

Diagnostic territorial partagé Hauts-de-Seine 92

PTSM92

Projet Territorial de Santé Mentale Hauts-de-Seine

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE DES SIGLES UTILISES	3
INTRODUCTION	4
PHILOSOPHIE DU PTSM	5
METHODOLOGIE D'ELABORATION DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DES HAUTS-DE-SEINE	11
I. CADRAGE	11
II. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUANTITATIF.....	18
III. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUALITATIF	19
CARTE D'IDENTITE DU TERRITOIRE DES HAUTS-DE-SEINE	21
I. DEMOGRAPHIE ET DESCRIPTION DU TERRITOIRE	21
1. Territoire des Hauts-de-Seine	21
2. Structure de la population	22
II. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE	23
III. LOGEMENTS.....	24
IV. OFFRE DE SOINS DE VILLE.....	26
1. Accès aux médecins généralistes	26
2. Accès aux soins en santé mentale.....	26
V. EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIQUES	28
1. Prévalence des maladies mentales	28
2. Mortalité et accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques dans les Hauts-de-Seine	30
VI. OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS.....	31
1. Taux d'équipement	32
2. Offre spécialisée	34
VII. RECOURS AUX SOINS EN SANTE MENTALE	39
VIII. SUIVI EN VILLE DES PATIENTS DE LA PSYCHIATRIE	40
IX. OFFRE D'ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR LE HANDICAP	41
1. Taux d'équipement	41
2. Situations complexes.....	42
3. Scolarisation	43
X. PROMOTION DE LA SANTE MENTALE.....	44

DIAGNOSTIC QUALITATIF.....	45
LES 6 PRIORITES DU PTSM.....	45
PRIORITE 1 : LE REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ACCES AU DIAGNOSTIC, AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS CONFORMEMENT AUX DONNEES ACTUALISEES DE LA SCIENCE ET AUX BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	46
PRIORITE 2 : LE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE DE QUALITE ET SANS RUPTURE, NOTAMMENT POUR LES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES GRAVES ET S'INSCRIVANT DANS LA DUREE, EN SITUATION OU A RISQUE DE HANDICAP PSYCHIQUE, EN VUE DE LEUR RETABLISSEMENT ET DE LEUR INSERTION SOCIALE.....	56
PRIORITE 3 : L'ACCES DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES A DES SOINS SOMATIQUES ADAPTES A LEURS BESOINS.....	78
PRIORITE 4 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE.....	85
PRIORITE 5 : LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES, LE RENFORCEMENT DE LEUR POUVOIR DE DECIDER ET D'AGIR ET DE LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES TROUBLES PSYCHIQUES.....	92
PRIORITE 6 : L'ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE.....	99
PERINATALITE dans les Hauts-de-Seine.....	108
ETAT DES LIEUX.....	108
CARTOGRAPHIE SANTE MENTALE ET PERINATALITE.....	110
CONCLUSION.....	113
LES MOTS D'OUVERTURE DE LA JOURNEE.....	114
LES MOTS DE CONCLUSION DE LA JOURNEE.....	117
ANNEXES.....	121
Annexe 1 : Membres du COPIL - CSSM du CTS des Hauts-de-Seine.....	122
Annexe 2 : Lettre d'initiative adressée au Directeur général de l'ARS.....	123
Annexe 3 : Réponse du Directeur Général de l'ARS (lettre d'initiative).....	125
Annexe 4 : Lettre d'invitation à l'élaboration du PTSM92.....	127
Annexe 5 : Diaporama journée du lancement du PTSM92.....	129
Annexe 6 : Membres du groupe Déterminants de la santé mentale.....	140
Annexe 7 : Membres du groupe « Parcours de santé et de vie ».....	142
Annexe 8 : Membres du groupe « Parcours de soins ».....	146
Annexe 9 : Programme de la journée de concertation.....	150
Annexe 10 : Journée de Restitution et de Concertation autour du Diagnostic territorial de santé mentale 92.....	151
Annexe 11 : Présentation du Diagnostic Territorial CTS92.....	176
Annexe 12 : Convention parcours des adolescents.....	195
Annexe 13 : Invitation à une réunion d'échanges avec les représentants des CLSM – élus associés à la démarche des coordonnateurs CLSM.....	202
Annexe 14 : Proposition d'expérimentation face aux problèmes de soins primaires en santé mentale.....	203
Annexe 15 : Cadre règlementaire et législatif.....	235
Annexe 16 : Liste des communes par secteur et établissement.....	237

