins ou un ajustement de l'accompagnement.
- Accès aux soins difficile pour les problèmes d'addiction, avec une difficulté à identifier le professionnel pertinent pour le suivi (secteur psychiatrique ou CSAPA).
- Inadaptation des ESMS accueillant des personnes en situation de handicap psychique aux besoins spécifiques en termes de soins ou d'accompagnement des personnes avec TSA.
- Besoin important - et permanent compte tenu du turnover des équipes - de formations aux difficultés que rencontrent les équipes, en particulier l'adaptation des réponses aux besoins et la gestion des personnes en fonction de leur type de handicap.

Concernant l'accès aux soins somatiques

- Difficultés majeures d'accès aux soins somatiques (hors urgences/SAMU) dans les structures sociales alors qu'elles accueillent des personnes avec des problèmes somatiques lourds. Pas d'accès à la médecine de ville.
- Difficultés d'accès aux soins de ville pour les personnes souffrant de troubles psychique, y compris pour avoir un médecin traitant dans certains territoires touchés par la désertification médicale.
- Difficultés dans l'accès aux soins somatiques dans les établissements de santé pour les personnes handicapées psychique lorsque ces soins ne peuvent être assurés dans leur établissement (exemple du Centre Hospitalier de Plaisir) en lien avec le transport, l'accessibilité, les retards ou annulations, les démarches administratives à réaliser avant la consultation, la difficulté à gérer l'anxiété ou les troubles du comportement du résident.

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Développement de la télémédecine ;
- Travail au sein des deux GHT des Yvelines sur l'amélioration de l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées.

Menaces

- Existence sur le territoire Yvelines Sud d'établissements médico-sociaux de grande capacité (pôle handicap de l'ESMS de Plaisir en particulier) ou de zones de forte densité en établissements d'hébergement (bassin rambolitain en particulier).
- Risque de fragilisation de l'accès aux soins psychiatriques en cas de remise en cause du principe de continuité des soins, faute de répartition de la charge sur l'ensemble des secteurs. Cela contreviendrait également aux recommandations de continuité des soins pour leur qualité.
- Démographie médicale : difficultés de recrutement de médecins généralistes et psychiatres par les ESMS et apparition de déserts médicaux en ville.
- Fragilité actuelle du financement de l'équipe de liaison.
- Tensions sur les effectifs médico-sociaux qui menacent l'accès aux soins somatiques car les personnes doivent être impérativement accompagnées. Cloisonnement entre le sanitaire MCO (et sa logique d'efficacité) et le médico-social.

3. Recommandations

Accès aux droits, aux accompagnements, à l'hébergement et aux aides spécifiques

- *Soutenir l'appropriation du modèle du rétablissement.*
- *Améliorer la fluidité des parcours de vie et de soins en décroissant les dispositifs.*
- *Adapter l'offre de formation aux besoins des différents intervenants.*
- *Elargir l'offre de logement tout en veillant à ce que le logement inclusif ne devienne pas une variable d'ajustement économique*
- *Pérenniser les expérimentations PASSVers et PASSERELLE*

Concernant l'évaluation des situations de handicap psychique

- *Renforcer le partenariat entre la MDPH, les PAT et les secteurs pour améliorer la qualité de l'évaluation et la cohérence du parcours de soins et d'accompagnement.*

Accès et continuité des soins pour les personnes précaires ou en situation de handicap psychique

- *Maintenir le principe de continuité des soins*
- *Création d'une EMPP à partir de l'équipe de liaison*
- *Améliorer la réponse aux besoins des personnes vivant avec une addiction*

Concernant l'accès aux soins somatiques

- *Développer des réponses pour l'accès aux soins somatiques des personnes précaires.*
- *Améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées par le renforcement du niveau 1 et la création d'un dispositif de consultation de niveau 2, en partenariat avec les établissements MCO.*

IV. Logement inclusif et soutien aux bailleurs sociaux

Rapporteurs	<i>Dr Anne ROSSO</i>	<i>Psychiatre, responsable de l'Equipe Spécialisée Evaluation du Handicap du groupe hébergement de la CPT 78 Sud</i>
	<i>Mme Sylvie TISSERANT</i>	<i>Chef de Projet Action Sociale, les Résidences Yvelines Essonne</i>
Intervenants table ronde	<i>Mme Roselyne TOUROUDE</i>	<i>Vice-présidente de l'UNAFAM, membre de l'Observatoire national de l'habitat inclusif</i>
	<i>Mme Corinne BEBIN</i>	<i>Adjoint au maire de Versailles, déléguée à l'action sociale et à la santé</i>
	<i>Mme Joséphine KOLLMANNSBERGER</i>	<i>Maire de Plaisir</i>
	<i>Mme Béate MÜNSTER</i>	<i>Directrice Pôle Insertion Sociale 78, Œuvre Falret</i>
	<i>M. Pascal DUBOT</i>	<i>Directeur du FAM Troas, Fondation J. Bost</i>
	<i>Mme Arina VAN DE KERK</i>	<i>Directrice Accompagnement Habitat & Humanisme</i>
	<i>Mme Sylvie TISSERANT</i>	<i>Chef de projet Action Sociale, les Résidences Yvelines Essonne</i>
	<i>Mme Marie DOS SANTOS</i>	<i>Responsables Développement Social, Direction territoriale Adoma des Yvelines</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

Cette table ronde est complémentaire de la précédente et porte sur la question des 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. Plus précisément c'est la problématique du logement qui a été traitée.

2. Constat partagé concernant les besoins

2.1. Evaluation des besoins par les acteurs du sanitaire

Des enquêtes ont été réalisées par le RPSM sur le territoire sud 78 ces quinze dernières années :

- La première en 2003 concernait les personnes hospitalisées: sur les 210 lits d'hospitalisation psychiatrique du sud Yvelines, 95 personnes étaient hospitalisées en attente d'un hébergement.
- De nouvelles enquêtes ont été réalisées en 2006, puis en 2008, non plus seulement auprès des personnes hospitalisées mais sur l'ensemble de la file active des secteurs du territoire Yvelines Sud. En 2008, 67 personnes étaient en attente d'une solution d'hébergement ou de logement, avec un projet plus clairement défini qu'en 2003 entre la personne et l'équipe de soin.
- En 2011, il y avait 24 personnes en attente d'un hébergement médico-social, 20 en attente d'un hébergement social et 50 qui auraient pu bénéficier d'un logement accompagné (plus une vingtaine de résidents se trouvant dans les structures partenaires)
- En 2013, c'était respectivement 34, 20 et 37 personnes ; un problème supplémentaire s'est précisé lors de cette enquête : celui de personnes handicapées vieillissantes vivant chez des parents très âgés.

Ces enquêtes de besoin ont eu le mérite d'exister et d'être répétées mais les biais qu'elles présentent (population suivie, projet influencé par l'offre) permettent de penser que les besoins étaient sous évalués.

En 2017, une nouvelle enquête est réalisée concernant les personnes hospitalisées au long cours et montrait les résultats suivants : sur l'ensemble des établissements de santé de service public autorisés en psychiatrie du territoire Sud Yvelines, 30 patients étaient hospitalisés de 180 à 292 jours dont 27 patients schizophrènes et 17 patients étaient hospitalisés depuis plus de 292 jours (dont 3 patients d'ATED et 12 patients schizophrènes). Et sur ces 47 patients hospitalisés depuis plus de 180 jours, seuls 2 étaient en attente d'une structure d'hébergement. La raison de ces hospitalisations de longue durée était donc médicale.

Fin 2018, une enquête en vue du diagnostic territorial préalable au PTSM montre une dégradation de la situation puisque 18 personnes en hospitalisation de longue durée, l'étaient en attente d'une solution d'hébergement.

Enfin, une enquête sur les besoins d'hospitalisation réalisée sur 10 ans montre que les personnes adressées par les secteurs du territoire, hébergées dans les structures sociales et médicosociales partenaires, nécessitent en moyenne, chaque année, 10 jours (8,9 à 11,6) d'hospitalisation par personne hébergée.

2.2. Les besoins repérés par la MDPH dans le cadre du dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

Un état des lieux réalisé par la MDPH, durant l'été 2018, a porté sur le nombre et la situation des personnes ayant bénéficié d'une décision d'orientation par la CDAPH sans que cette orientation ait été mise en œuvre, et correspondant au niveau de priorité 1 (aucune aide, situations à risque en raison de la dégradation du maintien à domicile) ou 2 (risque de rupture par inadaptation et limite de prise en charge, amendement CRETON, prise en charge insuffisante et inadéquate, hospitalisation inadéquate). Concernant les adultes, et sur l'ensemble des Yvelines, ont été identifiées une centaine de personnes en situation d'amendement Creton et environ 400 adultes dont un tiers en situation de handicap psychique du fait d'un trouble mental sévère et persistant (TMSP). Il n'a pas été fait de croisement entre ces données et celles des secteurs de psychiatrie.

Les besoins observés par la MDPH doivent être alimentés, au fil de l'eau, par les Travailleurs Sociaux (TS) des secteurs afin que les personnes en priorité 1 et 2 apparaissent dans les situations présentées en Commission de Répartition des Situations Prioritaires (Coresp) puis dans le système Via Trajectoire qui sera l'outil d'information entre la MDPH et les ESMS. La situation de ces personnes est à renseigner sur observatoiremda78@yvelines.fr

3. Etat des lieux

Diagnostic interne

Forces

- **Les élus** relèvent l'intérêt de l'existence d'un Projet de territoire, d'un contrat de ville et de la mise en place des CLSM et de leurs cellules de veille. Sont également soulignés les actions mises en œuvre pour la prévention des expulsions.
- L'intérêt de l'expérimentation Passvers est souligné en ce qu'elle permet un accompagnement conjoint sanitaire et social précoce et par sa démarche scientifique d'évaluation.
- Le soutien des élus, notamment des maires qui ont une responsabilité de proximité, est un facteur important.
- **Le RPSM78** a depuis une vingtaine d'années initié des actions de coordination et de décloisonnement des acteurs accompagnant les personnes handicapées psychiques (PAHpsy) au sein du territoire, en particulier par le développement dans une démarche « step by step » d'une palette de solutions d'hébergement.
- Depuis 2005, le suivi des résultats de ces actions montre : 287 personnes accueillies, dont 211 présentes fin 2017 dans les principales structures partenaires. Une réponse a ainsi été apportée aux besoins de personnes parmi les plus handicapées et sans solution (allant dans le sens du dispositif RAPT). Depuis quelques années, des actions sont menées pour favoriser l'accès des personnes au logement social.
- **Les associations, Œuvre Falret et John Bost**, présentes sur le territoire ont une expertise dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (et plus généralement des publics en fragilité psychique) et des équipes soutenues par une politique de formation impliquant des pairs aidants. Elles ont une volonté d'offrir une diversité de modalités d'accueil et d'accompagnement pour répondre aux différentes étapes du parcours de la personne. Elles sont bien implantées dans un réseau local avec le soutien des mairies. Elles ont également une volonté de tenir compte de modèles étrangers d'inclusion (volonté politique d'axer l'inclusion sur le logement, en petites unités, avec mise en place des accompagnements nécessaires).
- **Les associations sociales et médico-sociales** présentes ont souligné l'existence de partenariats avec les soins établis de longue date :
 - l'articulation avec les centres médico-psychologiques (CMP)
 - des projets co-construits
 - des conventionnements :
 - Conventions de mise à disposition de professionnels sanitaires
 - Conventions assurant la continuité des soins aux personnes accueillies et l'accompagnement par l'équipe de liaison (EdL). Celle-ci permet une montée en compétence des professionnels
 - une interconnaissance et une culture de partage d'informations utiles
 - **Habitat et Humanisme**, par exemple, souligne la qualité du partenariat conventionné établi avec le RPSM78 dès 2006, dès la création de la 1ère pension de famille et considère le Réseau comme étant très aidant par rapport à la santé mentale.

Leurs pensions de famille offrent des solutions à des personnes plus autonomes. Elles conjuguent indépendance avec un cadre de vivre ensemble. Elles favorisent la capacité à habiter et à se maintenir dans le logement de personnes en situation d'isolement, aux très faibles ressources, au parcours souvent chaotique. Les personnes doivent avoir un minimum d'autonomie pour gérer la vie quotidienne et les liens de voisinage.

- **Les bailleurs, Résidences Yvelines Essonne et Adoma**, évoquent également les liens de partenariat avec le sanitaire :

Création, à l'initiative du RPSM78 et de l'AORIF (représentant des bailleurs sur le département) d'un groupe santé mentale et logement :

Développement d'une interconnaissance : missions et limites de chacun

Développement d'outils :

- Annuaire santé mentale et logement (en ligne sur le site de l'AORIF et du Réseau)
- Soutien régulier et formations auprès des conseillers sociaux par l'EdL
- Charte santé mentale et logement signée en mars 2018 ; mise en lien et formation des référents charte en octobre 2018.

Les objectifs de cette charte sont d'améliorer l'accès au logement des personnes avec troubles psychiques, de favoriser le maintien des personnes dans le logement : préparer le retour dans le logement après une hospitalisation, trouver des appuis en cas de troubles, et de développer la connaissance mutuelle

- **L'équipe mobile Passerelle (EMP)**: dispositif intégré sanitaire et social construit par l'Œuvre Falret, les Résidence Yvelines Essonne et le RPSM78, en réponse à l'appel à projets 10 000 logements accompagnés. Opérationnelle depuis mars 2016, son action s'est progressivement étendue à d'autres bailleurs.

L'équipe constituée de professionnels de l'OF et de la CPT réalise un accompagnement global social et sanitaire. Sa modalité d'action est d'« aller vers » le résident/locataire signalé par le bailleur qui a identifié un élément préoccupant (dette, replis, trouble de voisinage, de comportement). Son bilan montre que l'action s'adresse à un public précaire en situation d'exclusion à domicile. Les bailleurs qui l'ont expérimentée, considèrent que cette EMP est une réponse adaptée aux résidents et aux professionnels de proximité des bailleurs

Faiblesses

- Une stigmatisation, une insuffisance d'inclusion sociale
- Les limites de la démarche « step by step »: difficulté de trouver à chaque moment la solution correspondant aux besoins des personnes
- Une répartition inégale des ressources (pouvoir garantir aux personnes un maintien dans leur environnement)
 - Absence d'appartement de coordination thérapeutique
 - Absence de résidence accueil (projet de 10 places à Bois d'Arcy, projet en recherche de localisation sur Saint-Quentin en Yvelines)
 - Manque de solutions correspondant aux besoins et aspirations de personnes plus autonomes (logements inclusifs)

L'hébergement dans des structures éloignées coupe la personne de son environnement habituel, créant une dépendance, une perte d'autonomie, de compétences. Créer des structures, en centre urbain, là où sont les personnes sans les déplacer fait partie de l'inclusion

- **Les élus notent :**
 - Un problème de capacité à gérer les conduites inadaptées, à protéger les personnes vulnérables, les conflits de voisinage, les problèmes de cohabitation, une intolérance grandissante, des problèmes de squats ;

- Le problème d'une évaluation rapide et pertinente des troubles dans l'hébergement ou le logement, lors de signalements au maire ;
 - L'existence de nombreux niveaux de complexité :
 - o la multiplicité des acteurs, avec des difficultés pour identifier leurs rôles et leurs missions, assurer leur coopération et leur coordination, mettre en cohérence leur différentes temporalité d'actions et de décision
 - o la multiplicité des territoires : région, intercommunalité, département...
 - o les constantes évolutions législatives et réglementaires
 - Le problème du financement de l'habitat inclusif : la question de la PCH et de la mutualisation éventuelle d'une prestation individualisée ; la question de la sécurisation des capacités de financement du logement.
 - Le problème de l'évaluation de l'impact social des interventions : une évaluation serait nécessaire par le secteur social et médico-social.
- **Les associations notent :**
- Un accès aux soins difficile (délai, démarches complexes) en particulier pour les personnes peu demandeuses, avec peu de soins à domicile.
 - Des difficultés particulières de coordination ou d'accès aux soins pour les jeunes (sortants de l'ASE en particulier), les personnes âgées (surtout en cas de vieillissement précoce), les personnes avec addictions
 - des objectifs fixés à certaines structures en termes de durée d'accueil pas toujours adaptés aux besoins des personnes (CHRS, SAVS, SAMSAH). Une meilleure évaluation des besoins serait possible en associant les services aux évaluations de la MDPH.
 - Concernant les CHRS (et autres structures d'hébergement social qui reçoivent des personnes en situation de fragilité psychique sans être spécialisées pour ce public) : une manque de coordination entre les pouvoirs publics (ARS, CD, DRIHL/DDCS) sur les moyens à mobiliser pour faciliter leur accès à une prise en charge sanitaire et/ou médico-sociale, et pour concilier objectifs de fluidité et les durées d'accompagnement nécessaires à ces publics.
 - La nécessité d'un soutien des intervenants de l'aide à domicile.
 - La fragilité des dispositifs expérimentaux : besoin de pérenniser le financement de dispositifs, comme l'Equipe Mobile Passerelle (EMP), qui répond à un besoin identifié et fait ses preuves.
 - Le manque de logements accompagnés, le besoin de développer l'intermédiation locative.
 - Le besoin de repenser les foyers d'hébergement où la rupture de travail entraîne la rupture de logement.
 - La pension de famille a peu de moyen d'accompagnement sur place (16 euros par jour et par personne accueillie pour financer l'hôte de maison) : elle ne peut fonctionner que grâce aux partenariats mis en place autour de chaque personne. L'accompagnement peut s'avérer insuffisant les 6 premiers mois, pour des personnes qui ont souvent beaucoup à apprendre à l'entrée dans le logement (notamment l'organisation des actes de la vie quotidienne, le cadre nécessaire aux liens de voisinage).
 - Les deux pensions de familles Habitat et Humanisme du territoire accueillent un public dont la moitié relève de soins psychiatriques ce qui, contrairement aux résidences accueil, n'est pas le public visé prioritairement.

