

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE
PREALABLE A L'ELABORATION DU PROJET
TERRITORIAL DE SANTE MENTALE EN SEINE-ET-
MARNE

Décembre 2019

TABLE DES MATIERES

I. Contexte : du diagnostic partagé en santé mentale au projet territorial de santé mentale.....	6
1. Une démarche de déclinaison des politiques de santé mentale au plus près des territoires	6
2. Préalable au PTSM de la Seine-et-Marne.....	7
II. Méthodologie d'élaboration du diagnostic	9
1. Cadrage / lancement de la mission	9
a. Lancement auprès des acteurs du territoire.....	9
b. Installation de la gouvernance de l'élaboration du PTSM.....	9
c. Etude documentaire	10
d. Entretiens exploratoires	10
2. Conduite du diagnostic	11
a. Questionnaires.....	11
b. Réunion des groupes de travail thématiques	12
III. Caractéristiques générales de la Seine-et-Marne.....	12
1. Aspects socio-démographiques	12
a. Description synthétique de la population.....	12
b. Indicateurs épidémiologiques en santé mentale.....	17
2. Offre de prise en charge en santé mentale.....	19
a. Structures de psychiatrie publique et privée	19
b. Dispositifs de coordination institutionnelle	23
c. Dispositifs de coordination des parcours.....	24
d. Etablissements et services médico-sociaux	24
IV. Ressources humaines en santé mentale	25
1. Une inégale répartition des moyens au sein de la région Ile-de-France	25
2. La psychiatrie submergée de demandes hors de son cœur de mission	29
3. Un manque de visibilité sur la dotation financière du département en psychiatrie	29
4. Analyse des causes et des leviers en matière de démographie médicale en psychiatrie.....	30
5. Un équipement médico-social plus satisfaisant mais peu doté en personnel soignant.....	33
6. Une pénurie de professionnels du premier recours	36
a. Une offre libérale en souffrance	36
b. Un manque de postes de médecins généralistes pourvus en établissements.....	38
SYNTHESE – RESSOURCES HUMAINES EN SANTE MENTALE.....	40
V. Premier recours et urgences.....	41
1. Les soins de premier recours	42

a.	Repérage, orientation, prévention	42
b.	Un accès insatisfaisant aux soins somatiques pour les personnes avec troubles psychiques sévères et persistants	43
2.	La gestion des situations de crises et d'urgences.....	44
a.	Des adressages inadaptés, un travail à mener sur la gradation des recours	44
b.	Une coordination difficile des acteurs de l'urgence.....	44
c.	Des partenariats avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à renforcer	45
d.	Une organisation de la prévention de la récurrence suicidaire à développer	46
	SYNTHESE – PREMIER RECOURS ET URGENCES	47
VI.	Précarité et santé mentale	48
1.	Offre de soin psychiatrique pour les publics précaires	48
2.	Prise en charge en santé mentale des personnes en situation de grande précarité.....	50
a.	Repérage, orientation, accès aux soins.....	50
b.	Logement.....	51
c.	Coordination / partenariats	52
3.	Public des personnes migrantes.....	52
4.	Public des personnes sous main de justice	53
	SYNTHESE – PRECARITE ET SANTE MENTALE	55
VII.	Réhabilitation psychosociale	56
1.	Organisation du processus de réhabilitation psychosociale en psychiatrie	56
a.	Un manque de lisibilité de l'offre existante	56
b.	Des dispositifs de réhabilitation psychosociale en cours de mise en place	57
c.	Des hospitalisations longues encore existantes, un manque parfois de sensibilisation à l'inclusion	58
2.	L'articulation des soins psychiatriques avec les accompagnements médico-sociaux	59
a.	Un manque de structures d'évaluation « en proximité », nécessaires à des orientations adaptées	59
3.	Organisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux pour la formation, l'emploi, le logement, la vie sociale	59
a.	L'accueil dans les ESSMS.....	59
b.	Un besoin de soutien par la psychiatrie.....	60
c.	Un besoin d'organiser l'accompagnement de façon graduée	60
	SYNTHESE – REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	61
VIII.	Santé mentale des personnes âgées	62
1.	Offre de soins pour les personnes présentant des troubles psychiatriques après 70 ans	62

2. Repérage de l'offre de soins pour les personnes âgées	68
a. Une confusion psychiatrie / gériatrie.....	68
b. Le repérage et la coordination des acteurs	69
c. La formation et la sensibilisation des acteurs	69
3. Accès aux soins psychiatriques et aux accompagnements médico-sociaux pour les personnes âgées	70
a. Zones de rupture de parcours identifiées.....	70
b. Accès aux accompagnements et hébergements médico-sociaux.....	70
c. Accès aux soins somatiques.....	71
SYNTHESE – SANTE MENTALE DES PERSONNES AGEES.....	73
IX. Addictions et santé mentale	74
1. Structuration et repérage de l'offre de prise en charge en addictologie	74
a. Structures médico-sociales	74
b. Structures sanitaires	75
c. Associations d'usagers	76
2. Accès aux soins psychiatriques des personnes suivies par les structures de l'addictologie	77
a. Accès aux structures de la psychiatrie de secteur	78
b. Coordination des interventions	78
3. Accès aux soins et accompagnements en addictologie pour les patients de la psychiatrie	79
4. Accès aux soins et accompagnements en addictologie pour les usagers des ESMS	79
5. Freins économiques à l'accès aux soins en addictologie et en psychiatrie	80
SYNTHESE – ADDICTIONS ET SANTE MENTALE	80
X. Prise en charge des enfants et adolescents en santé mentale	81
1. Repérage et évaluation des troubles	82
2. Accès aux soins psychiatriques.....	83
a. Un manque de ressources humaines.....	83
b. Des pistes pour décongestionner l'offre.....	84
c. Les enfants de réfugiés, les mineurs non accompagnés	84
3. Coordination entre les secteurs / acteurs de la prise en charge	84
a. Des liens de proximité à renforcer entre partenaires	84
b. Une coordination psychiatrie / médico-social positive, à penser de façon précoce et structurée, et à étendre	85
SYNTHESE – SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS	86
XI. Annexes.....	87
1. Glossaire.....	87

2. Références, documents utilisés.....	89
3. Questionnaire Acsantis distribué aux acteurs de la psychiatrie du territoire.....	90
4. Cartes de la sectorisation de Seine-et-Marne en psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile.....	108

I. CONTEXTE : DU DIAGNOSTIC PARTAGE EN SANTE MENTALE AU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

1. UNE DEMARCHE DE DECLINAISON DES POLITIQUES DE SANTE MENTALE AU PLUS PRES DES TERRITOIRES

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». La santé mentale est ainsi un concept qui dépasse la simple maladie mentale. En conséquence, la santé mentale concerne d'une part les professionnels de la psychiatrie et d'autre part un ensemble d'acteurs dont le champ de compétences peut avoir une incidence sur la santé mentale d'une population. Cette acception large de la santé mentale apparaît d'autant plus importante qu'on estime aujourd'hui qu'« une personne sur cinq sera un jour atteinte d'une maladie psychique ». On estime par ailleurs que « les troubles psychiques et maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart des Français, compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients¹».

Aussi, sous les effets combinés de la démographie déclinante des professionnels de la psychiatrie et des difficultés rencontrées par les personnes souffrant de troubles psychiques dans leur parcours de soins comme dans leur parcours de vie, la santé mentale doit être organisée à un niveau territorial pour à la fois réduire les inégalités territoriales d'accès à la prévention, au diagnostic, aux soins et à l'accompagnement tout en favorisant la coordination entre tous les acteurs et la continuité des services.

Dans la loi du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé, **cette politique repose sur l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale** (PTSM), dont l'objet est « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de soins et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

Les objectifs du PTSM, précisés dans le décret du 27 juillet 2017, sont de :

- Favoriser 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 ;
- Permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

¹ Psychiatrie : mutations et perspectives – Actualité et dossier en santé publique n°84, *revue du Haut Conseil de Santé Publique*, septembre 2013.

Pour ce faire, un projet territorial de santé mentale doit se fonder sur **un diagnostic partagé en santé mentale**. Il constitue **un état des lieux des ressources disponibles, des insuffisances de l'offre de prévention et de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux et de l'accessibilité, la coordination et la continuité des services** au regard des besoins de la population. Cette phase de diagnostic doit permettre également de préconiser des actions pour remédier aux dysfonctionnements.

Les PTSM ont donc vocation à répondre à des problématiques particulières et décliner de ce fait les objectifs généraux pour proposer une réponse adaptée au territoire concerné, centrée sur l'accès à toutes les modalités souhaitables de soins et sur la continuité de la prise en charge.

Pour cela, le diagnostic doit intégrer non seulement les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi les représentants des usagers – patients et familles – des politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les représentants des contrats locaux de santé et des conseils locaux de santé mentale s'il en est.

Selon le décret de juillet 2017, le diagnostic et le Projet Territorial de Santé Mentale qui en découlent doivent notamment traiter les axes thématiques suivants :

- Le repérage précoce et l'accès aux soins psychiatriques
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- L'accès aux soins somatiques
- Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en vue du rétablissement des personnes et de leur inclusion sociale
- Les populations aux besoins spécifiques
- La promotion des droits et les déterminants sociaux et environnementaux du bien-être

2. PREALABLE AU PTSM DE LA SEINE-ET-MARNE

En amont de l'élaboration du PTSM, une commission spécialisée santé mentale (CSSM) s'est formée au sein du conseil territorial de santé (CTS) du département de la Seine-et-Marne courant 2017, et a commencé à identifier plusieurs problématiques.

Le projet territorial de santé mentale doit prendre en compte les enjeux relatifs à l'affaiblissement de la ressource humaine en santé mentale dans le département. La commission santé mentale a en effet exprimé une préoccupation importante sur le problème d'attractivité du département pour les professionnels de santé mentale, les ressources régionales étant absorbées par Paris et la petite couronne.

La Seine-et-Marne présente des densités médicales (généralistes et spécialistes) parmi les plus faibles de France. Elle se classe 96^{ème} en termes de ressources médicales sur 101 départements. On y enregistre une diminution des effectifs médicaux toutes spécialités confondues, qui s'accroît chaque année au regard de la pyramide des âges des médecins dans le département.

Si les PRS 2013-2017 et 2018-2022 ont déjà permis la mise en place d'une stratégie territoriale concernant la démographie médicale (réalisation d'un diagnostic territorial commun et identification de zonages d'intervention prioritaire, mise en place de partenariats, d'aides à l'installation, de soutien à la création de MSP...), le PTSM devra poursuivre cette dynamique par l'identification de voies d'amélioration et de pistes à ouvrir en termes d'attractivité, de recrutement et de formation afin de compenser cette absence de ressources humaines, que ce soit en milieu hospitalier ou en ville.

En matière d'allocation des ressources pour la psychiatrie, le département de la Seine-et-Marne fait partie des trois départements cibles prioritaires du PRS 2018-2022, identifiés à partir des indicateurs d'offre et de recours au soin.

La CSSM a donc identifié la question des stratégies concernant les ressources humaines en santé mentale comme un des axes principaux du futur PTSM.

Plus largement, la CSSM a souhaité structurer le diagnostic préalable, et le PTSM, autour des thématiques et questionnements prioritaires suivants :

- **Ressources humaines en santé mentale** – Il s'agit donc de la préoccupation principale des acteurs du fait notamment de la vacance de postes de psychiatres et pédopsychiatres hospitaliers et du faible nombre de psychiatres libéraux implantés sur le territoire.
- **Premier recours et urgences** – Il s'agissait de traiter la question – préoccupante – de la faiblesse des ressources humaines en médecine générale sur le territoire : comment composer avec cette faiblesse tout en garantissant un suivi somatique aux patients de la psychiatrie, et des relais en médecine de ville, pour le repérage et le suivi des troubles psychiques ? Par ailleurs, il s'agissait également de questionner les modalités de réponse en urgence aux besoins de soins des personnes souffrant de troubles psychiques, en cas de crises et de soins non programmés. La question des soins sans consentement devait également être traitée.
- **Précarité et santé mentale** – Compte tenu de la prévalence des troubles psychiques au sein des publics en grande précarité, de l'importance de ces publics en Seine-et-Marne (de nombreux centres d'hébergement d'urgence et de personnes migrantes y sont installés), et du sentiment des acteurs de la psychiatrie d'être submergé de demandes sociales plus que médicales, ce thème devait faire l'objet d'une attention particulière.
- **Réhabilitation psychosociale** – La réhabilitation psychosociale, visant à articuler parcours de soins et parcours de vie, et dans le même temps à décroiser les champs de la psychiatrie et de l'accompagnement social / médico-social vers l'inclusion, fait partie des priorités nationales en santé mentale. Son développement est inscrit dans la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie². Des initiatives étant en projet de déploiement sur le territoire, ce champ d'intervention a été intégré dans la colonne vertébrale du PTSM.
- **Santé mentale des personnes âgées** – La problématique du vieillissement renvoie à la fois à l'avancée en âge des personnes avec des troubles psychiques et à la polyopathie du sujet âgé atteint de troubles neurodégénératifs. Il s'agissait de traiter ce public à travers la pluralité des filières de prise en charge (psychiatrie générale, psychiatrie du sujet âgé, gériatrie, secteur médico-social) d'identifier les points de rupture entre ces différentes offres, et les pistes d'améliorations pour des parcours sans rupture.
- **Addictions et santé mentale** – Il s'agissait de bien intégrer la thématique des addictions comme faisant entière partie du champ de la psychiatrie et de la santé mentale, et de porter une attention particulière aux parcours des personnes présentant des troubles addictifs.
- **Prise en charge des enfants et des adolescents en santé mentale** – Les difficultés de prise en charge en pédopsychiatrie et de suivi des adolescents et le renforcement des articulations entre les prises en charge à l'hôpital, en libéral, en milieu médico-social, compte tenu des

² Ainsi que dans l'instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, qui vise à « accompagner les ARS dans l'organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale. »

besoins croissants du département où la part des jeunes est importante et les ressources psychiatriques sont limitées, devaient faire l'objet d'une attention spécifique.

Le travail de diagnostic préalable, puis d'élaboration du PTSM, s'est donc organisé autour de ces thématiques, avec une attention continue à l'intégration des axes définis par le décret du 27 juillet 2017 dans chacune de ces thématiques.

II. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU DIAGNOSTIC

La méthodologie retenue pour le diagnostic s'est déroulée en deux phases principales.

1. CADRAGE / LANCEMENT DE LA MISSION

a. Lancement auprès des acteurs du territoire

Le lancement de la démarche PTSM s'est fait en amont de l'accompagnement par le cabinet Acsantis, au travers d'une journée de lancement organisée sur le territoire par la CSSM, le 19 décembre 2018.

Cette journée a permis de présenter la démarche PTSM et les groupes de travail thématiques élaborés autour de chacun des 7 thèmes retenus comme prioritaires. La journée a permis aux personnes présentes de s'inscrire (ou d'inscrire leur équipe) dans les groupes de travail. Ceux-ci ont recueilli entre 30 et 50 inscriptions chacun. Les groupes ont été marqués par la variété des champs d'intervention et des appartenances professionnelles de leurs membres. Le faible nombre de praticiens hospitaliers en psychiatrie sur le territoire a « obligé » une mobilisation importante d'un petit nombre d'entre eux, mais aussi des autres corps professionnels (social, médico-social, Education nationale, etc.), et cette pluralité des points de vue a beaucoup fait pour la richesse du PTSM.

b. Installation de la gouvernance de l'élaboration du PTSM

Le cadrage de la mission s'est fait ensuite entre les différentes parties prenantes : la délégation départementale de l'ARS, la CSSM. Il a permis de valider la méthode proposée par Acsantis, mais aussi de mettre en place les instances de gouvernance de la démarche d'élaboration du PTSM :

- Le **COPIL**, en charge de la validation du diagnostic et du PTSM, a été confié à la CSSM.
- Le **COTECH**, en charge de nourrir les thématiques et de réaliser les premiers arbitrages, a été confié aux référents de groupe. Un binôme de référents volontaires au sein de chaque groupe de travail a été sollicité et validé par la CSSM, en essayant de représenter autant que possible le « découpage » Nord/Sud du département, et les différents champs professionnels de la santé mentale.
- 7 **groupes de travail** ont été mis en place pour chaque thématique, avec 30 à 50 participants par groupe, inscrits lors de la journée de lancement organisée par la CSSM en décembre 2018.
- Un **référént PTSM au sein de la délégation départementale de l'ARS**, a été mis en place, et positionné comme interlocuteur « quotidien » du cabinet en charge de l'accompagnement. 7 **groupes de travail** ont été mis en place pour chaque thématique, avec 30 à 50 participants par groupe, inscrits lors de la journée de lancement organisée par la CSSM en décembre 2018.

Groupes de travail	Référents
Ressources humaines en santé mentale	Dr Patrick Frémont, GHEF Marne-la-Vallée
Premier recours et urgences	Dr Yves Rigal, CDOM et SOS médecins Dr Omar Belkhodja, GHEF Marne-la-Vallée
Précarité et santé mentale	M Thierry Faucher, RVH 77 M Gérard Placet, la Rose des vents
Réhabilitation psychosociale	Dr Nouara Mobarek, GHSIDF Melun Dr Vincent Mahé, GHEF Meaux
Santé mentale des personnes âgées	Mme Sandrine Simon, PAT de Fontainebleau Dr Véronique Epain, GHEF Marne-la-Vallée
Addictions et santé mentale	Mme Odile Vitte, CSAPA APS Contact Dr Muriel Lemaire, CSAPA Le Carrousel, GHSDIF Melun
Santé mentale des enfants et des adolescents	Mme Muriel Camus, DSDEN 77 Dr Catherine Virevialle, CHSSM Nemours

Tableau 1. Composition du COTECH, référents des groupes de travail thématiques

c. Etude documentaire

Le périmètre de la littérature nécessaire à la réalisation du diagnostic a été validé pendant le cadrage puis complété. Il comportait des documents relatifs aux orientations stratégiques nationales (Feuille de route Santé mentale et psychiatrie...), régionales (PRS 1 et bilan, PRS 2, ...) et départementales (projets médicaux partagés des deux GHT, documents cadres des AAP et AMI déployés par l'ARS, schémas départementaux, ...) ; ainsi que des documents relatifs à l'offre disponible sur le territoire.

d. Entretiens exploratoires

Des entretiens ont été réalisés avec des acteurs pilotes du département représentatifs des différents champs d'intervention en santé mentale (psychiatrie, médico-social, sanitaire hors psychiatrie). Ces acteurs ont été identifiés par la DD ARS et la CSSM. Les entretiens visaient à recueillir leur point de vue sur les différents thèmes retenus comme colonne vertébrale du PTSM, mais aussi leurs attentes vis-à-vis du PTSM.

Secteur	Nom	Fonction	Institution
ARS	Dr Pascale Gilbert	▪ Conseillère médicale	▪ ARS 77
Psychiatrie publique	Dr Isabelle Latinis-Héritier	▪ Chef de service ▪ Présidente	▪ GHEF Marne-la-Vallée ▪ CSSM
	Dr Nouara Mobarek	▪ Chef de pôle	▪ CHSIDF Melun / CSSM
	Dr Catherine Virevialle	▪ Chef de pôle	▪ CHSSM Nemours
Médico-social	Christine Gauthier	▪ Directrice d'établissements - GEM	▪ Fondation des Amis de l'Atelier
	Odile Vitte	▪ Directrice ▪ Déléguée régionale adjte	▪ CSAPA APS contact ▪ Fédération Addiction
	Gérard Placet	▪ Directeur de structures	▪ La Rose des vents

		médico-sociales	
Sanitaire	Dr Nicolas Vignier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin ▪ Coordonnateur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RHV sud 77 ▪ PASS CH Melun

Tableau 2. Liste des entretiens exploratoires conduits

Il était également prévu d'interroger un représentant du Centre hospitalier de Provins, mais cet établissement connaissant une pénurie particulièrement importante en praticiens hospitaliers en psychiatrie, cette demande n'a pas abouti.

2. CONDUITE DU DIAGNOSTIC

a. Questionnaires

Des questionnaires ont été élaborés grâce aux premières données recueillies dans l'analyse documentaire et par les entretiens exploratoires, afin de recueillir les points de vue des acteurs du territoire plus largement. Le questionnaire a été décliné en différentes versions selon les acteurs visés (acteurs de la psychiatrie publique et libérale / acteurs du secteur médico-social / acteurs du premier recours / personnes concernées et aidants / acteurs du champ de l'inclusion, partenaires et élus.

Ces questionnaires comportaient différents champs alignés sur les thématiques du décret du 27 juillet 2017 :

- Diagnostic / repérage précoce
- Coordination et parcours
- Accès aux soins psychiatriques
- Accès aux soins somatiques
- Gestion des crises et des urgences
- Réhabilitation psychosociale et éducation thérapeutique
- Accompagnement social et médico-social
- Accès au logement
- Respect et promotion des droits des personnes
- Prévention « grand public »

Ils ont été très largement renseignés : 427 répondants se sont mobilisés, ce qui témoigne là encore d'un investissement très important des acteurs du territoire dans le PTSM.

b. Réunion des groupes de travail thématiques

Pour chaque thème abordé, à partir d'un support dressant les contours du thème définis par le PTSM et ses enjeux prioritaire déterminés grâce au travail exploratoire et aux échanges avec les référents de groupe, cette 1^{ère} réunion³ des groupes de travail visait à alimenter le diagnostic sur chaque thématique : principaux points de rupture, freins, principales pistes d'amélioration et leviers, expériences pilotes déjà présentes sur le territoire. Le diagnostic s'est en effet efforcé de relever les manques rapportés par les acteurs du territoire, de les objectiver avec les données disponibles, de les questionner sur le plan qualitatif, et d'identifier les initiatives ayant été expérimentées ou à expérimenter pour diminuer et/ou pallier ces manques.

Ces réunions de travail ont fait l'objet d'une très forte mobilisation des acteurs : plus que de répondre définitivement aux questions posées, elles ont ouvert des espaces de parole dont ils se sont saisis avec enthousiasme, exprimant le besoin d'un espace de communication pluriprofessionnel et intersectoriel sur un territoire dont la grande taille ne facilite pas les rencontres. Cette dynamique, riche et appréciée de l'ensemble des acteurs est un effet direct du PTSM, sur un territoire où la faiblesse des RH en psychiatrie rend les coopérations avec les partenaires indispensable.

Le diagnostic a ensuite fait l'objet d'un travail de précision et d'un premier arbitrage en COTECH puis a été **présenté en COPIL et validé le 27 mars 2019**.

III. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA SEINE-ET-MARNE

1. ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

a. Description synthétique de la population

- **Indicateurs populationnels**

Le territoire de la Seine-et-Marne représente près de la moitié de la région Ile-de-France en superficie (49,5%). De tradition rurale, il comporte un grand nombre de petites communes.

Depuis les années 1990, la Seine-et-Marne connaît une forte explosion démographique avec une augmentation annuelle de 20.000 habitants. Cette croissance est plus importante dans les villes nouvelles telles que Marne-la-Vallée et Sénart, ce qui se traduit par une répartition inégale de la population sur le territoire.

En 2016, la Seine-et-Marne comptait 1.397.665 habitants, soit 11,5% de la population totale d'Ile-de-France (tableau 1). Cinq villes dépassaient alors le seuil de 30.000 habitants : Chelles, Meaux, Melun, Pontault-Combault et Savigny-le-Temple.

Il s'agissait du département francilien ayant la plus faible densité de population – près de 5 fois inférieure à celle de la région (tableau 1). Le Sud et l'Est du département restent encore relativement ruraux, bien que toute la frange Ouest (la plus proche de Paris) se soit urbanisée, notamment autour des villes de Chelles et de Marne-la-Vallée.

Si l'agriculture conserve une part importante de l'activité, la position géographique du département en fait aujourd'hui un lieu important d'activité économique dans la logistique et le transport.

³ Au total, 3 réunions des groupes de travail thématiques ont eu lieu pour l'ensemble de l'élaboration du PTSM : une 1^{ère} séance pour la phase de diagnostic, puis 2 autres pour l'élaboration du plan d'action et des fiches actions.

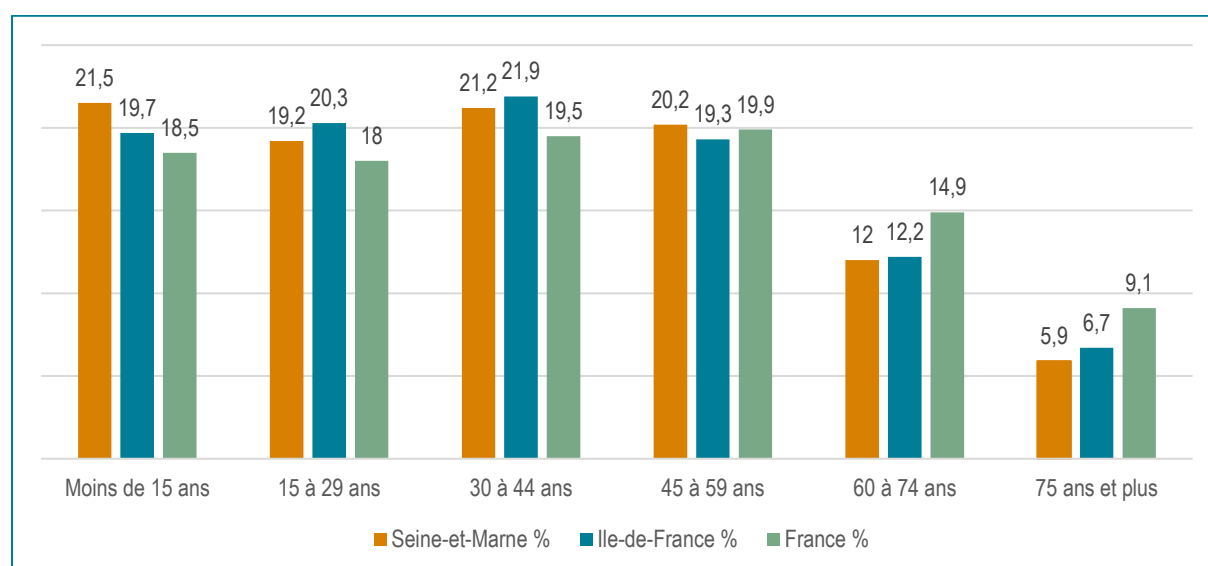
	Seine-et-Marne	Île-de-France
Population en 2016	1.397.665	12.117.131
% de la population francilienne en 2016	11,5	100
Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2016	236,3	1.008,7
Superficie (en km²)	5.915,3	12.012,3
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	0,9	0,4
Dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	0,8	0,9
Dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	0,1	-0,5
Nombre de ménages en 2016	546.481	5.141.444

Tableau 3. Indicateurs populationnels de la Seine-et-Marne. INSEE RP2011 et RP2016

Entre 2011 et 2016, la Seine et Marne a connu une variation positive de sa population (+ 0,9% par an en moyenne) qui s'explique par des soldes migratoires mais surtout naturels positifs (tableau 3). D'après les projections de l'INSEE, cette situation devrait se confirmer puisque d'ici 2030 la population devrait croître de 10,9%, soit deux fois plus que l'ensemble de la population francilienne (tableau 4).

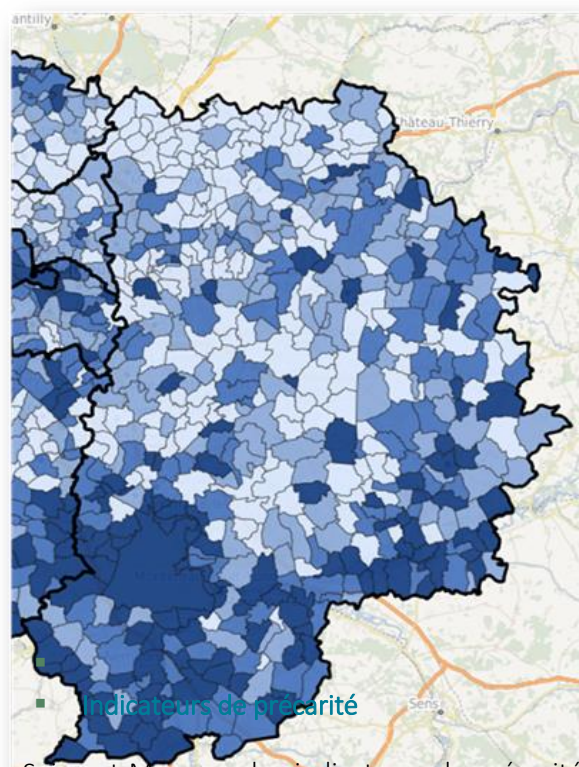
	Seine-et-Marne	Ile-de-France	France
Effectif en 2030	1.514.000	12.595.000	70.056.000
Evolution 2013-2030 (%)	10,9	5,3	6,5

Tableau 4. Evolution de la population à venir. INSEE - Omphale 2015 - 2013



Graphique 1. Répartition de la population par classes d'âge. INSEE 2013

La répartition de la population par classe d'âge de la Seine-et-Marne correspond globalement à celle de la région Ile-de-France. La population y était plus jeune en 2013 qu'à l'échelle nationale avec 21,5 % de moins de 15 ans et 19,2% de 15 à 29 ans pour réciproquement 18,5% et 18% à l'échelle nationale. La proportion des personnes de plus de 60 ans était quant à elle inférieure aux moyennes régionales et nationales (graphique 1). Néanmoins, l'indice de vieillissement présente des taux particulièrement forts dans le sud du territoire ainsi que les secteurs du provinois (carte 1).



Carte 1. Cartographie de l'indice de vieillissement en Seine-et-Marne. Source : ARS



La Seine-et-Marne a des indicateurs de précarité légèrement en deçà de la moyenne nationale. Le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté est inférieur aux valeurs régionales et nationales, quelle que soit la classe d'âge considérée (tableau 5). Néanmoins, la population de la Seine-et-Marne est légèrement plus pauvre que celle de la région, une différence de revenus médians de 300€ mensuels était relevée en 2013 (tableau 6).

	Seine-et-Marne en %	IDF en %	France en %
- de 30 ans	17	19,5	22,8
30 - 39 ans	13,4	16,5	16,7
40 - 49 ans	12,7	17,5	16,9
50 - 59 ans	10,6	15,7	14
60 - 74 ans	7,3	12	9,3
+ de 75 ans	6	7,3	8,9
Total	11,4	15,4	14,5

Tableau 5. Ménages vivant sous le seuil de pauvreté (à 60%). INSEE, DGFIP, Filosofi, 2013

En 2015, selon l'INSEE, le taux de pauvreté de la Seine-et-Marne est passé à 11,8%.

Revenus	Seine-et-Marne	Île-de-France
---------	----------------	---------------

Nombre de ménages fiscaux en 2015	527.840	4.866.994
Part des ménages fiscaux imposés en 2015 (%)	64,9	66,1
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2015 (€)	22.339	22.639

Tableau 6. Indicateurs de revenus en Seine-et-Marne. Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa.

Le taux de chômage en Seine-et-Marne est également légèrement en deçà du taux en région, et bien en deçà du taux national (tableau 7). Néanmoins, en 2016 la part de la population de plus de 15 ans sans diplôme en Seine-et-Marne (27,6%) était plus élevée que celle de la moyenne de l'Île de France (25,45), selon les données de l'INSEE.