LEXIQUE DES SIGLES UTILISES

AAH Allocation aux adultes handicapés

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance

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

APL Accessibilité potentielle localisée

ARS Agence Régionale de Santé

CADA Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CAMPS Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS Centre communal d'action sociale

CMU-C Couverture maladie universelle complémentaire

CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CH Centre hospitalier

CHIMM Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux

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

CHTR Centre Hospitalier Théophile Roussel

CHU (sanitaire) Centre hospitalier universitaire

CHU (social) Centre d'hébergement d'urgence

CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLIS Classe pour l'inclusion scolaire

CLS Conseil Local de Santé

CLSM Contrat Local de Santé Mentale

CMP Centre médico-psychologique

CMPP Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPT Communauté Psychiatrique de Territoire

CPTS Communauté professionnelle territoriale de santé

CSSM Commission Spécialisée en Santé Mentale

CTS Conseil Territorial de Santé

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

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DTARS Délégation territoriale de l'agence régionale de santé

EHPAD Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EN Education Nationale

ESAT Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESPIC Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP Education thérapeutique du patient

ETP Équivalent Temps Plein

FAM Foyer d'accueil médicalisé

FDV Foyer de vie

FJT Foyer de Jeunes Travailleurs

FTM Foyer de Travailleurs Migrants

GEM Groupe d'Entraide Mutuelle

GHT Groupement Hospitalier de Territoire

HUAS Hébergement d'Urgence avec Accompagnement Social

IDH Indice de développement humain

IME Institut médico-éducatif

IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ITEP Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques

MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS Maison d'accueil spécialisée

MCO Médecine chirurgie obstétrique

MDA (MDPH) Maison d'autonomie

MDA Maison des Adolescents

RG Régime Général

RPPS Répertoire partagé des professionnels de santé

RS Résidence Sociale

SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SDRE Soins à la demande du représentant de l'Etat

SDT Soins à la demande d'un tiers

SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

UNAFAM Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique

INTRODUCTION

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

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

La Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé /CTS/ des Hauts-de-Seine, mise en place le 4 juillet 2017 s'est organisée pour porter les travaux d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale des Hauts-de-Seine. Réunie mensuellement, elle a élargie sa formation initiale par l'accueil d'acteurs de tous secteurs de la santé mentale sur le territoire, d'usagers et de leurs représentants, d'élus. Cette diversité transversale a permis de diminuer les méconnaissances et de vivifier désir et forces pour œuvrer ensemble : la C.S.S.M. a constitué le comité de pilotage du Projet Territorial de Santé le 2 février 2018 (*annexe 1 : membres du comité de pilotage*).

Elle a adressé une lettre d'initiative au Directeur Général de l'ARS Île-de-France, M. Aurélien Rousseau, qui en a pris acte et validé la démarche (*annexe 2 : lettre d'initiative et annexe 3 : réponse du DG de l'ARS*).

Elle a fait appel à participation aux acteurs du territoire et a organisé le 25 septembre une journée de lancement des travaux au siège de la DD ARS 92 qui a accueilli plus d'une centaine de participants venant de tous les champs : sanitaires, sociaux, médico-sociaux, du logement, de l'insertion etc. (*annexe 4 : lettre d'invitation et annexe 5 : diaporama journée de lancement*)

L'objectif de la réunion était de lancer les travaux autour du diagnostic territorial, de présenter la méthodologie et le calendrier et de faire participer le plus grand nombre d'acteurs, représentatifs de tous les champs de la santé mentale sur le territoire.

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

Dans le cadre de l'élaboration du diagnostic qualitatif, chaque groupe s'est réuni trois fois dans l'objectif d'identifier les problématiques (1^{ère} réunion), d'analyser les causes (2^e réunion) et de proposer des pistes d'actions (3^e réunion) selon la méthodologie proposée par l'ANAP (*annexes 6-8 : composition des groupes de travail*).

En parallèle, la carte d'identité du territoire Hauts-de-Seine est construite à partir de plusieurs sources de données notamment : L'INSEE, l'Atlas de la Santé Mentale en France, les données de l'activité hospitalière, de la CPAM, de la MDPH, du Conseil Départemental du 92 etc, dont la synthèse a été réalisée par un groupe restreint piloté par un inspecteur de la DD-ARS 92.

L'accompagnement financier à hauteur de 50 000 € de l'ARS IDF a permis de recruter une chargée de mission pour assister le comité de pilotage et le comité technique et de coordination dans la réalisation des travaux.