- **Les bailleurs notent :**
 - Des difficultés face aux locataires se mettant ou mettant les autres en danger, des situations chronophages et anxiogènes, un manque d'expertise du bailleur, et un besoin de soutien, de ne pas être seul face aux situations complexes
 - La difficulté d'entrer en lien avec certains résidents et certains partenaires

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Le PTSM ;
- Les appels à projets et à manifestations d'intérêt ;
- Les décisions et mesures prises par le Comité Interministériel du Handicap de 2016 :
 - Impulsion d'une démarche nationale de l'habitat inclusif ;
 - Installation d'un observatoire de l'habitat inclusif ;
 - Volonté de sécurisation du modèle économique de l'habitat inclusif et création d'une aide spécifique forfaitaire ;
 - Volonté d'harmonisation de la mise en commun de la PCH avec la création, par la DGCS, d'une fiche sur les modalités de mise en commun de la PCH ;
 - Volonté de prise en compte du handicap psychique, notamment renforcement de l'offre de places en habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap psychique
 - Volonté de faire évoluer l'offre médico-sociale d'une offre d'hébergement vers une offre d'accompagnement en milieu ordinaire.
- Développement du logement inclusif (qui se situe entre l'accueil en établissement et le logement en milieu ordinaire pour des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap) :
 - Dans un logement individuel ou partagé (accompagnement en fonction des besoins) associé à un espace de vie collective ;
 - Possibilité de financement de l'accompagnement à la vie sociale ;
 - Possibilité d'intermédiation locative (baux glissants ou associatif) permettant une attribution par étapes dans les meilleures conditions possibles.
- Entre 2018 et 2022, prévision par le gouvernement de l'ouverture, au niveau national, de 10 000 places supplémentaires de pension de famille (10 à 25 studios offrant un habitat adapté accompagné).
- Projet de créer une unité sanitaire de réhabilitation psycho-sociale sur l'Institut MGEN.

Menaces

- Démographie médicale qui fragilise l'accès aux soins et le partenariat entre sanitaire et médico-social ;
- Faire cohabiter la liberté des personnes et leur protection, la sécurité, garantir la vie privée, les données personnelles, le secret professionnel ;
- L'accueil nécessaire en établissement social et médico-social (ESMS) de résidents, en situation complexe, non suivis par le sanitaire avec le risque de mise en cause des partenariats, de la coordination des acteurs au sein du territoire, des capacités de continuité des soins, du respect des parcours. En particulier, l'existence sur le territoire soit d'ESMS de très grande capacité (comme au Centre Hospitalier de

Plaisir), soit d'une très grande densité d'ESMS, rend impossible le suivi en proximité des résidents par le secteur sur lequel sont implantés les ESMS.

- Incertitude concernant le financement des équipes qui assurent le soutien à domicile et le soutien des bailleurs (exemple de l'équipe mobile Passerelle)
- Fragilité du financement du logement inclusif et des « montages » d'accompagnement sur la base d'une PCH mutualisée.

4. Recommandations

Assurer les conditions du maintien des liens de partenariat existants

- *Poursuivre les coopérations et la mise en œuvre de la Charte Santé Mentale et Logement*
- *Maintenir le principe de continuité des soins et le développement de solutions d'accueil des personnes dans leur environnement naturel*
- *Pérenniser les dispositifs d'accès aux soins des personnes hébergées ou logées (Equipe Mobile Passerelle et Equipe de liaison)*
- *Favoriser les actions d'accompagnement dans le logement*
- *Pérenniser les actions de soutien des partenaires sociaux et médico-sociaux (assurées par équipe de liaison)*
- *Soutenir le développement de Résidences Accueil*
- *Soutenir le développement de logement inclusif et veiller à la sécurisation du modèle économique*
- *Faciliter les actions « d'aller vers » par l'installation d'équipes mobiles*

V. Rester à domicile quand on est âgé

Rapporteurs	<i>Dr Véronique MALLAT</i>	<i>Psychiatre CH de Plaisir, responsable de l'Equipe Mobile Sujet Agé de la CPT78 sud</i>
Intervenants table ronde	<i>Dr Anne MARSEAULT</i> <i>Mme MICHEAU</i> <i>Dr Véronique MALLAT et</i> <i>Equipe EMSA-Psy</i>	<i>Directrice adjointe de la Maison de l'Autonomie des Yvelines</i> <i>Pôle Autonomie du Territoire et de la Maison de l'Autonomie</i> <i>EMSA-Psy du CHP</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

Le décret du PTSM stipule l'attention particulière qui doit être portée « aux problématiques des populations à risques spécifiques » parmi lesquelles les personnes âgées. Comme une évidence, le domicile doit rester le centre de gravité du parcours de soins pour la personne âgée. Les hospitalisations ou les passages aux urgences contribuent à des pertes de repères et déstabilisent les personnes âgées. Les soins au domicile, tant que cela est possible, permettent une consolidation plus rapide et moins coûteuse. Le territoire Sud Yvelines dispose d'un maillage orienté vers le maintien ou le retour à domicile des personnes âgées souffrant de troubles psychiques.

2. Etat des lieux

STRUCTURES D'EVALUATION ET D'AIDE A DOMICILE

Il existe 4 Pôles d'Autonomie Territoriaux (PAT) sur le Sud Yvelines (6 sur le Département) à Méré, au Chesnay, à Saint-Quentin en Yvelines et à Rambouillet.

- Accès au PAT : la personne, les familles, ou l'entourage mais aussi les professionnels (mairie, CCAS, SSIAD, réseau de santé...)
- Mise en place d'un plan d'aide au domicile et d'un plan de financement de ses aides.
- Evaluation de l'autonomie avec la grille AGGIR : si perte d'autonomie (GIR 4 à 1), une demande d'APA pourra se faire (Allocation Personnalisée d'Autonomie financée par le Conseil Départemental). Si GIR 5 à 6, les caisses de retraite peuvent être sollicitées. L'évaluation est multidimensionnelle.
- Différents dispositifs proposés par la Maison de l'Autonomie pour les séniors :
 - Ecoute Assistance (téléalarme qui alerte les proches, les services de secours, service VITARIS, messages d'alerte en cas de canicule, assistance psychologique pour les plus fragiles).
 - Dispositif Yvelines Etudiant Sénior qui lutte contre l'isolement grâce à la visite d'étudiants.
 - PAM78 qui aide à la mobilité : dispositif régional qui accompagne les personnes handicapées ou les personnes âgées en accueil de jour.
 - Dispositif d'adaptation du logement par SOLiHA : permet une évaluation au domicile des besoins d'aménagements.
 - Plateforme INVIE qui permet la professionnalisation de ces services.

- Un accueil familial des personnes âgées et handicapées : 37 places.
- La conférence des financeurs : rencontre bi-annuelle de différents financeurs des Yvelines comme le Conseil Départemental, l'ARS, les caisses de retraite, CRAMIF, CPAM, Agence Nationale pour l'amélioration de l'Habitat, la Mutualité Française, les caisses de retraite complémentaires et la CASQY. Cette conférence permet de participer au diagnostic territorial, de monter des projets de prévention de perte d'autonomie, et d'aide aux aidants, de coordonner les financements et de fixer des priorités.

PARCOURS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DE LA PERSONNE ÂGÉE AU SEIN DU TERRITOIRE YVELINES SUD

Il existe depuis de nombreuses années un travail sur l'amélioration du parcours de soins des personnes âgées ayant des troubles psychiques entre les gériatres, les psychiatres, les médecins traitants et les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

- Lieux de soins spécifiques de la personne âgée : HDJ MGEN ; HDJ et HP en Psycho-gériatrie CHP
- Lieux d'accueil spécifiques personnes âgées avec troubles psychiques : EHPAD MGEN et FAM-PHV CHP
- L'EMSA-PSY (Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé)
 - Evaluation multidimensionnelle avec une prise en compte du contexte social, affectif, familial, somatique et psychiatrique.
 - Liens avec le médecin traitant qui reste au cœur de la prise en charge avec la mise en place d'un projet de soins partagés.
 - Liens avec les partenaires d'aide au domicile ce qui contribue au projet partagé pour le maintien au domicile : Equipes REPY.
 - Mise en place de séquences de soins courtes pour éviter les hospitalisations et les adressages non adaptés vers les Centre Médico-psychologiques. Un relais rapide est envisagé auprès du professionnel le plus adapté.
 - Evaluation de l'action de l'EMSA auprès des bénéficiaires et des partenaires.

Diagnostic interne

Forces

- Plusieurs Equipes Mobiles sur le Territoire et Equipes Gériatriques (REPY) ;
- Bonne interconnaissance des acteurs de terrain qui permet de visualiser et de fluidifier le parcours de soins des filières de soins gériatriques et psychiatriques intriquées ;
- Existence de lieux dédiés ;
- Projet de création de Maisons de Santé ;
- Annuaire MAILLAGE78 en cours de finalisation.

MAILLAGE est un portail départemental des outils numériques à destination de tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement des personnes âgées. Animé par les équipes des dispositifs MAIA avec les acteurs de leurs territoires, il offre plusieurs services :

- Actualités, événements, base documentaire sur le parcours Personne Âgée du territoire ;

- Moteur de recherche de l'offre régionale (ROR) ciblée sur les ressources utiles à la patientèle gérontologique ;
- Formulaire d'analyse multidimensionnelle (FAMO) ;
- Transfert sécurisé de document.

Faiblesses

- Repérages pour les « non-initiés » pas toujours faciles ;
- Manque de médecins généralistes et d'infirmières libérales sur le territoire ;
- Epuisement des personnels de terrain.

Diagnostic externe : environnement

Menaces

- Perspectives démographiques d'augmentation de la population âgée (13% de plus de 75 ans en 2050) ;
- Démographie médicale ;
- Coût de la dépendance et effets de seuil financier ;
- Oubli de la personne au milieu des dispositifs ;
- Embolisation de l'hospitalisation psychiatrique par manque de structures d'hébergement adaptées ;
- Aggravation de l'isolement et de la stigmatisation.

3. Recommandations

- *Améliorer le repérage des aides sociales et sanitaires*
- *Améliorer la visibilité et la coordination des équipes mobiles du territoire et renforcer l'activité de liaison dans les établissements*
- *Harmoniser les pratiques au sein du territoire, notamment par la formation*
- *Développer la télémédecine*
- *Diffuser et développer l'annuaire MAILLAGE 78*

VI. Agir pour des pratiques orientées rétablissement

Rapporteurs	Dr Nadine BAZIN Dr Laurence COUDRAY	Chef du service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et d'Addictologie du CH de Versailles Directrice du Pôle Santé Territoire d'action départementale de Grand Versailles
Intervenants table ronde	M. Philippe MAUGIRON Mme Louise PRESSAGER M. Noël THULIN M. Philippe DELAPLANCHE Usagers des GEM du 78 Mme Marie-Odile LESCAN Pr Christine PASSERIEUX Mme Véronique BACLE M. Laurent ESCRIVA M. Jery RAZAFI Mme Virginie BERNAGOU Mme Dominique MARTEAU M. Maxime ROBINARD	Président de l'Association Médiateurs de santé pair, Unité de soins psychosociaux – Pôle 16 Adulte, CH Sainte-Anne Médiateur de santé pair à l'IMR Médiateur de santé pair au CH de Plaisir UNAFAM accompagné des Association gestionnaire Œuvre Falret, parrainage UNAFAM 78 ATFPO, service mandataire judiciaire à la protection des majeurs Directrice Médicale de la CPT 78 Sud, cheffe du pôle de psychiatrie du CHV Référénte insertion professionnelle Direction de l'autonomie - Maison départementale de l'autonomie Directeur de l'ESAT COTRA Directeur de l'antenne de Rambouillet de Chantiers Yvelines Chef de service d'action sociale départementale Directrice du SAMSAH 78, Œuvre Falret Educateur spécialisé au SAMSAH 78

1. Exposé des enjeux de cette priorité

La thématique abordée dans cette table ronde porte sur deux priorités du décret du PTSM concernant la population adulte souffrant de trouble psychiques sévères et persistants, en situation ou à risque de handicap psychique :

- d'une part « *l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, (...) en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale (...) par des actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux(...) et par le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes (...) à l'emploi, (...) aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.* »
- d'autre part « *l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles. A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle.* »

2. Etat des lieux

2.1. *Les attentes des usagers : pairs aidants, usagers du GEM, UNAFAM, associations tutélares*

Diagnostic interne

Forces

- Déjà 2 (bientôt 4 ?) pairs aidants dans le département : un à l'Institut MGEN et un au Centre Hospitalier de Plaisir qui sont en poste actuellement, ont été bien accueillis et sont intégrés dans les équipes
- GEM bien installés et identifiés sur le territoire
- Maillage important des accueils UNAFAM

Faiblesses

- Pairs aidants pas assez nombreux
- Pas assez de recours aux patients experts
- Le dialogue professionnel – famille est quelquefois difficile
- L'aide que peut apporter l'UNAFAM n'est pas assez connue des familles concernées

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Deuxième vague de formation de pairs aidants par le CCOMS et donc nouveaux recrutements possibles cette année

Menaces

- Manque de moyens donnés à l'inclusion sociale et à la lutte contre la stigmatisation

2.2. *Accompagnement des professionnels : soin, emploi, accompagnement socio sanitaire*

Diagnostic interne

Forces

- Soins de réhabilitation diversifiés, bien implémentés sur le territoire

Faiblesses

- Manque de coordination entre les hôpitaux de jours pour l'ouverture des groupes (partage de patients et/ou de professionnels) et de structuration des parcours
- Modèle choisi d'un maillage de l'offre de soin au sein des hôpitaux de jour du territoire plus complexe et plus exigeant qu'un modèle centralisé
- Méconnaissance des ressources : les usagers sont-ils bien informés de ces soins ?
- La première hospitalisation quelquefois traumatisante pour la famille
- La sortie pas systématiquement préparée avec la famille

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Instruction aux ARS pour le déploiement national des soins de réhabilitation
- Ces soins sont une nouveauté pour les usagers

Menaces

- Pénurie de professionnels

2.3. Travail : Emploi accompagné (MDPH et Cap Emploi), Emploi protégé en ESAT (ESAT COTRA), Emploi en milieu ordinaire dans le cadre d'une association intermédiaire (Chantier Yvelines)

Diagnostic interne

Forces

- Emploi accompagné : se met en place sur le territoire / 20 places déjà créées sur les Yvelines (association IHY/ Cap Emploi), et 25 à venir (association Falret / ESAT COTRA). L'objectif est un accompagnement pour trouver et maintenir l'emploi ; accompagnement effectué grâce à un travail en équipe de trois : personne accompagnée, conseiller et employeur.
- ESAT COTRA spécialisé dans l'accueil des personnes présentant un handicap psychique sans déficience mentale depuis 24 ans. Il accompagne 105 travailleurs dont 60 travaillent à l'extérieur, 158 demandes de MISPE sur les 3 premiers mois de 2019. Diversification de l'offre de travail avec actuellement 10 métiers différents possibles → Très expérimenté mais a du mal à répondre à la demande (MISPE surtout, certains ateliers très demandés).
- Chantiers Yvelines : une association intermédiaire qui existe à Versailles depuis 30 ans et se développe à Trappes, Vélizy et Rambouillet. 550 salariés en 2018 et 134 000 heures de travail (missions courtes et variées) → une grande expérience.