	Seine-et-Marne	Île-de-France	France
Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2016	456.234	5.691.029	26.343.023
Dont part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2016, en %	88,9	89,1	86,8
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	0,6	0,1	0,0
Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2016	76,6	76,3	73,8
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2016	11,6	12,7	14,1

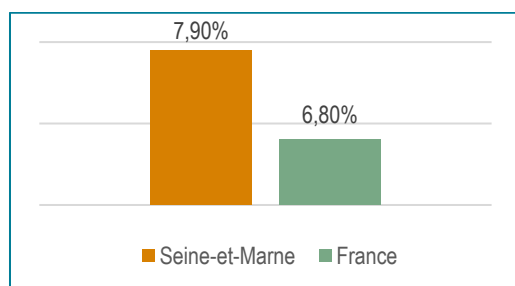
Tableau 7. Indicateurs de chômage en Seine-Marne. INSEE 2016

Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) est également plus faible que celui de la région et de la France entière. Il est plus important chez les femmes que chez les hommes, à l'inverse des dynamiques régionales et nationales (tableau 8).

	Seine-et-Marne en %	Ile-de-France en %	France en %
Total	17	19,5	22,8
Femmes	13,4	16,5	16,7
Hommes	12,7	17,5	16,9

Tableau 8. Bénéficiaires du régime CMUC parmi les consommateurs régime général. Source CNAMTS, ARS, 2015

Les taux d'AME (aide médicale d'Etat, dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins) est en revanche plus élevé que dans la France entière, ce qui s'explique par la présence sur le territoire de centres d'hébergement pour personnes migrantes (graphique 2).



Graphique 2. Bénéficiaires de l'AME en Seine-et-Marne – CNAMTS, ARS - 2014

Dès 2014, la densité des places d'hébergement social en Seine-et-Marne était en dessous de la densité régionale, mais celle des places à destination des demandeurs d'asile était légèrement plus importante (tableau 9). Depuis, plusieurs centres pour personnes migrantes et demandeurs d'asile ont encore été ouverts, mais les chiffres précis ne sont pas disponibles. Cet écart s'explique par les caractéristiques géographiques du territoire (vaste, peu peuplé, proche de Paris, etc.).

	Seine-et-Marne	Ile-de-France	France
Densité de places d'hébergement social Pour 100.000 hab.	69,5	137,6	93,3
Densité de places d'hébergement social en CADA Pour 100.000 hab.	38,3	35,4	37,8

Tableau 9. Equipement en hébergement social en Seine-et-Marne. Finess, DJRCS, DGCS, Scoresanté - 2014

▪ **Disparités infra territoriales notables**

La démographie médicale est hétérogène sur le département. La situation dégradée, que l'on sait générale, s'illustre dans la densité de médecins généralistes.

La commune de Fontainebleau, d'un niveau économique supérieur au reste du département, présente en effet la densité la plus importante avec 16 médecins pour 10.000 habitants (tableau 10).

A l'inverse, le « croissant » constitué par les zones frontalières du département, au Nord, au Sud et à l'Est, représente un infra territoire davantage en difficulté que le reste du département. Il s'agit de zones rurales, peu accessibles en termes de transports, peuplé de personnes souvent non originaires du département et parfois migrantes, qui subissent un isolement important par rapport au reste du département, et vis-à-vis de Paris. Ainsi par exemple les villes de Souppes-sur-Loing et Provins enregistrent des taux de chômage respectivement de 20,5% et 22,3%. La commune de Provins a un taux de pauvreté de 25,5%. Cette frange du territoire, composée d'une multiplicité de petites communes qui ne sont pas toujours regroupées en communauté d'agglomérations (et de fait disposent de peu de moyens) a une densité de médecins généraliste particulièrement critique, comme la Ferté-sous-Jouarre qui enregistre 4,6 médecins généralistes pour 10.000 habitants (tableau 10).

Taux de chômage	Part de la population	Bénéficiaires CMU-C	Taux de pauvreté	Densité de MG (pour 10.000)
-----------------	-----------------------	---------------------	------------------	-----------------------------

	sans diplôme			hab.)	
France	14.1%	29.5%	4 585 784	14.2%	9
Région	12.7%	25.5%	905 445	15.7%	7.5
Département	11,6%	30%	84 008	11,8%	6,6
Fontainebleau	10,1%	17,9%	908	13,1%	16
Melun	16,6%	32,8%	9635	24.5%	14,3
Chelles	12%	28,7%	5369	14,8%	5,8
Meaux	16%	33,9%	8526	22,2%	12,3
Coulommiers	15,3%	38,2%	1837	17,2%	13,2
Nemours	18%	41,4%	1962	22,9%	8,2
Montereau-Fault-Yonne	25%	47.8%	5177	35.7%	11.1
Souppes-sur-Loing	20,5%	38%	602	19%	9,2
Provins	22,3%	41,6%	1996	25,5%	9,4
La Ferté-sous Jouarre	14,1%	34,1%	774	13,5%	4,6

Tableau 10. Principaux indicateurs socio-démographiques par infra territoires communaux du département. INSEE, Observatoire des inégalités – 2016, 2017

b. Indicateurs épidémiologiques en santé mentale

▪ Taux de personnes en ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée) et consommations de médicaments

En 2016 (selon les données CNAMTS-DSES), 64.543.604 personnes ont une ALD 23 en France, soit 2,1% de la population française. Ces proportions se retrouvent à l'échelle régionale et départementale. La région Ile-de-France compte alors 231.300 personnes en ALD 23 soit 1.9% de la population régionale. Le département de la Seine-et-Marne comptait 25.240 personnes en ALD 23 soit 1,80% de la population du département.

La Seine-et-Marne présente donc un taux de personnes ayant fait l'objet d'une attribution d'ALD pour maladie psychiatrique quasi identique à ceux de la région et de la France (tableau 11).

Territoire	Population 2016	ALD 23	% d'ALD 23
France	64543604	1354050	2,09788409
Ile-de-France	12 134 797	231300	1,90608875
Seine-et-Marne	1 401 938	25240	1,80036492

Tableau 11. Taux d'ALD 23 – Source CNAMTS DSES – INSEE - 2016

La consommation de médicaments psychotropes est cependant inférieure à celle de la France entière (tableau 12) ce qui laisse craindre un déficit de recours aux soins.

	Seine-et-Marne	France
Antidépresseurs	54,8	63,9
Anxiolytiques	50,9	66,3
Hypnotiques	25,3	33,9

Neuroleptiques	12,5	16,4
-----------------------	------	------

Tableau 12. Consommation de médicaments en Seine-et-Marne. SNIIRAM – 2015

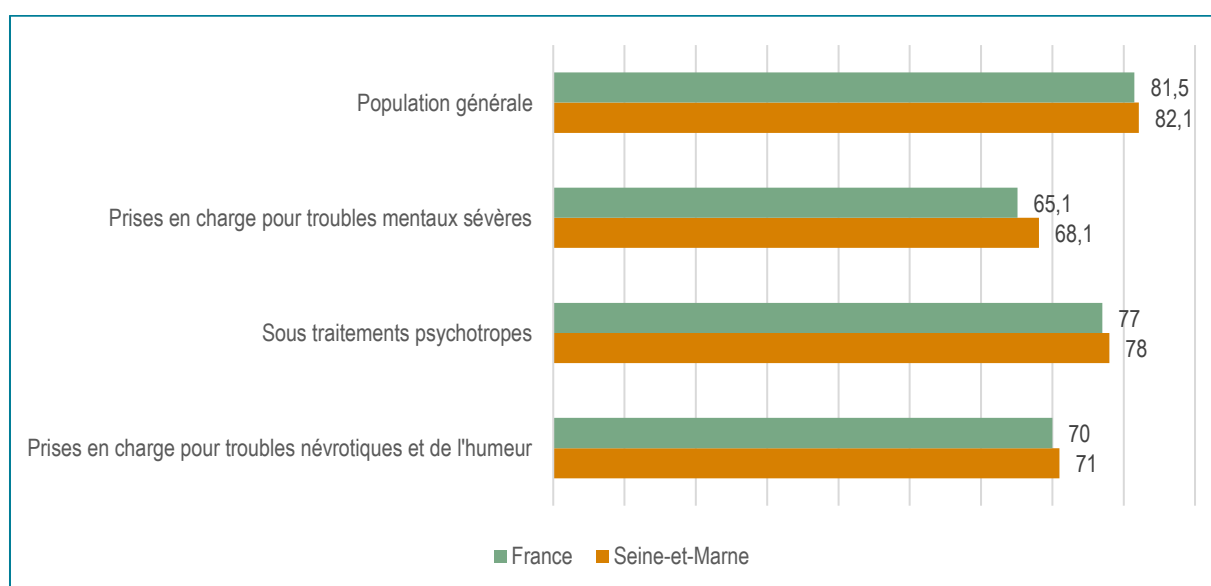
▪ **Données sur les tentatives de suicide et les décès**

Le taux de recours aux services hospitaliers pour tentative de suicide est supérieur à celui de la région, mais s’inscrit dans la moyenne nationale (tableau 13).

	Seine-et-Marne	Ile-de-France	France
Taux de recours pour tentative de suicide des 18-64 ans (‰)	1,4	0,9	1,5

Tableau 13. Taux de recours aux services hospitaliers pour tentative de suicide. PMSI MCO - 2015

En Seine-et-Marne comme en France, les personnes présentant des troubles mentaux ont une espérance de vie inférieure à la population générale. L’espérance de vie en Seine-et-Marne est de 82 ans. Celle-ci diminue pour les personnes prises en charge pour des troubles mentaux sévères (68 ans) et troubles de l’humeur (71 ans), ou sous traitements psychotropes (78 ans). Ces données s’inscrivent dans les moyennes nationales (graphique 3).



Graphique 3. Age moyen au décès des personnes. Insee, Etat Civil, Score-Santé – 2014

▪ **Accès aux soins en termes de mobilité**

Le département est particulièrement vaste et peu desservi en infra territorial par les transports en commun. En outre, s’il est traversé par de grands axes routiers d’Est en Ouest et du Sud au Nord, ceux-ci sont saturés par les flux franciliens vers la capitale. Par conséquent, l’accès aux soins peut être entravé par ces difficultés.

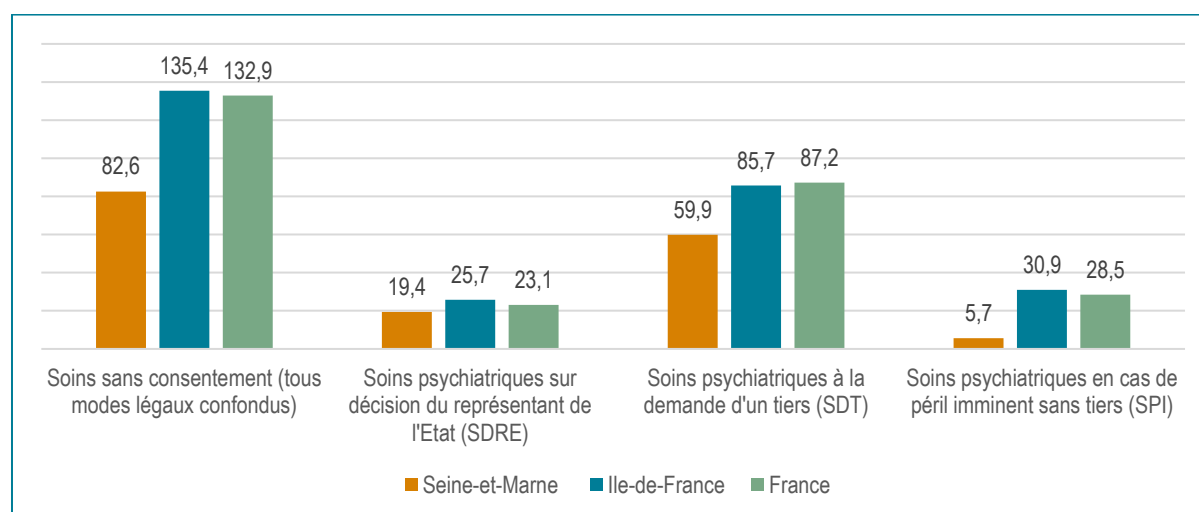
Par ailleurs, la population éloignée d'une structure d'hospitalisation en psychiatrie est plus importante que celle de la région, bien que largement inférieure à celle de la France (tableau 14).

	Seine-et-Marne	Ile-de-France	France
% pop. à 30 min ou plus d'une unité temps plein	1,5	0,2	16,4
% pop. à 45 min ou plus d'une unité temps plein	0	0	4,6

Tableau 14. Temps d'accès à une unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein – INSEE, METRIC, SAE - 2015

▪ Soins sans consentement

En 2015, la Seine-et-Marne avait des taux de recours aux soins sans consentement, toute modalité (hospitalisation ou programme de soins ambulatoire) et tous modes légaux confondus, inférieurs à la moyenne régionale et à la moyenne nationale (graphique 4).



Graphique 4. Taux de recours aux soins sans consentement (hors UMD) pour 100.000 habitants. RIM-P 2015

2. OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE

Le diagnostic ayant été réalisé sur un temps court, de manière à privilégier la phase d'élaboration des actions du PTSM dans un contexte déjà bien connu, nous nous limiterons ici à une description très générale de l'offre.

Cette présentation succincte sera complétée par des données plus ciblées sur l'offre spécifique, en lien avec les problématiques développées, dans chaque axe thématique du diagnostic.

a. Structures de psychiatrie publique et privée

Le département est marqué par l'absence de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Les secteurs de psychiatrie sont tous implantés au sein d'hôpitaux généraux.

La Seine-et-Marne est composée de 2 groupements hospitaliers de territoire (GHT) :

- Le GHT Nord, qui réunit le Groupe hospitalier du Grand Est Francilien – GHEF (Marne-la-Vallée, Meaux, Coulommiers, Jouarre)
- Le GHT Sud, qui réunit le Groupe hospitalier sud Ile-de-France - GHSIDF (Melun) et le Centre Hospitalier Sud Seine et Marne – CHSSM (Nemours, Fontainebleau, Montereau-Fault-Yonne)

Le Centre hospitalier de Provins n'est rattaché à aucun de ces Groupements hospitaliers et est actuellement en souffrance au niveau des ressources humaines en psychiatrie. Un projet de GHT sur ce territoire très excentré est en cours d'élaboration.

Le département compte 17 secteurs de psychiatrie générale, et 5 secteurs de pédopsychiatrie (voir cartes en annexe) pour un descriptif complet). La pédopsychiatrie publique ne dispose pas d'unités d'hospitalisation à temps complet pour les plus jeunes, seulement une unité de 5 lits pour adolescents est rattachée à la psychiatrie adulte du site de Marne la Vallée, accueillant des patients à partir de 15 ans. Cette caractéristique est vécue comme un désavantage majeur dans les prises en charge, les services adultes n'étant pas adaptés à la prise en charge des adolescents, et les services de pédiatrie étant régulièrement embolisés par des problématiques MCO, notamment en cas d'épidémies.

L'offre sanitaire en établissements de santé / psychiatrie générale :

Prise en charge ambulatoire			
	Seine-et-Marne (Département) 2015	Ile-de-France (Région) 2015	France 2015
Nb. de CMP	24	297	2 169
Densité de CMP (pour 100 000 hab.)	2,3	3,2	4,2
Part des CMP ouverts plus de 5 jours par semaine (%)	71	89	81
Nb. de CATTP	12	147	1 234
Densité de CATTP (pour 100 000 hab.)	1,2	1,6	2,4
Nb. équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)	2	18	152
<i>source : SAE - 2015</i>			
Prise en charge à temps partiel			
	Seine-et-Marne (Département) 2015	Ile-de-France (Région) 2015	France 2015
Densité de places hospitalisation partielle (J/N)*	18,6	37,2	37,3
<i>*pour 100 000 habitants</i>			
Prise en charge à temps complet			
	Seine-et-Marne (Département) 2015	Ile-de-France (Région) 2015	France 2015
Densité de lits à temps complet*	75	88,3	105,8
% lits en établissements monodisciplinaires	43,3	59,6	66,4
% lits en secteur privé lucratif	38,4	26	23,2
Densité places alternatives temps complet*	6,5	13,6	13,3
<i>source : SAE - 2015</i>			
<i>*pour 100 000 habitants</i>			

Le département dispose également d'une offre de soin privée concentrée sur 5 établissements : la clinique de l'Ange gardien, la clinique du Pays de Seine, le foyer de postcure de Chantemerle (SPASM), le centre médical et pédagogique pour adolescents de la Fondation des étudiants de France à Neufmoutiers-en-Brie, et la clinique de Perreuse.

L'offre sanitaire en établissements de santé /psychiatrie infanto-juvénile

Prise en charge ambulatoire			
	Seine-et-Marne (Département) 2015	Ile-de-France (Région) 2015	France 2015
Nombre de CMP ou unités de consultation	46	282	1 502
Densité de CMP ou unités de consultation*	13,9	10,7	11
Part des CMP ouverts 5 jours ou plus par semaine psy IJ (%)	76,1	90,1	80,4
Nombre de CATTTP	10	99	674
Densité de CATTTP*	3	3,7	4,9

source : SAE, INSEE RP - 2015

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Prise en charge à temps partiel			
en psychiatrie infanto-juvénile	Seine-et-Marne (Département) 2015	Ile-de-France (Région) 2015	France 2015
Densités de places d'hospitalisation partielle*	37,3	71,5	70,7

source : SAE, INSEE RP - 2015

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Prise en charge à temps complet			
en psychiatrie infanto-juvénile	Seine-et-Marne (Département) 2015	Ile-de-France (Région) 2015	France 2015
Densité de lits d'hospitalisation temps plein*	18,8	21,1	16,6

source : SAE, INSEE RP - 2015

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

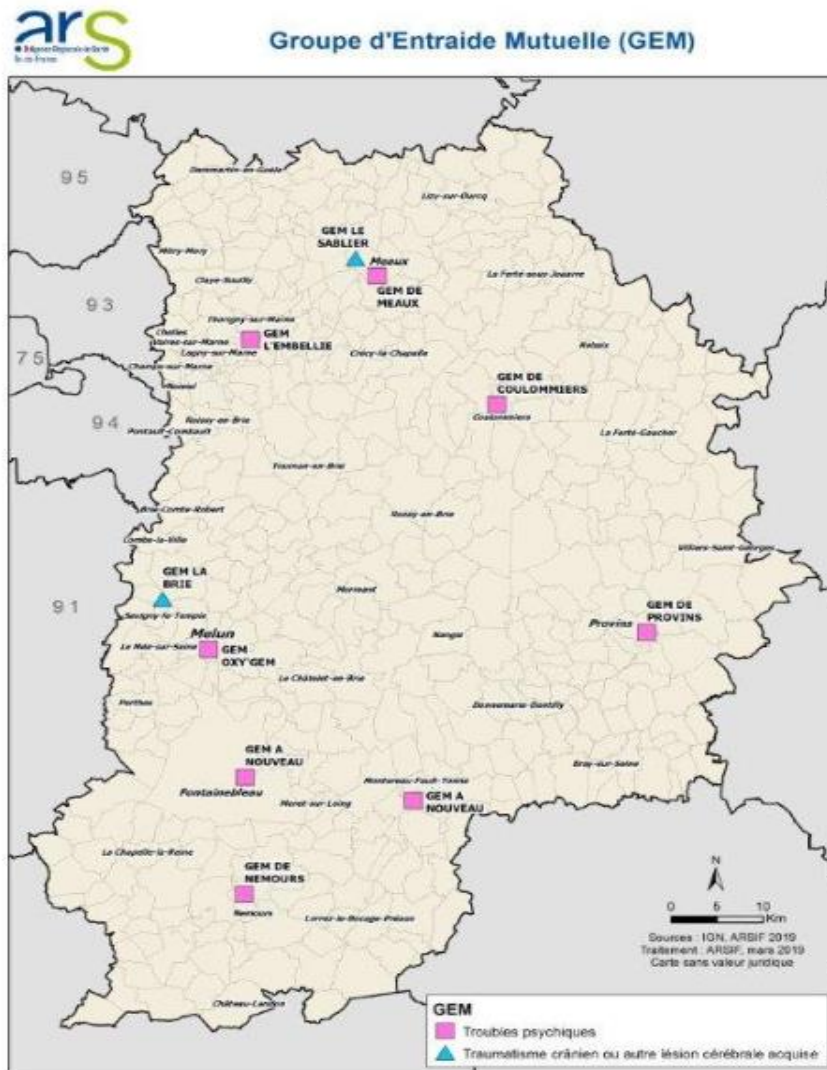
Prise en charge en alternatives temps complet			
en psychiatrie infanto-juvénile	Seine-et-Marne (Département) 2015	Ile-de-France (Région) 2015	France 2015
Densité de places en alternatives à temps complet *	0,9	6,1	6,4

source : SAE, INSEE RP - 2015

* pour 100 000 habitants de 0-16 ans

Concernant l'équipement d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile, il convient de noter que la Seine-et-Marne ne dispose d'aucun lit en psychiatrie publique pour les 0 -16 ans.

Enfin, concernant la participation des usagers, le département comporte 10 groupes d'entraide mutuelle (carte 2) dont 8 concernent les personnes ayant des troubles du psychisme, et le département mène une politique active concernant la pair aidance dans le cadre de la démarche RAPT (une réponse accompagnée pour tous).



Carte 2. GEM de la Seine-et-Marne – ARS 2019

b. Dispositifs de coordination institutionnelle

Concernant la coordination de proximité des acteurs de la santé mentale, le département compte seulement trois conseils locaux de santé mentale : Nemours, Provins, Melun. Seul celui de Melun est réellement actif au moment de l'élaboration du PTSM, et dispose d'une coordonnatrice et de projets en cours de développement (autour de l'hébergement et de la réhabilitation psychosociale).

En 2016, la Seine et Marne avait un taux de population couvert par un CLSM de 0,9%, contre 39,5% pour l'Île-de-France (tableau 15).

	Seine-et-Marne	Île-de-France	France
Population couverte par un CLSM (%)	0,9	39,5	24,3

Tableau 15. Conseils locaux de santé mentale. INSEE, CCOMS - 2016

c. Dispositifs de coordination des parcours

Par ailleurs, des dispositifs de coordination des parcours existent dans le département :

- Le **DIH** (dispositif intégré handicap) vise à mieux coordonner l'intervention des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, pour des personnes de tous âges déjà bénéficiaires de prestations médico-sociales, et à rendre plus lisible l'organisation de l'offre territoriale. Si le dispositif a beaucoup été utilisé pour les TSA (troubles du spectre autistique) depuis sa création, il est depuis janvier 2019 « tous handicaps ». Il est porté par l'association Hand'aura.
- Les **PAT** (Pôles Autonomie Territoriaux) ont pour missions d'assurer aux personnes en situation de handicap et aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, une information, une orientation, un accès aux droits, un accompagnement vers les aides, les professionnels, les services et dispositifs adaptés à leur situation et une coordination des interventions auprès de ces personnes. Ils assurent aussi pour partie la gestion des situations complexes et/ou critiques. Le département compte 6 PAT, 3 au Sud et 3 au Nord.
- Les MAIA et réseaux pluri thématiques (Nord et Sud) sont en train d'évoluer vers un « **dispositif d'appui à la coordination** » (DAC). Sur le sud du département, ces dispositifs s'engagent progressivement vers la coordination de parcours de personnes en situation de handicap psychique, en lien avec les acteurs de la psychiatrie et du secteur médico-social.

d. Etablissements et services médico-sociaux

En matière d'équipement médico-social, la dotation du département se situe dans la moyenne nationale.

L'offre médico-sociale personnes handicapées, âgées et addictologie sera développée dans la partie « ressources humaines » de ce diagnostic.

L'offre de soins en santé mentale dans le secteur médico-social associative pour les enfants est relativement pauvre : le département comporte 4 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP de Melun, Champs-sur-Marne, Chelles, Fontainebleau) et 4 centres d'action médico-sociale précoce pour les 0-6 ans, qui peuvent avoir des actions de santé mentale mais non exclusivement.

IV. RESSOURCES HUMAINES EN SANTE MENTALE

La thématique des ressources humaines en santé mentale, bien que relevant davantage de moyens transversaux du PTSM que d'une politique de santé mentale en elle-même, a été ajoutée à la liste des thèmes de travail centraux du PTSM par la commission spécialisée santé mentale (CSSM) du département. En effet, les problèmes rencontrés sur le territoire sont tels que la CSSM a estimé pertinent de faire une place majeure à la réflexion stratégique autour des ressources humaines au sein du PTSM.

Le PTSM est en effet vécu par les acteurs du département comme un temps important pour interpeller l'ARS sur la sous dotation du département en psychiatrie et l'**inégaie répartition de moyens dans la région**. Toutefois, les acteurs mobilisés savent que demander plus de moyens n'est pas l'unique solution envisageable et que le PTSM n'est pas le seul outil approprié. Les attentes autour du PTSM sont tout autant de mieux objectiver les manques que de définir, dans un contexte de manque, **comment mieux utiliser les ressources en psychiatrie**.

Le diagnostic s'est efforcé de traiter la thématique des ressources humaines en santé mentale à partir d'une triple entrée :

- L'utilisation des moyens financiers de la psychiatrie ;
- Le recrutement de professionnels en psychiatrie sur le territoire ;
- La démographie des acteurs du premier recours et des acteurs du champ médico-social.

1. UNE INEGALE REPARTITION DES MOYENS AU SEIN DE LA REGION ILE-DE-FRANCE

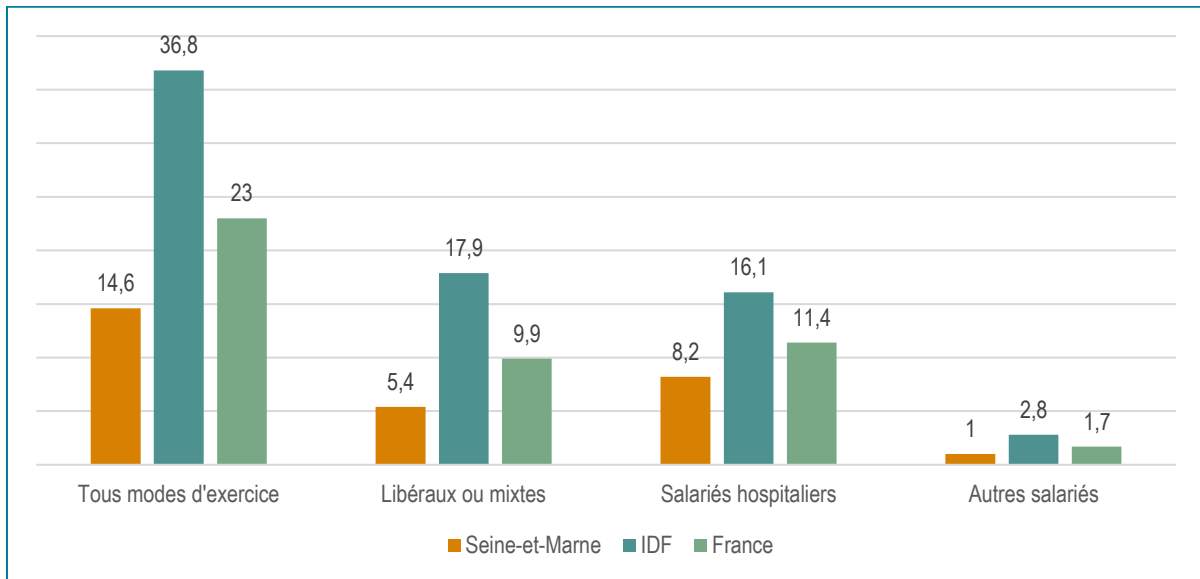
Le département de la Seine-et-Marne est particulièrement peu doté en praticiens en psychiatrie au regard de sa population, au sein de la région Ile-de-France.

Si, en Ile-de-France, l'offre de soins spécialisée en santé mentale est plus élevée qu'en moyenne nationale (4925 psychiatres et pédopsychiatres y exercent fin 2015 selon le RPPS⁴ et 13.481 psychologues selon Adeli⁵), la répartition de ces professionnels sur la région est fortement inégale, et captée par l'agglomération parisienne.

En 2016, la densité de psychiatres tous modes d'exercices confondus de la Seine-et-Marne était la plus faible de la région Ile-de-France : 14,6 pour 100.000 habitants, contre 36,8 en Ile-de-France et 23 pour la France entière, selon le RPPS.

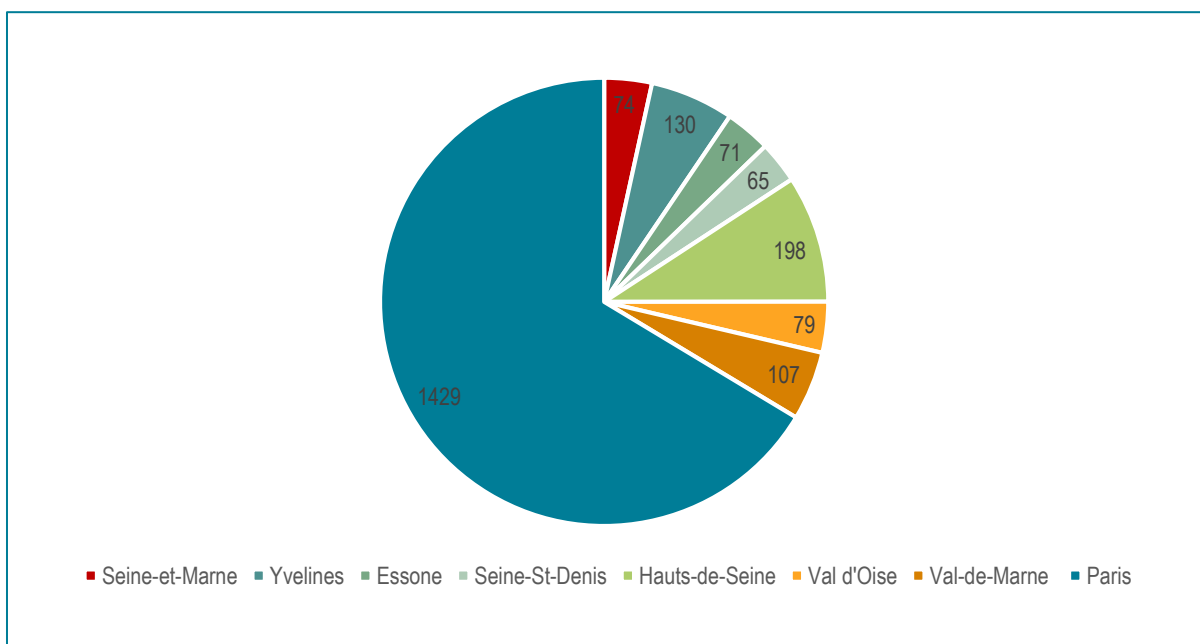
⁴ Le RPPS – répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé – enregistre les professionnels inscrits aux ordres professionnels, dans les catégories suivantes (en 2019) : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologues.

⁵ Le répertoire Adeli est le système d'information national portant sur les professionnels de santé qui ne sont pas déjà dans le RPPS.