PHILOSOPHIE DU PTSM

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

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

Pour ce faire, ils s'appuient sur :

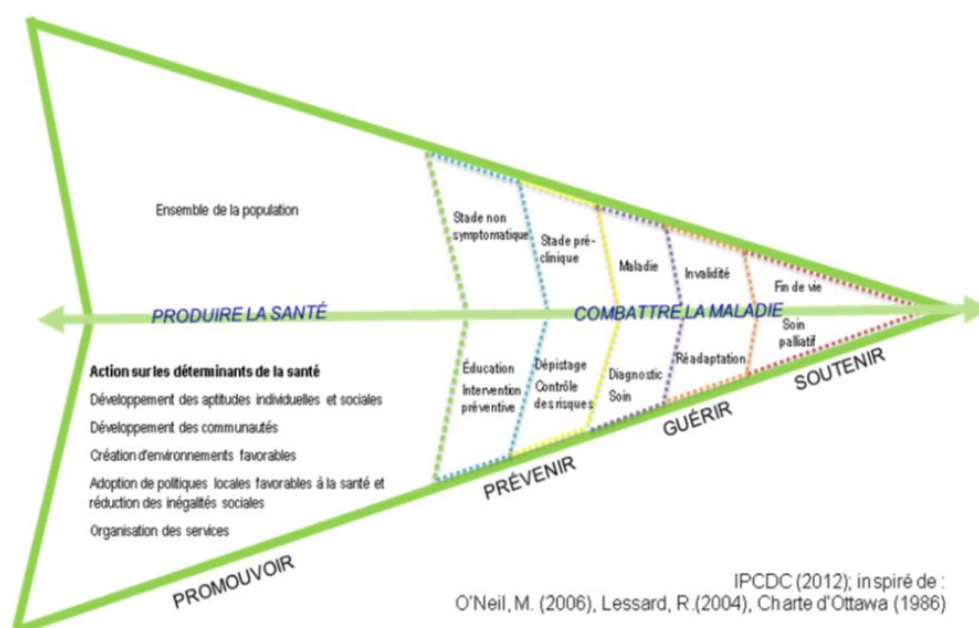
- ✓ Une loi et des décrets d'application convoquant l'ensemble des citoyens d'un Territoire dans une démarche de démocratie participative
- ✓ Le projet Régional de Santé IDF : comme boussole,
- ✓ Les priorités du PTSM : comme feuille de route,
- ✓ L'approche « parcours » de l'ANAP : comme méthodologie,
- ✓ Et la bonne humeur, l'enthousiasme, la confiance et l'écoute bienveillante de chacun comme ingrédients des rencontres. Cela ne va pas de soi, et a été préparé par un rapprochement les uns des autres, une connaissance réciproque (présentation des valeurs, missions, projets stratégiques de chacun, difficultés et initiatives...), avec les soutiens en particulier de la Délégation Départementale de l'A.R.S, sans ingérence, du Conseil Départemental, et de notre C.T.S.

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

Une responsabilité populationnelle :

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

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



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

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

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

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

Les acteurs du PTSM 92 s'inscrivent dans cette démarche de responsabilité populationnelle.

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

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

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

Il y aura un avant et un après les PTSMs !

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La loi ne précise pas un périmètre, mais indique qu'il faut qu'il soit « d'un niveau suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées ».

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

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

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

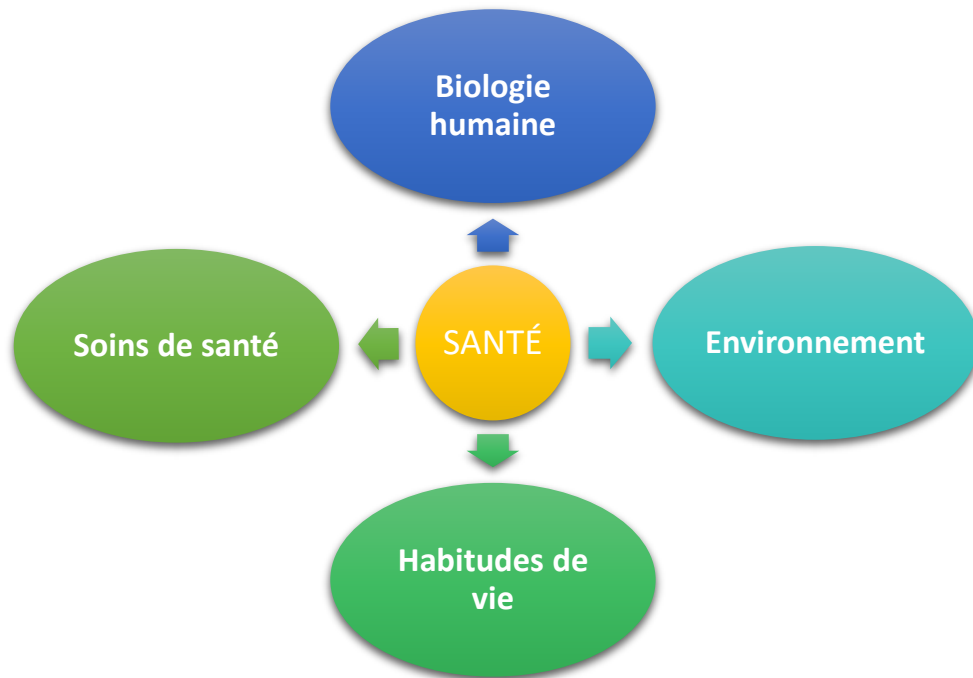
Eventuellement, d'une communauté psychiatrique du territoire.