Faiblesses

- L'emploi accompagné est un dispositif innovant dont il faut tester l'efficacité
- ESAT : beaucoup de demandes (d'emploi ou de MISPE) dans certains ateliers spécifiquement et pas assez de places disponibles

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Diffusion du modèle du rétablissement en France

Menaces

- Disparition des ESAT au profit d'un modèle unique de travail accompagné en milieu ordinaire
- Problème pour trouver des chantiers adaptés aux personnes souffrant de troubles psychiques

2.4. L'accompagnement socio sanitaire : SAMSAH et PASSVers

Diagnostic interne

Forces

- La notion de plateforme réunissant SAVS + SAMSAH + accueil de jour est performante dans une partie du territoire du 78 Sud
- Dispositif innovant PASSVERS dont les premières évaluations montrent un rôle complémentaire et pertinent pour les personnes non stabilisées et fortement symptomatiques

Faiblesses

- Pas de SAMSAH sur tout le territoire (absence sur le territoire Grand Versailles)
- Délais de rendez-vous pour une prise en charge sur les CMP trop longs
- Délais d'obtention des notifications MDPH trop longs et procédure trop complexe
- Pérennisation de PASSVers en attente

Diagnostic externe: environnement

Menaces

- Manque de moyens médicaux sur les CMP

3. Recommandations

Les attentes des usagers :

- *Soutenir la participation et la parole des usagers*
- *Promouvoir les GEM et les associations d'usagers*
- *Développer les propositions en faveur du rétablissement des familles*

Accompagnement des professionnels :

- *Développer et organiser l'offre de soins de réhabilitation*
- *Veiller à la bonne coordination entre les soins et les actions sociales de réhabilitation*

Travail :

- *Poursuivre le développement d'une offre diversifiée d'accès et de maintien dans l'emploi, dont l'emploi accompagné*

L'accompagnement socio sanitaire :

- *Améliorer les liens entre le sanitaire et la MDPH, et la pertinence des notifications (création de notifications « plateforme »)*
- *Améliorer les partenariats entre sanitaire, le social et le médicosocial*
- *Développer l'accompagnement socio-sanitaire et améliorer l' « Aller Vers » (pérennisation de PASSVers)*

VII. La réponse à la crise et à l'urgence / post-urgence / parcours hospitalier et ambulatoire adulte

Rapporteurs	<i>Dr Cécile Omnes</i>	<i>Psychiatre, Chef de Pôle - Secteur 16 du CHP</i>
Intervenants table ronde	<i>Dr Michel VILLIERS-MORIAME</i>	<i>Médecin généraliste, enseignant à l'UVSQ</i>
	<i>M. Xavier MERSCH</i>	<i>Président délégué UNAFAM 78</i>
	<i>Dr Cyrille NOROTTE</i>	<i>SAMU 78</i>
	<i>Dr Laure ZELTNER</i>	<i>Psychiatre, Responsable du groupe ERIC – CHP</i>
	<i>Dr Cécile OMNES</i>	<i>Psychiatre, Chef de Pôle – Secteur 16 du CHP</i>
	<i>Dr Paul ROUX</i>	<i>Psychiatre – CHV</i>
	<i>Dr Olivia BARASINO</i>	<i>Psychiatre – CHP</i>
	<i>Mme Magali Liot</i>	<i>Cadre de santé aux urgences de Rambouillet</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

La thématique abordée dans cette table ronde recouvre pour les personnes adultes la priorité 4 du décret du PTSM : la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

Cette priorité comporte elle-même trois axes :

- 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 ;
- l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques ;
- l'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide).

2. Etat des lieux

La couverture territoriale des urgences psychiatriques est cohérente, chaque acteur y étant essentiel (urgences Versailles, urgences Rambouillet, groupe ERIC, SAMU, médecins traitants) :

- Bonne organisation des équipes assurant ces urgences, complémentarité des dispositifs urgences-lits de crise-équipe mobile-médecins traitants-SAMU ;
- Collaboration de qualité avec le SAMU78, très impliqué.
- L'aval des urgences s'est dégradé depuis deux ans et surtout cette dernière année, en particulier pour l'accès aux hospitalisations. L'accès aux soins ambulatoires spécialisés (centres médicaux-psychologiques, psychiatres libéraux) et aux médecins généralistes se complexifie depuis plusieurs années et devient très difficile sur certains territoires.
- Equipe mobile d'intervention rapide (ERIC) : maillon incontournable du dispositif psychiatrique des Yvelines Sud.

Articulation avec les partenaires, le médecin traitant (MG) et les familles : essentiel. L'articulation MG-Psy est encore trop souvent en défaut, alors même que la place du MG est essentielle (bonne connaissance de son patient).

Importance d'*aller vers* lorsque les personnes malades n'ont pas de médecin traitant.

Défaut de coordination entre les différents partenaires lors de crise psychiatrique à domicile nécessitant une intervention coordonnée.

Constat actuel d'une fragilisation, en cours, des dispositifs en lien avec leur saturation, corolaire de l'augmentation des demandes, de la diminution des effectifs, de la difficulté des recrutements et du défaut de formalisation de la coopération des acteurs.

Diagnostic interne

Forces

- Couverture hospitalière organisée et cohérente via les équipes psychiatriques intervenant dans les services d'urgences de Versailles et Rambouillet et le groupe ERIC, porté par le CH de Plaisir.
- Très forte sollicitation des lits de crise du territoire, permettant la diminution des hospitalisations d'aval en psychiatrie suite aux passages aux urgences. Peu de soins sous contrainte à l'issue de ces hospitalisations de crise.
- La formation au risque suicidaire développée sur le territoire depuis plusieurs années a permis une sensibilisation et une augmentation des compétences sur l'une des urgences majeures, y compris pour les médecins généralistes.
- Organisation sectorielle des soins psychiatriques couvrant correctement le territoire.
- Groupe ERIC, acteur essentiel : accessible, coordonné avec les acteurs, facilitateur, soutien pour les familles et les professionnels, travail au domicile.
- SAMU 78 très impliqué sur la question psychiatrique, articulation forte avec le groupe ERIC, la CUMP, et bientôt vigilanS, formation au risque suicidaire de son personnel.

Faiblesses

- Accès pour les soins psychiatriques en aval de plus en plus long, aussi bien en ville (environ 6 mois) que sur les centres médico-psychologiques(CMP) (entre 1 et 6 mois).
- Augmentation des « multi consommateurs » aux urgences (≥ 3 passages par an) depuis 2 ans : lien avec le défaut d'aval ?
- Augmentation de soins sous contrainte (problème national, lien avec la difficulté de continuité des soins ?).
- Augmentation des sollicitations des services d'urgences adultes pour des situations de mineurs de moins de 16 ans (groupe ERIC et équipe psychiatrique adultes à Rambouillet).
- U72 de plus en plus souvent à saturation. Conséquence de l'augmentation des adressages en lien avec les difficultés des CMP et de la difficulté des transferts en hospitalisation de longue durée.
- Importante activité des urgences psychiatriques sur des périodes moins couvertes (après 17h)
- Défaut de couverture médicale psychiatrique aux urgences de Rambouillet entre 17h et 20h, alors même que cette tranche horaire représente le quart de l'activité.
- Difficultés pour le groupe ERIC à couvrir l'ensemble du territoire Yvelines Sud (éloignement géographique).

- Pas de coordination formalisée entre les acteurs en cas de crise au domicile (police-pompiers-SAMU-psychiatrie-MT)
- Besoin de soutien pour les aidants familiaux qui se sentent trop souvent seuls à faire face aux crises psychiatriques de leur proche.
- Méconnaissance par les médecins généralistes (MG) de l'exercice en psychiatrie de liaison lors des hospitalisations en soins somatiques sur les centres hospitaliers de Versailles et de Rambouillet, alors que c'est une ressource possible pour les MG.
- Manque de formations à destination des MG sur les soins sous contrainte.

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Volonté partagée des acteurs de travailler ensemble, exprimée dans le cadre du PTSM
- Dynamique des CLSM, pouvant participer à l'organisation de proximité des parcours d'urgences : coordination des acteurs locaux, diffusion des informations utiles, commissions de situations complexes...
- Volonté de l'ARS de permettre une meilleure coordination des acteurs en cas de crise psychiatrique au domicile
- Ouverture de Vigilans en 2019, dispositif de veille des suicidants au développement départemental, régional et national. Renforcement du suivi, amélioration de la coordination des acteurs, renforcement des connaissances utiles, développement d'une culture partagée sur le département.
- Travaux de recherche menés par des internes en MG et en psychiatrie sur le sujet.

Menaces

- Démographie médicale qui devient déficitaire et projections préoccupantes, en médecine générale et en psychiatrie. Déjà quelques poches de désertification dans le Sud Yvelines.
- Augmentation du recours aux urgences et importante montée des crises psychosociales ces dernières années, insuffisamment couvertes dans les organisations de soins actuelles
- Diminution du nombre de psychiatres avec rallongement des délais d'accès aux soins psychiatriques médicalisés, difficultés pour les CMP à répondre aux urgences de leurs patients.

3. Recommandations

- *Pérenniser les moyens et les renforcer en fonction de la saturation de la filière*
- *Participer à l'organisation d'un dispositif de réponse pour les urgences psychiatriques pré-hospitalières avec le SAMU-Centre 15, les forces de l'ordre, le SDISS, les ambulanciers...*
- *Participer à la dynamique départementale de prévention du suicide (Vigilans)*
- *Améliorer les coopérations avec les médecins généralistes*
- *Conduire des travaux de recherche sur ces sujets*

VIII. La réponse aux besoins des personnes ayant des conduites addictives

Rapporteurs	<i>Dr Nadine Bazin</i>	<i>Chef du service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et d'Addictologie du CH de Versailles</i>
	<i>Mme Dalila Begloul</i>	<i>Cadre de santé, MGEN La Verrière</i>
Intervenants table ronde	<i>Dr Claire Farina</i>	<i>Médecin référent, Antenne de Trappes, CSAPA CHV</i>
	<i>Dr Nadine Bazin</i>	<i>Chef du service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et d'Addictologie du CH de Versailles</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

Le décret du PTSM stipule l'attention particulière qui doit être portée « aux problématiques des populations à risques spécifiques » parmi lesquelles les personnes ayant des conduites addictives. La décision d'organiser une table ronde dédiée à cette problématique tient à deux raisons principales :

- son importance majeure en santé mentale en particulier du fait de la prévalence et de la comorbidité trouble psychique / conduites addictives ;
- le travail déjà ancien conduit sur le territoire de structuration des parcours de santé.

2. Etat des lieux

2.1. La filière de soins en addictologie sur le territoire 78 Sud

Diagnostic interne

Forces

- Groupe de travail existant depuis 1998 sur le territoire : ancienneté de la réflexion et bonne connaissance mutuelle des partenaires ;
- Ressources sanitaires et médico-sociales du territoire : diversité de l'offre de soin, complémentarité (par exemple distinction possible entre soins avec comorbidités psy ou sans comorbidités psy), bonne répartition géographique ;
- Le rattachement du CSAPA au pôle puis au service de psychiatrie adulte du CHV a permis la mise en place d'un nouveau projet : antennes généralistes (avec une consultation jeunes consommateurs et la délivrance de traitements de substitution aux opiacés), diversification de l'offre de soins, développement des partenariats sanitaires (MG, CMP). (Lors des diagnostics précédents il ressortait que le CSAPA était méconnu des partenaires et participait peu à l'offre de soins territoriale : ce point avait été diagnostiqué comme un frein majeur à la filière).

Faiblesses

- Important manque de lits d'hospitalisation complète (pour sevrage simple et/ ou complexes, gestion de crises, de décompensation ...) sur le territoire. Actuellement les patients sont hospitalisés en dehors du territoire.
 - Ce manque de lits est récent, depuis les fermetures successives du service d'hospitalisation sur le CH de Rambouillet (A3, 12 lits) fin 2018 puis celle du B1 à l'Institut MGEN (25 lits de psychiatrie / addicto) en avril 2019.

- A Houdan le projet d'ouverture de 6 lits pour les sevrages complexes devrait aboutir d'ici fin 2019 (mais cette activité existe déjà plus ou moins).
- Manque de places en hôpital de jour (HDJ) : le seul HDJ dédié spécifiquement à l'addictologie est à la clinique d'Yvelines près de Rambouillet. Il existe des places dans des HDJ de psychiatrie avec des ateliers thérapeutiques dédiés aux problématiques addicto au sein de l'HDJ de l'Institut MGEN et de celui du Centre Hospitalier de Plaisir (secteur 12).
- Délais importants pour obtenir un RDV ou une admission en établissement, malgré les efforts de réorganisation
- Manque de lisibilité du dispositif territorial de soins en addictologie, tant pour les professionnels partenaires que pour la population générale.
- Manque de CTR (Centre Thérapeutiques Résidentiels) qui assurent les prises en charge après sevrage (post cures) sur le sud du département
- Manque de structures d'hébergement (sociales et médicosociales) pour les patients présentant des conduites addictives
- Actions de prévention et de détection précoces pas assez développées (par manque de moyens dans les CSAPA alors que cette activité fait partie de leur mission) alors que les demandes des structures sociales et médico-sociales du territoire sont fortes (foyer d'hébergement, SAVS, mission locale, etc.).

Diagnostic externe : environnement

Menaces :

- Démographie médicale

2.2. Les difficultés rencontrées par les partenaires

Les principaux partenaires identifiés sont le CAARUD 78, le SPIP 78, l'Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie (ANPAA), les associations d'usagers. Les liens sont trop récents avec les associations d'usagers et avec l'ANPAA pour pouvoir apparaître plus précisément dans le diagnostic.

2.2.1. Le CAARUD 78

Diagnostic interne

Forces :

- Le partenariat récent (2018) entre les CSAPA du CHV et le CAARUD 78 permet de favoriser l'accès :
 - aux soins des personnes usagers de drogues suivis par le CAARUD ;
 - techniques de réduction des risques des patients suivis aux CSAPA.
- Le CAARUD a intégré le groupe de travail addictologie de la CPT comme membre permanent.

Diagnostic externe : environnement

Menace :

- La réticence des pouvoirs publics et des institutions (les officines, les hôpitaux, les mairies ...) à mettre à disposition des usagers de drogues, du matériel favorisant la réduction des risques (seringues stériles, kit, ...)

2.2.2. Le SPIP

Diagnostic interne

Forces :

- La volonté des différents acteurs du soin et du SPIP, de travailler en proximité et sur le terrain et la nécessité d'avoir des liens de proximité et de confiance mutuelle.
- La création de ces liens est en bonne voie : de nombreuses structures organisent des rencontres avec les acteurs de terrain et de proximité du SPIP, et la directrice du SPIP a rejoint le groupe de travail addictologie de la CPT comme membre permanent.

Faiblesses :

- Le nombre d'obligations de soins liés à l'addictologie est particulièrement important dans le 78 comparativement à la France métropolitaine. La signification de cet indicateur devrait être étudiée.