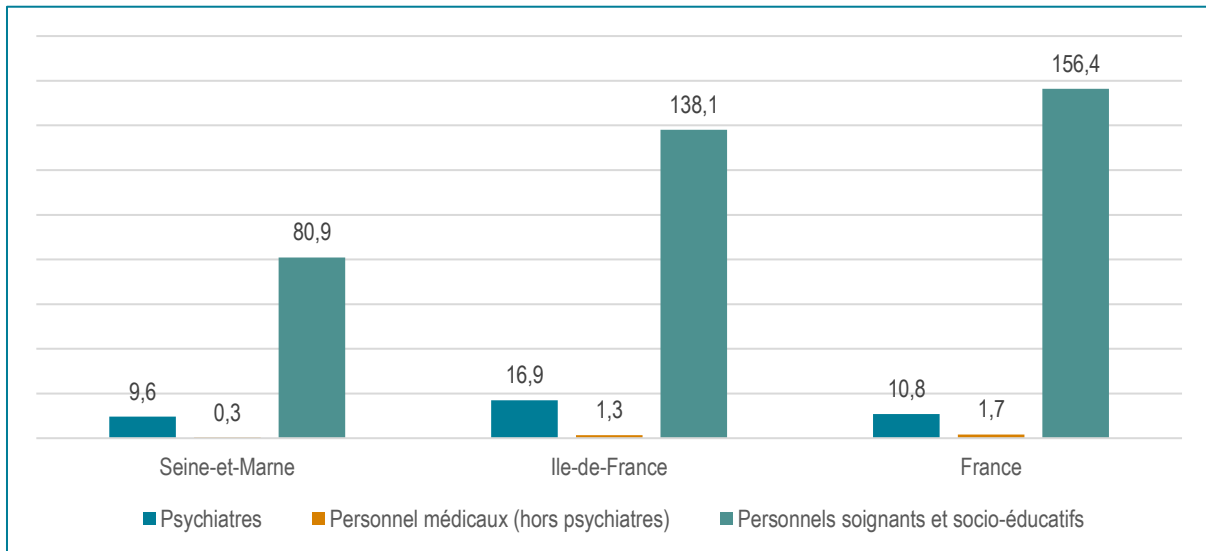
Graphique 5. Densité de psychiatres pour 100.000 habitants par modes d'exercices. RPPS - 2016

En 2016, les psychiatres libéraux installés en Seine-et-Marne étaient seulement 74 (pour 1.397.665 habitants, soit un psychiatre pour presque 19.000 personnes), contre 1.429 psychiatres installés à Paris. Le graphique suivant montre néanmoins que l'ensemble des départements franciliens sont très peu dotés en comparaison au département parisien.



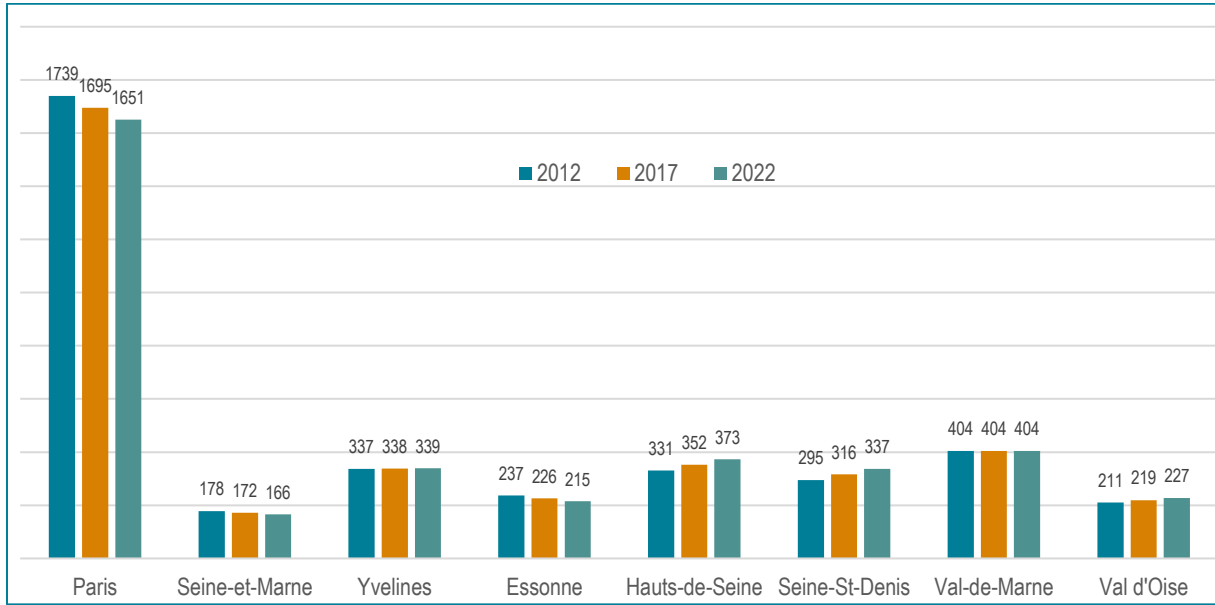
Graphique 6. Répartition des psychiatres libéraux en Ile-de-France. RPPS - 2016

Le déficit seine-et-marnais est également fortement notable concernant le nombre de psychiatres exerçant en établissements hospitaliers : 9,6 ETP pour 100.000 habitants (SAE 2015), ce qui est largement inférieur à celui de la région Ile-de-France (16,9) et plus relativement en-deçà de celui de la France (10,8). Cependant, si la Seine-et-Marne apparait proche de la moyenne nationale concernant les personnels médicaux, elle est presque moitié moins dotée en personnels non médicaux.

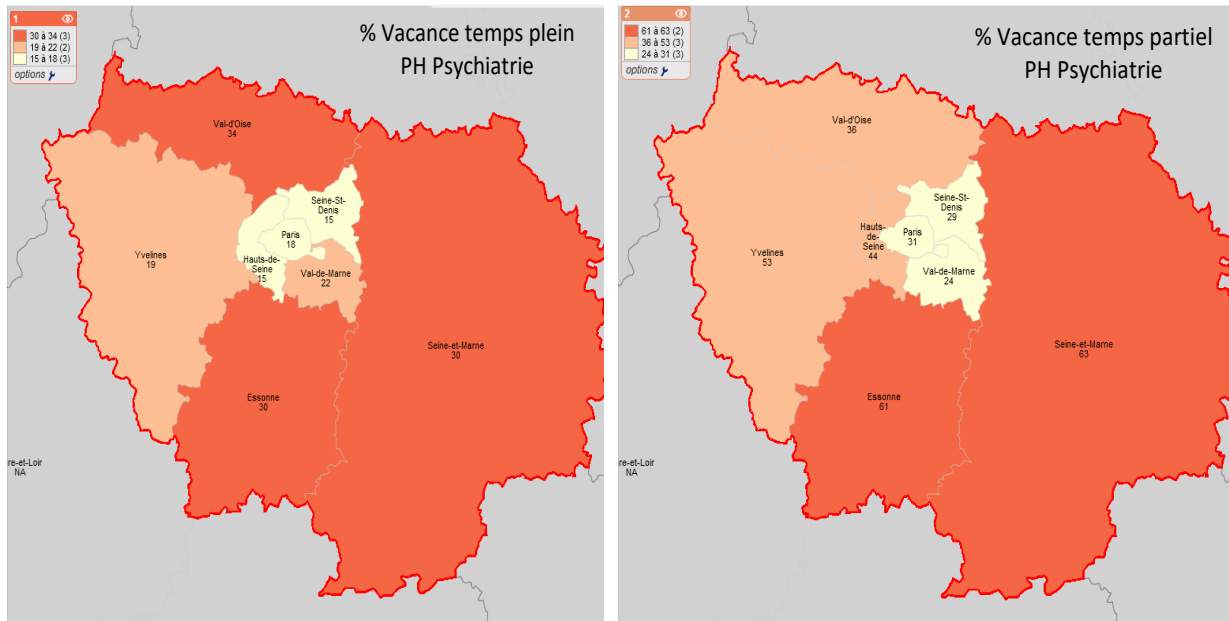


Graphique 7. Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale. SAE - 2015

Selon le PRS Ile-de-France, la période 2018-2022 verra de façon plus globale la décreue du nombre de psychiatres et en particulier de pédopsychiatres, ce qui rendra le défi de la réduction des inégalités infrarégionales sera d'autant plus difficile à relever. En Seine-et-Marne, 52 psychiatres parmi les 74 psychiatres libéraux du département, avaient plus de 55 ans en 2017 selon le RPPS ; ainsi leur prochain départ en retraite va-t-il aggraver le creux démographique déjà constaté. Pour les praticiens hospitaliers en psychiatrie, les prévisions à l'horizon 2022 confirment également la baisse des effectifs, selon les données du RPPS présentées lors du COPIL psychiatrie de l'ARS Ile-de-France en janvier 2019.



Graphique 8. Projection des postes de PH en psychiatrie en Ile-de-France (Présentation COPIL psychiatrie ARS IDF, janvier 2019, basé sur les données du RPPS au 31 décembre 2017)



Carte 3. Taux de vacances en des PH en psychiatrie en IDF. SIGMED - 2019

Le PTSM devra construire et décliner une dynamique de réduction des inégalités territoriales de santé par l'identification de voies d'amélioration et de pistes à ouvrir en termes d'attractivité, de recrutement et de formation afin de compenser cette absence de ressources humaines, que ce soit en milieu hospitalier ou en ville.

Le problème principal du territoire en termes de ressources humaines est son **manque d'attractivité** pour l'installation des psychiatres en libéral, mais aussi pour les praticiens en centres hospitaliers. Selon les acteurs interrogés, les conditions salariales, d'installation et de travail ne permettent pas de compenser la forte attractivité de Paris pour l'installation des internes qui sont formés dans la région.

Les acteurs mobilisés pour le diagnostic souhaitent que soit mise en œuvre une politique affirmée de **diminution des créations de postes intramuros parisiens** pour une meilleure répartition des professionnels sur la région.

2. LA PSYCHIATRIE SUBMERGEE DE DEMANDES HORS DE SON CŒUR DE MISSION

Dans l'ensemble des thèmes du diagnostic, les professionnels de la psychiatrie ont exprimé une nécessité de mener un travail collectif de définition du périmètre d'intervention de la psychiatrie. Il leur paraît fondamental, en effet, dans un projet territorial de santé mentale marqué par des ressources faibles en psychiatrie, de tenter de **différencier les situations qui relèvent de la santé mentale et celles qui relèvent de la psychiatrie**. Il n'existe pas aujourd'hui de vision partagée par l'ensemble des acteurs présents.

Selon les praticiens hospitaliers en psychiatrie, la psychiatrie publique est submergée de demandes qui ne relèvent pas de la maladie psychiatrique : les demandes de psychothérapie, de prise en charge autour de la souffrance au travail, autour du mal-être, des difficultés éducatives, des populations migrantes, sont abondantes. Ces demandes ne permettent pas à la psychiatrie de concentrer ses ressources limitées sur son cœur de métier. Une réponse adaptée dans ces champs de la santé mentale implique des **ressources actuellement peu ou non disponibles en Seine-et-Marne** : psychologie du travail, soutien social, interprètes... La santé mentale ne se résume pas à la psychiatrie et à ses outils et les psychiatres souhaitent mettre en garde l'ensemble des acteurs de la santé mentale quant aux effets négatifs pour les personnes concernées que peut constituer le fait de « psychiatriser » des situations qui relèvent avant tout du mal être social.

Les adresses vers la psychiatrie réalisés par les acteurs qui prennent en charge les populations migrantes, mobiles augmentent du fait de l'installation récente de plusieurs centres d'hébergement – CAES et CHUM – dans le département. Ces demandes s'ajoutent à celles de la population des secteurs qui du point de vue des psychiatres présents, sont déjà difficilement gérées par la psychiatrie seine-et-marnaise avec ses moyens actuels.

Ainsi, **un travail sur les relations entre les acteurs permettrait d'affiner les indications** et de mieux identifier le bon niveau de recours à la psychiatrie.

3. UN MANQUE DE VISIBILITE SUR LA DOTATION FINANCIERE DU DEPARTEMENT EN PSYCHIATRIE

Depuis la loi HPST, qui a considérablement modifié la gouvernance des établissements de santé, les responsables des pôles et services de psychiatrie estiment avoir perdu beaucoup en visibilité sur leurs moyens.

Une **information sur l'utilisation des budgets de la psychiatrie par les centres hospitaliers** est très attendue par les acteurs, qui ont le sentiment que les financements dédiés à la psychiatrie ne sont pas suffisamment protégés au sein des établissements de santé généraux et demandent que l'engagement de la Ministre « à ce que le budget de la psychiatrie soit préservé dans les GHT et dans les hôpitaux généraux » soit effectif en Seine-et-Marne.

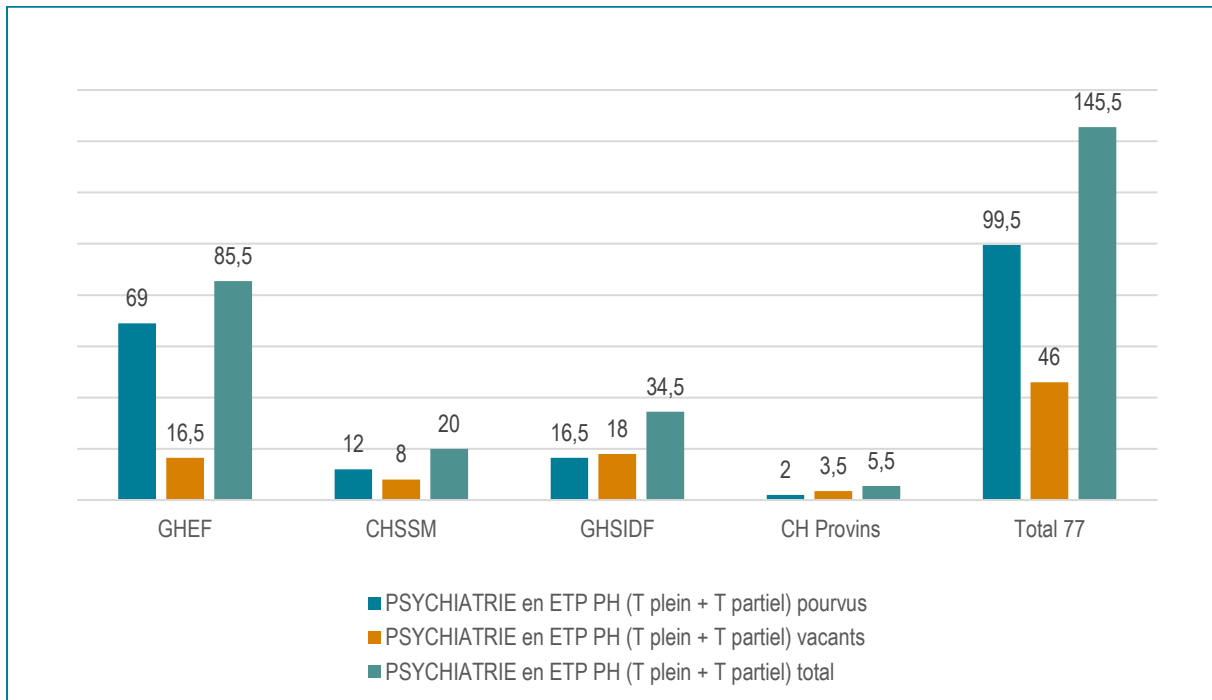
Des praticiens hospitaliers en psychiatrie du territoire, évoquent, dans le passé, une demande de création d'EPSM virtuel pour la Seine-et-Marne. Ce souhait visait à **rendre « étanche » le budget de la psychiatrie**, vis-à-vis des budgets globaux des centres hospitaliers. Néanmoins, ce type de démarche semble juridiquement impossible.

4. ANALYSE DES CAUSES ET DES LEVIERS EN MATIERE DE DEMOGRAPHIE MEDICALE EN PSYCHIATRIE

Le manque de praticiens hospitaliers en psychiatrie dans les centres hospitaliers du département (près de 1/3 de postes non pourvus sur l'ensemble des postes budgétés, voir tableau 16) n'est pas une nouveauté : **le déficit est de long cours**. Il est en partie lié au nombre de postes dans les centres hospitaliers parisiens, qui attirent préférentiellement aujourd'hui une majeure partie des internes formés sur la région, et à l'augmentation des besoins du fait de l'expansion démographique de la population du département. De plus, les prochains départs en retraite de la génération dominante des psychiatres dans le département, vont engendrer une **aggravation de ce creux démographique**.

	PH temps plein en effectif			PH temps partiel en effectif			PSYCHIATRIE en ETP PH (T plein + T partiel)		
	Pourvus	Vacants	Total	Pourvus	Vacants	Total	Pourvus	Vacants	Total
GHEF	66	13	79	6	7	13	69	16,5	85,5
CHSSM	12	7	19	0	2	2	12	8	20
GHSIDF	15	15	30	3	6	9	16,5	18	34,5
CH de Provins	1	3	4	2	1	3	2	3,5	5,5
Total 77	94	38	132	11	16	27	99,5	46	145,5

Tableau 16. Occupation des postes de PH en psychiatrie en Seine-et-Marne. SIGMED - 2019



Graphique 9. Occupation des postes de PH en psychiatrie en Seine-et-Marne. SIGMED - 2019

La sectorisation a plus de 20 ans, elle n'est aujourd'hui plus considérée par les acteurs du territoire comme en corrélation avec la population actuelle. Un éventuel redécoupage des secteurs serait très rapidement désuet, la démographie du département étant en mouvement permanent. Il convient donc de **penser les équipements, la réponse aux besoins et leur planification, en termes territorial**. Pour l'ARS, ces infra-territoires sont déjà parfaitement identifiés et les choses fonctionnent déjà selon ce modèle (zonages ARS, territoires des PAT et des DAC notamment mis en place conjointement avec le Département).

Le Nord-Est du département est moins doté que le Sud -Ouest. Le Centre hospitalier de Coulommiers notamment, est aujourd'hui en grande difficulté. La ville de Fontainebleau et son agglomération, au Sud, aux catégories socio-professionnelles plus élevées, est davantage protégée en matière de démographie médicale : la ville est relativement attractive pour de jeunes professionnels, notamment pour certains anciens internes.

Les difficultés en ressources humaines des secteurs psychiatriques sont aggravées par la carence en soins primaires des infra territoires et l'éloignement géographique de l'offre.

Concernant la prise en charge des **enfants et adolescents**, la saturation des CMPP et des CAMSP et le manque de structures alternatives (comme par exemple celles développées par la Ville de Paris), focalisent les recours sur la pédopsychiatrie publique, obligée elle-même de filtrer et réorienter, vers le secteur privé qui est également en pénurie (orthophonistes par exemple, mais également des professionnels paramédicaux non remboursés comme les psychomotriciens ou ergothérapeutes).

La **rémunération des médecins** est un des enjeux des difficultés d'attractivité. Deux écueils ont été évoqués par les acteurs, durant le diagnostic :

- Certains médecins bénéficient de conditions privilégiées de rémunérations pour les attirer (intérim notamment). Cela crée des différences au sein d'un même établissement qui sont considérées comme problématiques pour les relations entre les praticiens.
- Des médecins sont payés au minimum, avec certains droits à prime (pour les assistants par exemple) qui ne sont pas toujours appliqués. Les stratégies de recrutement sont internes aux établissements de santé, une éventuelle harmonisation pour améliorer l'attractivité des postes sur l'ensemble du département nécessite une implication des Directions. Les primes restent globalement peu utilisées en psychiatrie : la PECH (prime d'engagement dans la carrière hospitalière pour les zones déclarées sous-denses) est plus souvent attribuée à des installations de médecins en MCO. Les critères d'installation sont très opaques d'un service à l'autre. Par ailleurs, les primes multi-sites ont été abrogées en 2017 et remplacées par la PET (prime d'exercice territorial). Il existe par ailleurs une indemnité sectorielle et de liaison réservée aux PH temps plein et temps partiel titulaires en psychiatrie mais elle n'est pas cumulable avec la PET. Un certain nombre de PH en psychiatrie ne pérennisent pas leur poste : ils cherchent à aller dans des équipes mieux dotées où l'exercice sera plus confortable et plutôt mono-site.

Sur le plan du recrutement, des enquêtes concernant les internes montrent que la qualité de vie personnelle est un enjeu primordial, mais aussi le choix d'un environnement où ils vont trouver du travail en réseau et de la formation⁶. Une unité spécialisée comme UNITED au GHEF qui travaille sur le diagnostic des troubles du spectre autistique, attire davantage les internes car elle combine une intervention très spécialisée et formatrice avec un service classique de secteur dans toute sa diversité, ce qu'ils ne voient pas toujours dans les services parisiens. Certains d'entre eux désirent rester sur le service à la fin de leur internat. Un consensus se dégage donc du diagnostic concernant la pertinence et l'efficacité de la visibilité des activités spécifiques pour favoriser le recrutement des internes.

Concernant les jeunes praticiens hospitaliers, là encore, la qualité de vie est importante, et notamment la qualité de vie au travail, avec des conditions d'exercice en équipe sur des projets stimulants qu'il faut faire connaître.

Dans le département, la ressource infirmière en psychiatrie est estimée plus facile à mobiliser. L'organisation d'un accueil infirmier est un levier d'amélioration des délais de réponse en CMP, déjà mobilisé dans des CMP adultes. Néanmoins, actuellement dans les centres hospitaliers de la Seine-et-Marne, les infirmier(e)s seraient plus souvent contractuel(le)s que titulaires. Les données disponibles devront être approfondies pour mieux connaître le rapport entre les besoins (file active) et les ressources disponibles (ETP).

Enfin, il est constaté que, au-delà du déficit de ressources, l'offre psychiatrique disponible est souvent mal repérée par les professionnels du premier recours. Le PSYCOM diffuse l'information pour le département, mais cet outil n'est pas toujours connu, et ses mises à jour (environ tous les deux ans) ne semblent pas suffisantes. Plusieurs oublis de structures ont été en effet notés dans la version actuelle du guide.

⁶ Voir par exemple l'étude réalisée en 2019 par la commission des jeunes médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins, sur les déterminants à l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés.

5. UN EQUIPEMENT MEDICO-SOCIAL PLUS SATISFAISANT MAIS PEU DOTE EN PERSONNEL SOIGNANT

Le département est globalement **relativement bien doté** en places médico-sociales, au regard de la moyenne nationale. Les acteurs de l'ARS et de la MDPH interrogés n'ont pas identifié de zones particulièrement non pourvues.

Concernant l'accueil des personnes en situation de handicap psychique, le répertoire FINESS ne permet pas d'identifier correctement des places qui leur seraient spécifiquement proposées.

Ainsi, ne sont recensées dans le tableau 17 et le graphique 10 que les places pouvant potentiellement accueillir des personnes en situation de handicap psychique, soit les places avec les agréments de clientèle suivants : tous types de déficiences, déficiences intellectuelles et troubles du comportement.

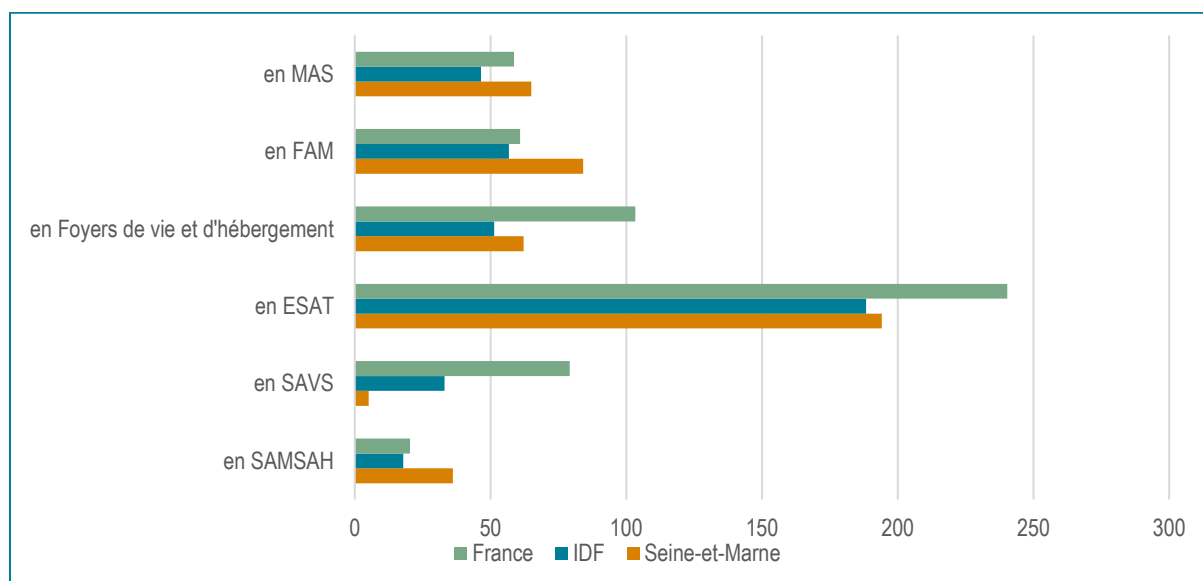
Ces données montrent que pour toutes les catégories d'établissement ou service à l'exception des SAVS, la dotation départementale est supérieure à celle de la région. Néanmoins, cette différence s'explique, du point de vue des acteurs interrogés, en partie par la configuration géographique de la Seine-et-Marne, qui favorise le bâti, de sorte qu'une partie de ces places sont occupées par des personnes originaires du centre de la région. Les associations d'usagers soulignent les difficultés à obtenir une place en ESMS, avec des délais d'attente qui peuvent atteindre plusieurs années.

Par rapport à la moyenne nationale, la dotation en places médico-sociales est contrastée : elle est inférieure pour les ESAT, les foyers de vie et les SAVS, et supérieure pour les MAS, FAM et SAMSAH.

Les SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) sont des services qui interviennent en milieu ordinaire, dont une grande partie est spécialisée dans le handicap psychique, et qui délivrent entre autres des prestations d'accompagnement vers le soin psychiatrique. En Seine-et-Marne les places en SAMSAH sont plus nombreuses que dans la région et en France. A l'inverse, les places en SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale), qui s'adressent également en grande partie au public du handicap psychique, sont bien plus faibles dans le département que dans la région et en France. Globalement, l'équipement en services pour adultes dans ces catégories de déficiences en Seine-et-Marne est inférieur de plus de la moitié à l'équipement pour la France.

	Seine-et-Marne	Ile-de-France	France
SAMSAH	36,1	17,9	20,3
SAVS	5,1	33,1	79,2
Sous total services d'accompagnement adultes	41,2	51	99,5
ESAT	194,1	188,4	240,4
Foyers de vie et d'hébergement	62,2	51,3	103,3
FAM	84,1	56,8	60,9
MAS	65	46,5	58,6

Tableau 17. Nombre de places installées en établissements médico-sociaux avec agrément de clientèle tout type de déficience, déficience intellectuelle et troubles du comportement, pour 100.000 habitants de 20 ans et plus. FINESS – 2017



Graphique 10. Nombre de places avec agrément tout type de déficience, déficience intellectuelle et troubles du comportement installées en ESMS pour 100 000 habitants de 20 ans et plus. FINESS - 2017

Concernant les places fléchées handicap psychique, il est plus difficile d’obtenir une information éclairante, en termes de comparaisons département / région / France.

Néanmoins la délégation départementale de l’ARS dispose du nombre de places fléchées handicap psychique pour les ESMS adultes et enfants, hors foyer de vie et d’hébergement (tableaux 18 et 19).

Places adultes identifiées « handicap psychique »

SAMSAH	240	Places adultes identifiées « TSA »	
ESAT	261		
FAM	136	FAM	17
MAS	57	MAS	200

Tableau 18. Places en ESMS handicap psychique adultes en Seine-et-Marne

Places enfants avec difficultés psy, d’apprentissage et de socialisation

CAFS	20	EEEH*	23
SESSAD	158	SESSAD	200
ITEP	153	IME	387

Tableau 19. Places en ESMS handicap psychique enfants en Seine-et-Marne

* EEEH : établissements expérimentaux

Cependant, du point de vue des acteurs de la psychiatrie, le département est trop souvent considéré comme une "terre d'accueil" par les structures psychiatriques des départements parisiens et limitrophes ; ce qui embolise un certain nombre de places qui ne sont plus disponibles pour les patients des secteurs psychiatriques du département. Les acteurs attendent davantage de territorialisation de la part des ESMS. Ce constat est également valable pour certains dispositifs dépendants des services psychiatriques des EPMS du centre de la région, comme les accueillants familiaux, ou les dispositifs d'habitats regroupés (comme des appartements associatifs), qui s'installent volontiers en Seine-et-Marne pour des raisons immobilières. Lorsque les personnes accueillies y ont une résidence à leur nom de manière durable, ils relèvent de facto des secteurs seine-et-marnais et leurs secteurs d'origine cessent de les suivre, ce qui alourdit la charge des secteurs du territoire pourtant moins dotés.

Les acteurs du secteur médico-social du département constatent eux aussi **une vacance importante des temps médicaux notamment de psychiatres dans leurs structures**. Des initiatives efficaces sur le territoire sont relatées par les acteurs, en termes de conventionnements entre la psychiatrie publique et certains ESMS, dans le cadre du droit statutaire des praticiens hospitaliers à une activité jusqu'à deux demi-journées hebdomadaires pour des missions d'intérêt général. Des exemples pertinents sont notamment notés entre l'équipe de psychiatrie du sujet âgé du GHEF et certains EHPAD ; entre le secteur de Meaux et l'association de la Rose des vents, etc. Malgré cela, une grande partie de ces temps partiels de psychiatres reste non pourvue dans les établissements médico-sociaux. Les raisons identifiées essentiellement en lien avec la pénurie de professionnels en psychiatrie, sont également liées à d'autres facteurs. D'une part, certains centres hospitaliers exigent d'être dédommagés directement ce qui empêche les ESMS de rémunérer les professionnels, et des disparités sont notées au niveau des rémunérations du fait de différentes conventions collectives régissant les ESMS. D'autre part, les demandes adressées par les ESMS à la psychiatrie publique sont parfois considérées comme excessivement exigeantes, tant dans leur nature que dans le niveau d'investissement du professionnel attendu.

Si l'équipement du secteur médico-social se situe globalement dans la moyenne nationale, des difficultés spécifiques sont notées par catégorie d'établissements :

- **Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** du département sont très clairement en souffrance. Leur fille active dépasse leurs capacités et ils ont dû également mettre en place des politiques de tri des demandes de prise en charge.
- **Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)**, acteurs privilégiés de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans le milieu ordinaire, compétents et efficaces dans l'accompagnement vers le soin psychiatrique, sont souvent embolisés par la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes (PHV) et sont par ailleurs peu dotées en personnel médical compétent pour les missions d'évaluation des situations qui leur sont attribuées.

Globalement, les acteurs des structures sociales et médico-sociales, relèvent un manque de compétences de psychiatre qui permettraient d'améliorer l'évaluation des situations, notamment de crise, en vue d'orientations pertinentes vers les soins psychiatriques, **les évaluations réalisées par leurs personnels apparaissant insuffisamment étayées**.

Dans le questionnaire destiné aux professionnels des ESMS, à la question « Comment estimez-vous votre propre niveau de formation au repérage précoce des troubles psychiques ? », 40% des acteurs médico-sociaux l'estiment satisfaisant, contre 49% qui l'estiment insatisfaisant (11% répondent « ne sait pas »).

6. UNE PENURIE DE PROFESSIONNELS DU PREMIER RECOURS

a. Une offre libérale en souffrance

Au-delà des faiblesses démographiques spécifiques en santé mentale, la Seine-et-Marne présente des densités médicales (généralistes et spécialistes) parmi les plus faibles de France. Elle se classe 94^{ème} en termes de ressources médicales (tous modes d'exercice et toutes spécialités confondus) sur 101 départements en 2017, selon les exploitations de la DREES⁷. Concernant les médecins généralistes, la Seine-et-Marne se classe 100^{ème} sur 101. On y enregistre une diminution des effectifs médicaux toutes spécialités confondues entre 2010 et 2015, qui s'accroît chaque année au regard de la pyramide des âges des médecins dans le département. Le flux entrant des nouveaux médecins toutes spécialités confondues est de 12,1% alors que le flux sortant est de 28,4%.

Cette faiblesse de recrutement pour le département de la Seine-et-Marne s'illustre dans la pénurie des acteurs du premier recours, premiers acteurs du repérage des troubles psychiques. La densité en médecine générale est de 6,6 pour 10.000 habitants contre 7,5 pour 10.000 pour la région Ile-de-France (tableau 20). Le nombre de **médecins généralistes** a diminué de 10% en 10 ans. 7 zones déficitaires et 15 zones fragiles ont été reconnues par le PRS 2013-2017 dans le département de Seine-et-Marne, par ailleurs entouré par des zones fragiles et déficitaires des départements limitrophes.