L'échelon départemental, s'est avéré être le périmètre pertinent pour le territoire des Hauts-de-Seine et a reçu l'approbation des acteurs eux-mêmes et de la DT-ARS92.

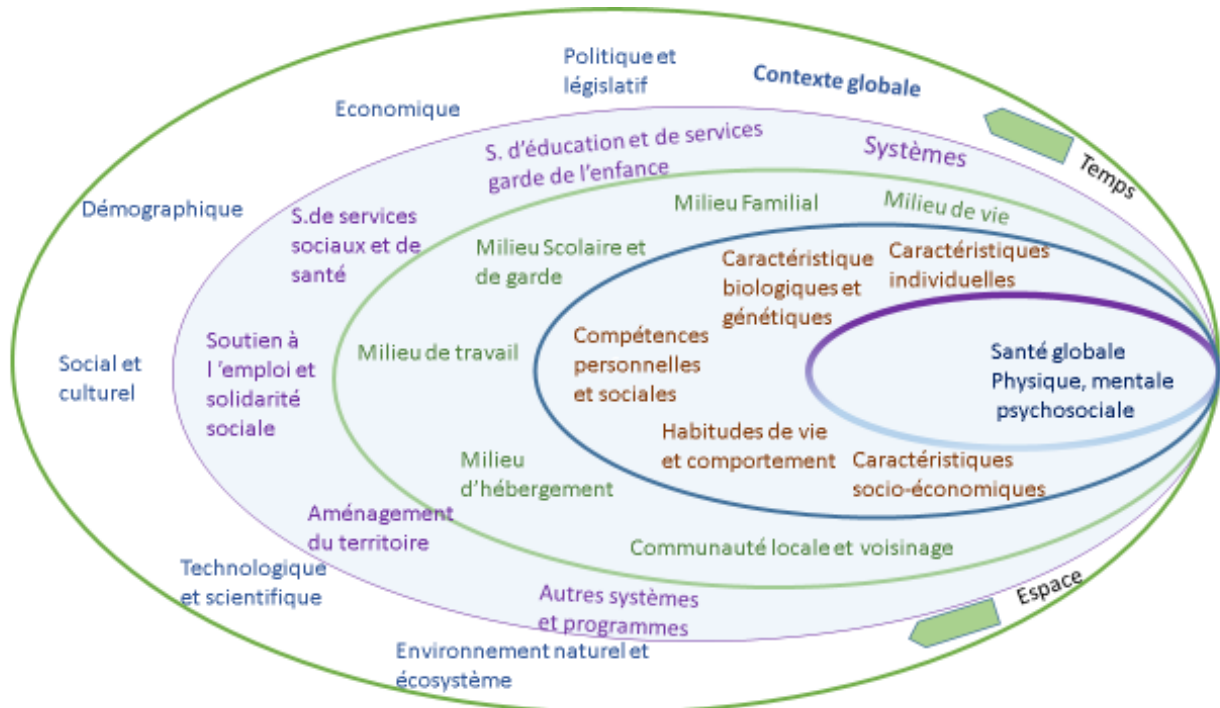
Santé globale

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

CONCEPT DE SANTE GLOBALE



LES DETERMINANTS DE LA SANTE GLOBALE



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

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

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

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

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

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

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

Santé mentale

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

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

La santé mentale comporte trois dimensions³ :

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

Psychiatrie

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

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

³ Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

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

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

Handicap psychique

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

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

METHODOLOGIE D'ELABORATION DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DES HAUTS-DE-SEINE

I. CADRAGE

Périmètre du territoire

La loi ne précise pas un périmètre, mais indique qu'il faut qu'il soit « d'un niveau suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et **l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées** ».