3. Recommandations

- *Rétablir des capacités d'hospitalisation en addictologie conformes aux besoins du territoire en particulier pour les patients co-morbides*
- *Améliorer la visibilité de l'offre de soins*
- *Faciliter l'accès et le maintien des hébergements en structures sociales et médicosociales*
- *Développer les partenariats avec les associations d'usagers*
- *Développer les actions de prévention et de repérage précoce.*

IX. Continuité du parcours de vie et du parcours de soins en particulier lors des transitions enfant / adolescent / adulte

Rapporteurs	<i>Dr Manuela De Luca</i>	<i>Responsable du Pôle de psychiatrie et de psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut MGEN</i>
Intervenants table ronde	<i>Dr Manuela De Luca</i>	<i>Responsable du Pôle de psychiatrie et de psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut MGEN</i>
	<i>Mme Caroline Plesel-Bacri</i>	<i>Inspectrice chargée de la scolarisation des élèves handicapés, Direction des services de l'Education Nationale des Yvelines</i>
	<i>Dr Jaya Benoit</i>	<i>Médecin conseiller technique auprès du Directeur Académique des services de l'Education Nationale des Yvelines</i>
	<i>Dr Eric Marcel</i>	<i>Psychiatre, CHP – Patients TSA adultes</i>
	<i>Dr Mélanie Jozwiak</i>	<i>Psychiatre, Unité de soins et de réintégration scolaire Institut MGEN</i>
	<i>Dr Lavinia Bratu</i>	<i>Psychiatre, CHV – CMP Eugène Bleuler</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

La thématique abordée dans cette table ronde porte sur les priorités du décret du PTSM concernant la population adolescent et jeunes adultes et la problématique spécifique de la continuité des parcours de vie et de soins durant cette période de transition, et de la coordination des prise en charge et des accompagnements. Concernant cette population, les enjeux de prévention du handicap sont importants et requièrent :

- 1- (...) « l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux;
- 2- Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire. »

2. Etat des lieux

La table ronde s'est centrée sur les enjeux de la transition comme modalité de garantir une continuité du parcours de vie et de soins. Les différents intervenants ont permis de faire un état des lieux en partant de la notion de transition au sens large, puis comment elle se décline pour l'éducation nationale, comment elle se construit dans les dispositifs de soins ambulatoires. Les deux autres présentations ont décliné les enjeux de la transition pour les 15/25 dans l'intrication soins et scolarité comme support de la continuité du parcours de vie et de soins et dans une situation particulière pour les 15/25 présentant un trouble du spectre autistique.

Il est à noter qu'aucun acteur du médico-social ni de la PJJ n'est intervenu directement dans la table ronde mais des échanges ont pu se faire lors des discussions avec la salle.

Les dispositifs présentés :

La continuité du parcours de vie et de soins du côté de l'éducation nationale : *Mme Caroline Plesel-Bacri, IEN ASH 1 – Pôle inclusif - DSDEN 78 et du Dr Jaya Benoit*

Dans l'éducation nationale la notion de parcours n'est pas donnée d'emblée puisque le système est plutôt construit sur la ségrégation des publics. Cependant des dispositifs ont été mis en place pour favoriser une continuité. Après Loi Handicap 2005, le tournant vers

la notion de parcours et de parcours personnalisé se fait en 2013 avec la Loi Peillon qui pose le principe d'une école inclusive. Plusieurs acteurs sont au service de la continuité du parcours des élèves :

- ▶ L'enseignant de la classe ou le professeur principal
- ▶ L'enseignant spécialisé, la personne ressource
- ▶ L'enseignant référent pour la scolarisation des élèves en situation de handicap
- ▶ L'enseignant spécialisé au sein d'une unité d'enseignement sanitaire ou médico-sociale
- ▶ Le coordonnateur pédagogique d'une unité d'enseignement sanitaire ou médico-sociale
- ▶ Le directeur d'école, le chef d'établissement, le directeur de Segpa
- ▶ Les acteurs du service de santé scolaire et du service social scolaire

Plusieurs types de réponses sont proposés pour les élèves présentant des difficultés ou étant en situation de handicap permettant une inclusion : une différenciation pédagogique notamment, aménagement en classe ordinaire, parcours partagé structure sanitaire ou médico-sociale et scolarité. A l'intérieur même du système scolaire, les personnels de santé et sociaux participent à l'élaboration du parcours de santé. Ils assurent la promotion d'un parcours éducatif de santé et accompagnent la mise en place d'alternatives à la scolarité dans des structures soins études mais aussi à domicile.

Quelle organisation dans les CMP du territoire pour assurer la continuité de soins lors du passage à l'âge adulte ? *Docteur Lavinia Bratu, psychiatre au CPM Eugène Bleuler, Versailles*

Une étude a été menée sur le territoire Sud Yvelines afin d'identifier les modalités ou dispositifs existants pour accompagner la transition pour les soins du CMP enfant/ado vers CMP adulte. Un questionnaire a été réalisé auquel ont répondu 2 CMP enfants (sur 6) et 5 CMP adultes (sur 7) ont répondu. Il s'agissait à la fois que chacun puisse définir ce qu'il entendait par transition, quels étaient les dispositifs mis en place pour l'accompagner et les propositions d'améliorations.

On observe une grande diversité dans les réponses concernant :

- L'âge de la transition
- L'organisation des soins pour accompagner cette transition. Pas de dispositif structuré, mise en place plus ou moins effective de référents (psychiatres, psychologues) ou de formations à l'accueil des adolescents et jeunes adultes. Sinon la réponse se fait au cas par cas.
- La transmission des informations se fait sous deux formes dans la quasi-totalité (sauf pour un CMP) des structures : courrier d'adressage ou mise en place réunions pluridisciplinaires entre les 2 CMP
- Les délais moyens de la transition sont variables allant de « très rapide » (un mois, 3 mois, en fonction des CMP) à « quelques mois » voire « une année scolaire »

Présentation d'un exemple de dispositif pensé pour la transition de l'adolescence à l'âge adulte. *Docteur Mélanie Jozwiak, pédopsychiatre, Pôle de psychiatrie et de psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut MGEN, La Verrière*

Dans les années 1990 existait une unité d'hospitalisation pour 18/25 centrée sur la prise en charge des troubles psychotiques sévères et persistants. En 2000, la prise en charge

des adolescents s'est structurée sur le Sud-Yvelines avec la création d'une unité d'hospitalisation de crise pour les 14/18 ans sur l'institut MGEN de la Verrières, d'hôpitaux de jours, de CATTP, de consultations sur les inter-secteurs de pédopsychiatrie et d'un travail en réseau par la création du DispaSY.

A la fois en raison des délais d'attente important pour l'admission dans une structure soins études de la fondation des étudiants de France, mais aussi pour limiter la rupture dans la scolarité lors des hospitalisations, voire pour favoriser l'acceptation des soins a été créé, en 2012, une unité de soins et de réintégration scolaire de 25 lits pour les adolescents de 15 à 25 ans. Cette unité s'est basée sur une identification des besoins sur le territoire notamment à partir du travail du DispaSY (difficulté d'obtenir des places en soins études, nécessité de maintenir la scolarité existante, besoin d'unité post-aigue). L'unité fonctionne avec des personnels médicaux et para médicaux, des éducateurs, et des professeurs détachés de l'éducation nationale. Une double évaluation réalisée lors des consultations de pré-admission psychiatrique et scolaire permet le choix des modalités des cours, leur type, leur durée et leur fréquence

Il existe un gradient dans la répartition des soins et de la scolarité qui se fait d'abord sur l'unité puis progressivement sur l'établissement d'origine par l'intermédiaire d'un projet d'accueil individualisé construit avec l'adolescent, ses parents, l'éducation nationale et l'unité de soins et de réintégration scolaire.

En 2017, sur la file active de 95 patients :

- la moyenne d'âge est de 18 ans avec des âges allant de 14 ans ou 26 ans
- la durée moyenne de séjour : 3 mois
- une Réinsertion scolaire a été possible pour de 64 élèves
- une réinsertion professionnelle l'a été pour 17 jeunes adultes

En 2017 a été créée sur le pôle une unité d'enseignement dotée d'une coordinatrice enseignante spécialisée et d'enseignants en français, mathématiques, sciences, anglais, histoire-géographie.

En avril 2019, l'unité de soins et de réintégration scolaire va se scinder en 2 avec une unité pour 12/15 ans de 20 lits et une unité pour les 16/25 ans de 20 lits ainsi que 6 places d'hospitalisation de jour.

« Patients TSA adultes : inclusion, exclusion, de l'idéal à la réalité ». Docteur Eric Marcel CH de Plaisir, service ATED (à noter le départ du Dr Marcel et la vacance du poste de responsable médical du service ATED à la date de la remise du présent document)

Le parcours de vie des patients présentant un trouble du spectre autistique (TSA) présente une grande disparité en raison de la diversité des capacités d'intégration sociale, du handicap et de la présence de comorbidités. Une question se pose également concernant un éventuel sur-diagnostic. On observe pour les patients TSA « de haut niveau »: si adaptation sociale (école etc.) correcte, une possibilité éducative jusqu'à haut niveau, une possibilité insertion professionnelle et une possibilité insertion sociale: logement ...

Les patients accueillis à la SCATED présentent des troubles particulièrement invalidants (troubles du comportement, encoprésie, énurésie, régression cognitive: disparition du langage) voire des comorbidités invalidantes (épilepsie souvent sévère, pathologie génétique sous-jacente, déficience intellectuelle). L'inclusion est difficile et on observe plutôt une exclusion dès la maternelle, avec parfois des difficultés à rester à la maison, comme dans les structures médicosociales.

L'adolescence est l'âge de tous les dangers et les ruptures sont souvent brutales notamment en raison de grandes disparités entre les structures pour enfants et celles pour adultes. Sur le territoire afin de limiter les risques de discontinuité de parcours et d'exclusion a été créée une UMI (unité mobile interdépartementale), une USIDATU (Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence située à la Pitié Salpêtrière) unité avec seulement 9 lits fonctionnels et l'ATED sur le centre hospitalier Charcot à Plaisir constituée d'une unité d'hospitalisation à temps plein de 11 lits et en hospitalisation de jour avec 3 places et des consultations avec une file active de 150 patients.

Les constats partagés sont les suivants :

- Il existe une attention particulière dans le territoire à la continuité du parcours de vie et de soins au passage de l'adolescence à l'âge adulte.
- L'éducation nationale, partenaire central à cet âge de choix d'orientation, a pris en compte depuis 2005 et 2013 la nécessité de penser la scolarité en termes de parcours et de parcours individualisé avec une attention particulière pour les élèves en situation de handicap. Cependant, le développement d'une culture de parcours est à promouvoir, et la dimension individualisée de ces parcours est fragilisée notamment par le recours à des systèmes informatisés de traitement des dossiers des élèves et de leur choix d'orientation (au lycée, en post bac notamment).
Le travail de partenariat entre les personnels médicaux et sociaux de l'éducation nationale et les autres partenaires médicaux, médico-sociaux, PJJ est à développer même s'il commence à exister par l'intermédiaire du pôle inclusif et la volonté politique portée plus clairement depuis 2009.
- En ce qui concerne la santé mentale, les professionnels ont conscience de l'importance de la continuité des parcours pour éviter les situations de rupture. Il existe aussi un consensus pour souligner la nécessité de structures spécialisées pour cet âge de transition car les manifestations de la souffrance à cet âge qui peuvent la forme de symptômes préoccupant (troubles des conduites alimentaires, automutilations, tentatives de suicide, conduites de retrait), ne préjugent en rien de l'installation dans une pathologie qui va perdurer à l'âge adulte.
Cependant il n'existe pas en l'état de consensus sur l'âge de la transition et surtout sur la formalisation du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte même si une volonté existe comme le montre l'étude réalisée. Les équipes sont demandeuses de formation et expriment leur inquiétude face à leur non spécialisation dans l'accueil de ces populations adolescents / jeunes adultes et plus encore quand ils présentent un trouble envahissant du développement
- Des expériences existent sur le territoire concernant des modalités particulières de la transition.
A l'institut MGEN la Verrière concernant la transition pour les 15/25 présentant une pathologie psychiatrique et ayant un retentissement scolaire avec une unité de soins et de réintégration scolaire.

Au Centre Hospitalier de Plaisir concernant les patients présentant un trouble du spectre autistique ayant comme conséquence une exclusion du système scolaire. L'UMI, USIDATU et l'ATED permettent de limiter les effets délétères du passage de structures pour enfants à celles pour adultes et favorisent la reprise d'un projet de vie. Ces structures sont actuellement particulièrement fragilisées par le manque de personnel médical.

- Le constat a aussi été fait de manque de moyens en lits ou en personnels, notamment pédopsychiatres, mettant en péril le fonctionnement de certaines structures. La question a aussi été soulevée du partage des informations pour garantir une continuité et de la complexité à pouvoir les partager en raison notamment du secret médical.

Diagnostic interne

Forces :

- Existence de plusieurs dispositifs spécifiques
- Structuration du DispaSY autour de la spécificité des prises en charge pour les adolescents et les jeunes adultes et réflexion sur la formalisation de la transition
- Expérience de la MDA autour des situations complexes et de l'aide aux professionnels
- Prémices d'organisation sur certains CMP et CMPP
- Partenariat existant entre certains partenaires (médico-social, éducation nationale, PJJ)

Faiblesses :

- un défaut de cohérence globale peut être regretté, se manifestant à la fois par l'absence de définition homogène de la notion de transition entre les acteurs,
- et par un manque de structuration des organisations : absence de procédure commune sur le territoire, manque de convention de partenariat, manque de visibilité des dispositifs existants
- par ailleurs est noté un manque de moyens en personnels et en lit, et un manque d'homogénéité des réponses sur l'ensemble du territoire

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Travail partenarial pour construire les conditions d'une véritable continuité des parcours de soins et de vie, en appui sur les expériences et les dispositifs existants
- Vision partagée de l'intérêt d'une équipe de liaison pour des interventions au domicile, dans les établissements scolaires, les structures médico-sociales et sociales

Menace :

- Démographie médicale en pédopsychiatrie
- Fragilisation des liens familiaux, sociaux et situations d'exclusion scolaire ou des lieux de vie.

3. Recommandations

- *Pérenniser les dispositifs existants*
- *Créer une équipe mobile sanitaire d'intervention à domicile, dans les structures scolaires, sociales et médicosociales*
- *Formaliser les modalités de transitions notamment pour les situations complexes, troubles des conduites alimentaires et troubles du spectre autistique*
- *Renforcer les partenariats entre les inter-secteurs de pédopsychiatrie et les secteurs adultes*
- *Renforcer les partenariats avec l'éducation nationale, le médico-social et la PJJ*

DOCUMENT PROVISOIRE

X. La réponse à la crise et à l'urgence / post-urgence / parcours hospitalier et ambulatoire enfants et adolescents

Rapporteurs	<i>Pr Mario Speranza Dr Sylvie Nathanson</i>	<i>Chef du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent PH Chef de service de pédiatrie, chef du pôle enfant, CHV</i>
Intervenants table ronde	<i>Dr Charles Malley Dr Laure Zeltner Dr Taïeb Ferradji</i>	<i>Pédopsychiatre CHV Psychiatre, Responsable du groupe ERIC – CHP Chef du pôle pédopsychiatrique (I04-I05) CHP</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

La thématique abordée dans cette table ronde recouvre pour les enfants et les adolescents la priorité 4 du décret du PTSM : la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence. Cette priorité comporte elle-même trois axes :

- 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
- l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques
- l'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

2. Etat des lieux

La table ronde avait pour objectif de présenter les dispositifs sanitaires existant dans le territoire pour répondre aux situations de crise et d'urgence pour les enfants et les adolescents, d'évoquer les limites de ces dispositifs et les difficultés rencontrées par les professionnels/les usagers et de réfléchir aux pistes d'amélioration.

Les dispositifs présentés

Le Centre d'Accueil et de Soins de Pédopsychiatrie de Versailles (CAP VERS) – Charles Malley, pédopsychiatre au Centre Hospitalier de Versailles André Mignot

Le CHV a mis en place une unité fonctionnelle qui propose des interventions pour les enfants et adolescents (<de 16 ans) en situation de crise du territoire. L'équipe de pédopsychiatrie intervient au niveau des urgences pédiatriques de l'Hôpital Mignot pour avis et orientation avec plusieurs possibilités : adressage en consultation de secteur ou en libéral, consultations rapprochées sur site avec possibilité d'accueil en hôpital de jour de crise sur quelques semaines, hospitalisation en unité de pédiatrie avec activité de liaison, transfert en unité spécialisée.

Si ce dispositif est pertinent, plusieurs problèmes se posent au quotidien, notamment l'augmentation très importante des demandes dans tous les secteurs d'intervention (passages par les urgences, consultations de crise, hospitalisations) et les difficultés majeures d'orientation en aval que ce soit au niveau ambulatoire (saturation des CMP/CMPP) ou en hospitalisation spécialisée (tout particulièrement pour les moins de 13 ans pour lesquels il n'existe aucune réponse dans le territoire des Yvelines Sud).