	Seine-et-Marne	IDF	France
Médecins généralistes	911		
<i>Densité / 10.000 hab</i>	6,6	7,5	9
Psychologues libéraux ou mixtes	369		
<i>Densité / 10.000 hab</i>	2,2	4,1	2,7
Orthophonistes	267		
<i>Densité / 10.000 hab</i>	19,2	26,7	29,6
IDE en libéral	1063		
<i>Densité / 10.000 hab</i>	7,6	6,2	14,1

Tableau 20. Offre de premier recours en Seine-et-Marne. RPPS - 2019

Par ailleurs, une partie du département est située en zone rurale : les acteurs décrivent des médecins en fin de carrière et isolés ; isolement que l'implantation de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), basées dans les communes les plus importantes du département, ne parvient pas à compenser.

⁷ Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; INSEE, estimations de population.

11 MSP et MSPU sont aujourd’hui présentes sur le territoire (tableau 21), et 4 projets sont en cours. Néanmoins, si dans d’autres départements, les maisons de santé peuvent mettre en place des projets de prévention en santé mentale ou des consultations avancées par les professionnels de la psychiatrie, afin de pallier en partie les manques de moyens en psychiatrie du territoire, en Seine-et-Marne ce type de coopération est à ce jour inexistant.

Dans les questionnaires adressés aux professionnels de la psychiatrie du département, sur 28 répondants à la question « Votre secteur a-t-il établi une convention de partenariat avec un établissement / professionnel intervenant en soins de premier recours ? », tous ont répondu non.

MSP	Cesson – Simone Veil
MSPU	Coulommiers
MSP	Crouy-sur-Ourcq
MSPU	Fontainebleau
MSPU	Le Mée-sur-Seine – Hippocrate (COS)
MSP	Le Mée-sur-Seine – Balint
MSPU	Torcy
MSP	Roissy-en-Brie
Maison médicale	Provins
MSP	Saint-Fargeau-Ponthierry
MSPU	Nemours
4 projets en cours	Claye-Souilly Lagny-sur-Marne Souppes-sur-Loing Brie-Comte-Robert

Tableau 21. Liste des MSP de Seine-et-Marne au 1er mars 2019. ARS DD77

La densité d’infirmier.e.s en libéral, de 7.6 (pour 10.000 habitants), est en revanche supérieure à la moyenne régionale (6,2), mais largement inférieure à la moyenne nationale (14,1).

Le déficit en orthophonistes libéraux a été largement souligné par les acteurs du champ de l’enfance durant la phase diagnostique, il est confirmé par des taux particulièrement en deçà des moyennes nationale et régionale.

Des manques importants sont également relevés par les acteurs intervenant dans le champ de l’enfance et de l’adolescence concernant les psychomotriciens libéraux ; mais les données quantitatives ne sont pas disponibles à l’échelle départementale concernant cette catégorie de professionnels.

Concernant les psychologues libéraux, outre le déficit de professionnels installés, des difficultés économiques d’accès aux soins sont relevées. Le cout des consultations est estimé élevé (entre 50 et 70€ la consultation). Des pistes de remboursement des consultations ont été évoquées par le passé sur le territoire, mais néanmoins à ce jour non mises en place.

Le recours à une plateforme de psychologues libéraux avait été envisagé par la Maison des adolescents du GHEF, ADOBASE, dans le cadre de la première expérimentation nationale de remboursement des consultations en Maison des adolescents (MDA) lancée en 2017⁸. Pour autant, en l'attente du bilan de cette expérimentation, cette piste a finalement paru peu convaincante : les psychologues sont peu rémunérés et, de fait, difficiles à mobiliser, et les professionnels de la MDA n'ont pas souhaité se porter garants de la qualité de consultations de prestataires qu'ils ne connaissent pas.

Les consultations de psychologues libéraux au sein des MSP pourraient être favorisées sur le département. Néanmoins, les MSP du département n'ont pas mis en place d'actions concernant la santé mentale dans leurs projets de santé, ou alors ces actions ne sont pas identifiées. Ces actions sont totalement dépendantes des choix des médecins qui composent la MSP, et par ailleurs l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) ne prévoit pas qu'il y ait une "délégation de rémunération" vers les psychologues, même si certaines structures de soins primaires en France le font.

Enfin, les acteurs estiment nécessaire de porter un travail de sensibilisation sur la prise en charge de ces consultations vers les mutuelles, qui acceptent de couvrir des frais plus onéreux, mais dont la mise en œuvre dépasse le cadre d'un projet territorial de santé mentale.

b. Un manque de postes de médecins généralistes pourvus en établissements

Les établissements et services médico-sociaux – Les postes de temps partiels de médecins généralistes en établissements et services médico-sociaux (ESMS) ne sont pas toujours dotés, excepté dans les structures les plus médicalisées comme les maisons d'accueil spécialisé (MAS). Dans le questionnaire destiné aux professionnels des ESMS à la question « Avez-vous internalisé une fonction de médecin généraliste au sein de votre service ou établissement ? » 27 personnes répondent oui, 78 personnes répondent non. Sur ces 27 réponses oui :

- 1 concerne un EHPAD (sur 3 répondants travaillant dans cette catégorie d'établissement),
- 4 concernent des SAVS-SAMSAH (sur 33 répondants travaillant dans cette catégorie d'établissement),
- 1 des CSAPA-CAARUD (sur 2 répondants travaillant dans ce type d'établissement),
- 1 un CPO (sur 1 répondant de cette catégorie d'établissement),
- 11 un IME, ITEP ou SESSAD (sur 48 répondants travaillant dans ce type d'établissements).

Les acteurs des ESMS témoignent du fait qu'une grande partie des usagers de leurs établissements et services n'ont pas de suivi somatique organisé. Sur les 95 réponses à la question dédiée dans le questionnaire destiné aux professionnels des ESMS, « Les personnes que vous suivez pour troubles psychiques ont-elles un suivi somatique ? », 30 personnes répondent oui, 62 répondent non (3 ne savent pas).

⁸ Cette expérimentation est relayée par une nouvelle expérimentation « Ecout'émoi » sur 3 régions. Elle a été lancée en Ile-de-France en avril 2019 dans 6 communes des Yvelines et du Val d'Oise pour une durée de 3 ans, avec une évaluation à l'issue

La PMI – Les médecins de prévention dans les services tels que la PMI ou l'Education nationale ont un taux de postes vacants de plus de 33%. En effet, en 2019, la PMI du département compte 16 postes médicaux vacants sur les 48 postes ouverts (ainsi que 12 médecins vacataires). Les 32 postes pourvus comprennent 3 postes de médecins au siège à la Direction de la PMIPE. La PMI a restreint son champ d'action aux 0-3 ans, par manque de médecins. Ce manque entraîne des difficultés pour l'orientation, car les professionnels de la PMI – notamment les travailleurs sociaux – n'ont pas l'expertise pour évaluer les besoins des enfants qui se présentent. Les psychologues libéraux sont prêts à le faire mais organiser une plateforme d'évaluation avec des libéraux est complexe. La PMI a remis en place des vacations de psychiatres et augmenté leur rémunération. Elle travaille également sur la visibilité des postes vacants, considérant qu'il devient incontournable de se montrer compétitif pour améliorer l'attractivité des postes.

L'Education nationale – Les taux de vacances des postes de médecins sont encore plus importants. Il y a 10 ETP de médecins scolaires pourvus sur le 77 en 2019, pour 28 postes budgétés (soit 35% de postes pourvus et 65 % de vacants). Les infirmières, plus facilement mobilisables, sont formées régulièrement et sont compétentes pour repérer les troubles psychiques et orienter, mais elles se heurtent elles aussi aux limites de leur faible effectif, dans un contexte où le personnel pédagogique est peu formé au repérage des troubles psychiques. De fait, l'activité prévention, au cœur des missions de la médecine scolaire, a dû être mise de côté sur la plupart des infra territoires.

SYNTHESE – RESSOURCES HUMAINES EN SANTE MENTALE

Ressources humaines en psychiatrie

- Un déficit de psychiatres sur le département est ancien. Un creux démographique qui va s'aggraver avec les départs en retraite prévus
- L'offre libérale est quasi inexistante
- Ce déficit est aggravé par la création de postes dans les CHS et CHU parisiens qui attirent les internes qui y sont formés, par l'expansion démographique du département, par le déficit en médecins généralistes, et par la saturation des CMPP et des CMP
- Les unités spécialisées de soin attirent davantage les internes que les structures traditionnelles de la psychiatrie
- Il est noté une nécessité de penser la planification des équipements par infra territoires et non par secteurs
- Au sein des CH, on trouve trop de PH mal payés, de droits non respectés, et d'inégalités salariales
- La ressource en IDE est moins difficile à mobiliser, mais beaucoup de postes sont contractuels. Elles sont néanmoins peu formées à la psychiatrie en formation initiale.
- La psychiatrie est submergée de demandes qui ne relèvent pas de la maladie psychiatrique
- Une perte de visibilité sur les budgets psychiatrie et leur utilisation au sein des CH, manque d'association à leur élaboration et leur utilisation

Ressources humaines en premier recours

- Une grande pénurie en ressources humaines médicales
- Psychologues libéraux : des tarifs de consultation élevés et peu de RH, peu d'appui possible sur cette ressource pour les acteurs publics
- PMI et Education nationale : des taux de vacances de postes médicaux au moins aussi importants qu'en psychiatrie, des missions recentrées
- Psychomotriciens et orthophonistes libéraux : des délais d'accueil très importants

Ressources humaines en ESMS

- Un département à la moyenne nationale du point de vue des équipements, mais des pénuries en ressources humaines médicales
- Des équipements trop peu territorialisés, souvent utilisés par des usagers hors département
- Des difficultés néanmoins au niveau des CMPP et CAMSP
- Une difficulté dans la pertinence de l'adressage aux soins psychiatriques du fait d'évaluations insuffisamment étayées par des partenaires ne disposant pas de compétences spécialisées, notamment de psychiatres.

V. PREMIER RECOURS ET URGENCES

POINTS DU DECRET DU 27 JUILLET 2017 AUXQUELS DOIT REpondre LE PTSM

Premier recours

« 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 :

- L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;
- L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;
- L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional. »

Crises et urgences

« Le PTSM a également pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence. À ce titre, il prévoit :

- 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 (...);
- L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques,
- La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé, 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 ;
- 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. »

Le diagnostic, conformément aux recommandations du décret relatif au PTSM, a traité la thématique du premier recours et des urgences autour des points suivants :

- **Premier recours**
 - Le repérage précoce des troubles psychiques et l'orientation, par les professionnels du soin primaire
 - La coordination des acteurs du soin primaire, avec les professionnels de la psychiatrie, les acteurs sociaux et médico-sociaux, dans la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques
- **Gestion des situations de crise et des urgences**

- L’organisation des soins non programmés par la psychiatrie publique
- L’organisation par la psychiatrie de la réponse aux situations de crise et aux urgences repérées par les acteurs du 1er recours, sociaux, médico-sociaux et les proches
- L’organisation de la prévention de la récurrence suicidaire, à la sortie d’hospitalisation

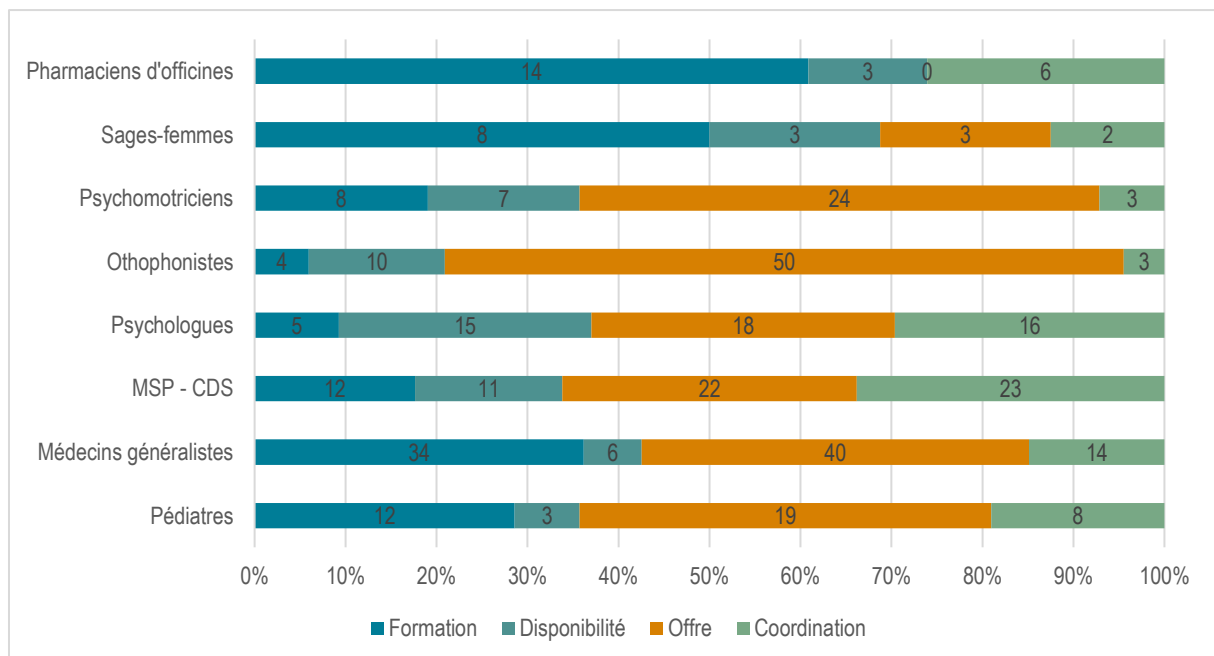
1. LES SOINS DE PREMIER RECOURS

a. Repérage, orientation, prévention

Le **repérage** par les acteurs du premier recours est amélioré mais ne pose pas de problèmes majeurs : il est globalement réalisé. Comme vu plus haut, la question des **orientations** est en revanche plus délicate : les orientations réalisées par les acteurs du premier recours ne sont pas toujours adéquates, faute de connaissances suffisantes à la fois sur les besoins et sur l’offre disponible pour adresser vers les bonnes structures.

Une formation et une information insuffisantes des médecins généralistes notamment, sur la question des troubles psychiques, ainsi qu’un manque de connaissances relatives aux procédures légales sont évoqués comme freins aux orientations. La prévention des crises devrait, selon les acteurs du territoire, être un objectif de formation des professionnels du premier recours.

Les acteurs du territoire interrogés par questionnaire sur les principales difficultés rencontrées dans leur sollicitation des acteurs du premier recours en matière de repérage précoce, pointent des difficultés de coordination, un manque de formation des professionnels aux troubles psychiques et aux effets des psychotropes, mais aussi un manque de ressources humaines en premier recours sur le territoire, abordé plus en détail plus haut dans la partie « Ressources humaines » (graphique 11).



Graphique 11. Difficultés principales rencontrées dans la sollicitation des professionnels du 1^{er} recours pour le repérage précoce par les acteurs médico-sociaux

Sur les 43 professionnels du premier recours qui ont répondu au questionnaire, 10 déclarent intervenir très régulièrement en matière de repérage précoce, 15 régulièrement, 14 rarement, et 4 jamais. Enfin, sur ces mêmes 43 répondants 18 se déclarent satisfaits de leur niveau de formation en matière de troubles psychiques, 18 se déclarent insatisfaits, 7 ne se prononcent pas.

La nécessité de disposer d'un **support d'évaluation commun et partageable** entre les catégories d'intervenants, dans l'objectif de faciliter les orientations, est évoquée.

Très **peu de conventions actives** ont été rapportées, dans les questionnaires ou pendant le groupe de travail, entre les acteurs du soin primaire (notamment les maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé qui sur d'autres territoires ont développé des consultations avancées en lien avec les secteurs) et la psychiatrie.

La question de **l'évaluation à domicile**, très rare aujourd'hui, est abordée, notamment concernant les personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer. Pour cette population il est noté un manque important de repérage des troubles psychiques, en partie dû à une confusion avec les troubles d'ordre cognitifs. Les médecins généralistes sont très demandeurs de formation sur le sujet auprès des Pôles Autonomie Territoriaux.

Le **manque de ressources en termes de démographie médicale**, traité dans le chapitre IV ressources humaines en santé mentale, au niveau des acteurs du premier recours est également un frein important au repérage (manque de temps des professionnels de santé rares), et le manque de ressources en psychiatrie, un frein aux orientations. Les délais de réponse des équipes mobiles – précarité ou personnes âgées – nuisent à l'efficacité du repérage.

b. Un accès insatisfaisant aux soins somatiques pour les personnes avec troubles psychiques sévères et persistants

L'accès aux soins somatiques des patients de la psychiatrie est un sujet qui doit être traité de façon transversale au PTSM.

L'**absence de médecin traitant** pour bon nombre de patients psychiatriques, du fait de la démographie médicale mais aussi d'un manque de sensibilisation des médecins généralistes à ce public, entraîne une mauvaise prise en compte par les patients eux-mêmes de leur santé somatique.

Il y a **peu d'ETP de médecin somaticiens** budgétés et pourvus dans les services de psychiatrie : un mi-temps vient d'être publié mais non pourvu au GHEF, ainsi qu'un poste à Nemours.

L'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie ne semble pas facilité par l'implantation de ces services au sein de CH généraux malgré des ressources sur place. Le manque de médecine polyvalente dans les établissements explique en partie ce paradoxe.

La mobilisation des compétences des IDE pour des **consultations somatiques en CMP** est jugée intéressante. D'ores et déjà, les IDE de CMP assurent une veille autour des soins somatiques des patients, cependant cette activité trouve ses limites, d'une part au regard de leur champ de compétences, d'autre part en raison de leur charge de travail.

Le **lien entre les médecins généralistes et les services hospitaliers de psychiatrie** fait défaut, ce qui nuit à la continuité des soins en sorties d'hospitalisation. À la sortie, le suivi relève de la volonté du patient cependant comme pour tout autre patient, le médecin traitant doit être le pivot de la coordination des soins et une meilleure communication doit être recherchée.

2. LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISES ET D'URGENCES

a. Des adressages inadaptés, un travail à mener sur la gradation des recours

Pour les professionnels de la psychiatrie, le repérage des troubles psychiatriques n'est pas le problème majeur : les malades, qui sont le cœur de cible de la psychiatrie, arriveront par un biais ou un autre en psychiatrie. Les difficultés se situent davantage au niveau des **adressages inadaptés ou retardés** (orientation au moment d'une crise). De leur point de vue, il y a nécessité à redéfinir les frontières de la psychiatrie dans le champ plus large de la santé mentale. La psychiatrie est submergée de demandes relatives à des problèmes sociaux, à un malaise social voire à des questions de sécurité publique, qui l'empêchent de concentrer ses ressources – par ailleurs basses dans le département – sur les maladies psychiatriques.

Cela est notable aux urgences et renvoie au rôle des acteurs en amont : de plus en plus de personnes seraient **orientées par défaut dans les services d'urgences**.

Sont notés des problèmes au niveau de la **gradation des recours** : la pénurie d'acteurs, les délais d'accès aux soins psychiatriques, expliquent que parfois les services d'urgences sont, notamment pour les proches, la seule voie de recours possible. Un manque de professionnels susceptibles d'opérer un rôle de filtrage et d'accompagner le recours aux soins est noté.

Pourtant, le secteur médico-social pourrait être un acteur de l'accompagnement dans le recours aux soins et en dernière instance aux urgences permettant de ce fait d'améliorer la pertinence des niveaux de soins sollicités. La **nécessité de mener un travail sur la façon de combiner les compétences**, et de **mieux mobiliser les relais hors des murs de l'hôpital** est évoquée, en particulier en soutenant l'activité des associations d'usagers et de familles. Dans les ESMS, il y a de moins en moins de psychiatres, ce qui entraîne, faute d'avis spécialisé en interne, un recours aux urgences comme unique voie.

Les échanges sur la notion de crise semblent importants à aborder en pluriprofessionnalité.

b. Une coordination difficile des acteurs de l'urgence

Une dégradation est notée au niveau de la **coordination des acteurs** pour l'intervention en cas de crises : l'intervention conjointe du personnel médical d'urgence, des pompiers, des ambulances et des forces de l'ordre est aujourd'hui plus difficile. Les responsabilités sont diluées, et les interventions sont de fait plus tardives. De plus, dans les cas de soins à la demande d'un tiers (SDT) il est nécessaire de disposer d'un certificat médical par un médecin extérieur à l'établissement (généraliste ou urgentiste notamment). La pénurie de ressources médicales dans le département, comme dans les services d'urgence, aboutit à ce que la plupart des SDT soient effectuées sur la base d'un seul certificat médical, alors que la loi du 5 juillet 2011 précise que cette procédure devrait rester exceptionnelle. Au-delà de cet aspect légal, l'absence d'une compétence médicale sur le lieu de l'intervention peut altérer la qualité des soins prodigués.

Les associations de patients rappellent que pour les patients, l'attente entraîne une aggravation de la souffrance et des difficultés de relations avec les familles.

Il est noté un **manque de structures intermédiaires permettant une mobilité des soins** en cas d'urgences et de crises : le dispositif ERIC 77, qui existait dans le Nord du département pour la gestion des crises par une équipe mobile, était jugé efficace mais couteux au regard des moyens humains mobilisés pour un nombre d'interventions limité. Ce dispositif n'est plus disponible aujourd'hui, les acteurs s'accordent pour estimer que la partie « permanence téléphonique » était l'activité la plus pertinente.

Certains élus ont une **méconnaissance des procédures de soins en urgences et sous contrainte** en psychiatrie. De plus, dans certaines petites communes rurales, l'interconnaissance des acteurs peut être un frein à leur mobilisation dans le cadre des SDRE.

Les associations de patients soulignent l'article L3221-5-1 du code de la santé publique relatif au dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, en quelque lieu où se trouve la personne atteinte de troubles mentaux, n'est pas mis en œuvre de manière satisfaisante dans le département.

c. Des partenariats avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à renforcer

Les soins non programmés sont actuellement, faute de structuration, très chronophages pour les équipes médico-sociales. Pour les enfants suivis par les structures de la protection de l'enfance par exemple, la difficulté d'organiser rapidement des hospitalisations à temps plein entraîne une intensification des accompagnements aux soins en CMP, « pour que cela tienne », ce qui nécessite également une forte mobilisation des équipes de l'ASE.

La nécessité de **renforcer les partenariats entre acteurs**, notamment via une intervention psychiatrique en cas de crises au sein des ESSMS, est évoquée.

La question du partage des informations entre les services d'urgences, de psychiatrie et les ESSMS est abordée : les vecteurs d'amélioration envisageables seraient à explorer. Une des pistes évoquées serait la transmission des informations par le biais de l'outil TerrEsanté en cours de mise en place par l'ARS Ile-de-France.

L'accès aux soins des **personnes en situation de précarité**, sans couverture maladie, est abordé. Une ambiguïté est rapportée concernant leur prise en charge au sein des urgences et des CMP, qui pourtant ne nécessite pas de couverture maladie pour une prise en charge rapide. La consultation par les PASS, non programmée, est rappelée comme un bon outil pour améliorer l'accès aux soins et aux hospitalisations. L'accès aux interprètes est mentionné, et sera traité dans le groupe précarité.

Les interlocuteurs non médicaux ne se sentent pas toujours entendus dans leur évaluation des situations de crise. Les acteurs de la psychiatrie considèrent que certaines demandes s'apparentent à une attente de « normalisation comportementale » combinée à un seuil de tolérance variable des institutions aux situations de crises. Cette situation est aggravée par la difficulté à obtenir un avis médical. Ce point concerne de nombreux acteurs du champ social, médico-social, de l'Education nationale, etc. Des voies d'amélioration semblent possibles.

Concernant les **enfants accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance**, nombreux sur le territoire, placés en famille d'accueil en Seine-et-Marne alors qu'ils proviennent d'un autre département, le Collège des pédopsychiatres s'est accordé sur une position commune : les enfants continuent à relever du secteur de résidence de leur famille, ce qui est conforme aux règles de la sectorisation. Les secteurs seine-et-marnais, compte tenu de leur faible taux d'équipement, ne peuvent pas prendre en charge les personnes (enfants et adultes) qui sont domiciliées ailleurs.

d. Une organisation de la prévention de la récurrence suicidaire à développer

L'organisation de la prévention de la récurrence suicidaire est variable selon les territoires.

Le GHEF organise sur le site de Jossigny, une **consultation post urgence** à l'hôpital en cas de risque suicidaire : 1 psychiatre et 4 IDE dispensent des consultations spécialisées et un système de rappel téléphonique est mis en place. L'ensemble du dispositif fonctionne de façon proche du dispositif Vigilans. Le Centre hospitalier de Meaux mène également des actions en ce sens, bien que de façon moins formalisée.

Dans le Sud, un travail semble nécessaire sur l'organisation du suivi post urgence et post hospitalisation. Des **disparités importantes** sont notées dans le territoire. Ceux qui n'ont pas été hospitalisés ou seulement aux urgences en lits de très courte durée sont à risque d'être perdus de vue. Pour les enfants et les adolescents, une politique d'hospitalisation d'une semaine en cas de tentative de suicide a été mise en place à Jossigny. Par la suite, il y a une hétérogénéité des pratiques en fonction des secteurs concernant le suivi.

Il est noté également une **fragilité des personnes âgées à domicile** concernant le risque suicidaire, dont la prévention est encore peu structurée.

Demeure la limite des personnes qui refusent le soin, que l'on ne peut pas atteindre, mais qui dépasse la question de la prévention de la récurrence suicidaire.

De manière plus large également, les CMP du département mobilisés dans le diagnostic n'évoquent pas de dispositif formalisé concernant les « **perdus de vue** » : les situations sont analysées en staff, de façon individuelle, en fonction des inquiétudes suscitées.

SYNTHESE – PREMIER RECOURS ET URGENCES

Premier recours

- Des problèmes de ressources humaines très préoccupants
- Quand il y a médecin généraliste, pas de problèmes majeurs identifiés pour le repérage, mais des difficultés en termes d'orientations, par manque de connaissances de ces acteurs sur certains troubles psychiques, l'offre existante, et les procédures légales en cas de crises
- Des médecins généralistes peu outillés pour répondre aux demandes d'évaluation des personnes âgées au domicile, et parfois demandeurs de soutien auprès des PAT pour cette population
- La nécessité de disposer d'un support commun et partageable pour l'évaluation entre partenaires
- Pas de conventions entre la psychiatrie et les acteurs du soin primaire. Des MSP en cours de mise en place dans le département, mais aucune avec un projet autour de la santé mentale

Soins somatiques

- Une très mauvaise prise en compte de cet aspect de leur santé par les patients suivis en psychiatrie ; liée à un manque de sensibilisation des médecins généralistes pour accueillir ce public, à un manque d'initiative des patients, et à des carences en RH
- Très peu d'ETP de somaticiens budgétés ou pourvus dans les unités d'hospitalisation psychiatriques, malgré leur implantation en CH généraux
- Des liens médecins généralistes / psychiatres défaillants pour accompagner les sorties d'hospitalisation et assurer la continuité du parcours

Crises et urgences

- Des demandes jugées inadéquates adressées à la psychiatrie, liées au malaise social, à des problèmes éducatifs, qui l'empêchent de concentrer ses ressources sur les maladies psychiatriques. Mais des demandes de soin / d'aide réelles néanmoins.
- Insuffisante gradation du soin : toutes les demandes arrivent aux urgences faute d'intermédiaires et d'alternatives
- Des solutions dans l'ambulatoire insatisfaisantes et chronophages faute de capacités d'hospitalisation, notamment concernant les enfants et adolescents
- Des limites posées dans la prise en charge des enfants / adolescents accompagnés par l'ASE hors de leur département d'origine, liées à la sectorisation
- Une disparition de la coordination dans les interventions des acteurs de l'urgence (SAMU, pompiers, forces de l'ordre, ambulance, services d'urgences générales et psychiatrie de liaison), avec une difficulté d'obtenir des certificats médicaux pour les procédures de soins sans consentement

Prévention de la récurrence suicidaire

- Des initiatives efficaces pour le suivi des personnes hospitalisées pour TS, à renforcer ; mais pas d'organisation systématique pour l'ensemble des services et des CH. Des inégalités probables dans les réponses apportées
- Une fragilité des personnes âgées à domicile, non atteintes par les dispositifs actuels

VI. PRECARITE ET SANTE MENTALE

POINTS DU DECRET DU 27 JUILLET 2017 AUXQUELS DOIT REPENDRE LE PTSM

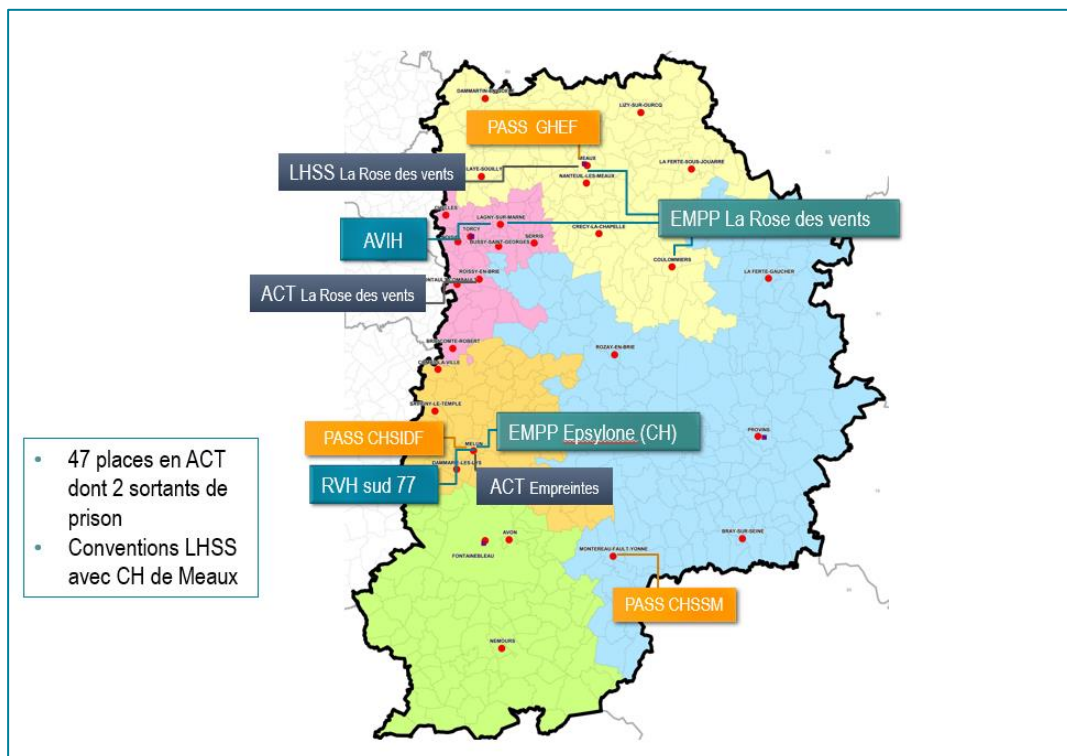
« Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux. [...] »

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. »

Le diagnostic a traité la thématique de la santé mentale des personnes en situation de précarité selon trois axes⁹ :

- L'accès aux soins des personnes en situation de précarité
- L'accès aux soins des personnes migrantes
- L'accès aux soins des personnes sous-main de justice