Le département constitue le territoire de concertation, cette concertation s'exerce notamment au sein de la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) 92 élargie à l'ensemble des acteurs du territoire.

Un débat ouvert, dense, s'est tenu sur le ou les PTSM à élaborer dans le Département des Hauts-de-Seine : nous avons travaillé sur sa forme étendue, en croissant, bordant Paris du Sud au Nord, avec des voies de circulations plus ou moins faciles, une forte densité de populations dans des habitats et des caractéristiques d'accès à la santé, à l'emploi, populationnelles très différentes, sans oublier les nouveaux territoires qui se dessinent peu à peu (liés au Grand Paris, au rapprochement Yvelines-92, à l'évolution des Départements). Le Territoire retenu a été le Département des Hauts-de-Seine, sans découpage intérieur ni regroupement avec d'autres Départements limitrophes, en valorisant un P.T.S.M. unique dans ce périmètre territorial.

Démarche projet

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

La première étape a nécessité plusieurs phases :

- Une phase majeure : apprendre à se connaître, à travailler ensemble dans un objectif d'intérêt général, élaborer un règlement, des modalités de travail de nature à faire vivre concrètement cette démocratie participative, où les connaissances, le savoir, des professionnels, des usagers, le regard des élus, des institutionnels trouve une place enrichissante pour tous et la mission. Le reste devient alors beaucoup plus simple...
- une phase de cadrage, de lancement, de réalisation du diagnostic territorial partagé et sa validation par les acteurs notamment les CLSM et le Conseil Territorial de Santé avant de l'adresser au DG de l'ARS IDF.

La deuxième étape consiste à élaborer la feuille de route et le plan d'actions qui seront adressés au DG de l'ARS IDF pour son approbation.

La troisième étape est celle de la contractualisation entre l'ARS et les acteurs du terrain et de la mise en œuvre du PTSM92.

En raison de circonstances exceptionnelles, liées à la crise du COVID-19, la date butoir de juillet 2020 pour la présentation du Projet territorial de santé mentale a été repoussée à décembre 2020, et la phase de contractualisation au premier semestre 2021.

Toutefois, le calendrier prévisionnel élaboré en 2018 prévoyait l'aboutissement de la démarche d'élaboration du PTSM dans le courant de l'année 2019. La forte participation des acteurs du territoire, avec 182 personnes inscrites dans les groupes de travail, puis la nécessité de recueillir l'avis des collectivités locales, des CLSM et du Conseil territorial de Santé ont allongé le calendrier, adaptation nécessaire pour faire de cette démarche un véritable moment de démocratie en santé.

Au final, les groupes de travail de diagnostic se sont réunis au printemps 2019. Leurs conclusions ont fait l'objet d'une journée de restitution-débat ouverte aux acteurs du territoire le 21 juin 2019. Ces conclusions ont été ensuite présentées pour avis aux Conseils locaux de santé mentale et collectivités locales le 22 novembre 2019 et au Conseil Territorial de Santé le 13 décembre 2019.

Initialement prévue au printemps 2020, la phase d'élaboration de la feuille de route a été reportée à l'automne en raison de la crise du COVID-19.