Le groupe ERIC – Laure Zeltner, psychiatre au Centre Hospitalier de Plaisir.

Le groupe ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) est un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique territorialisé qui intervient H24 et 7J/7 dans des situations d'urgences psychiatriques ou médico-psychologiques, à la demande des professionnels (médecins généralistes,

SAMU-Centre 15, ESMS). Le but des interventions est de proposer une évaluation clinique en urgence et de réaliser, dans la mesure du possible, une prise en charge de crise ou une alternative à l'hospitalisation en mobilisant les ressources du patient, de son entourage et plus généralement celles de son réseau.

Si le modèle du groupe ERIC a montré toute sa pertinence dans l'intervention de crise, en raison du nombre croissant de demandes, de la saturation des dispositifs d'aval et des spécificités cliniques des enfants et des adolescents, l'équipe a décidé de limiter les interventions aux jeunes de plus de 15 ans en laissant uniquement une ouverture pour intervenir en soutien aux parents des jeunes de moins de 15 ans en articulation avec les équipes de pédopsychiatrie.

Diagnostic interne

Forces :

- Existence de dispositifs territoriaux qui ont déjà expérimenté des modèles d'intervention fonctionnels pour la prise en charge des situations de crise des enfants et des adolescents :
 - CAP VERS (consultations en urgence et consultations de crise sur l'hôpital)
 - Groupe ERIC (équipe mobile d'intervention)
 - Equipes mobiles d'évaluation rapide pour les jeunes relevant de la protection de l'enfance (Sauvegarde et AETVS) en soutien des équipes qui accompagnent le jeune.
- Existence sur le territoire d'organisations d'interfaces sanitaire/médico-sociales et de gestion/planification des situations complexes pour les adolescents
 - DISPASY (lieu de rencontre de tous les professionnels autour des adolescents)
 - MDA (lieu d'interface entre sanitaire, social et médico-social)

Faiblesses :

- Augmentation très importante des demandes d'intervention de crise et d'urgence dans tous les secteurs
 - Structures ambulatoires et structures d'urgence
 - Augmentation particulière pour les jeunes de moins de 13 ans
 - Mais données épidémiologiques disponibles partielles
- Faible lisibilité/organisation de la filière des urgences pédopsychiatriques sur le territoire
 - Rôle insuffisamment défini des CMPE par rapport à l'urgence
 - Absence de modalités organisées de coordination CMPE/structures d'urgence
 - Manque de lits pédopsychiatriques de crise et d'aval (ce qui contribue à augmenter les situations d'urgence)
 - Manque de modalités d'interface coordonnées entre la pédopsychiatrie et le secteur social/médico-social (ASE) fort pourvoyeur de situations d'urgence
- Absence d'un dispositif similaire à celui de l'hôpital Mignot sur le Centre Hospitalier de Rambouillet

Diagnostic externe : environnement

Opportunités

- Création du GHT qui permet d'organiser une filière territoriale pour répondre au problème des urgences pédopsychiatriques du territoire
- Identification par l'ARS du besoin de lits d'hospitalisation, notamment pour les moins de 13 ans

Menaces

- Lancement de projets parallèles non coordonnés (portés par le sanitaire ou le social/médico-social) : ex du projet d'équipes mobiles Sauvegarde/AETVS.
- Risque de dispersion des ressources sans un projet territorial coordonné

3. Recommandations

- *Améliorer le recueil de données épidémiologiques fiables pour évaluer les besoins.*
- *Améliorer la lisibilité des dispositifs existants et les articulations SAU/secteurs de pédopsychiatrie-secteurs social et médico-social*
- *Créer des lits d'hospitalisation de crise et d'aval sur le territoire Yvelines Sud*
- *Créer une équipe mobile d'intervention pour les moins de 15 ans, en complémentarité avec l'équipe mobile d'appui psychosocial pour les enfants placés à l'ASE.*

DOCUMENT PROVIS

XI. Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes

Rapporteurs	<i>Pr Christine Passerieux</i>	<i>Directrice Médicale de la CPT 78 Sud, cheffe du pôle de psychiatrie du CH de Versailles</i>
	<i>M. Christophe MAROT</i>	<i>Coordonnateur du CLSM de Rambouillet</i>
Intervenants table ronde	<i>Mme Roselyne Touroude</i>	<i>Vice-présidente de l'UNAFAM, membre du CA de l'association Premiers secours en santé mentale France</i>
	<i>Dr Anne Marseault</i>	<i>Directrice adjointe de la Maison de l'Autonomie des Yvelines</i>
	<i>M. Claude Leseur</i>	<i>Vice-président de la CDAPH, UNAFAM</i>
	<i>Dr Marie Herr</i>	<i>MCU-PH en santé publique, Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines</i>
	<i>M. Geoffroy Greff</i>	<i>Directeur général adjoint à la proximité de l'Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines</i>
	<i>Mme Carmen Delavaloire</i> <i>M. Louis-Philippe Menant</i>	<i>Œuvre Falret</i> <i>Comité départemental FFSA des Yvelines</i>

1. Exposé des enjeux de cette priorité

Cette table ronde est consacrée aux problématiques de la promotion de la santé et des actions en faveur d'une société plus inclusive et de la citoyenneté des personnes concernées par un trouble psychique. Ces actions sont diverses, multiples et peuvent se mettre en place dans n'importe quel espace de la société.

Le décret du PTSM fait état de deux grands axes :

- « *L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles* » en promouvant l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans toutes les questions en lien avec leur projet personnel mais aussi l'organisation et la planification des ressources. Sont également mentionnés les groupes d'entraide mutuelle, « *les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale* », le droit à l'information, les soins sans consentement, la lutte contre la stigmatisation et l'amélioration de l'information du grand public ;
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

2. Etat des lieux

Cette table ronde avait pour objectif de présenter et mettre en exergue un certain nombre de ces actions, de réfléchir à leur développement et de créer des interactions entre les différents acteurs.

Les actions présentées (voir en annexe 6 les résumés des présentations)

- **Le programme Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) et son déploiement dans les Yvelines** - *Roselyne TOUROUDE, UNAFAM, membre du CA de l'association Premiers secours en santé mentale France*
 Programme d'information et de déstigmatisation destiné à la population générale, ce programme adapté d'un programme australien vise à donner à des citoyens de tout âge et de toute situation des connaissances et un savoir-faire de base lui permettant d'assurer un rôle de secouriste (identifier des signes d'alerte, aller vers, guider la personne vers des aides appropriées) dans le domaine de la santé mentale. Les toutes premières formations en France sont prévues en 2019.
- **Le service sanitaire des étudiants dans les professions de santé** - *Marie HERR, MCU-PH en santé publique, Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines*
 Afin d'améliorer la prévention dans le système de santé, tous les étudiants et futurs professionnels de santé vont, pendant 6 semaines au cours de leur formation, préparer et assurer des interventions de prévention dans différents milieux (scolaires, associatifs, médico-social, etc.) dans des domaines prioritaires comme la nutrition, l'activité physique, les addictions et l'éducation à la vie affective et sexuelle, la liste n'étant pas fermée.
- **Présentation de « l'outil IPS »** - *Geoffroy GREFF, Directeur général adjoint de l'Institut de Promotion de la Santé, Saint-Quentin-en-Yvelines*
 Afin de ne pas traiter des questions et de la promotion de la santé uniquement dans le périmètre de la politique de la ville, l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines a créé en 2001 l'Institut de Promotion de la Santé (IPS). Localisé à Trappes, c'est à la fois un équipement qui héberge un certain nombre de structures dédiées, au nombre de 23 aujourd'hui, un institut qui accueille tous types de public (environ 17 000 accueils en 2017) et un service composé de cinq professionnels. La santé mentale est l'un des thèmes majeurs du Contrat Local de Santé deuxième génération 2018-2024, avec trois objectifs identifiés : renforcer la mise en synergie et la coordination des acteurs ; faciliter la lisibilité du parcours de soins coordonné et garantir sa continuité ; et continuer l'accompagnement des contrats locaux en santé mentale communaux et rendre leurs actions plus visibles.
- **les Conseil Locaux de Santé Mentale, place dans la démocratie sanitaire** - *Christophe MAROT, coordonnateur du CLSM de Rambouillet*
 Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des outils de démocratie en santé et des plateformes de concertation et de coordination entre les élus d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants, dont le développement est inscrit dans la loi du 26 janvier 2016. 6 CLSM sont actifs dans le Sud Yvelines, et un Comité départemental des CLSM piloté par l'ARS 78 a été mis en place en décembre 2018. Au-delà de l'action de base constituée par les commissions de cas complexes, de très nombreuses actions sont possibles, plus ou moins mises en place selon les CLSM.
- **Les Groupements d'Entraide Mutuelle dans le territoire : bilan et perspectives** *Carmen DELAVALOIRE, Œuvre Falret*
 Trois GEM sont ouverts dans les Yvelines Sud (Le Chesnay, Versailles et Rambouillet) et il existe un projet de GEM à Maurepas.

Issus de la loi de 2005 qui leur donne un cadre légal, le succès des GEM a conduit les pouvoirs publics à prendre la décision de poursuivre leur développement. Les adhérents sont aujourd'hui porteurs d'une parole auprès des municipalités et ils ont participé au diagnostic du PTSM. Les principes de fonctionnement qui permettent aux personnes vivant avec des troubles psychiques de sortir de leur isolement et de refaire société sont présentés en annexe. Le GEM est aussi l'expérience concrète de la citoyenneté.

- **Soutenir la citoyenneté par l'accès aux activités. Exemple de l'activité physique adaptée** - *Louis-Philippe MENANT, Comité départemental FFSA des Yvelines*

Le sport a une grande capacité à favoriser une croissance intelligente, durable et inclusive, créatrice d'emploi. Il participe à la cohésion sociale en faisant tomber les barrières sociales, et il peut participer à l'inclusion des personnes en situation de handicap, sur lesquelles il permet aussi de changer les regards. Enfin le sport est à présent reconnu non seulement bon pour la santé mais thérapeutique. La Fédération de sport adapté (FSA) s'adresse aux personnes de tout âge en situation de handicap mental et, depuis la loi de 2005, aux personnes en situation de handicap psychique. Active dans les Yvelines depuis 2013, elle compte 674 licenciés dans 18 clubs. Elle souhaite progresser en particulier pour aider au développement de pratiques de loisir.

Diagnostic interne

Forces :

- De nombreux CLSM sur le territoire avec des fonctionnements divers ;
- La création par l'ARS d'un comité départemental des CLSM ;
- 3 GEM dynamiques et la perspective d'une création pour améliorer le maillage et l'accessibilité ;
- Un intérêt partagé par la plupart des intervenants pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques à la pratique d'activités physiques et sportives ;
- Le dispositif de l'IPS au cœur du territoire Yvelines Sud.

Faiblesses

- Absence de participation de l'éducation nationale à cette table ronde ;
- Moyens très limités par rapport à l'ampleur du chantier.

Diagnostic externe : environnement

Opportunités :

- Le démarrage en 2019 du service sanitaire des étudiants en santé
- La possibilité de bénéficier en 2020 du démarrage du programme Premier Secours en Santé Mentale

Menaces :

- Le manque de disponibilité des acteurs

- manque de priorisation pour soutenir ces différents projets

3. Recommandations

- *Accompagner le développement d'une politique de la ville en faveur de l'inclusion sociale par les CLSM*
- *Soutenir les GEM*
- *Favoriser l'accès au sport des personnes souffrant de troubles psychiques*
- *Favoriser la prise en compte de la santé mentale dans le service sanitaire*
- *Implémenter Premiers Secours en Santé Mentale dans les Yvelines*
- *Mettre en place des actions de promotion de la santé orientées vers le développement des compétences psychosociales*

DOCUMENT PROVISoire

Annexes

Annexe n°1

Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale 95

Annexe n°2

Lettre d'intention pour l'élaboration du PTSM sur le territoire Sud 78, adressée au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France le 27 septembre 2018 99

Annexe n°3

Une concertation thématique transversale 102

Annexe n°4

Programme des journées du diagnostic territorial 103

Annexe n°5

Liste des acteurs rassemblés lors de la démarche de diagnostic territorial partagé 109

Annexe n°6

Résumés des interventions de la table ronde concernant « la Cité promotrice de santé et la citoyenneté des personnes » 110

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017
relatif au projet territorial de santé mentale

NOR : SSAH1710848D

Publics concernés : établissements de santé autorisés en psychiatrie ; professionnels de santé ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; représentants des usagers et des familles ; psychologues ; agences régionales de santé ; collectivités territoriales.

Objet : modalités d'élaboration et priorités du projet territorial de santé mentale.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret fixe les priorités du projet territorial de santé mentale. Il précise également la méthodologie et les délais maximum de son élaboration, en définissant notamment le rôle des agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 114-1-1 et L. 114-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3221-2, L. 3221-5-1 et L. 3221-6 ;

Vu la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, notamment son article 5 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Le titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article R. 3224-1 devient l'article R. 3225-1 ;

2^o Il est rétabli un chapitre IV comprenant les articles R. 3224-1 à R. 3224-10 ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« *Projet territorial de santé mentale*

« Art. R. 3224-1. – I. – Le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 :

« 1^o 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^o Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;

« 3^o 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.

« II. – La coordination de second niveau permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées mentionnées au I de l'article L. 3221-2 lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie.

« III. – Les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

« IV. – Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de cinq ans. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

« Art. R. 3224-2. – I. – Lorsque des acteurs de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 travaillant dans le champ de la santé mentale sur un territoire prennent l'initiative de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, ils adressent au directeur général de l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence.

« II. – Pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale, les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale sur ce territoire :

« 1° S'assurent de la participation des communautés psychiatriques de territoire mentionnées au VI de l'article L. 3221-2, lorsqu'elles existent ;

« 2° Veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale ;

« 3° Tiennent compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

« III. – L'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant.

« IV. – Le défaut d'élaboration d'un projet territorial de santé mentale par les acteurs est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de dix-huit mois à compter de la date d'échéance du délai de cinq ans suivant la décision du directeur général de l'agence régionale de santé ayant arrêté le précédent projet territorial de santé mentale.

« Art. R. 3224-3. – Pour établir l'état des ressources disponibles, 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 préconiser des actions pour y remédier, le diagnostic partagé prévu au II de l'article L. 3221-2 prend en compte les éléments suivants :

« 1° L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques ;

« 2° L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ;

« 3° Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ;

« 4° La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ;

« 5° Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ;

« 6° L'accès aux droits ;

« 7° L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques ;

« 8° La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations ;

« 9° L'organisation de la permanence des soins ;

« 10° L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

« Le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

« Art. R. 3224-4. – Le projet territorial de santé mentale organise l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10.

« Art. R. 3224-5. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

« A ce titre, il prévoit l'organisation de :

« 1° L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;

« 2° L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;

« 3° L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

« II. – Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :

« 1° La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;

« 2° Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;

« 3° Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;

« 4° Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.

« III. – Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.

« Art. R. 3224-6. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;

« 2° Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire.

« II. – Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

« Art. R. 3224-7. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

« A ce titre, il veille à ce que soient prévus :

« 1° L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;

« 2° En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;

« 3° L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

« Art. R. 3224-8. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;

« 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.

« 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;

« 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

« Art. R. 3224-9. – I. – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

« A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 1114-1 du code de l'action sociale et des familles.

« II. – Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

« 1° Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;

« 2° L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;

« 3° Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;

« 4° La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.

« *Art. R. 3224-10.* – Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

« A ce titre, il vise à :

« 1° Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;

« 2° Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. »

Art. 2. – Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l'article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret.

Art. 3. – La ministre des solidarités et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 juillet 2017.

EDOUARD PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

AGNÈS BUZYN

*La secrétaire d'Etat
auprès du Premier ministre,
chargée des personnes handicapées,*
SOPHIE CLUZEL

DOCUMENT

Annexe n°2 : Lettre d'intention pour l'élaboration du PTSM sur le territoire Sud 78, adressée au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France le 27 septembre 2018



Monsieur le Directeur général de l'Agence
Régionale de Santé d'Ile-de-France
35, rue de la gare
75019 Paris

Le Chesnay, le 27 septembre 2018

Objet : Elaboration d'un Projet Territorial de santé Mentale sur le territoire Sud Yvelines

Monsieur le directeur général,

Acteurs de la santé mentale dans le département des Yvelines, nous vous informons de notre intention d'élaborer un diagnostic territorial partagé et un Projet territorial de santé mentale (PTSM) tels que définis par l'article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, précisé par le décret d'application du 27 juillet 2017 relatif aux Projets territoriaux de santé mentale.