1. OFFRE DE SOIN PSYCHIATRIQUE POUR LES PUBLICS PRECAIRES

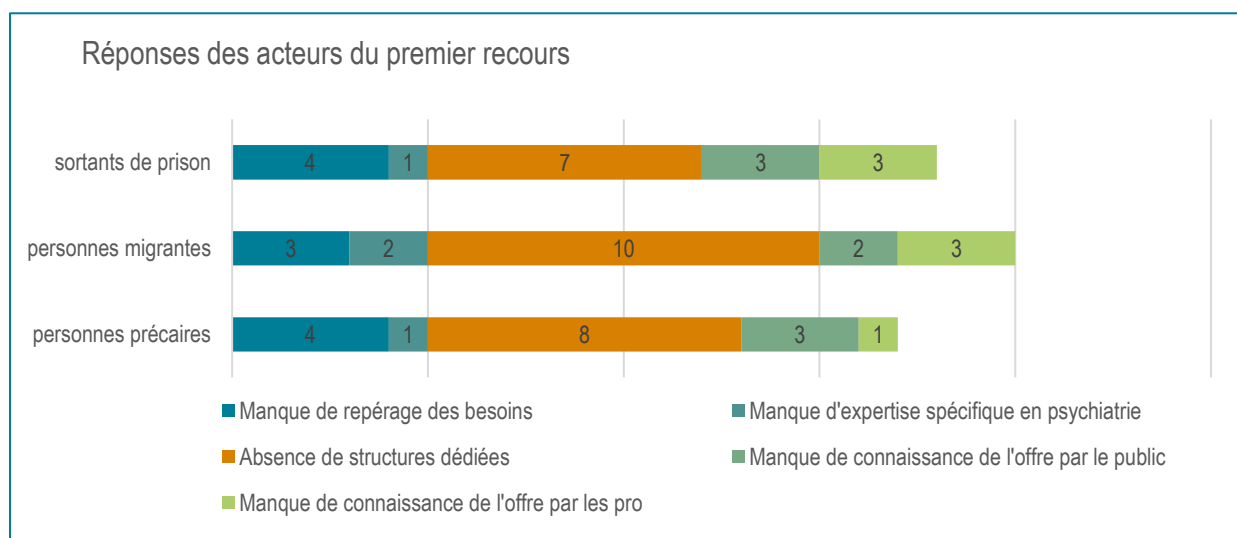


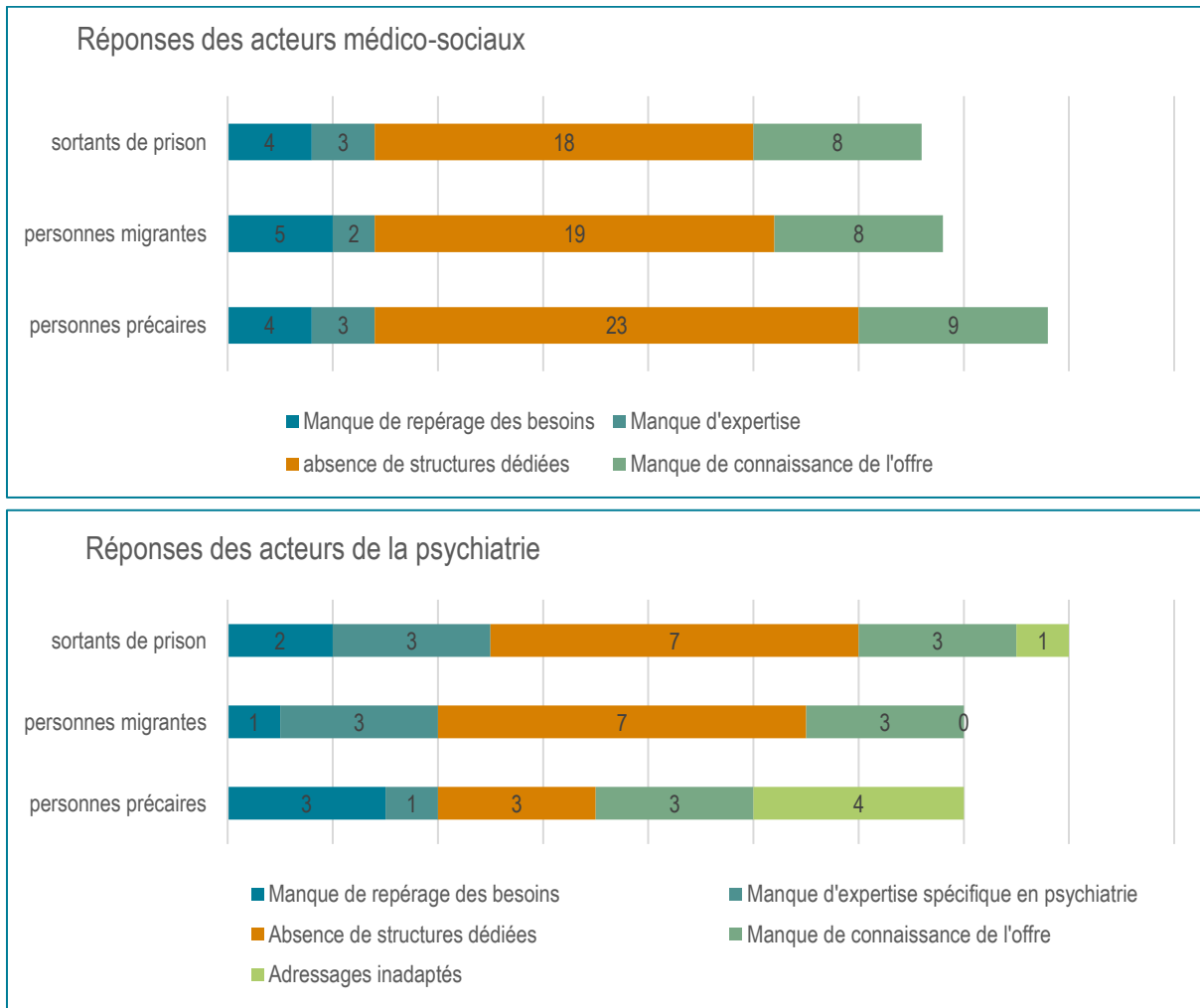
⁹ La prévention de la précarisation des personnes suivies pour troubles psychiques sévères et persistants est traitée dans le thème « Réhabilitation psychosociale ».

Carte 4. Représentation de l'offre de soin spécialisée en santé mentale des personnes précaires. Acsantis - 2019

La Rose des vents, association spécialisée dans la lutte contre la précarité et gérant plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux dans le Nord du département, mène un travail de collaboration depuis plusieurs années avec le Centre hospitalier de Meaux. Elle accueille ainsi sur **ses lits halte soins santé (LHSS)** ainsi des patients hospitalisés longuement de façon inadéquate et qui n'ont pas de solutions d'hébergement, identifiés par la **Commission longs séjours** mise en place par le centre hospitalier de Meaux pour traiter les parcours de ces patients. Cet accueil est favorisé par une convention entre le centre hospitalier et la Rose des vents, et par la présence sur les LHSS du psychiatre de l'EMPP gérée par la même association, ce psychiatre étant par ailleurs praticien hospitalier au Centre hospitalier de Meaux. Ces structures, initialement prévues pour les personnes précaires atteintes du VIH, se sont révélées dans cette expérience tout à fait adaptées pour l'accueil le public de la psychiatrie relativement stabilisé, en attente d'une solution d'hébergement. *« C'est en effet un exemple de bonne pratique, cette convention ça fonctionne bien. Les médecins généralistes de chez nous ont été très réfractaires pour accueillir des personnes sortant d'hospitalisation psychiatrique, mais comme on a le psychiatre de l'EMPP, c'est passé, et finalement ils se rendent compte qu'il y a moins de soucis avec les gens stabilisés qu'avec les personnes sans domicile, ou des personnes addicts à l'alcool par exemple. »* [Verbatim issu de l'entretien avec le chef de service de la structure LHSS].

Les questionnaires renseignés par les acteurs du territoire révèlent, concernant l'accès aux soins psychiatriques des publics spécifiques (personnes précaires, sous-main de justice, migrantes) deux points importants : d'une part, cette question a été relativement peu renseignée par rapport au taux de remplissage des questionnaires, ce qui témoigne d'un sujet qui n'interpelle pas l'ensemble des acteurs de la santé mentale ; d'autre part, les réponses obtenues sont marquées, notamment chez les acteurs médico-sociaux par une prédominance du **manque de structures dédiées à ces publics en matière de soins psychiatriques**.





Graphiques 12 à 14. Réponses aux questionnaires – « Concernant l'accès aux soins psychiatriques des publics spécifiques suivants, quelle est la principale difficulté que vous rencontrez ? »

2. PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE

a. Repérage, orientation, accès aux soins

Des manques sont exprimés concernant **l'accès aux médecins généralistes, aux soins en CMP et aux hospitalisations en psychiatrie**. L'accès aux psychiatres en CMP et en libéral est particulièrement difficile : l'engorgement et l'augmentation des délais d'accueil conduisent à une dégradation des situations individuelles. Les professionnels des EMPP et de la psychiatrie estiment néanmoins que les EMPP ne doivent pas prodiguer du soin pour « compenser » les délais d'accès : cela risquerait de créer un circuit parallèle de soin aux personnes précaires, potentiellement stigmatisant et moins outillé.

Des manques sont également notés au niveau de la **lisibilité de l'offre existante**, dans laquelle les personnes concernées comme les professionnels du champ de l'inclusion ne savent pas toujours se repérer.

Dans les structures de l'inclusion (accueil de jour, centre d'hébergement et de réadaptation sociale – CHR, centre d'accueil des personnes migrantes), des besoins d'appui par des psychologues sont identifiés, afin d'**anticiper les risques et d'évaluer les orientations nécessaires**. De manière générale, les travailleurs sociaux expriment un manque de recours en soins primaires, permettant d'orienter, ce qu'ils ne savent pas faire.

Concernant les enfants, il est noté un manque d'accompagnement spécifique : il n'y a pas d'accueil possible en CMPP, les délais sont très longs pour l'accès aux prises en charge psychiatriques ou psychologiques adaptées, ce qui aggrave les problèmes sociaux des familles (notamment concernant les mères isolées).

Ce public nécessite une approche spécifique reposant sur « l'aller vers ». C'est la philosophie des équipes mobiles, dispositifs estimés adaptés mais trop peu outillés : le département ne comporte que deux équipes mobiles (une au Nord portée par la Rose des vents – Motamaux, et une au Sud portée par le Centre Hospitalier de Melun – Epsylone), qui disposent de très peu d'ETP de psychiatres (qui par ailleurs ne sont pas prescripteurs de soins mais coordonnateurs).

L'arrêt du dispositif ERIC est regretté par tous : cette **structure mobile** se déplaçait au domicile ou dans les structures d'hébergement, en cas de crise.

La question de l'accès difficile aux médecins généralistes pour les personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME est évoquée : certains passent par les réseaux ville-hôpital (RVH) ou la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), d'autres utilisent les urgences.

La **télé médecine** est évoquée comme piste à explorer pour l'orientation et le premier repérage des problèmes de santé mentale pour ces personnes, même si les avis divergent sur la pertinence de cet outil.

b. Logement

Le problème du logement est largement évoqué pour ce public, et relié à l'accès aux soins. En effet, le manque de soins psychiatriques, relatif à la non-disponibilité des professionnels soignants, les délais d'accès à un diagnostic, conduisent à une **vulnérabilité du maintien dans le logement** (dégradation, troubles à l'ordre public, problèmes de voisinage).

Une convention récente permet aux **SAMSAH**, acteurs principaux du maintien au domicile des personnes en situation de handicap psychique, de pouvoir intervenir en amont, avant la notification MDPH, après accord du service de coordination médico-sociale du Conseil départemental, et pourrait ainsi en partie répondre à cette problématique.

L'offre en matière de logement spécifique destiné aux personnes précaires présentant des troubles psychiques relève :

- Des pensions de familles, destinées aux personnes précaires (certaines hébergent des personnes avec des troubles psychiques) ;
- Des résidences accueil, dédiées aux personnes avec troubles psychiques. Il en existe à Fontainebleau, Nemours, Cesson et Pontault-Combault. Des projets sont également en cours sur Coulommiers et Provins.

c. Coordination / partenariats

Un manque de coordination autour des suivis individuels des personnes en situation de précarité est rapporté par les acteurs du territoire. Les centres d'hébergement accueillent de plus en plus de personnes avec des pathologies psychiques. Pour ce public, se pose le **problème de la sectorisation** (résidence / domicile de secours), auquel s'ajoute celui, complexe, de la temporalité de la personne pour aller vers le soin. On retrouve de nombreux cas de **ruptures de soins**.

Si les EMPP interviennent dans les centres d'hébergement, les professionnels présents déplorent **l'absence d'accompagnements conjoints social et médical** : de leur point de vue, les personnes passent d'un accompagnement à l'autre, sans transition et toujours en situation de crise.

La mise en place de coopérations solides entre la psychiatrie et les structures de l'inclusion sociale semble nécessaire, mais nécessiter une **construction active** et un temps dédié, important.

La pertinence des **CLSM** comme espaces de construction d'un lien entre les acteurs sociaux, médicaux, les élus, les forces de l'ordre, autour de la santé mentale, est évoquée. Certains CLSM du département sont « en sommeil », comme celui de Nemours depuis 2 ans. Un autre est en développement sur Provins dans le cadre du Conseil Local de Santé, celui de Melun est en cours de structuration.

3. PUBLIC DES PERSONNES MIGRANTES

Un CAES (Centre d'Accueil et d'Evaluation Sociale) a été créé à Vaux-le-Pénil : une permanence médicale est assurée par la PASS de Melun, trois fois par semaine, sur le centre. L'accès aux soins primaires y est donc favorisé, en articulation avec le centre hospitalier si besoin. En revanche, **les soins psychiatriques ne sont pas couverts**, par manque de psychiatres dans la PASS, et par manque de temps de l'EMPP Sud pour y assurer des permanences.

Lorsque les personnes arrivent en CAES, l'évaluation médicale n'a pas été faite : « *Les personnes n'ont pas été vues pour un coup de couteau, alors forcément les problèmes de santé mentale ne sont pas prioritaires...* ». Les professionnels des centres n'ont pas de formation en santé mentale qui permettrait d'assurer une évaluation adaptée.

L'EMPP Nord a mis en place une **permanence infirmière** dans les centres d'hébergement pour migrants (CHUM) et les centre d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) : Elle y pratique des évaluations en santé mentale et somatique. Les personnes ne sont pas orientées par les professionnels des centres, mais viennent de façon volontaire, pendant sa permanence. Cette expérience est plutôt positive, et a pu avec le temps être dupliquée à un plus grand nombre de centres pour personnes migrantes, mais elle ne résout pas le **problème de l'orientation** une fois les troubles repérés. Les délais d'accès aux CMP et la barrière de la langue, voire la réticence de certains psychiatres, restent des obstacles.

Le GHSIDF a mis en place une **consultation migrants** sur le site de Melun, en lien avec l'EMPP Sud. L'interprétariat est accessible sur le GHSIDF mais insuffisamment faute de financements. Cette consultation est considérée comme très insuffisante en termes d'offre pour répondre aux besoins et sa sectorisation sur la partie Sud du département ne permet pas l'accès à l'ensemble de la population des personnes migrantes du département.

L'absence de **consultations spécialisées sur la prise en charge des psychotraumatismes** sur le département est évoquée comme un frein pour la prise en charge de ce public. Néanmoins, l'offre n'est aujourd'hui pas répertoriée dans ce domaine, et ce constat gagnerait à être approfondi car il est envisageable qu'une offre non « labellisée » psychotraumatismes mais avec des compétences adaptées, existe dans certains lieux de prise en charge.

La question de l'hébergement reste centrale et prioritaire. De nombreux CHUM (centre d'hébergement d'urgence pour migrants) ont été créés sur le département depuis 2 ans, dans lesquels les personnes sont hébergées de façon supposée provisoire, mais qui tend à durer. Il est difficile de mettre en place un accompagnement psychologique ou psychiatrique dans ces conditions d'absence de possibilités d'anticipation de la durée du suivi.

De nombreux **mineurs non accompagnés** (MNA) sont également présents sur le territoire (623 ont été repérés par l'Aide sociale à l'Enfance en 2017 d'après le rapport d'activité de la Rose des vents). Ils reçoivent un accompagnement plus rapproché, mais sortent du dispositif dès leurs 18 ans, ou leurs 18 ans présumés par un avis médical.

La question du **coût de l'interprétariat** est un frein notable à l'accès aux soins : Il y a possibilité de recourir à une consultation avec un traducteur spécialisé au sein des centres d'accueil, mais le budget interprétariat est de 120€ de l'heure.

Une instance « Précarité et santé mentale » qui se réunit tous les deux mois est animée par le psychologue et le psychiatre de l'EMPP Sud. De nombreux acteurs du champ de la précarité y participent.

Des difficultés sont rapportées concernant la communication avec la PUL (psychiatrie d'urgence et de liaison) au sein des **services d'urgences** des centres hospitaliers. Le dialogue entre les professionnels des EMPP et les médecins de la PUL est difficile. Les professionnels du soin primaire des EMPP déplorent un manque de confiance des médecins psychiatres en leurs évaluations et leurs indications de soins concernant ces populations. Les professionnels de l'EMPP opèrent pourtant un rôle de premier filtre et font des orientations qu'ils estiment nécessaires et adaptées, dans des cas de pathologies avérées. Les personnes retournent en centres d'hébergement sans prise en charge médicale, et finissent par se faire renvoyer en raison de leur comportement, ce qui annihile tout projet d'accompagnement vers un logement autonome.

4. PUBLIC DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE

La question de l'éducation thérapeutique du patient pendant l'incarcération est relevée comme un manque. **La sortie n'est pas suffisamment préparée**, ce qui pose des problèmes de sectorisation à la sortie, et de délai d'accès aux CMP. Les personnes sortent avec un traitement pour quelques jours mais pas de rendez-vous. Les situations se concluent fréquemment par des injonctions de soins.

Ce point nécessiterait un **échange avec les psychiatres intervenant en centres de détention et les SPIP** (services pénitentiaires d'insertion et de probation) pour mieux analyser ce qui est en cause : un manque de repérage en prison, un manque de préparation de la sortie (pas de domiciliation, pas de médecin traitant et souvent pas de couverture sociale), un refus de soins du patient, la non-connaissance par les psychiatres de la date de sortie et/ou du lieu d'hébergement à la sortie ?

Ils sont accentués pour les courts séjours, les levées d'écrou se faisant sans anticipation possible. On note ainsi des différences de situation à la sortie, entre le centre de détention de Melun (longs séjours) et le centre pénitentiaire de Réau (courts séjours avec des levés d'écrou moins anticipées).

En ville, une seule structure a actuellement sur le territoire des missions de suivi des personnes sortant de prison : l'association ARILE. Elle comprend deux psychologues et travaille notamment au rétablissement des droits d'assurance maladie.

Faute d'anticipation, les personnes sortants de prison n'ont pas accès aux CMP faute d'adresse fixe à la sortie, et sont dirigées vers les PASS : les prescriptions y sont faites, mais malgré cela, des difficultés d'accès aux traitements faute de couverture sociale sont évoqués.

La question de **l'accès aux soins en CMP** pour ces personnes qui ne sont pas stabilisées sur le plan résidentiel est problématique. Par ailleurs, les psychiatres les plus sensibilisés à la prise en charge de ce public sont ceux qui délivrent les expertises, et dans ce cas, il leur est interdit de suivre les personnes.

Ces personnes sont renvoyées vers les CSAPA lorsque s'ajoutent des problèmes d'addictions : les CSAPA renvoient sur la psychiatrie car ils repèrent des troubles psychiatriques qu'ils ne peuvent pas prendre en charge faute de psychiatre dans ces structures....

SYNTHESE — PRECARITE ET SANTE MENTALE

Personnes en situation de grande précarité

- Des manques au niveau du soin primaire, de l'accès aux CMP et aux hospitalisations en psychiatrie
- Des difficultés au niveau de la lisibilité de l'offre relevées par les acteurs de l'inclusion
- Dans les structures de l'inclusion, des besoins d'appui par des psychologues, afin d'anticiper les risques / évaluer les orientations nécessaires
- Une philosophie de l'aller vers entravée :
 - Par le manque d'ETP de psychiatres en EMPP et de relais
 - Par le manque de dispositifs mobiles de prévention / gestion des crises (type ERIC)

Personnes migrantes

- Une population croissante par l'installation récente de centres d'hébergement (CAES, CHUM, PRHADA)
- Des contraintes liées à la temporalité des séjours qui impliquent de penser une gradation des soins
- Des besoins identifiés autour de la prise en charge des psychotraumatismes
- Des initiatives mises en place par les EMPP et les PASS pour l'accès aux soins primaires, qui fonctionnent bien, mais en manque de relais pour les orientations vers les soins spécialisés en psychiatrie : une difficulté pour ce public (enfants, adolescents et adultes) pour accéder aux soins psychiatriques
- Une seule « consultation migrants » au Centre hospitalier de Melun
- Des difficultés d'accès aux consultations aggravées par le coût de l'interprétariat
- Des difficultés d'arbitrage avec les PUL et plus largement sur la place de ce public dans le champ de la santé mentale (troubles psychiatriques Vs difficultés sociales)

Personnes sous main de justice

- Des soins en interne structurés par l'intervention des secteurs au sein des USMP
- Des manques spécifiquement constatés au niveau de la préparation des sorties, particulièrement pour les centres courts séjour
- Souvent pas de traitement, pas de rdv CMP, pas de sectorisation à la sortie, et des difficultés d'accès aux soins en termes de couverture sociale
- Des motifs à expliciter encore : levées d'écrous non anticipées, méconnaissance des lieux de résidence, refus du patient, , etc.

VII. REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

POINTS DU DECRET DU 27 JUILLET 2017 AUXQUELS DOIT REpondre LE PTSM

« 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 :

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

Le diagnostic a traité la thématique de la réhabilitation psychosociale selon deux axes :

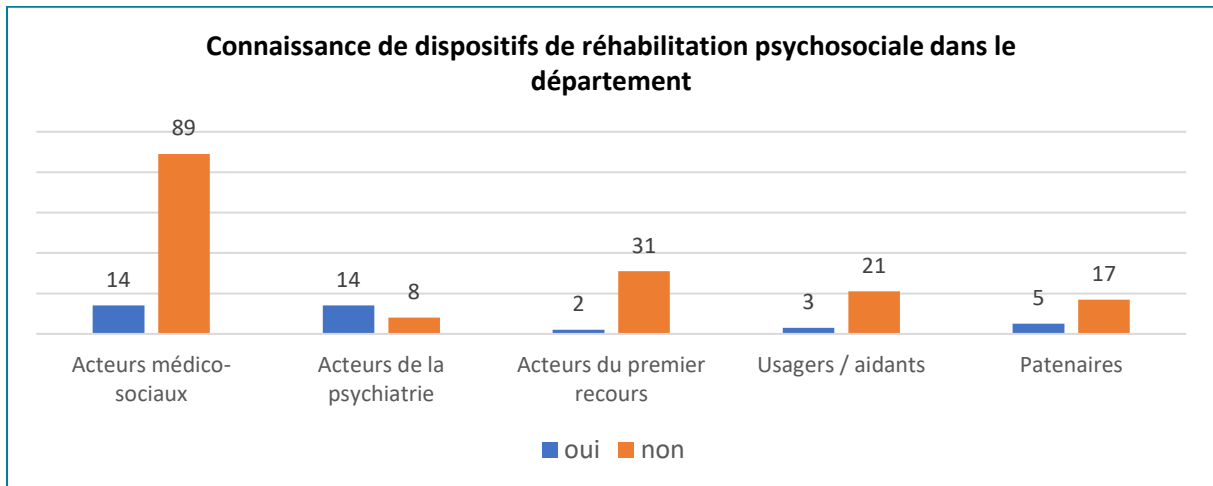
- Les dispositifs de réhabilitation psychosociale en psychiatrie
- Les dispositifs médico-sociaux d'inclusion des personnes avec troubles psychiques sévères et persistants

1. ORGANISATION DU PROCESSUS DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE EN PSYCHIATRIE

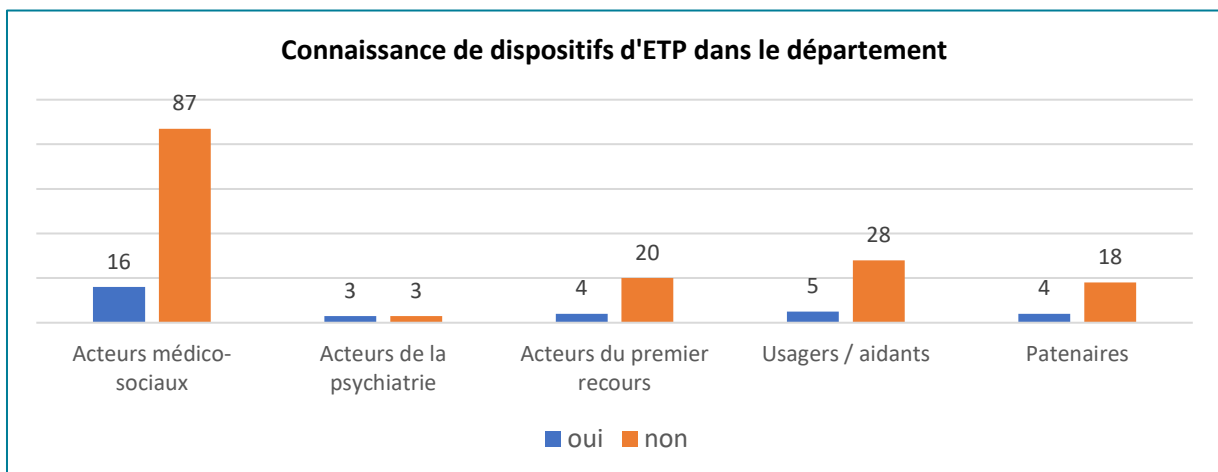
a. Un manque de lisibilité de l'offre existante

Les acteurs du territoire expriment un besoin d'améliorer la lisibilité, jugée insuffisante, de **l'offre de proximité déjà existante en réhabilitation psychosociale**. Un certain nombre de structures de la psychiatrie mais aussi du secteur médico-social « font » de la réhabilitation psychosociale au sens de travail sur l'inclusion des patients, ou ont une consultation empruntant aux méthodes de la réhabilitation psychosociale (consultations d'éducation thérapeutique du patient – ETP – ou de remédiation cognitive), sans pour autant être identifiées comme structures de réhabilitation psychosociale à strictement parler (le COS de Nanteau, certaines cliniques, par exemple).

Les acteurs interrogés par les questionnaires connaissent assez peu les dispositifs de réhabilitation psychosociale et d'ETP dans le département. Quand ils en citent, il s'agit souvent de consultations non spécifiques à la psychiatrie ou hors du département.



Graphique 15. Réponse des acteurs au questionnaire : « Connaissez-vous des dispositifs de réhabilitation psychosociale dans le département ? »



Graphique 16. Réponse des acteurs au questionnaire : « Connaissez-vous des dispositifs d'ETP dans le département ? »

b. Des dispositifs de réhabilitation psychosociale en cours de mise en place

Des **projets de dispositifs** intersectoriels pour la mise en œuvre des soins de réhabilitation sont **en cours de mise en place dans le département**.

Ces projets sont portés par le GHEF et le GHSIDF, et font l'objet de financements déjà fléchés par l'ARS. Néanmoins, leur structuration est en cours, et nécessitera un travail dans le cadre du PTSM pour construire des partenariats solides et durables entre les différentes parties prenantes, afin d'inclure ce type de soins dans les parcours des personnes, le processus de réhabilitation psychosociale reposant avant tout sur un décloisonnement entre l'hôpital et la ville, le parcours de soin et le parcours de vie.

Le secteur de Meaux du GHEF travaille actuellement sur un projet d'équipe mobile de réhabilitation psychosociale dont la mission serait notamment d'aller vers les ESSMS. Un projet d'hôpital de jour est en cours de mise en place par le GHEF à Marne-la-Vallée, pour la prise en charge précoce des schizophrénies. Enfin, le Centre hospitalier de Melun travaille à la mise en place d'un projet de réhabilitation psychosociale autour d'un hôpital de jour et d'un travail sur le logement en lien avec le CLSM.

La question de l'évaluation des besoins en réhabilitation psycho-sociale a été soulevée : pour l'ensemble des acteurs, elle doit pouvoir intervenir à la fois très précocement dans les parcours car les besoins devraient en être évalués dès la première manifestation de la maladie. Mais il est nécessaire également de pouvoir répéter ce type d'évaluation tout au long du parcours de la personne, afin de déterminer le niveau des actions de remédiation à conduire :

- Action ciblée et intensive en milieu sanitaire,
- Action « d'entretien » de fonctions fragiles à conduire en milieu médico-social,
- Action au long cours de soutien aux compétences à proposer par les acteurs de l'accompagnement dans toutes les activités du quotidien

Les acteurs ont souligné l'intérêt de pouvoir accéder à ce type d'évaluation même en l'absence de décisions MDPH, les résultats étant d'ailleurs de nature à étayer la pertinence des décisions à prendre par la CDAPH.

Par ailleurs, afin d'en améliorer l'accessibilité les acteurs ont souligné également l'intérêt d'organiser cette évaluation par mutualisation de compétences pluridisciplinaires trouvées dans l'ensemble des champs sanitaire, social, médico-social, ainsi que de l'implanter si possible sur plusieurs sites au sein de la Seine-et-Marne.

c. Des hospitalisations longues encore existantes, un manque parfois de sensibilisation à l'inclusion

Des attentes sont exprimées par les acteurs de la psychiatrie concernant l'**orientation des patients qui sont hospitalisés trop longtemps** (parfois plus de 20 ans). Ce public nécessite une phase d'évaluation à l'autonomie, puis des outils de réhabilitation, pour gagner en autonomie et travailler sur le logement.

Un projet de réhabilitation réaliste nécessite également de prendre en compte les limites de l'inclusion. Les capacités des personnes au rétablissement sont hétérogènes, et **l'inclusion doit être conçue comme un processus gradué et réaliste**, offrant des modalités d'accueil et d'autonomie au sein ou hors des ESMS variées et adaptées aux personnes, en fonction des évaluations produites.

L'adhésion de certains acteurs de la psychiatrie aux changements de pratiques induits par la réhabilitation psychosociale pose question. De l'avis des acteurs de la psychiatrie consultés, notamment, tous les professionnels du champ ne sont dans une logique de réhabilitation psychosociale. La nécessité de **former les personnels du soin psychiatrique à une culture de la réhabilitation** pour changer la dynamique des soins en psychiatrie et l'orienter vers le rétablissement, dépasse la question du manque de ressources humaines : « *Si on ajoute 10 psychiatres et que l'on ne change pas les pratiques, cela ne changera rien !* ».

2. L'ARTICULATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES AVEC LES ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX

a. Un manque de structures d'évaluation « en proximité », nécessaires à des orientations adaptées

Les SAMSAH font actuellement beaucoup d'évaluations de situations individuelles, mais leur formation sur la question est inégale, ils sont peu outillés en personnel soignant et ont des capacités limitées (par exemple, une seule IDE d'un SAMSAH peut avoir à gérer des évaluations sur 5 secteurs de psychiatrie).

Il serait riche d'associer les **assistantes sociales en psychiatrie** aux travaux du PTSM sur cette thématique puisque la coordination du parcours des patients vers les structures du milieu ordinaire ou du secteur médico-social, fait partie prenante de leurs missions. Les psychiatres présents rappellent l'engorgement de leurs services sociaux. Par exemple, il y a actuellement une seule assistante sociale sur le centre hospitalier de MEAUX pour une file active de 4500 personnes. On note un manque d'attractivité des postes pour le recrutement.

Un manque de **structures « passerelles » au sein ou à proximité de la psychiatrie**, notamment d'appartements thérapeutiques, est identifié. Un manque de personnel non médical en lien étroit avec les acteurs de la psychiatrie, également.