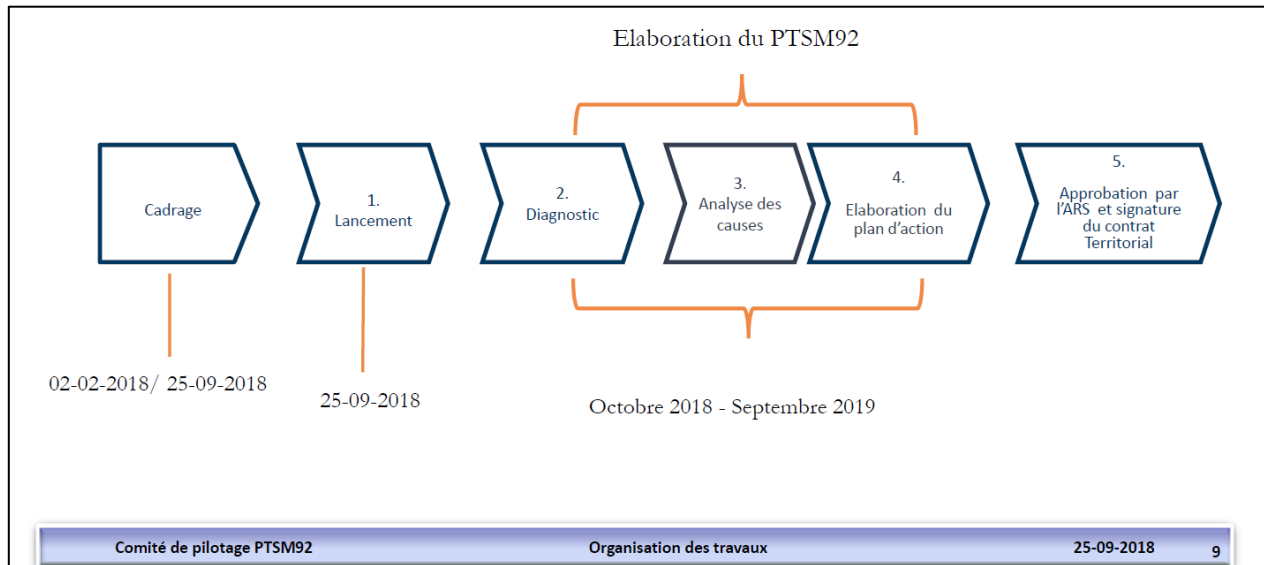


Figure : Calendrier 2019 des réunions des groupes de travail, COFIL et restitutions

Jan 2019	Fév 2019	Mars 2019	Avril 2019	Mai 2019	Juin 2019	Juillet 2019	Aout 2019	Sept 2019	Oct 2019	Nov 2019	Déc 2019
	01/02	05/03	8/04		07/06	08/07		12/09		04/11	13/12
	R1 PARCOURS DE SANTE ET DE VIE	Comité Technique	Comité Technique		Comité Technique	Comité Technique		Comité Technique		Comité Technique	Restitution au CTS
	06/02	13/03	12/04		18/06			25/09		06/11	
	CSSM COFIL	R2 DETERMINANTS	R3 PARCOURS DE SANTE ET DE VIE		Comité Technique			CSSM COFIL		CSSM COFIL	
25/01		19/03	16/04							22/11	
R1 PARCOURS DE SOINS		R2 PARCOURS DE SOINS	R3 DETERMINANTS							Présentation pour avis aux CLSM + ELUS	
28/01		22/03	19/04		21/06						
R1 DETERMINANTS		R2 Parcours de santé et de vie	R3 PARCOURS DE SOINS		Journée de restitution						
		27/03		22/05							
		CSSM COFIL		CSSM COFIL							

Phase préparatoire et de cadrage (2017 – septembre 2018)

En ce qui concerne le territoire Hauts-de-Seine, il a fallu passer par une phase préparatoire qui a permis à un groupe d'acteurs au sein de la Commission spécialisée en santé mentale du CTS de prendre l'initiative sur la base d'un premier accord concernant la définition du territoire du projet.

Et surtout, nous insistons de nouveau, cette phase préparatoire (de juillet 2017 à septembre 2018) est apparue un temps majeur : apprendre à se connaître, à travailler ensemble dans un objectif d'intérêt général, élaborer un règlement, des modalités de travail de nature à faire vivre concrètement cette démocratie participative, où les connaissances, le savoir, des professionnels, des usagers, le regard des élus, des institutionnels trouve une place enrichissante pour tous et la mission. Le reste devient alors beaucoup plus simple...

D'abord, bien sûr un cadrage partagé, et des premières élaborations diagnostiques issues tant du terrain que des approches préexistantes (analyses stratégiques d'opérateurs ou d'institutionnels), déclaratives et /ou chiffrées, approches transversales aux différents secteurs.

Surtout, ces travaux eux-mêmes ont constitué un fort pôle d'attraction, point d'appel nouveau de nouveaux participants : la CSSM-92 a accru l'étendue et la qualité de sa représentativité des citoyens, acteurs et auteurs en Santé Mentale sur son territoire.

La commission spécialisée en santé mentale du CTS 92 s'est également constituée en Comité de pilotage de la démarche. A noter que depuis l'ouverture de ses travaux, la CSSM a respecté au mieux les règles d'une démocratie participative, tant dans la forme que le fond : circulation attentive de la parole, vote de l'accueil d'invités non-mandataires, décisions, amendements et validation collective des procès-verbaux de décisions etc.