Ce Projet territorial sera élaboré pour le territoire des Yvelines Sud et veillera à assurer la cohérence d'un diagnostic décloisonné répondant à la complexité des parcours. Il pourra comporter des propositions et des actions ciblées à l'échelle du département en fonction des résultats du diagnostic territorial que nous engageons et des travaux conduits au sein de la commission spécialisée en santé mentale qui réunit les acteurs de la santé mentale au niveau départemental. Les propositions du PTSM seront élaborées dans le cadre de la stratégie nationale de santé déclinée par le Projet régional de santé 2018-2022 pour la région Ile-de-France et seront fondées sur les réalités démographiques ainsi que sur les parcours de vie et de soins identifiés.

Nous envisageons ce PTSM comme une démarche de démocratie sanitaire, aussi nous nous engageons à associer à son élaboration le plus grand nombre d'acteurs du territoire. Vous trouverez en annexe de ce courrier la liste des acteurs sollicités pour l'élaboration du PTSM.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de nos salutations distinguées.

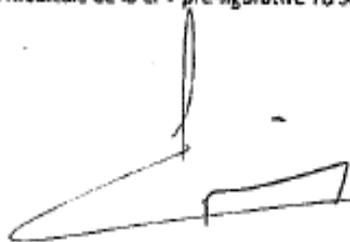
Mme Marie-Hélène Aubert, conseillère départementale, membre de la commission Action sociale, solidarités, insertion, handicap



Mr Xavier Mersch, Président Délégué UNAFAM 78

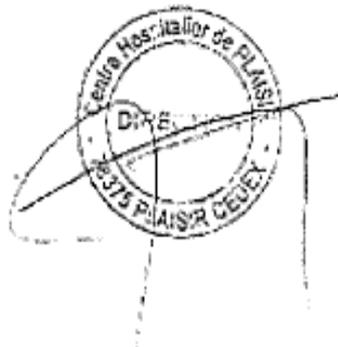


Mme le Pr Christine Passerieux, directrice médicale de la CPT pré-figurative 78 Sud



CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
Service hospitalo-universitaire de Psychiatrie
Professeur Christine PASSERIEUX
Chef de pôle
N° Finess 78 080 026 6

Mr Jacques Bérard, directeur de l'hôpital de Plaisir



Centre Hospitalier de PLAISIR
DIRECTION
25375 PLAISIR CEVEY

Annexe : Acteurs du territoire que le groupe d'initiative du PTSM s'engage à contacter et associer aux travaux

Cette liste est non exhaustive et pourra être élargie durant l'élaboration du PTSM.

1- Professionnels

Etablissements de santé psychiatriques et MCO du territoire, en particuliers ceux disposant d'un SAU

Etablissements et services médico-sociaux (IME, ITEP, EHPAD, ESAT, FAM, MAS, SAMSAH, SAVS...)

Etablissements et services sociaux, en particulier dans le champ de l'hébergement, de l'insertion, de la protection juridique des majeurs (services MJPM, CHRS, ...)

Professionnels de santé ambulatoire : Médecins, infirmiers, psychologues, orthophonistes... et leurs structures d'exercice collectif : Maisons et pôles de santé, centres de santé

Associations et structures territoriales de prévention

Bailleurs Sociaux

SAMU, SDIS

2- Usagers

Associations d'usagers en santé mentale

3- Institutions publiques

MDPH

Education nationale

DDCS

DRJHL

PJJ, SPIP et autres services du Ministère de la Justice

Services préfectoraux (sécurité publique)

ARS

CPAM

CAF

Pôle Emploi / Cap Emploi

Université Versailles Saint Quentin

4 - Collectivités et leurs services

Elus en charge de la santé, de l'enfance, du vieillissement

Conseils locaux de santé mentale

Conseil départemental : Pôle Solidarités (handicap, autonomie, aide sociale), Pôle Enfance (ASE,

PMI

Annexe n°3 : Une concertation thématique transversale

En cohérence avec :

- *Les six priorités du projet territorial de santé mentale, telles que fixées aux articles R.3224-5 à R.3224-10 du Code de la Santé Publique :*

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.

- *Les six principes d'actions suivants identifiés dans le nouveau Schéma Régional de Santé 2018-2022 dans sa partie relative à la Santé mentale :*

Principe 1 : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques.

Principe 2 : Développer le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques.

Principe 3 : Faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé.

Principe 4 : Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques.

Principe 5 : Agir pour des pratiques « orientées rétablissement ».

Principe 6 : Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain.

- *Les filières médico-soignantes identifiées dans le Projet médico-soignant partagé (PMSP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Yvelines Sud :*
 - Troubles mentaux sévères et persistants ;
 - Troubles mentaux fréquents ;
 - Filière urgences ;
 - Addictions ;
 - Sujets âgés ;
 - Troubles du Spectre Autistique ;
 - Adolescents.

Annexe n°4 : Programme des journées du diagnostic territorial

Programme provisoire	
	
Journée du 13 novembre 2018 : Diagnostic territorial concernant le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès aux soins et aux accompagnements	
<i>La journée sera consacrée à la Priorité 1 : « Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations »</i>	
09h00 – 09h30	Accueil et ouverture des journées Dr Marc Pulik, Délégué Départemental ARS – Délégation départementale des Yvelines Mme Marie-Hélène Aubert, Vice Présidente du Conseil départemental des Yvelines, Adjointe au Maire de Jouy en Josas. M. Jacques Bérard, Directeur du Centre Hospitalier de Plaisir Pr Christine Passerieux, Directrice Médicale de la CPT 78 Sud, chef du pôle de psychiatrie du CH de Versailles
09h30 – 10h00	Modèles et données de preuves de l'intervention précoce : quel choix des acteurs du territoire Yvelines Sud ? Dr Mathieu Urbach, psychiatre au Centre Expert Schizophrénie, Pr Christine Passerieux
10h00 – 12h00	Repérage précoce, accès aux soins et appui aux professionnels de premier recours (population de tout âge) : quel diagnostic partagé entre médecins généralistes, psychiatres, psychologues et usagers concernant l'accès aux soins et les besoins de coopération ? Rapporteurs : Dr Nicolas Pastour, psychiatre, Président de la CME du CH de Plaisir, Dr Isabelle Lück, médecin généraliste <ul style="list-style-type: none">• Dr Isabelle Lück : état des lieux des coopérations entre acteurs de soins primaires et soins spécialisés dans les Yvelines Sud : le point de vue des médecins généralistes• M. Piotr Krzakowski, docteur en psychologie clinique et psychanalyste membre de la SPP : Psychologues cliniciens, une implication historique au destin « périmédical »• Dr Marie Castaigne, psychiatre au CH de Versailles : brève évaluation du Dispositif Spécifique de Psychothérapie• Mme Gisèle Meyer, bénévole de l'UNAFAM, conseillère d'orientation et psychologue de l'Education Nationale : le point de vue des familles et des usagers• Dr Hélène Lida Pulik, médecin-chef projet Maison des adolescents Yvelines sud et praticien hospitalier SUPEA, chef de service adjoint au CH de Versailles : place de la Maison des Adolescents dans l'accès aux soins• Dr Marion Postel Vinay, chef de pôle du secteur 78G11, CH de Plaisir : place et organisation des CMP pour l'accès aux soins psychiatriques
12h15 – 13h00	Les dispositifs spécifiques, comment y avoir recours ? Présentation par le Dr Nadia Younes, MCU-PH en psychiatrie, CH de Versailles, en présence des responsables des dispositifs : <ul style="list-style-type: none">• Périnatalité• Troubles du spectre autistique• Troubles du développement affectif et cognitif• Troubles des Conduites Alimentaires• Centres Experts Bipolaire et Schizophrénie
13h00 – 14h00 Après-midi	Déjeuner sur place <u>sous réserve d'inscription préalable</u> Deux tables rondes, au choix, en fonction de l'âge : Collaboration et coopération entre les acteurs sociaux et médico-sociaux et les acteurs sanitaires

Journée du 13 novembre 2018

Choix
1

Programme provisoire

Table ronde "Enfant et adolescent" 14h00-18h00

Rapporteurs :

Dr Hélène Lida Pulik, médecin-chef projet MDA Yvelines Sud et praticien hospitalier SUPEA, chef de service adjoint au CH de Versailles, Mr Stève PIERLOT, directeur d'ITEP, d'EMPro et de SESSAD, Association Insertion Education Soins (IES) .

Quel diagnostic partagé des ressources concernant l'accompagnement des enfants et des adolescents ? Quels besoins de coopérations entre les différentes institutions ?

Attention, la question de la continuité des parcours sera abordée dans une table ronde le 18 décembre.

Intervenants :

14h00—15h 30 première partie

- Mme Christine Vuillaume, Délégation Départementale de l'ARS en charge du médico-social
- Mme Chollet, directrice Action Sociale et Enfance (ASE) au Conseil Départemental des Yvelines
- Mme Sylvie Gagnet, Maison Départementale de l'Autonomie des Yvelines (sous réserve)

16h00—18h00 deuxième partie

- Dr Christine Levoyer, médecin conseiller technique adjoint auprès du directeur académique, Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves, DSDEN des Yvelines et Caroline Plesel-Bacri Inspecteur de l'éducation nationale Scolarisation des élèves handicapés ASH1-DSDEN des Yvelines
- Mme Bathilde Groh, directrice adjointe DT PJJ 78
- Mme Christiane Beherec, ADAPEI78, ancienne vice-présidente de la CDAPH : le point de vue des familles
- Dr Taïeb Ferradji, chef de pôle pédopsychiatrie au CH de Plaisir : état des lieux de la pédopsychiatrie et propositions

Choix
2

Table ronde "Adulte" 14h00-18h00

Rapporteurs :

Pr Christine Passerieux, Directrice Médicale de la CPT 78 Sud, chef du pôle de psychiatrie du CH de Versailles
Mme Sandrine Broutin, directrice générale de l'Œuvre Falret

Attention, la question de la continuité des parcours doit être traitée, alors que les questions spécifiques du logement, de l'emploi et de l'accès aux activités seront approfondies dans d'autres tables rondes

Quel diagnostic territorial partagé entre les acteurs du sanitaire, du social et du médicosocial concernant l'accès aux soins et aux accompagnements des populations précaires ou en situation de handicap psychique ? Quels besoins de coopérations entre les différentes institutions ?

14h00 – 16h00 Première partie : l'accès aux droits, aux accompagnements, à l'hébergement et aux aides spécifiques

- Dr Anne Marseault, Direction de l'autonomie – Maison départementale de l'autonomie : accès aux droits et à leur mise en œuvre pour les personnes vivant avec un trouble mental sévère
- M. Claude Leseur, vice-président de la CDAPH, UNAFAM : le point de vue des familles sur l'accès aux droits et aux compensations
- Mme Sandrine Broutin, Directrice générale, association Œuvre Falret : diagnostic territorial de la réponse aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées psychique : le point de vue d'une association gestionnaire
- Mme Florence Benlefkki, assistante sociale de secteur 78G12 : le point de vue des secteurs
- Dr Anne Rosso, psychiatre, responsable de l'Equipe Spécialisée Evaluation du Handicap et du groupe hébergement de la CPT78 sud et Mme Jennifer Boghossian, coordinatrice du Pôle Autonomie Territorial St Quentin : l'accès à une évaluation de qualité. Comment améliorer le recours aux droits et favoriser sa précocité ?

16h15 – 18h00 Deuxième partie : l'accès et la continuité des soins pour les personnes précaires ou en situation de handicap psychique

- Mme Anne Lise Lelong, Directrice Cité Saint Yves- ACSC : L'hébergement social d'urgence et de réinsertion
- Dr Frédéric Lefrère, psychiatre, coordinateur de l'équipe psychiatrique d'appui aux professionnels sociaux et médico-sociaux de la CPT78 sud : Etat des lieux et perspectives des coopérations
- Mme Nelly DUTU (Maire de la Verrière) : Le point de vue des élus
- Mme Patricia Carlier, Directrice des Affaires Générales/Projets, Qualité-Gestion des risques/CDU et Dr Parnot, médecin généraliste, Centre Hospitalier de Plaisir : l'accès aux soins somatiques pour les personnes en Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

Programme provisoire



Matinée du 04 décembre 2018 : diagnostic territorial concernant les actions en faveur de l'accès et du maintien au domicile, à l'emploi et à des activités favorables au rétablissement

*La matinée sera consacrée à la priorité 2 :
« Faire du domicile le centre de gravité
du parcours de santé »*

09h00 – 09h15

Accueil et présentation des objectifs et de la méthode du diagnostic territorial partagé

Pr Christine Passerieux, Directrice Médicale de la CPT 78 Sud, chef du pôle de psychiatrie du CH de Versailles

09h15 – 11h00

Table ronde globale : tous les âges de la vie et tout type d'intervenant

Première partie : logement inclusif et soutien aux bailleurs sociaux

Rapporteurs : Dr Anne Rosso, psychiatre, responsable de l'Equipe Spécialisée Evaluation du Handicap et du groupe hébergement de la CPT78 sud

Mme Sylvie Tisserant, Chef de Projet Action Sociale, les Résidences Yvelines Essonne

- Mme Roselyne Touroude, Vice-présidente de l'UNAFAM, membre de l'observatoire national de l'habitat inclusif : le logement inclusif en France, où en sommes-nous ?
- Quelle politique de la ville en faveur de l'accès au logement de personnes vivant avec un trouble psychique ? Le point de vue des élus :
 - Mme Corinne Bébin, Adjoint au maire de Versailles, déléguée à l'action sociale et à la santé
 - Mme Joséphine Kollmannsberger, Maire de Plaisir
- Le point de vue des associations gestionnaires d'Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux :
 - Mme Béate Münster Directrice Pôle Insertion Sociale 78, Œuvre Falret
 - M. Pascal Dubot Directeur du FAM Troas, Fondation J. Bost
- Arina Van de Kerk, Directrice Accompagnement Habitat & Humanisme : accueillir des personnes vivant avec un trouble psychique en pension de famille
- Le point de vue des bailleurs sociaux :
 - Mme Sylvie Tisserant : charte santé mentale et logement / le logement inclusif
 - Mme Marie Dos Santos, Responsable Développement Social, Direction territoriale Adoma des Yvelines : l'Equipe Mobile Passerelle

11h30 – 13h00

Deuxième partie : rester à domicile quand on est âgé

Rapporteur : Dr Véronique Mallat, psychiatre CH de Plaisir, responsable de l'Equipe Mobile Sujet Agé de la CPT78 sud, 2ème rapporteur à préciser

- Dr Marseault et Mme Micheau : actions et dispositifs du Pôle Autonomie du Territoire et de la Maison de l'Autonomie :
- Mme Quentric : la MAIA, ses missions et l'annuaire professionnels :
- Dr Mallat et l'équipe EMSA-PSY : organisation des soins psychiatriques sur le Territoire

13h00 – 14h00

Déjeuner sur place sous réserve d'inscription préalable

Programme provisoire



Après-midi du 04 décembre 2018 : diagnostic territorial concernant les actions en faveur de l'accès et du maintien au domicile, à l'emploi et à des activités favorables au rétablissement

*L'après-midi sera consacré à la priorité 4 :
« Agir pour des pratiques orientées rétablissement »*

14h00 – 15h45

Agir pour des pratiques orientées rétablissement

Rapporteurs : Dr Nadine Bazin, Chef du service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et d'Addictologie du CH de Versailles,
Dr Laurence Coudray, Directeur du Pôle Santé Territoire d'action départementale de Grand Versailles

- M. Philippe Maugiron, président de l'association des Médiateurs de santé pair, Unité de soins psycho-sociaux – Pôle 16 Adulte, CH Sainte-Anne
- Mme Louise Pressager (Médiateur de santé pair à l'IMR),
Mr Noël Thulin (Médiateur de santé pair au CH de Plaisir)
- Qu'est-ce que le rétablissement ? L'expérience de la pair-aidance

- Mr. Philippe Delaplanche (UNAFAM) et les usagers des GEM du 78 (association gestionnaire Œuvre Falret, parrainage UNAFAM 78) : les attentes des usagers et des familles pour mieux accompagner le processus de rétablissement

- Mme Marie-Odile Lescan (ATFPO, service mandataire judiciaire à la protection des majeurs) : les associations tutélaires, quel accompagnement pour un processus de rétablissement ?