La psychiatrie manque de relais, et de compétences pour assurer un niveau d'étayage au parcours toujours adapté à chaque patient. C'est le juste niveau ajusté en permanence de recours aux soins et à l'accompagnement qui permettra d'éviter les ruptures et un recours inadéquat à l'hospitalisation prolongée.

Les délais d'attente de notification par la MDPH dans le département sont dans la moyenne nationale (7,5 mois pour les adultes et 6 mois pour les enfants, en fonction de la complexité des demandes). Par ailleurs, une fois la notification obtenue, les acteurs déplorent des délais d'accueil dans les établissements et services, selon des critères qu'ils jugent peu explicites. Les orientations faites par la MDPH ne sont pas toujours adaptées aux besoins des personnes, notamment en cas d'évolution de ces besoins pendant la période de la notification, nécessitant une demande de révision.

Si les **PAT (Pôles Autonomie Territoriaux)** ont précisément été mis en place pour renforcer l'offre de proximité des MDPH (informer, orienter, aider au montage de dossier et à la mise en œuvre des décisions), ils semblent encore mal identifiés en psychiatrie, ce qui est probablement à imputer à leur mise en place récente mais aussi à un manque d'information. Néanmoins, les PAT, bien qu'ayant des missions d'accompagnement pour l'orientation, ne sont pas outillés pour contribuer à l'évaluation des besoins.

3. ORGANISATION DES ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX POUR LA FORMATION, L'EMPLOI, LE LOGEMENT, LA VIE SOCIALE

a. L'accueil dans les ESSMS

Une série de manques est évoquée par les acteurs concernant l'offre :

- Concernant **l'hébergement des adultes** souffrant de troubles psychiques, un manque de logement, de FAM, d'habitat accompagné (appartements individuels ou partagés, hors établissements, avec accompagnement et/ou mutualisation de prestations dans la cité) ;
- En **Protection de l'enfance**, un manque de place en action éducative en milieu ouvert (AEMO) et en familles d'accueils de l'Aide sociale à l'enfance ;
- Des listes d'attente en SESSAD très importantes.

Le rôle des **structures culturelles** des communes et départements doit être recherché dans l'étayage de l'inclusion des personnes concernées. La MJC de Pontault-Combault par exemple, a mis en place une commission handicap et des activités tournées vers les patients de la psychiatrie.

b. Un besoin de soutien par la psychiatrie

Un **besoin d'appui par la psychiatrie** est ressenti par les acteurs des ESMS dans l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques, qui ne va pas toujours de soi, par crainte des professionnels de ne pas savoir gérer les moments de crise, du fait de leur manque de formation et d'outils.

Il est noté un **manque de conventionnement entre les ESMS et la psychiatrie**, pour garantir d'une part l'intervention de la psychiatrie au sein des ESMS en cas de situation de crise, et d'autre part un accompagnement médico-social des patients de la psychiatrie. Ce manque est lié en partie au manque de ressources humaines en psychiatrie pour le département. Ce type de conventions aurait pour effet de désengorger les urgences et d'agir en amont, dès le repérage des premiers signes de crise.

c. Un besoin d'organiser l'accompagnement de façon graduée

Imaginer un parcours qui ne soit pas exclusivement centré sur l'obtention d'une place en établissement médico-social doit faire partie intégrante d'un projet de réhabilitation. C'est le parcours qui doit être pensé et structuré, autrement qu'en termes d'amont et d'aval de l'hospitalisation, avec des **allers-retours possibles entre différentes modalités de prise en charge plus ou moins renforcées**.

La Fondation des Amis de l'Atelier a un projet de création de 4 places en FAM avec appartement hors les murs, conçu comme un appartement d'évaluation et d'apprentissage dans un objectif d'accès à un logement dans le droit commun avec un accompagnement SAMSAH.

Une culture de l'inclusion, commune aux acteurs, est encore à construire dans le secteur médico-social, bien que déjà initiée par des dispositifs comme RAPT et par l'évolution des modalités de financement. Cette culture implique de renforcer l'étayage par les différents acteurs : MDPH, psychiatrie, acteurs du logement, etc.

Les **accompagnements doivent être plus souples**, faits de déclinaisons de modalités d'intensité variable. C'est déjà le cas au sein des SAMSAH (souplesse sur le dépassement du nombre de places malgré un financement au prix de journée) mais cela reste plus complexe pour les établissements d'hébergement, qui ont toujours un objectif d'occupation de places maximum. Les travaux en cours de transformation de l'offre médico-sociale sont engagés et débouchent, dans le cadre de l'AMI 2018 sur des projets de fonctionnement en plateforme dans le champ notamment de l'enfance, à étendre en direction des équipements pour adultes.

SYNTHESE – REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Organisation de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie

- Un manque de connaissance par les acteurs de l'offre de proximité existante qui emprunte aux méthodes de la réhabilitation psychosociale
- Des projets de mises en place de plateformes de soin en réhabilitation au GHSIDF Melun et au GHEF Meaux,
- Des AAP en cours ou à venir, qui devraient permettre de continuer à étayer l'offre
- Des besoins de relais pour les personnes hospitalisées au long cours
- Des professionnels de la psychiatrie parfois peu sensibilisés aux logiques de soins en réhabilitation psychosociale

L'articulation des soins psychiatriques avec les accompagnements médico-sociaux

- Une perte de temps dans les processus d'élaboration du parcours des patients, encore trop cloisonnés entre psychiatrie / social et médico-social
- Des délais élevés pour l'accueil en ESMS et un flou sur les critères d'admission
- Des orientations parfois jugées inadaptées
- Les PAT, acteurs de la coordination des parcours PA-PH, encore peu connus en psychiatrie
- Un besoin ressenti de disposer de dispositifs de proximité pour une évaluation des personnes reposant sur une complémentarité des compétences psychiatriques et médico-sociales

Organisation des accompagnements sociaux et médico-sociaux pour l'inclusion

- Une insuffisante territorialisation de certains ESMS, trop peu de conventions avec les secteurs de psychiatrie
- Un manque d'appui de la psychiatrie pour l'accueil de ce public en ESMS, notamment lors des situations de crise
- Une volonté et une nécessité de faire évoluer les structures vers plus de souplesse dans les modalités d'accompagnement, tout au long du parcours des personnes accueillies

VIII. SANTE MENTALE DES PERSONNES AGEES

POINTS DU DECRET DU 27 JUILLET 2017 AUXQUELS DOIT REpondre LE PTSM

« 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. [...] »

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. »

Le diagnostic a traité la thématique de la santé mentale des personnes âgées selon deux axes :

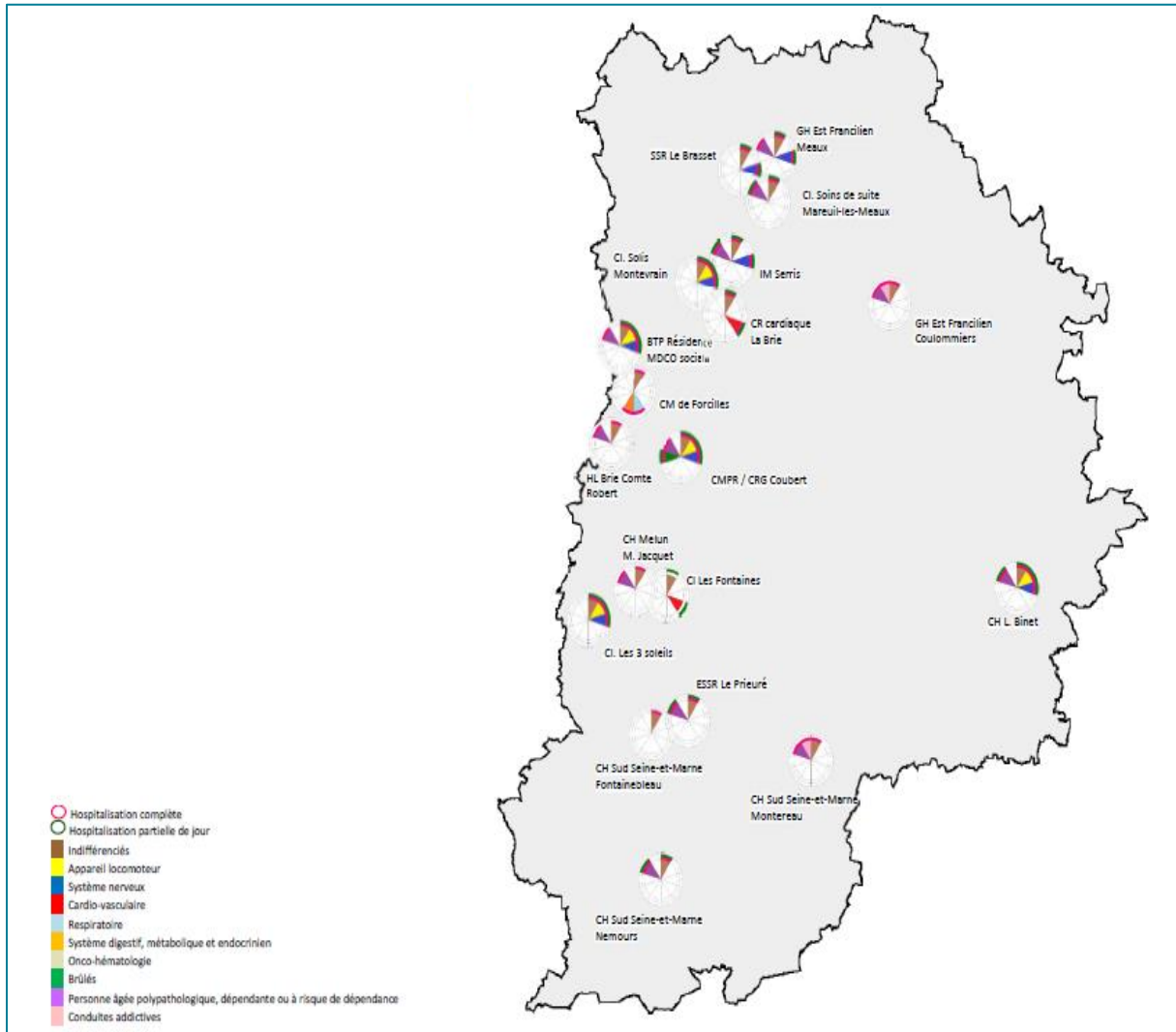
- La prise en charge des troubles psychiatriques survenant à l'âge avancé
- L'organisation de l'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap psychique / des personnes présentant des troubles psychiques sévères et chroniques

1. OFFRE DE SOINS POUR LES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES APRES 70 ANS

Les soins en gériatrie

	GHSIDF	GHEF	CHSSM
Lits en unité d'urgence	12	12	11
Capacité en lits installées de gérontologie aigue	64	30	60
EMPA (équipes mobiles de la personne âgée)	CH Melun	CH Meaux	CH Nemours / Fontainebleau
Capacité en lits SSR	60	82	63
Nombre de lits USLD (unité de soins longue durée)	41	167	50
ETP PH formés en gériatrie	13	7	12
Nbre de consultations gériatrie et mémoire en 2018	400	620	870
Délai moyen d'accès à la consultation mémoire (en jours)	30	30	45
Délai moyen d'accès à la consultation de gériatrie (en jours)	15	5	45

Tableau 22. Filière gériatrie dans le département de la Seine-et-Marne. Rapports d'activités des établissements 2018



Carte 5. Offre en SSR, dont personnes âgées, en Seine-et-Marne – ARS 2018

Les soins en psychiatrie du sujet âgé

La psychiatrie de la personne âgée est une discipline à part entière, reconnue comme une surspécialisation dans la maquette du DES de psychiatrie depuis 2017. Dès 2018, à la suite de la reconnaissance d'un corpus de savoir, de pratiques et d'organisations institutionnelles propres, des moyens se sont développés pour mieux accompagner ce public. Les équipes mobiles en sont aujourd'hui le modèle dominant.

Le département comporte trois structures/équipes de psychiatrie spécialisées dans la prise en charge du sujet âgé :

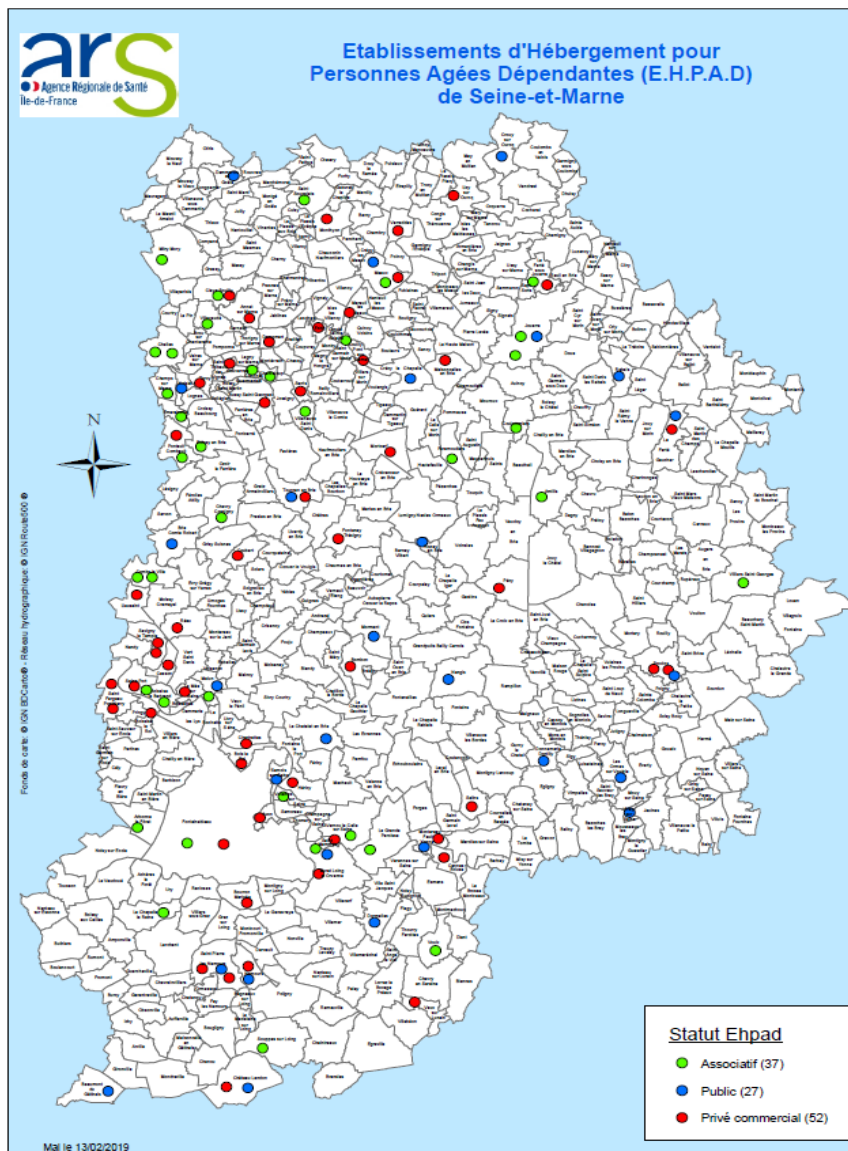
- Une unité de psychiatrie du sujet âgé sur le site de Marne-la-Vallée du GHEF, qui comporte un service de consultations, 10 places d'hospitalisation complète, 10 places en hospitalisation de jour, et une équipe mobile en psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) qui intervient au sein de 21 EHPAD et 3 SSR. Elle est intersectorielle.
- Une équipe mobile gérontopsychiatrique (EMG) rattachée au pôle de psychiatrie générale intersectoriel, ainsi que des consultations, sur le site de Meaux du GHEF

- Une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) au sud, et des consultations de psychiatrie orientées vers le patient âgé, basées à Montereau et rattachées au pôle de psychiatrie de Nemours.

L'offre médico-sociale pour les personnes âgées

Le département compte 116 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2019, répartis sur l'ensemble du territoire, ce qui correspond à une dotation légèrement supérieure à la moyenne régionale. Néanmoins, se pose aujourd'hui un questionnement plus qualitatif concernant ces établissements :

- Comment améliorer l'accueil des publics vieillissants de la psychiatrie dans ces établissements ?
- Comment améliorer l'intervention des professionnels de la psychiatrie en leur sein ?



Carte 6. EHPAD en Seine-et-Marne. ARS 2019

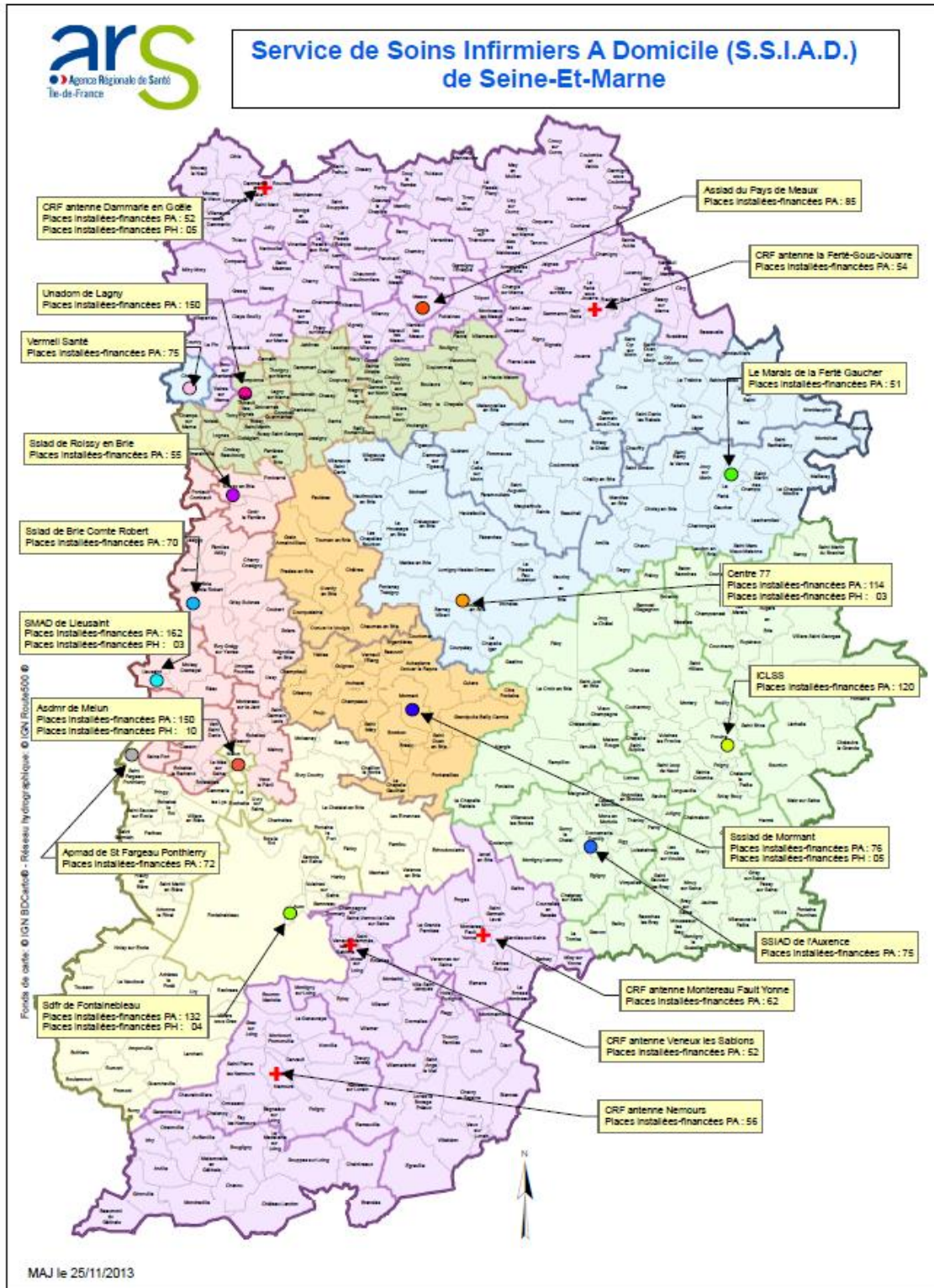
Six **Pôles Autonomie Territoriaux** (PAT) ont été mis en place en novembre 2017 sur le département, sur la base des anciens dispositifs CLIC étendus au public des personnes en situation de handicap. Ils ont des missions de coordination et de fluidification des parcours des personnes handicapées et des personnes âgées, d'amélioration de la visibilité et du recours aux offres adaptées.

Ces PAT s'articulent avec les actuels réseaux de santé pluri thématiques et MAIA : les 3 PAT du Sud travaillent en lien avec la MAIA sud et le Réseau, déjà rassemblés au sein de l'association RT2S77 ; pour les 3 PAT du nord, les partenaires sont la MAIA Centre Nord portée par l'association Centre 77 et le réseau GOSPEL. Ces dispositifs qui travaillent d'ores et déjà en étroite collaboration avec les PAT, sont amenés à évoluer très prochainement dans une logique, portée dans les dernières évolutions législatives, de convergence des dispositifs d'appui à la coordination des parcours (DAC).



Carte 7. Pôles Autonomie Territoriaux en Seine-et-Marne. ARS 2019

Enfin une offre de **services de soins infirmiers à domicile** (SSIAD) assurant des soins aux personnes âgées à domicile, couvre l'ensemble du territoire. Certains d'entre eux assurent aussi les soins à domicile aux personnes de moins de 60 ans en situation de handicap.

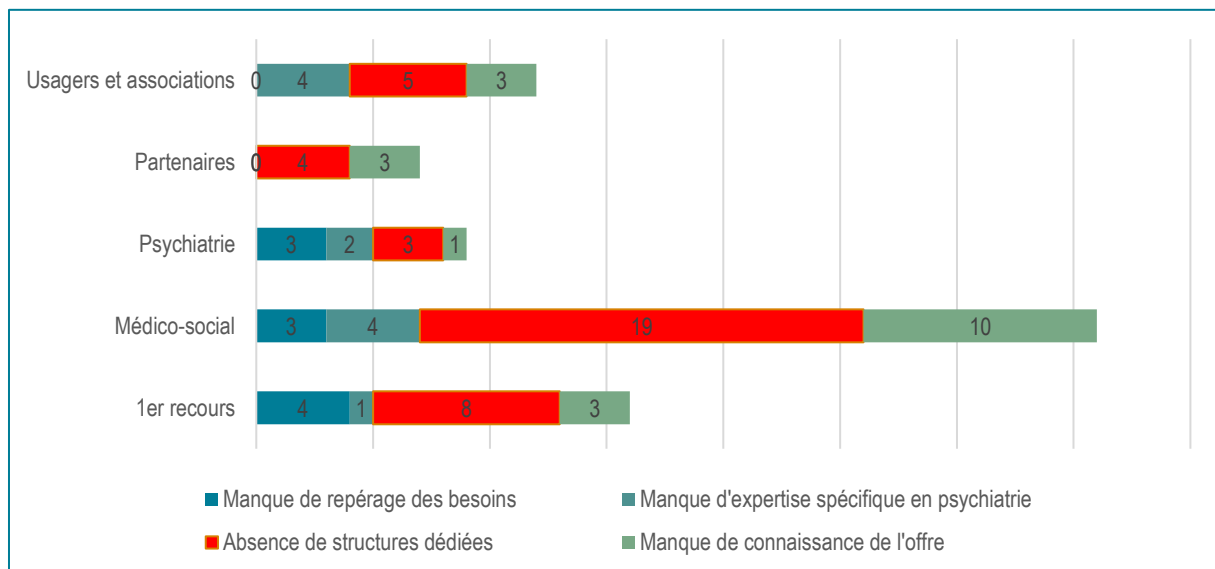


Carte 7. SSIAD PA et PH en Seine-et-Marne. ARS 2019

2. REPERAGE DE L'OFFRE DE SOINS POUR LES PERSONNES AGEES

a. Une confusion psychiatrie / gériatrie

Les acteurs du territoire interrogés par questionnaire expriment de façon unanime le constat d'un manque de structures dédiées aux soins psychiatriques des personnes âgées, mais également celui d'une difficulté à se repérer dans l'offre de soins pour ce public.



Graphique 17. Réponses au questionnaire « Quelle est selon vous la difficulté principale dans l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées ? »

On note en effet une certaine ambiguïté dans la lecture de l'offre de soins par les acteurs du territoire, entre notamment recours aux équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) et recours aux équipes mobiles de personne âgée, rattachées à la gériatrie (EMPA). Cette imprécision témoigne d'une **difficulté à se repérer dans l'offre existante**. Par ailleurs, les professionnels de la psychiatrie du sujet âgé notent qu'il est fréquent que la psychiatrie et la gériatrie soient convoquées conjointement pour un même patient, faute de repérage adapté. Une hospitalisation en psychiatrie d'une personne souffrant de troubles essentiellement neurodégénératifs générant des troubles du comportement peut s'avérer non pertinente pour la personne. Mais une hospitalisation en gériatrie peut être également inadéquate, la situation nécessitant alors une compétence spécifique de psychiatrie du sujet âgé.

Des difficultés dans l'accès aux soins en CMP sont notées pour les personnes âgées du fait de :

- Délais importants pour l'accueil des personnes (non spécifiques à ce public)
- Refus des personnes âgées de s'y rendre, et difficultés pour mettre en place un accompagnement vers le soin pour ce public lorsqu'il est à domicile, faute de leviers
- Un manque de moyens de la psychiatrie pour se rendre au domicile des personnes
- Problèmes d'accessibilité dans certains CMP (étages)

Les équipes mobiles rattachées à la gériatrie demandent une caractérisation du besoin par le médecin traitant (ce qui n'est pas toujours possible étant donné le manque de médecins généralistes dans le département) et interviennent au maximum 3 fois. Les professionnels qui y ont recours pour des personnes qu'ils ont repérées, déplorent qu'il n'y ait pas de relais, de communication, quand il n'y a pas de médecin traitant. Un besoin d'élargissement des missions des équipes mobiles est exprimé unanimement.

b. Le repérage et la coordination des acteurs

Les personnes présentes notent une plus-value apportée par la mise en place des Pôles Autonomie Territoriaux sur la question de **l'appui et de l'expertise**. La création des PAT a redynamisé la coordination au sein des acteurs médico-sociaux et contribue à améliorer l'accès des personnes âgées aux dispositifs spécifiques (psychiatrie par exemple) que les acteurs intervenant auprès de personnes âgées ne connaissent pas tous forcément bien.

La question du « **sur-handicap** » des personnes résidant en établissements d'hébergement pour adultes en situation de handicap est évoquée : des pathologies psychiatriques, puis avec l'âge des démences, peuvent s'ajouter à la déficience intellectuelle, et nécessiter des **prises en charge coordonnées**. La difficulté de définir les besoins de prise en charge pour ces personnes entrave l'orientation de ces personnes par les professionnels de ces établissements.

Les PAT et les MAIA travaillent d'ores et déjà à un **recensement de l'offre sur le territoire et sa diffusion** ce qui est très attendu par les acteurs.

c. La formation et la sensibilisation des acteurs

Concernant le suivi au domicile des personnes âgées, les professionnels notent un réel **manque de sensibilisation aux troubles psychiques des services d'aide à domicile**, qui pénalise l'accompagnement des personnes en milieu de vie ordinaire. Une piste serait de mettre en place des « ressources handicap » pour faire monter en compétence les professionnels des SAAD.

De manière plus générale, la formation et la sensibilisation des professionnels médico-sociaux au repérage des troubles et à l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques est à améliorer. Les professionnels d'EHPAD témoignent d'une « bonne volonté » des professionnels à se former sur ces thématiques, mais d'un manque de moyens et de ressources. La formation gagnerait à être conçue comme un « **package** » **global à développer sur l'ensemble du territoire**, combinant des formations croisées entre professionnels, des formations sur le terrain via des services psychiatriques spécialisés par exemple, sur le plan local ; et un renforcement de la formation initiale sur la thématique.

La question du **soutien aux aidants** est à améliorer dès le repérage. Pour la psychiatrie, la prise en charge ne peut pas concerner uniquement la personne âgée mais également son entourage, sur lequel elle s'appuie.

3. ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR LES PERSONNES AGEES

a. Zones de rupture de parcours identifiées

Pour les personnes âgées vivant à domicile, sont pointés :

- Des difficultés de lien entre les CMP et les intervenants médico-sociaux ou du premier recours
- Des difficultés de mobilité vers les structures de soins
- Le manque de coordination entre médecin traitant / IDE libérale
- La difficulté pour les IDE libérales d'être rémunérées pour le temps passé au domicile à accomplir des actes qui ne sont pas ou peu cotés. Il n'y a pas suffisamment d'axes psychiatriques dans le plan de soins infirmiers pour le maintien à domicile des malades psychiques vieillissants.

Pour les personnes vivant en ESMS, sont soulignés :

- La perte de liens avec leur secteur psychiatrique d'origine, qui peut occasionner des situations de rupture
- La difficulté pour faire hospitaliser les personnes en cas de crise
- L'absence de conventions médico-social / psychiatrie ou des conventions peu mises en œuvre lorsqu'elles existent
- Les difficultés dans l'articulation entre les médecins traitants, et les médecins coordonnateurs, non prescripteurs.

La nécessité d'engager des **réflexions en termes de parcours de vie** est pointée par les acteurs du territoire. La MAIA du Sud va essayer de travailler à des tables "parcours".

Le **vieillessement des aidants**, qui fournissent une aide souvent « invisible » est peu anticipé et traité.

Le fait que les **médecins coordonnateurs** (réseaux, EHPAD, EMPA, EMPSA...) ne soient pas prescripteurs, pose problème en l'absence de médecins traitants¹⁰.

b. Accès aux accompagnements et hébergements médico-sociaux

Les SAMSAH notent un **allongement des durées de l'accompagnement** lié à l'avancée en âge des personnes et à la difficulté de trouver un relais, notamment lorsque ces personnes sont en capacité et désireuses de rester à domicile. Les effets connexes sont l'allongement de la liste d'attente et un manque de renouvellement de la file active, ainsi que l'intensification du suivi médico-social au domicile, que les professionnels tentent de soutenir avec des relais par les SSIAD et SPASAD.

L'affaiblissement des relais familiaux du fait du vieillissement des aidants participe par ailleurs à l'intensification de l'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap psychique.

¹⁰ Entretemps les missions des médecins coordonnateurs d'EHPAD ont été étendues et permettent désormais de prescrire en l'absence du médecin traitant sous réserve de le tenir informé.

Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, modifiant les articles Article D312-157 et Article D312-158 du CASF

Concernant l'accueil en EHPAD des personnes handicapées vieillissantes¹¹, les professionnels ont du mal à s'adapter : ils ne sont pas formés, organisés et structurés pour ce public. L'accueil paraît se dérouler mieux lorsqu'il est conçu de façon graduée, précédé par une longue période d'accueil de jour préalable par exemple. En tous les cas, ce type d'accueil nécessite un **accompagnement par la psychiatrie**. Plus que de la formation, les professionnels des EHPAD ressentent des besoins de conseils "sur mesure", corrélés aux situations individuelles.

L'absence d'unités d'EHPAD dédiées aux personnes handicapées psychiques vieillissantes, qui ont des rythmes et des besoins d'activité spécifiques, est déplorée. Divers types de solutions peuvent être déployés pour ces publics pour répondre aux besoins identifiés en Seine-et-Marne, un travail complémentaire, s'appuyant sur un guide régional en cours d'élaboration reste à conduire.

c. Accès aux soins somatiques

De façon plus générale, le problème des difficultés d'accès aux soins somatiques pour les personnes en situation de handicap psychique – vieillissantes ou non – est largement ressorti des questionnaires.