En juillet 2018, les acteurs de santé, élus, représentants des citoyens en situation de handicaps et/ou de souffrance psychique, acteurs sociaux et collectivités locales ont été invités à une réunion de lancement par un courrier conjoint du Président de la commission spécialisée en santé mentale le Dr Jean-François HAVRENG, du Président du Conseil Territorial de Santé le Pr François Brunelle, et de la Directrice de la délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'ARS, Madame Monique Revelli.

Plus de 90 personnes ont participé à cette réunion de lancement le 25 septembre 2018, à la suite de laquelle un courrier de prise d'initiative adressé par le Président de la CSSM au Directeur général de l'Agence.

Phase de lancement et constitution des groupes de travail (septembre 2018 – janvier 2019)

Dans le cadre de l'organisation de la réunion de lancement, un appel à candidature a été lancé afin de constituer les groupes de travail. Cette phase a permis d'informer et de faire participer le plus grand nombre d'acteurs possibles aux travaux du PTSM 92 (annexes 6-8 : composition des groupes de travail).

Le grand nombre de réponses, la nécessité de valider une méthode de travail et de recruter des pilotes pour chaque groupe ont repoussé à janvier 2019 le début effectif des travaux de diagnostic.

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

La réalisation du diagnostic partagé a comporté deux parties :

- **La carte d'identité du territoire** à partir de données quantitatives issues de différentes sources officielles (Atlas de la Santé mentale, Insee, ATIH, ARS, CPAM) réalisée conjointement avec la délégation départementale de l'ARS.
- **Le diagnostic qualitatif** qui rend compte de l'appréciation des acteurs et de leurs constats selon la méthodologie ANAP « parcours en santé mentale ». Il s'agit d'identifier dans les parcours de soins, de santé et de vie des personnes, les points de rupture, d'analyser les causes de ces ruptures et de proposer des pistes d'amélioration. Chaque groupe s'est réuni trois fois.

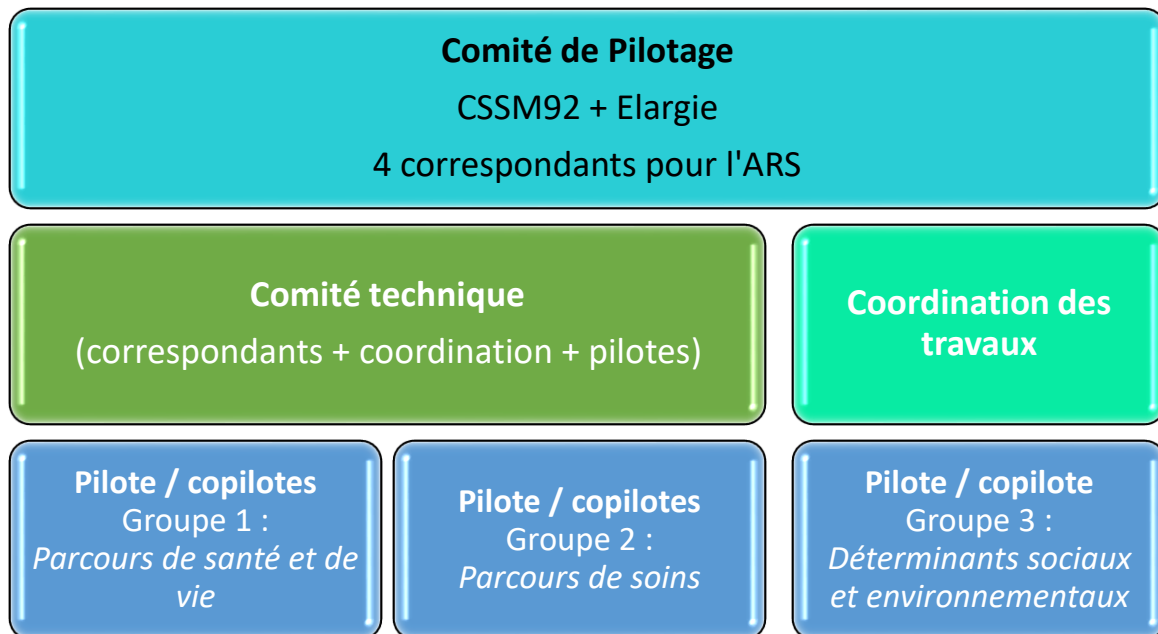
Des points d'étape et des ajustements se font régulièrement avec la DDARS 92 qui accompagne la démarche.