15h45—16h00

PAUSE

16h00—18h00

- Pr Christine Passerieux, CH de Versailles : Les évaluations fonctionnelles et les soins de réhabilitation développés sur le territoire

- L'accès et le maintien dans l'emploi : quel accompagnement sur le territoire ?

- L'emploi accompagné :

- Mme Véronique Bacle, Référente insertion professionnelle Direction de l'autonomie - Maison départementale de l'autonomie.
CAP Emploi (intervenant à préciser)

- L'emploi en milieu protégé : M. Laurent Escriva, directeur de l'ESAT COTRA

- L'emploi en milieu ordinaire : Mr Jery Razafi, directeur de l'antenne de Rambouillet de Chantiers Yvelines

- Mme Virginie Bernagou, chef de service d'action sociale départementale
L'accompagnement socio-sanitaire : une expérimentation en cours sur Versailles (PASSVers)

- Dominique Marteau, directrice du SAMSAH 78 œuvre Falret et Maxime Robinard, éducateur spécialisé du SAMSAH 78 : SAMSAH et SAVS, quel accompagnement pour favoriser le processus de rétablissement ?



Journée du 18 décembre 2018 : Diagnostic territorial concernant la prise en charge des situations de crise et la continuité des parcours, et concernant la promotion de la santé mentale et de la citoyenneté

*La matinée sera consacrée à la Priorité 3 :
« Faire de la continuité des parcours le critère premier
d'évaluation des organisations et des pratiques »*

09h00 – 09h15
09h15 – 13h00

Accueil
Deux tables rondes Adulte/Enfant (au choix)

Choix
1

Programme provisoire

Table ronde "Adulte" 9h15-13h00

9h15-11h15 Première partie : La réponse à l'urgence et à la crise. Quelle réponse à l'urgence à domicile / organisation hospitalière des urgences / organisation des CMP pour la réponse à la crise / TS et après : le dispositif VIGILANS

Rapporteurs : Dr Cécile Omnes, Psychiatre, CH de Plaisir, Me Viviane MAIGNE, Cadre Supérieur de santé, CH Plaisir

Intervenants :

- Dr Darrieux (sous réserve) : le point de vue des médecins généralistes
- Dr Fayolet, psychiatre, Institut MGEN La Verrière : la place des CMP, de l'amont à l'aval
- Mr. Xavier Mersch, Président délégué UNAFAM 78. Action de l'UNAFAM, pour la mise en place dans les Yvelines d'un protocole de prise en charge pré hospitalière des urgences psychiatriques
- Dr Richard ou Dr Norotte : le SAMU78, acteur incontournable
- Dr Laure Zeltner (psychiatre, CH Plaisir) : l'intervention de crise, le point de vue du groupe ERIC
- Dr Paul Roux (Psychiatre, CH Versailles) : les urgences psychiatriques du territoire, de Versailles à Rambouillet
- Dr Barasino (Psychiatre, CH de Plaisir) La veille après un geste suicidaire : projet Vigilans78

11h30-13h00 Deuxième partie : la réponse aux besoins des personnes ayant une conduite addictive

Rapporteur : Dr Nadine Bazin, Psychiatre, CH Versailles, 2ème rapporteur à préciser

Intervenants :

- Mr Henry Casanova (Association le Croix Bleue) : Association d'entraide, le point de vue des usagers
- Dr Claire Farina, médecin référent de l'antenne de Trappes du CSAPA du CHV : la filière de soins en addictologie du territoire 78 sud
- Mme Julie Douarin-Juignet (CCARUD 78) : les difficultés et les attentes d'un CCARUD
- SPIP (intervenant à confirmer) : actions, difficultés et attentes sur le territoire Yvelines sud
- Mme Pourchet, directrice du CCAS et de la maison relais de Rambouillet : les difficultés et les attentes d'un hébergement collectif social, l'expérience de la maison relais de Rambouillet

9h15 – 11h30 Première partie : continuité du parcours de vie (poursuite des études, d'un suivi éducatif, d'un accompagnement médico-social) et du parcours de soins, en particulier lors des transitions enfant / adolescent / adulte

Rapporteurs : Dr. Manuella De Luca, psychiatre, responsable du pôle de psychiatrie et de psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut MGEN La Verrière, deuxième rapporteur à préciser

Intervenants :

- Dr Jaya Benoit, Médecin conseiller technique auprès du Recteur, Mme Caroline Plesel-Bacri, Inspectrice chargée de la scolarisation des élèves handicapés, Direction des services de l'Education nationale des Yvelines
- Un représentant de la PJ (Intervenant à confirmer)
- Un représentant d'un ESSMS (Intervenant à confirmer)
- Dr Eric Marcel, psychiatre, CH de Plaisir - Patients TSA adultes: inclusion, exclusion, de l'idéal à la réalité
- Dr Mélanie Jowziak, psychiatre, unité de soins et de réintégration scolaire, Institut MGEN de la Verrière - Accompagner les transitions
- Dr Lavinia Bratu, psychiatre, CMP Eugène Bleuler - Quelle organisation dans les CMP pour assurer la continuité des soins lors du passage à l'âge adulte ?

11h45 – 13h00 Deuxième partie : la réponse à la crise et à l'urgence / post-urgence / parcours hospitalier et ambulatoire.

Rapporteurs : Pr Mario Speranza, Chef du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CH de Versailles, Dr Sylvie Nathanson, PH Chef de service de Pédiatrie, Chef du pôle Enfant, CH de Versailles

Intervenants :

- Dr Charles Malley (Pédopsychiatre, Centre Hospitalier de Versailles) La filière des urgences au SAU de Versailles : point de vue des acteurs (psychiatres / pédiatres)
- Le point de vue du groupe ERIC sur l'évolution des besoins chez les jeunes (intervenant à préciser)
- Dr Taïeb Ferradji , chef de pôle pédopsychiatrie au Centre Hospitalier de Plaisir : Quelle hospitalisation pour les enfants : une unité 9-12 ans ?

Après-midi du 18 décembre 2018

L'après-midi sera consacré à la priorité 6 : « Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes »

Table ronde 14h00-17h00

Rapporteurs : Dr Catherine Fayollet, Psychiatre, responsable du pôle de psychiatrie adulte Institut MGEN de la Verrière, Mr. Christophe Marot, coordonnateur du Conseil Local de Santé Mentale de Rambouillet

Intervenants :

- M. Geoffroy Greff, directeur général adjoint de l'Institut de Promotion de la Santé, Saint-Quentin-en-Yvelines
- Mme Roselyne Touroude , UNAFAM, membre du CA de l'association Premiers secours en santé mentale France : le projet « Premiers secours en santé mentale »
- Dr Marie Herr , MCU-PH en Santé Publique, Université Versailles St Quentin en Yvelines : le service sanitaire des étudiants dans les professions de santé
- Mr Christophe Marot, coordonnateur du CLSM de Rambouillet : les Conseil Locaux de Santé Mentale, place dans la démocratie sanitaire
- Madame Carmen Delavaloire, responsable des 9 GEM gérés par l'Œuvre Falret : Les Groupements d'Entraide Mutuelle dans le territoire : bilan et perspective
- Le Comité Départemental FFSA des Yvelines : soutenir la citoyenneté par l'accès aux activités. Exemple de l'activité physique adaptée.

Annexe n°5 : Liste des acteurs rassemblés lors de la démarche de diagnostic territorial partagé

Acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion	Association des Cités du Secours Catholique Habitat et Humanisme Œuvre Falret SOS Accueil Service intégré d'accueil et d'insertion des Yvelines		Professionnels et structures de l'insertion par l'activité économique Chantiers Yvelines Rambouillet Services et établissements sociaux et médico-sociaux ADAPEI78 APAJH 78 dont professionnels SAVS, SAMSAH, CAJ ARISSE Avenir Apei EMPRO La Plaine du Moulin ESAT Delos Apei 78 ESAT Eurydice Fondation John Bost dont professionnels du FAM Troas Foyer EOLE du CCAS de Versailles ITEP La Boissiere - Association IES Œuvre Falret dont professionnels des Résidences La Colline et Les Sources, d'ESAT, de SAVS et de SAMSAH Sauvegarde des Yvelines
Acteurs de la lutte contre les addictions	CAARUD 78 CSAPA du Centre Hospitalier de Versailles ELSA du Centre Hospitalier de Versailles	Acteurs sociaux et médico-sociaux	
Acteurs de l'enseignement et étudiants	Direction des services départementaux de l'éducation nationale - Académie de Versailles Ligue de l'Enseignement 78 Enseignants-chercheurs de l'Université de Saint-Quentin-en-Yvelines Etudiants en Master 2 Politiques Sociales Territorialisées de l'Université Versailles Saint Quentin en Yvel		
Acteurs sanitaires	Agence régionale de santé d'Ile de France Dispositifs sanitaires territoriaux Equipe de liaison de la CPT 78 Sud Equipe Mobile du Sujet Agé de la CPT 78 Sud Equipe Spécialisée d'Evaluation du Handicap Psychique de la CPT 78 Sud Etablissements de santé Centre Hospitalier de Mantes-La-Jolie Centre Hospitalier de Montesson Centre Hospitalier de Plaisir Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux Centre Hospitalier Sainte-Anne Clinique d'Yveline Institut MGEN La Verrière Maisons des Adolescents Maison des Adolescents Yvelines Sud Médecins et professionnels de santé libéraux du territoire Réseaux de santé et instances de coordination Instance de Coordination Sud Yvelines Réseau GCS REPY	Service public de l'emploi	Centre communaux ou intercommunaux d'action sociale CCAS de Guyancourt CCAS de Saint-Cyr l'Ecole CCAS de Trappes CCAS de Velizy-Villacoublay CCAS de Verneuil sur Seine CCAS de Versailles CCAS de Voisins le Bretonneux Communes, communautés de communes et agglomérations Institut de Promotion de la Santé de Trappes - Agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines Mairie de Guyancourt Mairie de la Verrière Mairie de Plaisir Mairie de Rambouillet Mairie de Trappes Mairie de Verneuil sur Seine Mairie de Versailles Mairie de Voisin le Bretonneux
Acteurs sociaux et médico-sociaux	Acteur du logement et de l'hébergement 1001 Vies Habitat ADOMA ALFI Domnis France Habitation ICF Habitat La Sablière Les Résidences - Yvelines Essonne OSICA SEMIR Rambouillet SESSAD ITEP La Boissiere - Association IES Valophis Sarepa Associations en charge de l'accès aux sports, aux loisirs et à la culture Fédération française du sport adapté - Comité départemental des Yvelines Points d'accueil et d'écoute jeunes Mission Locale de Saint-Quentin-en-Yvelines Mission Locale de Versailles PAEJ - Espace parents du CCAS de Versailles	Collectivité territoriales et acteurs de la démocratie sanitaire	Collectivité territoriales et acteurs de la démocratie sanitaire Conseil départemental et ses services Action Sociale et Enfance (ASE) Centre de protection maternelle et infantile de Vélizy-Villacoublay Conseil Départemental des Yvelines Maison départementale de l'autonomie Pôles Autonomie Territorial de Saint-Quentin-en-Yvelines Territoire d'action départementale de Grand Versailles Conseil locaux de santé mentale Conseil local de santé mentale de Rambouillet Conseil territorial de santé et sa commission en spécialisée en santé mentale

Annexe n°6 : Résumés des interventions de la table ronde concernant « la Cité promotrice de santé et la citoyenneté des personnes »

Le programme Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) et son déploiement dans les Yvelines - *Roselyne TOUROUDE, UNAFAM, membre du CA de l'association Premiers secours en santé mentale France*

L'environnement joue un rôle majeur dans la survenue des situations de handicap psychique ou au contraire dans leur atténuation lorsqu'il est facilitateur d'inclusion et de participation à la vie sociale.

Le programme PSSM est un programme de formation de « secouristes en santé mentale » dans la population générale. Il vise à améliorer la connaissance des manifestations des principaux troubles psychiques et à faire reculer les préjugés, les discriminations, la stigmatisation et l'auto stigmatisation de ces troubles, très importants en particulier en France.

Il s'agit d'un programme d'origine australienne déjà largement diffusé dans des pays anglo-saxons comme le Canada, le Royaume-Uni, mais aussi au Japon. 2 000 000 de personnes sont aujourd'hui formées dans le monde.

L'objectif du programme est de former des citoyens de tout âge et de toute situation à mieux connaître et repérer les troubles psychiques, à savoir identifier des signes d'alerte (sans bien sûr faire un diagnostic), à pouvoir répondre c'est-à-dire savoir aller vers la personne, et la guider vers des ressources ou des aides appropriées. La formation dure deux jours.

Une association « Premier secours en santé mentale France » a été créée par l'INFIPP (un organisme de formation), la Fédération Santé mentale France et l'UNAFAM afin d'assurer l'implémentation de cette formation en France. Ce projet est soutenu par le gouvernement. Les publics visés en première intention sont les étudiants, les professionnels des services publics ou de collectivités, mais aussi les entreprises, les familles, etc.

Le déploiement du programme en est aux premières étapes : formation par les australiens d'un groupe d'instructeurs, qui aura en charge de former des formateurs ; traduction et adaptation du matériel pédagogique et validation de la qualité de ce matériel. Ces étapes sont à la fois indispensables et couteuses en temps, mais les premières formations de formateurs extérieurs aux trois organismes fondateurs sont envisageables à l'horizon 2020. Il est envisagé que les Yvelines bénéficient des premières formations de formateurs et de secouristes.

Le service sanitaire des étudiants dans les professions de santé - *Marie HERR, MCU-PH en santé publique, Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines*

Le service sanitaire des étudiants en santé vise à améliorer deux points faibles de notre système de santé : la prévention et les inégalités territoriales, sociales, ici en matière d'accès à la santé et aux messages de prévention.

Le principe est que des étudiants et futurs professionnels de santé préparent puis réalisent, une intervention pour délivrer un message de prévention auprès d'un public

spécifique. Ils doivent s'y consacrer 6 semaines dont la moitié pour l'intervention concrète.

Plusieurs domaines prioritaires ont été identifiés : la nutrition, l'activité physique, les addictions et l'éducation à la vie affective et sexuelle. La santé mentale n'apparaît pas spécifiquement mais le périmètre d'intervention n'est pas fermé.

Les terrains d'intervention seront en premier lieu les établissements d'enseignement primaire, secondaire et du supérieur, mais aussi les établissements de santé et médico-sociaux, les entreprises, les PMI, etc.

Pour l'université Versailles Saint Quentin, cela représente 1000 étudiants chaque année, étudiants en soins infirmiers, kinésithérapie, maïeutique et médecine. Les autres acteurs de ce service sanitaire sont les universités et leurs enseignants, le rectorat, l'Agence Régionale de Santé, les acteurs de la prévention et toutes les structures souhaitant accueillir des étudiants et se portant volontaires. Un référent de la structure doit être désigné pour accompagner les étudiants sur le terrain et toute intervention devra être au préalable validée par un référent pédagogique de l'université ou de l'institut de formation pour les filières paramédicales.

Des contenus pédagogiques en e-learning ont été mis à la disposition des étudiants, portant sur : la prévention, la démarche projet, la communication, la nutrition, l'activité physique, les addictions, la vie affective et sexuelle, les actions de prévention primaire en direction des plus jeunes avec la prévention des accidents de la vie domestique, et les actions de prévention primaire en direction des plus âgés. Le thème des écrans et du sommeil chez l'enfant sera ajouté l'année prochaine

La présentation du service sanitaire aux structures susceptibles d'accueillir les étudiants est toujours en cours. Le dispositif est nouveau et beaucoup de choses restent à faire, en particulier un gros travail d'information.

Présentation de « l'outil IPS » - Geoffroy GREFF, Directeur général adjoint de l'Institut de Promotion de la Santé, Saint-Quentin-en-Yvelines

L'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines exerce la compétence santé, en particulier au titre de la prévention et de la promotion de la santé. Afin de ne pas traiter ces questions de santé uniquement dans un périmètre de politique de la ville, l'Institut de Promotion de la Santé (IPS) a été créé en 2001. Localisé à Trappes, c'est à la fois un équipement qui héberge un certain nombre de structures dédiées, au nombre de 23 aujourd'hui, un institut qui accueille tous types de public (environ 17 000 accueils en 2017) et un service composé de cinq professionnels.