L'accès aux soins somatiques dans les établissements d'hébergement médico-sociaux (FAM, MAS, EHPAD, Foyers de vie) est entravé par le manque de ressource médicale dans le département. De nombreux usagers des établissements d'hébergement n'ont **pas de médecin traitant**. Certains médecins généralistes faisant déjà face à une charge de travail importante, ne parviennent pas à accueillir de nouveaux patients et notamment des patients complexes dont la prise en charge est chronophage.

Les professionnels des ESMS, en l'absence de ressource médicale en interne et pour des personnes ayant des difficultés de déplacement, appellent le dispositif de Médecine d'Urgence. Mais excepté pour ces situations, Concernant les soins programmés, il n'est pas noté de problèmes liés aux transports sanitaires pour les personnes hébergées en ESMS : les consultations, aux yeux des participants, doivent être **accompagnées par les professionnels médico-sociaux**, qui sont outillés pour cela, même si cela peut devenir chronophage et se substituer à d'autres missions.

Les personnes présentant des troubles psychiatriques sont parfois difficilement entendues dans leurs **demandes d'accès aux soins somatiques**. Alors que la dimension somatique doit toujours être explorée, lorsqu'il y a plainte et douleur, les professionnels présents rapportent qu'à partir du moment où la personne est sous traitement psychiatrique il y a souvent orientation vers la psychiatrie, que ce soit par les urgences, la médecine générale ou la gériatrie.

Un manque est ressenti concernant le **soin dentaire** : le réseau RHAPSODIF, qui facilitait l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap a disparu.

Les relations avec les somaticiens sont aujourd'hui très **personnes-dépendantes**, ce qui concourt à épuiser les praticiens de bonne volonté. Le fait de rassurer les praticiens inquiets, de privilégier des plages de consultation dédiées à ces personnes, pourrait être envisagé, mais la pénurie d'acteurs empêche de travailler sur ces sujets.

¹¹ La personne handicapée vieillissante (PHV) est « une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement (...) » (CNSA, *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*, Dossier technique, Oct. 2010, p. 18)

Le public des personnes âgées est apparu dans cette phase diagnostique comme particulièrement confronté à des frontières d'âges et de disciplines, pouvant occasionner des ruptures de parcours. Par ailleurs, la différenciation entre domicile et institution est apparu plus structurante dans la réflexion des acteurs que celle de l'âge de survenue des troubles.

SYNTHESE – SANTE MENTALE DES PERSONNES AGEES

Repérage de l'offre en psychiatrie et en gériatrie

- Une confusion psychiatrie/gériatrie, EMPA/EMPSA, fréquente. Des adressages parfois inadaptés
- Les PAT identifiés comme efficaces pour l'amélioration de la lisibilité de l'offre

Accès aux soins psychiatriques pour les personnes âgées

- Des difficultés accentuées par :
 - Le manque de mobilité des personnes à domicile
 - Les délais d'accueil en CMP
 - Le manque d'accessibilité de certains CMP
- Les pratiques des EMPA ne sont pas homogènes, certaines ne sont activées que par un médecin traitant, alors que d'autres interviennent même en dehors de ce cadre, la communication vers les adresseurs est parfois insuffisante, certaines équipes parviennent à communiquer par téléphone ; les EMPA ne peuvent pas prescrire.

Spécificités de l'accès aux soins psychiatriques pour les PA en ESMS

- Des situations de « sur-handicap » chez les PHV : la comorbidité déficience intellectuelle, troubles psy et/ou neurodégénératifs amène des difficultés d'orientation et des besoins de coordination importants
- ESMS PH : Les professionnels assurent le transport et l'accompagnement vers le soin, bien qu'au détriment d'autres missions
- EHPAD : des professionnels désireux de « bien faire » mais peu formés aux troubles psychiques. Les modalités de l'accueil de PHV psychiques en EHPAD doivent encore être pensées de façon spécifique.
- Peu voire pas de conventions médico-social / psychiatrie

Spécificités de l'accès aux soins psychiatriques pour les PA à domicile

- Des professionnels des SAAD peu formés aux troubles psychiques et/ou neurodégénératifs
- Une nécessité de s'appuyer sur les aidants, partenaires nécessaires mais aussi vieillissants
- Une limitation des interventions pour les IDE libérales du fait d'une rémunération peu adaptée pour le temps passé au domicile
- Des personnes peu mobiles et peu accompagnées, en l'absence d'aidants familiaux ou de services médico-sociaux

Accès aux soins somatiques pour les personnes handicapées vieillissantes

- Une difficulté dans l'accès aux soins somatiques pour les usagers vieillissants des ESMS, faute de médecin généraliste en interne et de médecin traitant en ville
- Une implication des médecins généralistes pour ce public très personne-dépendante, un épuisement des praticiens mobilisés
- Un manque de réseaux d'accès aux soins spécialisés

- Des difficultés par manque de mobilité et d'accompagnement

IX. ADDICTIONS ET SANTE MENTALE

POINTS DU DECRET DU 27 JUILLET 2017 AUXQUELS DOIT REPENDRE LE PTSM

« 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. [...] »

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. »

Le diagnostic a traité la thématique des addictions selon trois axes :

- La structuration et le repérage de l'offre de prise en charge en addictologie
- L'accès aux soins psychiatriques des personnes suivies par les structures de l'addictologie
- L'accès aux prises en charge en addictologie des patients de la psychiatrie

1. STRUCTURATION ET REPERAGE DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN ADDICTOLOGIE

Les acteurs du territoire confrontés à des problématiques autour des addictions expriment une forte demande relative à la connaissance des structures de prise en charge sanitaire et médico-sociale sur le département.

L'offre est diffuse dans une multiplicité de structures (voir carte 8) rattachées à des filières différentes (sanitaires, médico-sociales) et est mal connue, que ce soit en interne (les professionnels des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA – eux-mêmes ne savent pas toujours ce que font les autres, tant au niveau des missions que de la spécialisation des publics) ou en externe (les orientations qui sont faites vers les CSAPA ne sont pas toujours adaptées).

Un travail pourrait être envisagé en matière de recensement et de diffusion de l'offre dans le cadre du PTSM.

a. Structures médico-sociales

Les CSAPA

Les CSAPA du département sont encore, pour la plupart, spécialisés addictions aux produits illicites ou alcool. Un seul CSAPA sur le département, APS contact, prend en charge les addictions sans substance (jeu, sexe, internet). Le cadre légal a laissé la liberté de conserver une spécialisation, liée à l'histoire et la culture des associations gestionnaires ou des centres hospitaliers. Toutefois pour une meilleure lisibilité pour l'utilisateur, qui peut être poly-consommateur et une meilleure couverture territoriale de l'ensemble des addictions par les porteurs, il serait opportun que ceux-ci puissent réorienter leurs projets vers une offre généraliste.

La philosophie des CSAPA est d'accueillir tous les usagers "addicts" avec ou sans produit, sans sectorisation et sans limite de temps.

Certains CSAPA ont une consultation jeunes consommateurs (CJC) : il s'agit d'un dispositif situé entre prévention et soins, avant que l'usage ne soit complètement installé, orienté tous produits et addictions comportementales. Cette offre est encore mal repérée.

La prévention est une mission obligatoire depuis 2016, pouvant obtenir des financements supplémentaires par appels à projets.

Certains CSAPA ont une offre d'hébergement, même si celle-ci est estimée insuffisante :

- En interne : un CTR (centre thérapeutique résidentiel) au CSAPA George Sand, des appartements thérapeutiques au CSAPA APS Contact.
- Par convention avec une autre structure : le CSAPA le Carrousel (CH Melun) dispose de deux lits sur les ACT de la ville.

Certains CSAPA sont référents pour le public des centres de détention : le CSAPA George Sand a deux équipes en maisons d'arrêt, le CSAPA ANPAA intervient au centre de détention de Melun et au centre pénitentiaire de Réau. Les injonctions thérapeutiques sont également assurées par certains CSAPA.

Ces structures sont actuellement peu coordonnées : il n'y a pas de rencontres, pas de réseau, pour penser des actions communes, structurer la prévention dans le département, par exemple.

Les CAARUD

Les centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, ont pour but la réduction des risques sanitaires et sociaux liés à la consommation de produits psychoactifs et, si besoin, l'accompagnement vers le soin et la réinsertion sociale des personnes.

Un CAARUD intervient dans le Nord du département, (Emergences), un autre dans le Sud ((Interl'UD 77).

Des équipes pluridisciplinaires effectuent, comme pour les CSAPA, également un travail vers les usagers dans leurs lieux de vie, à domicile ou chez les partenaires institutionnels, ainsi qu'en milieu pénitentiaire (centres de Réau et Melun pour le CAARUD sud). Un travail de médiation sociale dans les quartiers est également réalisé.

Les professionnels du CAARUD Interl'UD 77 se déplacent, à la demande des institutions de leur zone d'intervention, dans le but de présenter leur structure aux professionnels.

b. Structures sanitaires

Les centres hospitaliers sont classés selon leur équipement en addictologie :

- Niveau 1 : Consultation de liaison (ELSA)
- Niveau 2 : Consultation + hôpital de jour + lits pour situations complexes

- Niveau 3 : Recherche (ce niveau est absent en Seine-et-Marne)

Des ELSA (équipes de liaison et de soins en addictologie), sont financées en milieu hospitalier, dans 5 structures sanitaires de Seine-et-Marne :

- Le GHEF
- Le GHSIF
- Le CHSSM
- Le CH de Provins
- Le centre de réadaptation UGECAMIF de Coubert

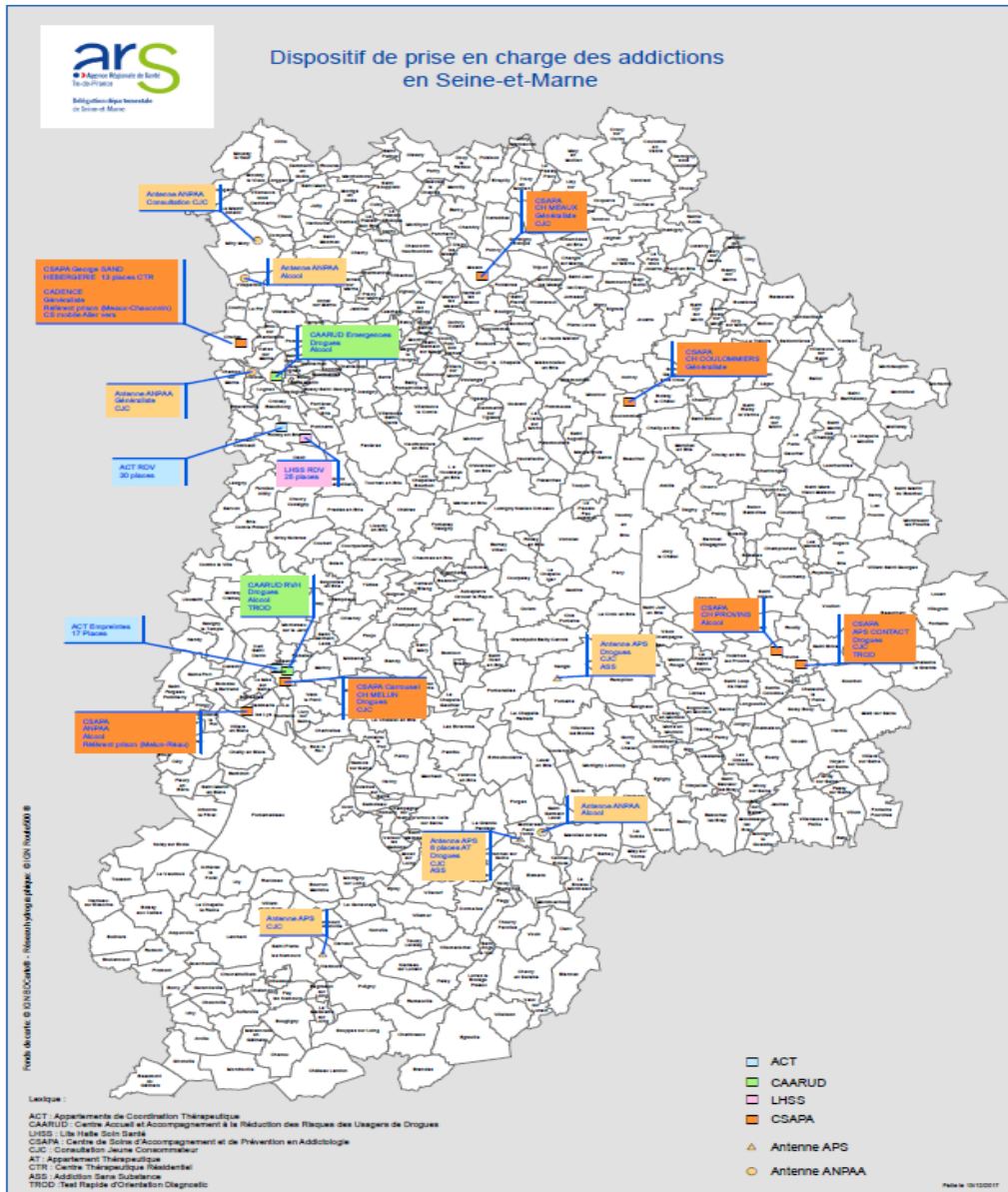
Cependant ces équipes ne seraient pas présentes dans tous les sites hospitaliers, une meilleure connaissance de leur disponibilité est nécessaire.

Il existe par ailleurs un service dédié à l'addictologie, en SSR, sur le site de Jossigny du GHEF.

c. Associations d'usagers

Des associations néphaliques (qui prônent l'abstinence) comme les Alcooliques anonymes ou les narcotiques anonymes, ont des antennes en Seine-et-Marne. Ils n'ont néanmoins pas participé aux groupes de travail pour l'élaboration du PTSM.

Au sein des CSAPA et CAARUD, services médico-sociaux, les conseils de la vie sociale (CVS) prévus par la loi 2002-2, sont plutôt structurés autour de groupes de paroles participatifs, avec des participants plus que des représentants.



Carte 8. Dispositifs médico-sociaux de prise en charge des addictions en Seine-et-Marne. ARS 2019

2. ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES SUIVIES PAR LES STRUCTURES DE L'ADDICTOLOGIE

Les acteurs interrogés dans les questionnaires ont majoritairement exprimé une difficulté d'accès aux soins en psychiatrie pour ce public, du fait de l'absence de structures dédiées mais aussi de l'absence d'expertise spécifique à l'addictologie en psychiatrie (tableau 23).

Psychiatries, MS, 1^{er} recours, usagers, partenaires

Manque de repérage des besoins	9
Manque d'expertise spécifique en psychiatrie (méconnaissance des troubles addictifs par les psychiatres)	14

Absence de structures de soin psychiatrique dédiées à la population	38
Manque de connaissance de l'offre	26
Adressages inadaptés	0
Autre	12
Total des répondants à la question	99 / 427

Tableau 23. Réponses aux questionnaires – « Quelle difficulté prioritaire identifiez-vous dans l'accès aux soins psychiatriques des personnes présentant des conduites addictives ? »

a. Accès aux structures de la psychiatrie de secteur

La question de la sectorisation psychiatrique est évoquée comme frein à l'accès aux soins psychiatriques, pour ce public qui peut être sans domicile ou domicilié officiellement hors département.

Selon les acteurs interrogés, lorsqu'une personne présente des signes de conduites addictives, **les orientations vers la psychiatrie sont rares** via les urgences. Le passage aux urgences s'interrompt dès que les effets du produit s'estompent, quand bien même il y a des troubles psychotiques « en dessous ».

Pour ce public encore, les difficultés d'accès aux soins en CMP, liées aux délais de prise en charge, une fois le repérage réalisé par les professionnels des CSAPA ou CAARUD, est évoquée, d'autant plus que les personnes concernées par les troubles additifs sont rapidement découragées dans un contexte de demande de soins souvent fragile.

Concernant les hospitalisations, les **troubles addictifs non stabilisés** ne sont pas compatibles avec un accueil collectif. Quand les personnes accompagnées sont prêtes à se faire hospitaliser, se posent des questions de délais, qui peuvent mettre en échec le projet.

La spécificité des structures en addictologie est de travailler dans un **contexte de non-demande** voire de refus de soins : les CSAPA composent avec cette limite, en psychiatrie seuls les soins sous contraintes permettent de passer outre.

b. Coordination des interventions

Des problèmes de **communication et de coordination entre les différents intervenants** ont été largement évoqués. Dans un contexte de comorbidité de troubles addictifs avec d'autres troubles psychiatriques, les prises en charge se font soit en addictologie soit en psychiatrie, mais rarement de façon conjointe.

La question des « victimes collatérales » est soulevée concernant les enfants suivis par la Protection de l'enfance et les violences faites aux femmes. Les professionnels des Maisons des Solidarités (MDS) rapportent se sentir très isolés dans ces situations, en déficit d'informations sur le parcours de la personne concernée par les troubles addictifs. Lorsque la personne est hospitalisée, les MDS qui suivent la famille ne reçoivent pas d'information sur la prise en charge ou la sortie, qui rendraient un étayage possible. La question du secret médical se pose : que pourrait-être une transmission d'information, qui prenne en compte son respect ainsi que le consentement de la personne, et par quels acteurs pourrait-elle passer ?

Une des missions des CSAPA est bien d'accueillir l'entourage et les enfants. Les CSAPA ont le même déficit d'informations vis-à-vis des hospitalisations. L'articulation avec l'entourage est meilleure pour les adolescents, dans le cadre des consultations jeunes consommateurs (CJC).

3. ACCES AUX SOINS ET ACCOMPAGNEMENTS EN ADDICTOLOGIE POUR LES PATIENTS DE LA PSYCHIATRIE

Il est noté, du point de vue des acteurs interrogés, un **manque de repérage des troubles addictifs** chez les patients en psychiatrie. Il y aurait, selon ces acteurs, un manque de connaissance des professionnels de la psychiatrie sur les troubles addictifs qui conduirait soit à surévaluer soit à sous-évaluer les troubles. La **sensibilisation des psychiatres** aux addictions est vécue comme très personne-dépendante.

Les médecins addictologues rappellent que les troubles addictifs ne font pas partie de la formation des médecins, en général. Cela se met progressivement en place en formation initiale, mais avec une approche centrée sur les traitements médicaux et insuffisamment sur les accompagnements.

Pour les acteurs des CSAPA, la recherche de l'abstinence n'est pas forcément l'objectif premier des prises en charge : le produit est souvent une « béquille » à autre chose, qu'on ne peut pas ôter d'emblée.

Le repérage de troubles addictifs importants pour un patient en CMP conduirait fréquemment à une orientation vers un CSAPA, sans maintien de la prise en charge psychiatrique.

La question de la consommation de substances illicites pendant les hospitalisations en psychiatrie est évoquée, ainsi que les mesures d'exclusion en cas de consommation, qui font **rupture dans la prise en charge**.

4. ACCES AUX SOINS ET ACCOMPAGNEMENTS EN ADDICTOLOGIE POUR LES USAGERS DES ESMS

Les professionnels du secteur médico-social du handicap sont régulièrement confrontés à des problèmes d'addictions concernant les personnes accueillies, ce qui pose des **difficultés en termes de repérage**, liées à leur absence de formation sur ce sujet. Cette difficulté de repérage est accentuée par une **difficulté à orienter**, car l'offre en addictologie est mal connue de ces professionnels.

L'intervention des CSAPA ou CAARUD au sein des ESMS pour de **la sensibilisation des professionnels et des personnes concernées**, se fait sur demande des structures, sur des budgets prévention de l'ARS, difficiles à mobiliser selon les acteurs interrogés. Certains CSAPA organisent des journées de formation et de sensibilisation, mais cela reste très disparate, il n'y a pas de systématisation ni de planification, ce qui induit un manque de cohérence et d'homogénéité. Des attentes sont exprimées autour de la mise en réseau des acteurs et de la **planification de ces actions de prévention**.

L'accompagnement des personnes au domicile a été soulevé comme un problème spécifique : En principe, les ELSA doivent, quand elles ont repéré une addiction durant une hospitalisation en MCO, assurer l'adressage vers un CSAPA. Mais, cela engendre des problèmes de transports pour certaines personnes (notamment les personnes âgées repérées aussi par les PAT). Les SAMSAH sont les acteurs appropriés pour ce type d'accompagnement mais leurs capacités d'accueil sont limitées. En leur absence les personnes n'ont pas toujours la possibilité ou la capacité de se mobiliser pour aller vers les structures.

Le problème des **délais d'accès aux soins en addictologie** est soulevé. Aucune donnée actuelle ne permet une visibilité sur les délais de consultation en CSAPA. Par ailleurs, le manque de lits en CSAPA et en SSR addictologie dans le département est noté : ils sont engorgés par des durées de séjours importantes.

5. FREINS ECONOMIQUES A L'ACCES AUX SOINS EN ADDICTOLOGIE ET EN PSYCHIATRIE

Les soins en CSAPA sont gratuits, mais des coûts sont engendrés par les hospitalisations de sevrage et les transports, que certaines personnes ne peuvent pas assumer. La seule possibilité est alors de demander une ALD 30 pour obtenir leur prise en charge. Les SAMSAH sont des structures susceptibles de fournir cet accompagnement, mais les délais d'accès (notification MDPH) peuvent décourager les personnes qui ont du mal à se mobiliser.

Des **consultations d'addictologie mobiles** sont envisagées comme voie d'amélioration.

La question du coût se rapporte également aux traitements. Les CSAPA peuvent dans l'urgence aider à la délivrance de traitements psychotropes, mais cela dépasse leurs missions et leur champ de compétence, et pose la question de leur responsabilité. Le relais avec les médecins traitants est très rare dans ces situations.

SYNTHESE – ADDICTIONS ET SANTE MENTALE

Structuration de l'offre de prise en charge en addictologie

- Une mauvaise connaissance de l'offre médico-sociale et sanitaire en addictologie par les partenaires, et au-delà au sein même du champ de l'addictologie : un besoin de diffusion et d'explicitation de l'offre
- Des besoins de structuration (au niveau des publics, des consultations spécialisées, de l'offre d'hébergement) du champ de l'addictologie ressentis par ses acteurs, ainsi que de coordination notamment en matière de prévention

Accès aux soins psychiatriques des patients de l'addictologie

- La comorbidité des troubles addictifs avec d'autres troubles psychiatriques tend à masquer les besoins de soin psychiatrique : peu d'orientation en psychiatrie se font via les urgences, peu d'intervention des ELSA ont lieu en psychiatrie
- Un manque de coordination entre les acteurs : des prises en charge soit en psychiatrie soit en addictologie, mais rarement de façon conjointe
- En CMP : des délais d'accès qui découragent les personnes, souvent dans des demandes de prise en charge fragiles
- En hospitalisation psychiatrique : des troubles non stabilisés parfois incompatibles avec la vie collective

Accès aux prises en charge en addictologie pour les patients de la psychiatrie

- Manque de repérage des troubles addictifs des patients en psychiatrie : un manque de connaissance des professionnels de la psychiatrie sur les troubles addictifs conduirait à une surévaluation ou sous-évaluation des troubles
- Une sensibilisation des psychiatres aux addictions vécue comme personne-dépendante
- Des ruptures de soins :
 - En addictologie pendant les hospitalisations en psychiatrie
 - En psychiatrie, du fait de la consommation de substances illicites pendant le séjour

Accès aux prises en charge en addictologie pour les usagers des ESMS

- Des problèmes d'addictions fréquents chez les personnes accueillies, mais des difficultés de repérage liées à l'absence de formation des professionnels
- Une difficulté à les orienter, par méconnaissance de l'offre
- Un accès complexe pour les personnes non mobiles (pour la prise en charge des transports), notamment les personnes âgées suivies au domicile
- Les SAMSAH efficaces dans l'accompagnement vers le soin, sur lesquels les acteurs de l'addictologie peuvent s'appuyer
- Des actions de prévention / sensibilisation en ESMS menées par les CSAPA et CAARUD inégales, non planifiées à l'échelle territoriale, qui reposent sur des budgets ponctuels

X. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SANTE MENTALE

Points du décret du 27 juillet 2017 auxquels doit répondre le PTSM

« 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. [...]

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. »

La thématique de la prise en charge des enfants et des adolescents en santé mentale a été traitée autour de trois points :

- Le repérage des troubles psychiques et l'évaluation
- L'accès aux soins en psychiatrie, et l'accès aux soins et accompagnements médico-sociaux
- La coordination des acteurs/secteurs intervenant dans les champs de l'enfance et de l'adolescence, pour des parcours sans rupture :
 - En ville : articulation entre les acteurs du premier recours, de la protection de l'enfance, de la PMI, de l'Education Nationale, de la psychiatrie publique et privée, du secteur médico-social ;
 - A l'hôpital : coordination psychiatrie / liaison / pédiatrie (liée à la spécificité de l'offre départementale sans lits d'hospitalisation complète pour les enfants), transition psychiatrie infanto-juvénile / générale.

1. REPERAGE ET EVALUATION DES TROUBLES

La Protection maternelle infantile (PMI) et l'Education nationale, à l'instar de la psychiatrie, souffrent d'un **manque de personnel médical**.

En 2019, 12 postes de médecins scolaires sont pourvus pour 40 budgétés à la DSDEN77. A la PMI, 16 postes médicaux sont vacants sur les 48 existants, comprenant les 3 postes de médecins au siège. La PMI a dû recentrer ses missions sur les 0-3 ans, bien que selon les textes son champ d'action concerne les 0-6 ans.

Les IDE en milieu scolaire sont régulièrement formées au repérage en matière de troubles psychiques, mais leur action se heurte parfois au manque de sensibilisation des enseignants en la matière, et à une faible adhésion des familles, parfois dans le déni.

Le même processus est rapporté avec les médecins généralistes : certains ralentissent la démarche de repérage et d'évaluation, par volonté de protéger les familles, par un excès de réassurance. Cette appréhension est renforcée par le manque de formation des médecins généralistes aux troubles psychiques.

Les **délais d'accès à une première évaluation** post repérage sont de l'avis de tous les acteurs, excessifs, bien qu'ils aient été améliorés au sein des CMP. En effet, à la suite de l'audit réalisé en 2015 sur le fonctionnement des CMP enfants et adolescents sur le territoire, les CMP infanto-juvéniles ont diminué leurs délais d'accueil et parviennent à recevoir tous les demandeurs pour une première évaluation dans les deux mois suivant leur demande. Demeure le problème de la prise en charge : **Vers qui réorienter lorsque les ressources en interne manquent ?** Les CMP ne gardent en suivi que les cas les plus sévères, ce processus de triage est devenu inévitable du fait du manque de personnel et de l'augmentation des adressages. Des délais importants sont rapportés concernant l'établissement et la mise en œuvre du plan de soins.

Cette situation est particulièrement marquée pour les enfants avec troubles du spectre de l'autisme (TSA) : Les enfants souffrant de TSA nécessitent une évaluation et des soins chronophages par nature, ce sont des prises en charge qui nécessitent du temps. Malgré l'existence d'une unité de diagnostic précoce de l'autisme et autres troubles envahissants du développement en Seine-et-Marne (UNITED, à Jossigny), et l'investissement des professionnels de la pédopsychiatrie et du médico-social, les recommandations HAS de bonnes pratiques en matière de prise en charge pluridisciplinaire précoce peinent à se mettre en œuvre. Les CAMSP, bien que porteurs de plateforme de diagnostic et d'accompagnement précoce depuis peu dans le cadre du plan autisme, ne suffisent pas, au regard de la saturation de leur file active, à assurer l'accompagnement post repérage.

2. ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

a. Un manque de ressources humaines

L'offre en psychiatrie infanto-juvénile reste insuffisante et encore mal connue des partenaires, principalement pour certains dispositifs spécifiques (l'unité Scoubidou pour les 0-3 ans à Nemours, par exemple). Le guide constitué par le PSYCOM est un outil précieux mais peu connu hors psychiatrie, et incomplet.

Les difficultés d'accès aux professionnels du premier recours dans les établissements (orthophonistes, psychologues, psychomotriciens) sont importantes : le manque de ressources humaines n'est pas lié à un manque de postes budgétés mais à des difficultés de recrutement.

Les ETP de psychiatres sont très majoritairement non pourvus au sein des ESMS enfants.

Au sein de la pédopsychiatrie, **les solutions sont considérées insatisfaisantes** également :

- Concernant la prise en charge des adolescents en ambulatoire : il n'y a pas d'offre en CMP infanto-juvéniles dans tous les secteurs au-delà de 15 ans. Ce manque n'est pas compensé par les 4 CMPP du département, également engorgés, ni même par les dispositifs de type MDA ou ISCAD (équipe mobile adolescents difficiles) qui sont eux davantage centrés sur l'évaluation et l'orientation.
- De manière générale, on note un manque de places en hôpital de jour et en CATTP : les délais d'attente sont actuellement de 2 à 3 ans.
- Par ailleurs, une difficulté concernant les hospitalisations pour motif psychiatrique est à noter sur le département. Les places en pédiatrie sont fréquemment saturées par des hospitalisations somatiques. Quelques solutions sont mises en place pour l'hospitalisation des adolescents (psychiatrie générale, places dédiées, cliniques) mais restent largement insuffisantes.

Concernant la **transition enfant / adulte**, en dépit de solutions mises en place (référénts transition) des ruptures peuvent être engendrées en raison de l'insuffisance d'une offre dédiée de type accueil spécifique GAJA (grand adolescents jeunes adultes) en crises sur le territoire.

Les **enjeux de sectorisation** limitent également parfois l'accès aux soins : concernant les adolescents en internat au sein du département mais dont la famille réside en dehors, ou encore les nombreux enfants originaires d'autres départements, placés par l'ASE en famille d'accueil en Seine-et-Marne. Face à la pénurie de ressources et le nombre important de ces enfants ASE, le collège des pédopsychiatres du 77 a dû réaffirmer les règles de la politique de sectorisation.

b. Des pistes pour décongestionner l'offre

Les conventions passées par les établissements avec les orthophonistes libéraux fonctionnent relativement bien, faute de trouver des orthophonistes salariés. Le salariat pour les psychomotriciens fonctionne encore.

Un besoin est noté, de **mieux s'appuyer sur la ressource en psychologue libéral**, relativement disponible sur le département. Néanmoins les expérimentations de plateformes externalisées de psychologues évoquées sur le plan national ou régional, n'ont jusqu'alors pas trouvé de relais dans le département.

Le ré adressage vers les psychologues libéraux ne peut fonctionner que pour les familles relativement aisées, ou nécessitent d'obtenir un financement via la MDPH, ce qui entraîne des délais supplémentaires.

c. Les enfants de réfugiés, les mineurs non accompagnés

Des pistes sont à rechercher pour améliorer l'accès à l'interprétariat, peu adapté actuellement.

Il existe de fortes barrières interculturelles sur la représentation des soins psychiatriques avec les publics mineurs de familles de demandeurs d'asile. Les différentes équipes intervenant en santé mentale manquent de **formation en matière d'interculturalité**. Aucune offre locale d'ethnopsychiatrie n'existe sur le 77. Les ré adressages vers les équipes d'ethnopsychiatrie parisiennes ne sont pas satisfaisants, compte tenu des délais et de l'éloignement pour les publics.

Si l'offre de consultations spécialisées en psychotraumatismes est quasiment inexistante sur le département, des acteurs, au sein des structures classiques de la psychiatrie, peuvent assurer un suivi adapté. Néanmoins, cette offre est aujourd'hui invisible.

3. COORDINATION ENTRE LES SECTEURS / ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

a. Des liens de proximité à renforcer entre partenaires

L'ensemble des acteurs déplore un **manque d'information** concernant de nombreuses situations avec des parcours « éclatés ». L'absence de dossier partagé ne permet pas d'accéder à l'historique des prises en charge, alors que les parcours sont de plus en plus partagés. Cette **perte d'informations biographiques** oblige les familles et enfants à sans cesse « se raconter » et concourt à décrédibiliser la cohérence de l'accompagnement.