La santé mentale est l'un des thèmes majeurs du Contrat Local de Santé deuxième génération 2018-2024. Une fiche action intitulée « Mener un travail de concertation en santé mentale » a été mise en place avec trois objectifs : renforcer la mise en synergie et la coordination des acteurs et développer des projets et actions dans ce domaine en faveur des publics vulnérables ; faciliter la lisibilité du parcours de soins coordonné et garantir sa continuité ; et continuer l'accompagnement des contrats locaux en santé mentale communaux et rendre plus visibles leurs actions.

Pour mener à bien ce travail, l'IPS développe plusieurs axes d'actions en direction des professionnels et des habitants :

- l'hébergement des partenaires : un hôpital de jour de réhabilitation de l'hôpital de Plaisir, des permanences de l'UNAFAM, l'équipe de liaison de la Communauté psychiatrique de Territoire, un lieu d'écoute jeunes porté par la Ligue de l'Enseignement, la Maison des Adolescents, qui va expérimenter en 2019 sur Trappes un nouveau dispositif de suivi psychologique nommé « Écoutez-moi », pour le public des 12 à 25 ans.
- l'organisation en partenariat de conférences, de débats thématiques et de journées de sensibilisation. À titre d'exemple, sur le syndrome de Diogène, les soins sous contrainte, la prévention des addictions, la souffrance à l'école, les violences intrafamiliales et, en 2019, le problème des jeux vidéo et de l'addiction aux écrans.
- Saint-Quentin a également été le premier établissement public de coopération intercommunale à participer à l'élaboration et à la diffusion de la charte départementale Logement en santé mentale. Il s'agit de mobiliser les ressources de l'IPS pour remplir les missions de l'axe 3 de la charte : missions de prévention, d'information et de sensibilisation, mais aussi aider à la montée en compétence des professionnels, développer la connaissance mutuelle des partenaires et renforcer le partenariat notamment lors des sessions d'échanges et de pratiques.
- l'amélioration de l'état de santé physique et psychologique de la population à travers le sport sur ordonnance (dispositif Prescri'Form), et en s'appuyant sur la dynamique de l'organisation sur le territoire de grand évènement sportifs comme récemment la Ryder Cup ou six épreuves olympiques en 2024.

La promotion de l'activité physique comme facteur de santé doit également viser les personnes concernées par un problème de santé psychique ou psychologique, afin de leur permettre de retrouver une pratique physique mais aussi du lien social, l'ensemble étant facteur de bonne santé globale et mentale. Ce projet passera par la mobilisation des médecins généralistes (en s'appuyant sur les maisons de santé pluridisciplinaires), associatifs (incitation à l'obtention du label Sport Santé), financiers (élargir le dispositif par un travail avec les mutuelles ou la CPAM) et un maillage du territoire.

Conseil Local de Santé Mentale, place dans la démocratie sanitaire - *Christophe MAROT, coordonnateur du CLSM de Rambouillet*

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des outils de démocratie en santé et des plateformes de concertation et de coordination entre les élus d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Ils ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. Leur développement s'inscrit dans le cadre des politiques de santé publique et de la ville, inscrites dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui décrit leur rôle. Les CLSM correspondent à des territoires de proximité. Au 1er janvier 2018, 16,5 millions d'habitants sont couverts par 192 CLSM opérationnels.

La plupart des CLSM ont débuté leurs actions par l'analyse de cas complexes, et ont tendance à s'ouvrir à d'autres sujets, notamment le travail autour de la dé-stigmatisation,

de l'inclusion dans la cité. Leur évolution s'inscrit dans le contexte des nouveaux objectifs stratégiques nationaux et du Projet régional de santé.

Les CLSM sont animés par des coordinateurs avec un temps dédié variable pouvant aller jusqu'à 100 %, avec un financement également variable (municipalité, centres hospitaliers, ARS) et une mobilisation croissantes des ARS.

Dans les Yvelines Sud sept CLSM sont actifs : Guyancourt, Trappes, Rambouillet, Saint-Cyr-l'École, La Verrière et Versailles-Le Chesnay, Plaisir. Depuis le dix décembre dernier, un Comité départemental des CLSM est piloté par l'ARS 78 afin de travailler à la coordination des 8 CLSM du département.

Concernant la diversité des actions possibles par un CLSM, le CLSM de Rambouillet peut servir d'illustration. Son coordinateur est financé par la ville, à hauteur de 0.2 ETP, mais il a d'autres missions complémentaires comme la prévention de la délinquance ou des groupes de travail sur le logement. Les actions conduites depuis sa création en 2012 sont nombreuses :

- mise en place d'une commission de situations complexes fonctionnant sur le principe de de l'accord de la personne concernée ;
- mise en place de groupes de travail sur le décrochage scolaire, la citoyenneté (co-piloté par le président des amis du GEM de Rambouillet) et le logement ;
- participation aux Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) depuis 2017, et en 2019 sur le thème « Santé mentale à l'ère du numérique » à partir d'un questionnaire sur l'utilisation du numérique en population générale et fragile ;
- participation à la recherche Printemps de l'INSERM à travers la création d'une application mobile nommée StopBlues sur la prévention du suicide ;
- réponse à l'appel à projets de la Mutuelle Sociale Agricole et de la Fondation de France sur le mal-être adolescent et la prévention du suicide ;
- actions de dé-stigmatisation en milieu scolaire et en population générale, en utilisant le principe de l'Arbre à Préjugés, en partenariat avec le Groupe d'Entraide Mutuelle de la Tortue qui Trotte et un collège de Rambouillet ;
- ouverture des instances avec l'arrivée prochaine de la présidente du GEM, puis d'un médiateur santé pair, et enfin, pour que le panel soit complet, de représentants de la société civile ;
- reportage vidéo par des jeunes adhérents de la Maison de Quartier, pour le suivi du développement du CLSM et en faire communication.

Les Groupements d'Entraide Mutuelle dans le territoire : bilan et perspective - *Carmen DELAVALOIRE, Œuvre Falret*

8 GEM sont ouverts dans les Yvelines dont trois dans les Yvelines Sud : les GEM du Chesnay, de Versailles, de Rambouillet et un projet de GEM à Maurepas.

Les GEM ont un cadre légal, la loi 2005. Une grande évolution a eu lieu en treize ans : au démarrage, existait une inquiétude générale sur la difficulté du projet et le risque de débordement lors de situation de crise. A présent, les adhérents sont porteurs d'une parole auprès des municipalités, des professionnels et des personnes concernées, qu'on

peut vivre avec les autres quand on est atteint de troubles psychiques, intégrer un collectif, s'animer ou animer des activités, et porter cette parole au-delà du GEM. Ces adhérents, eux-mêmes experts de leur santé ont réussi à nous sécuriser.

Le financement des GEM est porté par l'ARS, ce qui est très fort symboliquement : un financement sanitaire d'une structure à dimension sociale, mais qui apporte du bien-être, voire une meilleure santé. Cette organisation est enviée par des visiteurs étrangers. Dans le 78, il existe aussi des financements par le Conseil Départemental, par certaines municipalités ou associations. Les moyens humains, matériels et financiers sont réduits au minimum. 77 000 euros, c'est peu pour ouvrir un GEM six jours sur sept tout au long de l'année, mais il existe heureusement une solidarité qui fait que les gens nous proposent des bons plans.

Sur le plan juridique et gestionnaire, les GEM bénéficient de l'accompagnement par un organisme gestionnaire : le plus souvent une association du secteur médico-social, comme l'Oeuvre Falret, mais également d'autres associations, et en dernier lieu des établissements de santé. Les adhérents des GEM accompagnés par l'Oeuvre Falret ont à cœur d'être indépendants du secteur de la santé. Les GEM bénéficient également d'un parrainage, principalement l'UNAFAM, dans les Yvelines comme ailleurs, ce qui est tout à fait logique, puisque l'UNAFAM a porté les GEM depuis avant leur création. La nouvelle circulaire et le nouveau décret prévoient d'avoir un gestionnaire et un parrain indépendants. Ce duo permet de faciliter l'autonomie des adhérents, en les faisant bénéficier d'une écoute attentive et bienveillante pour développer des projets. Il permet aussi d'assurer une triangulation importante pour la régulation des relations.

L'objectif du GEM est de rompre l'isolement de la personne accueillie. Cette personne, futur adhérent devient par la suite accueillant. Ce changement de place, cette mobilisation aide à refaire société. Les troubles psychiques sont des troubles de la relation. Aller vers les autres implique reconnaître et se reconnaître la possibilité, le droit de créer du lien, d'être à l'origine de projets, de proposer et d'être vraiment écoutés. Le GEM, c'est aussi faire l'expérience concrète de sa citoyenneté : devenir adhérent, avoir des droits, mais également des devoirs, voter pour son association, pouvoir être critique, mais respecter le cadre pour être intégré dans le collectif. C'est habiter une autre place que celle de malade ou de personne prise en charge. C'est donc lutter contre la maladie par la relation.

Aucun critère n'est posé pour l'adhésion, car la maladie est une expérience partagée par le collectif. Elle devient une simple différence normalisée. Le GEM produit un effet sur l'écart par rapport aux normes sociales. Relativisé et partagé, celui-ci devient moins violent pour les adhérents. Le partage d'expérience est une dynamique d'empowerment importante, qui permet de sortir d'une causalité d'exclusion, de dévalorisation individuelle, pour tendre vers une causalité externe sociale. L'empowerment est vraiment une dimension essentielle au GEM. Les adhérents communiquent maintenant. Mais les choses se sont faites avec le temps.

Les GEM fonctionnent avec des permanents : un animateur ou une animatrice à temps complet, et à temps partiel un coordinateur, un responsable, un technicien de maintenance, lui-même ancien adhérent et embauché en CDI, un comptable mutualisé pour le GEM et d'autres établissements, des stagiaires, des bénévoles. Les capacités des animateurs en médiation et en régulation émotionnelle sont à saluer. Le GEM est aussi un

lieu d'échange d'informations, et l'animateur est également personne-ressource. Les équipes des permanents des GEM du Sud Yvelines de l'Oeuvre Falret bénéficient chaque mois d'un travail d'analyse des pratiques avec l'équipe de liaison de la CPT 78 Sud. C'est un élément très important, l'équilibre du GEM repose aussi sur l'équilibre de l'animateur.

Le cadre du GEM et ses règles de fonctionnement sont élaborées avec les adhérents qui avec le temps se sont constitués en association loi 1901. Un bilan d'activité rédigé avec les adhérents est transmis chaque année aux financeurs et aux partenaires. Une enquête annuelle est réalisée auprès des adhérents pour savoir ce qui est à améliorer, à poursuivre et à développer. Parmi les nombreuses activités et sorties proposées, les activités sportives, bien-être et santé sont très intéressantes car les personnes ont souvent un surpoids et pas d'activité physique.

Les adhérents assurent une permanence d'accueil et d'information sur tous les GEM en Ile-de-France, à la MGEN à Paris quinzième, à l'espace insertion formation. Et là, ils transmettent des informations au-delà de leur périmètre d'action. Ils deviennent des passeurs, et ils sont les meilleurs experts pour parler de leur expérience.

Le GEM est un lieu dédié à la restauration de soi, pour tous. Les personnes-ressources sont les adhérents eux-mêmes, les professionnels, le réseau, les partenaires. Cette offre souple et diversifiée est innovante. On ne se chronicise pas au GEM, et c'est ce qui permet justement de toujours imaginer le projet et de le vivre en permanence en évolution.

A partir de 2019, il est prévu de créer plus de cent nouveaux GEM dans toute la France. Mais cette reconnaissance ne doit pas conduire à griller les étapes. Créer et faire fonctionner un GEM prend du temps, ce dont l'ARS doit avoir conscience.

Mais dès à présent il est possible de prendre appui sur ce dispositif pour être un relai en dehors des structures de soins et d'accompagnement, et pour poser un regard différent sur ce que font les personnes vivant avec une maladie psychiatrique.

Soutenir la citoyenneté par l'accès aux activités. Exemple de l'activité physique adaptée - Louis-Philippe MENANT, Comité départemental FFSA des Yvelines

Le sport a une grande capacité à favoriser une croissance intelligente, durable et inclusive, la création d'emploi ; le sport intervient dans l'éducation, l'information et la santé publique, il participe à la cohésion sociale en faisant tomber les barrières sociales ; il peut participer à l'inclusion des personnes en situation de handicap, sur lesquelles il permet aussi de changer les regards.

Les personnes souffrant de pathologies mentales ont une diminution de l'espérance de vie de 20 % par rapport à la population générale. Il s'agit pour l'essentiel de la conséquence de pathologies évitables par une meilleure hygiène de vie et de meilleurs soins. Des études ont également établi que le sport n'est pas seulement bon pour la santé mais qu'il est également thérapeutique. Ainsi l'OMS recommande la pratique d'une activité physique pour les troubles psychiques relevant d'une ALD. Ce point est détaillé sur le site vidal.fr.

La Fédération de sport adapté (FSA) s'adressait initialement aux personnes de tout âge en situation de handicap mental. Elle en a eu la délégation en 1971, et la nouvelle loi de 2005 a étendu cette délégation aux personnes présentant un handicap psychique. La FSA a un dispositif d'inclusion par le sport dans lequel un certain nombre de disciplines sont représentées comme le ski alpin ou le ski nordique. Les difficultés des personnes handicapées mentales ou handicapés psychique ne sont pas les mêmes, et il peut exister d'importantes différences de degré de déficience. Globalement, ces difficultés se traduisent par un temps d'apprentissage plus long, des difficultés de compréhension, d'expression, des difficultés motrices, de schéma corporel, de temporalité.

La FSA est une fédération multisport, elle comporte 63 000 licenciés ce qui en fait une petite fédération. En plus des pratiques sportives de haut niveau qui visent à changer l'image du handicap, la fédération est sollicitée pour aider au développement de pratiques de loisir, en découverte mais surtout pour assurer des pratiques régulières.

La FSA dans les Yvelines a repris en 2013 et comporte 674 licenciés dans 18 clubs. Il s'agit donc de progresser et de se faire connaître. L'équipe se compose d'un comité directeur et d'un cadre technique fédéral pour mettre en place les activités.

Le soutien au développement du sport adapté implique de le faire connaître et de solliciter les différents acteurs afin de diversifier l'offre. L'idée est de s'appuyer sur les organisations existantes et de leur apporter une aide pour qu'elles se développent et accueillent des personnes en situation de handicap mental et psychique. Lorsque c'est possible, l'intégration de ces personnes dans des clubs ayant une section sport adaptée et une section valide crée une mixité à l'intérieur de ces clubs. Alors que les actions ont essentiellement porté sur les adultes, la demande est à présent forte pour les enfants, en particulier de 8-9 ans.

Lorsque les établissements demandeurs n'ont pas la capacité de mettre en place des activités sportives régulières, il est possible de leur mettre à disposition le cadre technique pendant une heure ou deux. Mais l'essentiel du travail est un travail d'organisation, de développement, de mise en lien, de coordination et de sécurisation des activités physiques et sportives pour les personnes en situation de handicap mental ou psychique. Il s'agit également d'aider à trouver des solutions pour les déplacements et les contraintes d'encadrement, de susciter des intérêts, de se faire rencontrer des partenaires potentiels, des clubs et des établissements, d'aider à trouver des équipements, à regrouper les demandes, à faire une cartographie des ressources. La FSA est là pour servir d'intermédiaire et trouver une solution, aller à la rencontre des acteurs.

La FSA travaille également à la mise en place d'activités de découverte ou de séjours en partenariat avec l'UCPA, de journées départementales de sport adapté pour jeunes compétiteurs, des jeux départementaux Yvelinois 2019-2020. Il s'agit d'un chantier important conduit avec 4 associations gestionnaires DELOS, Avenir, Confiance et Handi Val de Seine, chacune constituant deux équipes issues de deux établissements, qui doivent se rencontrer dans plusieurs disciplines sportives, (judo, rugby, tennis de table, football et pétanque, sport demandé). Enfin nous avons été sollicités par le Conseil départemental pour mettre en place des activités autour des Jeux olympiques.