Les **liens entre la psychiatrie locale et l'Education nationale** sont à renforcer. L'Education nationale oriente régulièrement vers les structures parisiennes en raison des délais d'attente locaux (notamment pour des bilans complets dans le cadre des TSA), ce qui concourt à affaiblir la prise en charge établie avec le psychiatre référent du secteur. Des structures de niveau 3 sont recherchées pour obtenir des résultats plus rapides, alors que la situation relève d'un niveau 2, disponible à proximité mais avec une temporalité plus lente. Les professionnels de l'Education nationale n'ont pas une grande visibilité sur les différents niveaux de recours mis en place dans le cadre du plan autisme.

Par ailleurs les liens entre la **psychiatrie et les structures de la protection de l'enfance** seraient à renforcer, et à mieux outiller en matière de partage d'informations.

Enfin, on note une **absence de lien dans la prise en charge avec le médecin traitant**. C'est souvent l'Education nationale qui oriente directement les enfants ; si le médecin traitant n'est pas intervenu dans l'adressage, il est difficile de l'inclure par la suite.

Des lourdeurs administratives persistantes dans les parcours sont notées, soit du fait de la longueur des procédures MDPH, soit par manque de connaissance des voies de recours (par exemple, attente d'un diagnostic quand il n'est pas nécessaire) qui aggravent les problématiques d'accès aux soins.

Enfin, un manque de clarté sur les critères d'admission et de traitement des dossiers au sein des établissements de prise en charge (sanitaires comme médico-sociaux) est déploré.

b. Une coordination psychiatrie / médico-social positive, à penser de façon précoce et structurée, et à étendre

Les acteurs ont le sentiment que les **coopérations ESMS / pédopsychiatrie fonctionnent de mieux en mieux** depuis 2/3 ans. Les rôles respectifs sont mieux définis dans la mise en œuvre d'un plan de soins, quel que soit le lieu d'accompagnement. Bien qu'on ne puisse pas attribuer cette évolution à une cause unique, la présence facilitante de **dispositifs de coordination** et de fluidification des parcours sur le département est à relever (DIH dispositif intégré handicap, PCPE pôle de compétences et de prestations externalisées mis en place dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée pour tous, DIGC dispositif d'intervention globale et coordonnée spécifique à la Seine-et-Marne permettant des accueils très précoces pour les enfants diagnostiqués et selon des modalités souples associant accueil en IME et accompagnement en milieu ordinaire par un SESSAD...).

Toutefois, **les acteurs déplorent que la coordination ne soit pas plus précoce**, dès le repérage et en amont de la prise en charge, de manière à penser en concertation des orientations adaptées. En effet, il est fréquent que des défauts d'orientation initiale génèrent des ruptures importantes : le plan A souhaitable (ex : accueil dans un IME) n'est pas appliqué, le recours à un plan B inadapté en urgence se termine en rupture de prise en charge.

Si la coordination est nécessaire, elle est également de plus en plus requise, à travers des instances qui se multiplient, de façon chronophage, et prennent le pas sur l'accompagnement ; qui plus est pour ce public qui rencontre une multiplicité des secteurs de prise en charge.

Il est perçu comme primordial de **structurer davantage des espaces de coordination concentrés**, sur deux niveaux :

- La coordination institutionnelle ;
- Le partage des situations individuelles, notamment les plus complexes.

SYNTHESE – SANTE MENTALE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Repérage

- Des difficultés de repérage liées à l'insuffisance de certaines offres ou formations
 - Pénurie de médecins PMI (recentrage sur 0-3 ans)
 - Pénurie de personnel médical à l'Education nationale
 - Peu de formation des professionnels du 1^{er} recours au repérage
- Des délais encore trop longs pour la mise en place d'une évaluation post repérage, malgré les mesures prises par suite de l'audit des CMP 77
- Difficulté particulièrement marquée pour les TSA (délais dans la mise en œuvre du bilan post repérage et du programme de soins)

Accès aux soins psychiatriques

- Une mauvaise connaissance de l'offre par les partenaires
- Des difficultés de recrutement en pédopsychiatrie - Des ETP de psychiatres non pourvus au sein des ESMS enfants et dans certains des inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
- L'organisation d'un filtrage des publics par les CMP et CMPP avec réorientation des cas « légers » - Mais vers quels relais ?
- Des solutions insatisfaisantes en ambulatoire associées à des défauts capacitaires pour l'hospitalisation :
 - Adolescents : un manque d'offre en CMP (accentuée après 15 ans sur certains secteurs), non compensée par les 4 CMPP du département, également saturés, ni par les dispositifs de type ISCAD (Equipe mobile ados difficiles) ou MDA, qui ont des missions d'évaluation et d'orientation essentiellement.
 - Un manque de places HDJ et CATTp, des délais d'attente de 2 à 3 ans
- Des manques en interprétariat pour les enfants de réfugiés, et en formation à l'interculturalité pour les soignants
- Des difficultés d'accès aux soins pour les enfants de l'ASE ou les adolescents en internat médico-social, qui ne vivent pas sur leur secteur d'origine

Coordination

- Un manque de transmission de l'information : Absence de dossier partagé, alors que les parcours le sont de plus en plus. Des pertes d'information biographiques.
- Des liens Education Nationale/pédopsychiatrie à renforcer : nombreux recours aux structures parisiennes qui ne débouchent pas sur des prises en charge suivies.
- Manque de coordination avec les médecins traitants
- Des coopérations ESMS/pédopsychiatrie qui fonctionnent de mieux en mieux depuis 2/3 ans.
- Une coordination à renforcer dès le repérage, pour penser des orientations adaptées.
- Une coordination nécessaire mais chronophage, qui prend le pas sur l'accompagnement, pour un public qui met en jeu une multiplicité des secteurs de prise en charge.

XI. ANNEXES

1. GLOSSAIRE

ALD : Affection de longue durée

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CDU : Commission des droits des usagers

CLSM : Conseil local de santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CPT : Communauté psychiatrique de territoire

CSSM : Commission spécialisée en santé mentale

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DIH : Dispositif intégré handicap

EMPA : Equipes mobiles de la personne âgée

EMPPA : Equipe mobile de psychiatrie de la personne âgée

EMPSA : Equipe mobile de psychiatrie du sujet âgé

ETP : Education thérapeutique du patient

ETP : Equivalent temps plein

ES : établissement de santé

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

HAD : Hospitalisation à domicile

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : Personnes âgées

PAT : Pôle Autonomie Territorial

PH : Personnes handicapées

PHV : Personnes handicapées vieillissantes

PMI : Protection maternelle infantile

PRS : Projet régional de santé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

URPS : Union régionale des professionnels de santé

SAAD : Service d'accompagnement et d'aide à domicile

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

2. REFERENCES, DOCUMENTS UTILISES

Bases de données

ADELI – Ce répertoire des professionnels de santé fournit les données sur les psychologues libéraux en exercice.

Atlas de la santé mentale – Cette base de données compile les données de la DREES et de l'IRDES en santé mentale, et les présente de façon territorialisée. Elle donne également à voir quelques données socio démographiques contextuelles.

<http://santementale.atlasante.fr/#c=report&chapter=p01&p=1&report=r05&selgeo1=dep.77&selgeo2=fra.99>

ARS – Données sur l'offre départementale, fournies par la DD ARS 77.

CARTOSANTE – Cet outil de représentation cartographique et statistique s'intéresse aux données spécifiques aux problématiques d'offre et de demande de soins de premier recours. Il fournit des données de densité, consommation, évolution de l'activité, répartition par âge, concernant les médecins généralistes, les infirmier.e.s et les orthophonistes exerçant en libéral.

Data.gouv.fr – Données publiques en accès libre, fournit notamment les données relatives aux ALD.

DREES

FINESS – Le fichier national des établissements sanitaires et sociaux répertorie de façon nominative et localisée (mais sans indication du nombre de places ou des agréments) les établissements médico-sociaux exerçant dans le département.

INSEE

PSYCOM – Ce répertoire des structures des secteurs psychiatriques (pas de données sur le nombre de places) et des structures médico-sociales fléchées handicap psychique et addictologie, est disponible pour la Seine-et-Marne, pour l'année 2017.

Le RPPS – Le répertoire partagé des professionnels de santé recense les professionnels de santé par communes.

La SAE – La statistique annuelle des établissements présente des données pour l'activité psychiatrie (par type d'établissements, publics, privés lucratifs et non lucratifs), et des données « Suivis de politiques nationales et missions de service public » pour l'addictologie, la gérontopsychiatrie, et les publics précaires.

STATISS – Gérée par la DRESS, cet outil compile différentes sources (DREES, INSEE, CNAF, CNAV, CNAMTS, CCMSA, RSI, Fonds CMU, Pôle Emploi, Conseils Départementaux, ARS) pour fournir une vision d'ensemble de l'équipement en établissements et services pour personnes en situation de handicap.

Rapports / documents cadres

CNSA, *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*, Dossier technique, Oct. 2010

Bilans PRS 2013 – 2017, Seine-et-Marne

PRS 2018 – 2022 – Améliorons la santé des Franciliens – Plan d'action

Schéma départemental de soutien à l'autonomie 2015-2020

Présentation du COPIL psychiatrie ARS IDF, janvier 2019, basée sur les données du RPPS au 31 décembre 2017

PMP des deux GHT du département

Document élaboré avec l'appui du cabinet ACSANTIS

validé par la CSSM et le CTS de Seine-et-Marne – 19 décembre 2019

3. QUESTIONNAIRE ACSANTIS DISTRIBUE AUX ACTEURS DE LA PSYCHIATRIE DU TERRITOIRE

Introduction

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 conforte la politique de la santé mentale et l'organisation de la psychiatrie au sein des territoires. L'Art. L. 3221-2 du code de la santé publique introduit par l'article 69 de la loi prévoit l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de soins et de vie de qualité et sans ruptures. Le projet territorial de santé mentale doit se fonder sur un diagnostic partagé en santé mentale. Ce diagnostic doit permettre d'identifier les points forts, les manques et les leviers des organisations dans le département, auxquels les actions du projet de santé mentale, élaborées entre avril et juin 2019 dans le cadre de groupes de travail, devront répondre.

Le cabinet Acsantis a été mandaté pour accompagner le département dans l'ensemble de la démarche. Vos réponses très attendues à ce questionnaire, complétées par une analyse documentaire et des entretiens qualitatifs avec des acteurs des différents champs de la santé mentale, permettront d'alimenter le diagnostic en santé mentale du département.

Votre contribution sera anonymisée et servira à alimenter ce diagnostic. Si certaines questions ne vous concernent pas, vous n'êtes pas dans l'obligation d'y répondre. Nous vous remercions par avance pour le temps que vous allez consacrer à ce questionnaire.

Modalités pratiques

A la fin du remplissage, quand vous verrez apparaître le message de fin du questionnaire, celui-ci sera automatiquement transmis au cabinet Acsantis.

En cas de questions techniques sur le remplissage du questionnaire, vous pouvez contacter Gaëlle Giordano du cabinet Acsantis à l'adresse courriel suivante : gaille.giordano@acsantis.com

TABLE DES MATIERES

I.	Présentation du répondant.....	91
II.	Diagnostic / repérage précoce	92
III.	Coordination et parcours.....	93
IV.	Accès aux soins psychiatriques	96
V.	Accès aux soins somatiques	98
VI.	Gestion des crises / des urgences	100
VII.	Réhabilitation psychosociale et éducation thérapeutique.....	102
VIII.	Accompagnement social et médico-social	103
IX.	Accès au logement.....	104
X.	Respect et promotion des droits des personnes.....	105
XI.	Prévention « grand public »	106
XII.	Conclusion : vos priorités.....	106

I. Présentation du répondant

- 1) *Si vous travaillez dans une structure, merci d'indiquer son nom :*

- 2) *Vous travaillez auprès d'un public : (deux choix possibles)*
 - Enfants et adolescents
 - Adultes

- 3) *Vous travaillez dans (plusieurs choix possibles):*
 - Un CMP
 - Un CATTp
 - Un hôpital de jour
 - Un service d'hospitalisation temps plein
 - Centre de postcure
 - Service des urgences
 - Unité de psychiatrie de liaison
 - Equipe mobile psychiatrie précarité
 - Consultation / hospitalisation mère-enfant
 - Consultation migrants
 - Service psychiatrique en clinique
 - Cabinet libéral
 - SSR
 - HAD
 - Autre, merci de préciser :

- 4) *[Si 3 = CMP, CMPP, CAMSP, service des urgences, Unité de psychiatrie de liaison, libéral] File active / patientèle estimée pour l'année :*

- 5) *[Si 3 = autres réponses] Nombre de lits ou places autorisés :*

- 6) *Commune où est localisée votre établissement / votre service / votre cabinet :*

- 7) *Secteur de psychiatrie sur lequel est localisée votre structure (plusieurs choix possibles):*
 - Secteur 77G01
 - Secteur 77G02
 - Secteur 77G03
 - Secteur 77G04
 - Secteur 77G05
 - Secteur 77G06
 - Secteur 77G07
 - Secteur 77G08
 - Secteur 77G09
 - Secteur 77G10
 - Secteur 77G11
 - Secteur 77G12
 - Secteur 77G13
 - Secteur 77G14
 - Secteur 77G15

- Secteur 77G16
- Secteur 77G17
- Secteur de pédopsychiatrie 77I01
- Secteur de pédopsychiatrie 77I02
- Secteur de pédopsychiatrie 77I03
- Secteur de pédopsychiatrie 77I04
- Secteur de pédopsychiatrie 77I05
- Intersectoriel : Précisez l'établissement de rattachement :
- Non sectorisé

II. Diagnostic / repérage précoce

8) *Au niveau du **repérage précoce** des troubles psychiques, quelles sont selon vous les principales difficultés rencontrées par chacune de ces catégories de **professionnels de santé intervenant dans les soins de premier recours** ? (Deux choix maximum)*

	Manque de sensibilisation et de formation	Manque de disponibilité	Manque de professionnels sur le territoire	Manque de temps de coordination entre ces professionnels et le secteur psychiatrique	Manque d'outils / de référentiels communs entre ces professionnels et le secteur psychiatrique	Autre (préciser)
Pédiatres						
Médecins généralistes						
Equipes pluridisciplinaires en maisons / centres de santé						
Infirmier(e)s exerçant en libéral						
Psychologues						
Orthophonistes						
Psychomotriciens						
Sages-femmes						
Pharmaciens d'officines						

9) *Comment qualifieriez-vous, **sur votre territoire**, l'implication et la sensibilisation de ces différentes catégories d'acteurs en matière de **repérage précoce** des troubles psychiques ?*

	Satisfaisantes	Insatisfaisantes	NSP
Professionnels de la petite enfance			

Professionnels de l'éducation Nationale			
Professionnels de l'enseignement supérieur			
Professionnels de l'aide sociale à l'enfance			
Professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse			
Monde de l'entreprise pour la santé au travail			
Professionnels des services médico- sociaux du handicap			
Professionnels des structures médico-sociales intervenant en addictologie (CSAPA)			
Professionnels des services sociaux de l'inclusion (services rattachés aux collectivités territoriales – CCAS, polyvalence de secteur, d'accompagnement dans le logement, d'insertion professionnelle, missions Locales, etc.)			
Professionnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées			
Professionnels des mairies			
Bailleurs sociaux			
Professionnels des forces de l'ordre			

10) En matière de **diagnostic**, comment qualifieriez-vous... ?

	Satisfaisant	Insatisfaisant	NSP
Les délais dans lesquels vous pouvez répondre aux demandes de diagnostic			
Le moment du diagnostic dans le parcours du patient			
Vos liens avec les acteurs des soins de premier recours sur la question du diagnostic			

11) Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des précisions sur les réponses apportées aux questions précédentes :

.....

.....

.....

.....

III. Coordination et parcours

12) Comment qualifieriez-vous votre **articulation/coordination avec les acteurs suivants autour des situations individuelles** communes que vous accompagnez ?

[Si 2 = ADULTES]	Très bonne	Correcte	Personne / structure	Insatisfaisante	Absence de liens
------------------	------------	----------	----------------------	-----------------	------------------

			dépendante		
Médecins généralistes					
Pédiatres					
Equipes pluridisciplinaires en maisons / centres de santé					
Autres professionnels libéraux du 1 ^{er} recours : IDE, pharmaciens d'officines, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes...					
Psychiatres libéraux					
Secteurs de psychiatrie générale					
Services de soins somatiques dans les établissements					
Cliniques privées intervenant en psychiatrie					
Equipes d'urgences					
Structures médico-sociales pour adultes handicapés					
Structures médico-sociales intervenant en addictologie (CSAPA)					
Structures médico-sociales pour personnes âgées					
Unités spécialisées en géro-psycho-geriatrie					
Etablissements et services sociaux					
Bailleurs sociaux					

[Si 2 = ENFANTS / ADOS]	Très bonne	Correcte	Personne / structure dépendante	Insatisfaisante	Absence de liens
Médecins généralistes					
Pédiatres					
Equipes pluridisciplinaires en maisons / centres de santé					
Autres professionnels libéraux du 1 ^{er} recours : IDE, pharmaciens d'officines, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes...					
Pédopsychiatres libéraux					
Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile					
Services de soins somatiques dans les établissements					
Cliniques intervenant en psychiatrie infanto-juvénile					
Equipes d'urgences					

Structures médico-sociales intervenant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CMPP, CAMSP)					
Structures médico-sociales pour enfants handicapés					
Professionnels de l'éducation Nationale					
Professionnels de la protection de l'enfance					

Au niveau de votre secteur si vous êtes praticien hospitalier, au niveau de vos pratiques si vous pratiquez en libéral :

13) Quelles sont les pratiques visant à limiter les ruptures de parcours des patients, en matière de **transition entre services sanitaires** (exemple passage ado-adultes) ?

- Courrier et adresse de structures remis à la personne ou à sa famille
- Adressage de CMP à CMP accompagné
- Accompagnement vers la structure adulte lors d'une consultation conjointe
- Autre, préciser :
- Pas d'action ciblée

14) Quelles sont les pratiques visant à limiter les ruptures de parcours des patients, en matière de **rétablissement du lien avec les « perdus de vue »** ?

- Appel téléphonique après rendez-vous manqué
- Courrier
- Proposition systématique d'une nouvelle date de rendez-vous
- Visite à domicile
- Autre, préciser :
- Pas d'action ciblée

15) Quelles sont les pratiques visant à limiter les ruptures de parcours des patients, en matière de **transition avec le secteur médico-social** :

- Aide au montage des dossiers MDPH
- Contacts directs avec les structures médico-sociales
- Accompagnements aux rendez-vous MDPH et/ou avec les structures médico-sociales
- Autre, préciser :
- Pas d'action ciblée

16) Avez-vous / votre secteur a-t-il, établi une **convention de partenariat** avec un établissement / professionnel intervenant **en soins de premier recours**, comme une maison ou un centre de santé ?

- Oui
- Non

[Si oui] Merci de préciser avec quel(s) **acteur(s)** :

[Si oui] Ces conventions ont-elles pour **objet** :

- Des temps de concertation pour les personnes suivies en commun
- L'amélioration de l'adaptation des soins primaires aux personnes suivies pour troubles psychiques
- Des vacations de professionnels de votre secteur au sein de la MSP/ du CDS
- Autre, merci de préciser :

17) Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des précisions sur les réponses apportées aux questions précédentes :

.....

.....

IV. Accès aux soins psychiatriques

18) Concernant l'**accès** des personnes à chacune des modalités de **soins psychiatriques suivantes**, quelles sont les difficultés les plus importantes selon vous ? (Deux choix maximum)

	Des délais d'accueil trop importants	Des difficultés pour le public ou les partenaires à repérer l'offre	Des durées de prises en charge trop courtes	Des durées de prises en charge trop longues	Des adressages ou des demandes souvent inadaptés	Un manque de solutions alternatives	Un manque de places / lits sur votre secteur	Autre
Le recours à un psychiatre ou à un pédopsychiatre libéral								
Les soins psychiatriques pour enfants en ambulatoire (CMP, CATTP)								
Les soins psychiatriques pour enfants en hospitalisation (HDJ, hospitalisation complète)								
L'accès aux soins psychiatriques pour adolescents en ambulatoire (CMP, CATTP)								
L'accès aux soins psychiatriques pour les								

adolescents en hospitalisation (HDJ, hospitalisation complète)								
L'accès aux soins psychiatriques pour les adultes en ambulatoire (CMP, CATTP)								
L'accès aux soins psychiatriques pour les adultes en hospitalisation (HDJ, hospitalisation complète)								

19) *Merci de préciser vos réponses autres :*

.....

.....

20) *Concernant l'accès de chacun des publics spécifiques suivants aux soins psychiatriques, quelles sont les difficultés prioritaires à traiter selon vous ? (Deux choix maximum)*

	Un manque de repérage des besoins par les différents professionnels	Un manque d'expertise spécifique des professionnels intervenant en psychiatrie	L'absence de structures dédiées	Un manque de connaissance de l'offre par le public	Un manque de connaissance de l'offre par les partenaires intervenant auprès du public	Des adressages qui ne relèvent pas de la psychiatrie publique	Autre
L'accès aux soins psychiatriques pour les personnes hébergées en établissements médico-sociaux							
L'accès aux							

soins psychiatriques pour les personnes âgées							
L'accès aux soins psychiatriques pour les personnes en situation de précarité							
L'accès aux soins psychiatriques pour les personnes ayant des conduites addictives							
L'accès aux soins psychiatriques pour les personnes victimes de psycho- traumatisme							
L'accès aux soins psychiatriques pour les personnes migrantes							
L'accès aux soins psychiatriques pour les personnes sortant de prison							

21) *Merci de préciser vos réponses autres :*

.....

V. Accès aux soins somatiques

22) Les patients que vous suivez pour troubles psychiques sont-ils par ailleurs suivis pour des **soins somatiques** ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

23) Connaissez-vous, sur votre territoire, des dispositifs hors psychiatrie destinés à accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques vers le soin somatique ?

- Oui, lesquels
- Non

24) En matière **d'accès aux soins somatiques** des personnes que vous suivez pour leurs troubles psychiques, quelles sont selon vous les **principales difficultés** pour chaque modalité de soin ? (Deux choix maximum)

	Le manque d'accompagnement des patients par un tiers, vers et pendant la consultation	Le manque de coordination entre ces acteurs et vos équipes / vous même	La difficulté des professionnels à reconnaître les demandes d'ordre somatique	Un manque de sensibilisation des professionnels aux effets somatiques des psychotropes	Un manque de formation des professionnels aux troubles psychiques	Un manque de professionnels sur le territoire	Un manque d'adaptation des modalités de soins aux personnes	Autre
Le suivi somatique par des médecins généralistes								
Le suivi somatique par des médecins spécialistes d'organe en service hospitalier								
Le suivi somatique par des médecins spécialistes d'organe en cabinet libéral								
Le suivi somatique au sein des établissements ayant une activité en psychiatrie								

25) *Merci de préciser vos réponses autres :*

.....

.....

VI. Gestion des crises / des urgences

26) *Concernant la **gestion des crises / des urgences**, quelles sont les difficultés que vous rencontrez le plus souvent dans chaque type de situation ? (Deux choix maximum) ?*

	Longueur des délais d'intervention	Demandes inadéquates faites à la psychiatrie	Procédures d'intervention insuffisamment explicites et univoques	Méconnaissance des procédures par le public / les partenaires	Manque de formation / de sensibilisation des différents intervenants	Difficultés de coordination entre les différents intervenants	Manque de ressources humaines sur le territoire	Autre
L'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes								
L'intervention des professionnels de la psychiatrie au sein des structures d'hébergement sociales et médico-sociales								
L'intervention des professionnels de la psychiatrie auprès des personnes sans domicile								
L'intervention des professionnels de la psychiatrie dans le cadre de SDRE ou SDT								
La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des								

établissements de santé								
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

[Pour les professionnels de la psychiatrie publique] Concernant l'organisation, sur votre secteur, de la **réponse aux demandes de soins non programmés** en cas de crise :

27) **Votre secteur a-t-il mis en place une permanence téléphonique ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

[Si oui] Merci d'indiquer les horaires de cette permanence :

*[Si oui] Le **support** de cette permanence est-il assuré par (plusieurs choix possibles) :*

- Service d'hospitalisation
- CMP
- Autre

*[Si oui] Le numéro de cette permanence est **diffusé** (plusieurs choix possibles) :*

- Aux médecins généralistes
- Au grand public
- Aux professionnels du secteur médico-social
- Autres (préciser) :

28) **Votre secteur a-t-il organisé la présence de professionnels aux urgences** de l'hôpital sous forme de :

- Garde médicale
- Astreinte médicale
- Présence infirmière
- Pas de présence
- Autre (préciser) :

29) **Votre secteur a-t-il mis en place une convention portant sur les soins non programmés** avec les partenaires suivants (plusieurs choix possibles) :

- Structures médico-sociales enfants
- Structures médico-sociales adultes
- Aide sociale à l'enfance
- Maison des Solidarités
- Mission locale
- Autres (préciser) :

30) *Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des précisions sur les réponses apportées aux questions précédentes :*

VII. Réhabilitation psychosociale et éducation thérapeutique

La réhabilitation est un processus facilitant le rétablissement d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

31) Connaissez-vous **sur le département** des dispositifs /des actions dédiés à la **réhabilitation psychosociale** et/ou à la **remédiation cognitive** ?

- Oui
 Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de qualifier :	Satisfaisant	Insatisfaisant	Ne sait pas
L'accès des personnes à ces dispositifs			
L'accompagnement des personnes par ces dispositifs			

Y a -t-il un besoin important sur votre secteur dans ce domaine ?

- Oui
 Non

32) Connaissez-vous **sur le département** des dispositifs /des actions dédiés à l'**éducation thérapeutique** ?

- Oui
 Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de qualifier :	Satisfaisant	Insatisfaisant	Ne sait pas
L'accès des personnes à ces dispositifs			
L'accompagnement des personnes par ces dispositifs			

Y a -t-il un besoin important sur votre secteur dans ce domaine ?

- Oui
 Non

VIII. Accompagnement social et médico-social

33) Connaissez-vous **sur votre secteur** des dispositifs permettant l'**accès ou le maintien dans l'emploi** pour les personnes présentant des troubles psychiques ?

- Oui
 Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de qualifier :	Satisfaisant	Insatisfaisant	NSP
L' accès des personnes à ces dispositifs			
L' accompagnement des personnes par ces dispositifs			

Y a -t-il un besoin important sur votre secteur dans ce domaine ?

- Oui
 Non

34) Connaissez-vous **sur votre secteur** des dispositifs permettant l'**accès (ou le maintien) à la scolarisation / aux études** pour les personnes présentant des troubles psychiques ?

- Oui
 Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de qualifier :	Satisfaisant	Insatisfaisant	NSP
L' accès des personnes à ces dispositifs			
L' accompagnement des personnes par ces dispositifs			

Y a -t-il un besoin important sur votre secteur dans ce domaine ?

- Oui
 Non

35) Connaissez-vous **sur votre secteur** des dispositifs favorisant l'**accompagnement à la vie quotidienne en milieu ordinaire** pour les personnes présentant des troubles psychiques ?

- Oui
 Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de qualifier :	Satisfaisant	Insatisfaisant	NSP
L' accès des personnes à ces dispositifs			

L'accompagnement des personnes par ces dispositifs			
--	--	--	--

Y a -t-il un besoin important sur votre secteur dans ce domaine ?

- Oui
 Non

36) Concernant l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à **des structures d'hébergement médico-sociales**, comment qualifieriez-vous... ?

	Satisfaisant	Insatisfaisant	NSP
L'accès des adultes à un établissement d'hébergement au titre du handicap (FAM, MAS, Foyer, etc...)			
L'accès des personnes vieillissantes à un établissement d'hébergement (EHPAD, résidence, etc.)			

37) Concernant l'accès des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques **aux services et établissements partenaires**, comment qualifieriez-vous ?

	Satisfaisant	Insatisfaisant	NSP
L'accès à un accompagnement au titre de la protection de l'enfance (ASE, MECS, services d'AEMO, PJJ, etc.)			
L'accès des enfants/adolescents aux structures médico-sociales (IME, ITEP, SESSAD, etc.)			

38) Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des précisions sur les réponses apportées aux questions précédentes :

.....

IX. Accès au logement

[Si 2 = ADULTES]

39) Connaissez-vous **sur votre secteur** des dispositifs permettant l'**accès ou le maintien dans le logement** pour les personnes présentant des troubles psychiques ?

- Oui
 Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de qualifier :	Satisfaisant	Insatisfaisant	Ne sait pas
L'accès des personnes à ces dispositifs			

L'accompagnement des personnes par ces dispositifs			
--	--	--	--

Y a-t-il un besoin important sur votre secteur dans ce domaine ?

- Oui
- Non

40) Merci d'indiquer, si en avez connaissance, le **nombre de places sur votre secteur** pour chaque type de structure :

Appartements associatifs individuels	
Appartements associatifs collectifs	
Maisons relais / pensions de famille	
Résidences accueil	
Logements dédiés par les bailleurs sociaux	
Logements dédiés via une association d'intermédiation locative	

41) Existe-t-il des **conventions** avec ces dispositifs pour des interventions :

- En matière de formation
- En matière d'information, de sensibilisation
- En matière de supervision
- Autres, préciser

X. Respect et promotion des droits des personnes

42) Comment qualifieriez-vous les actions mises en place **sur le département** en matière de :

	Satisfaisant	Insatisfaisant	Efficaces	Inefficaces
Implication des patients et de leurs proches dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins				
Soutien aux aidants				
Entraide entre pairs				
Accès aux droits des patients et de leurs proches				
Information sur les droits des patients en situation de soins sans consentement				
Lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques / Information du grand public sur la santé mentale				

43) Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter des précisions sur les réponses apportées aux questions précédentes :

XI. Prévention « grand public »

44) Connaissez-vous, **sur le département**, des actions portant sur **la prévention du suicide** ?

- Oui
- Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de les qualifier :

- Satisfaisantes
- Insatisfaisantes
- Ne sait pas

45) Connaissez-vous, **sur le département**, des actions portant sur la **prévention des conduites addictives** ?

- Oui
- Non

[Si oui] Merci de les citer :

[Si oui] Merci de les qualifier :

- Satisfaisantes
- Insatisfaisantes
- Ne sait pas

XII. Conclusion : vos priorités

46) Quelles sont selon vous les **thématiques prioritaires** à traiter dans le cadre du futur projet territorial de santé mentale (5 choix possibles au maximum) ?

- L'organisation du repérage précoce des troubles psychiques
- L'accès au diagnostic
- L'accès aux soins psychiatriques en continu
- L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques
- La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements (entre acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires)
- La prévention des situations d'urgence psychiatrique
- L'organisation de la réponse aux situations d'urgence psychiatrique
- L'accès au logement
- L'accès à l'emploi
- L'accès à la scolarisation
- L'inclusion sociale
- L'accès aux droits
- Le soutien aux aidants
- L'entraide entre pairs
- L'implication et la mobilisation des personnes ou des familles dans leur projet de soins/de vie

- L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques
- L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique
- La santé mentale des personnes âgées
- L'accès aux soins psychiatriques des publics précaires : personnes sans domicile, migrantes, sous main de justice
- La prise en charge des addictions en santé mentale
- L'accès aux soins de réhabilitation psychosociale et à l'éducation thérapeutique

Ce questionnaire est maintenant terminé, nous vous remercions pour le temps que vous y avez consacré.

4. CARTES DE LA SECTORISATION DE SEINE-ET-MARNE EN PSYCHIATRIE GENERALE ET PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE



L'offre en psychiatrie sectorielle en Seine-et-Marne : La prise en charge des adultes





L'offre en psychiatrie sectorielle en Seine-et-Marne : La prise en charge des enfants