Phase de présentation des travaux et de concertation citoyenne (juin 2019-décembre 2019)

A travers l'organisation d'une journée de concertation autour des éléments du diagnostic quantitatif et qualitatif de santé mentale des Hauts-de-Seine, le 21 juin 2019, le diagnostic territorial partagé a été présenté à l'ensemble des acteurs (annexes 9-10 : Programme de la journée du 21 juin 2019 diaporama de la journée).

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

Une fois le diagnostic écrit, il est validé par le Copil et soumis ensuite à l'avis des conseils locaux de santé mentale, des élus du territoire (présentation le 22/11/2019) puis à l'avis du Conseil territorial de Santé (présentation le 13/12/2019).



Comité de pilotage (annexe 1 : membres du COPIL)

Le comité de pilotage constitué par la CSSM du CTS élargie à des acteurs des différents champs intervenant en santé mentale sur le Territoire Hauts-de-Seine et présidé par le Dr J.-F. HAVRENG,

Le groupe projet est structuré de la façon suivante :

Le COPIL valide les grandes orientations, le pilotage stratégique et la communication autour du PTSM.

Au sein de ce **COPIL**, des correspondants désignés conformément au décret du 27/0/2017 sont en charge du lien avec l'ARS. Ils rendent compte à l'ARS de l'avancée des travaux et représentent le COPIL dans les éventuelles réunions ou instances qui pourraient le nécessiter.

Ces correspondants sont désignés au titre de leur établissement ou association.

- APEI de SEVRES, CHAVILLE et VILLE D'AVRAY, représentée par le Dr. Jean-François HAVRENG, président de la Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de santé 92
- EPS Roger PREVOT, représenté par M. Raphaël COHEN, directeur adjoint en charge des affaires générales
- Fondation des Amis de l'Atelier, représentée par M. François-Xavier POURCHET, directeur départemental
- Association Centre d'Intervention dans la Dynamique Educative, représentée par Mme Pauline BRAILLON, directrice générale

Trois groupes de travail sont chargés de produire un diagnostic partagé puis des propositions d'action, qui constitueront le PTSM. Si besoin, le nombre de groupes peut évoluer au cours des travaux sur décision du COPIL afin de mieux traiter des priorités du PTSM. Chaque groupe est animé par un Pilote.

- **Groupe 1 – Parcours de soins** (priorités 1, 3, 4 du décret du 27/07/2017) : Mme Cécilia BOISSERIE, GH Paul GUIRAUD, M. Daniel JANCOURT, EPS ERASME
- **Groupe 2 – Parcours de santé et de vie** (priorités 2, 5 du décret) : Mme Carole TANQUERAY, association Femmes relais de GENNEVILLIERS, Mme Sandrine BONTEMPS, Conseil Départemental 92, M. Patrick TAIEB, association AGATA

- **Groupe 3 – Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale** (priorité 6) : Mme Nicole PERNOT, Adjointe au Maire de COURBEVOIE en charge de la santé, Mme Cécile LEFEVRE, Directrice adjointe du CCAS de COURBEVOIE, Mme Cécile BINART, coordinatrice CLSM d'ANTONY.

Le ou la Pilote anime les travaux du groupe. Il ou elle est responsable de la bonne association de tous les acteurs concernés, de l'avancée des travaux et de la bonne réalisation des livrables. Il ou elle rend compte au COPIL des productions du groupe et de toute problématique qui pourrait survenir dans le travail du groupe.

Les pilotes coordonnent leurs travaux au sein d'un « **Comité technique** », qui regroupe :

- Les quatre correspondants de l'initiative
- Les pilotes des groupes
- La coordinatrice des travaux
- Des représentants de la délégation départementale de l'ARS : M. Gwendal BARS, Dr Brigitte JEANBLANC.

Ce groupe veille à l'harmonisation des travaux entre les groupes et à l'articulation des différentes thématiques. Il a un rôle de veille sur le bon déroulement des travaux via les pilotes et remonte les problèmes au COPIL si besoin.

La coordinatrice : Mme Amal HAZAEL-MASSIEUX, centre hospitalier Théophile ROUSSEL, est chargée de la coordination du dispositif notamment, l'appui méthodologique aux pilotes et aux groupes, l'animation et l'harmonisation des travaux, et la présentation des résultats aux acteurs lors des étapes principales : (lancement, concertation, diagnostic). Elle rend compte au COPIL de son action de coordination.

Groupes de travail

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

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

En fonction de la vitesse d'avancée des groupes, le niveau de propositions a été variable.

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

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

GROUPE 1 « PARCOURS DE SANTE ET DE VIE » : Priorités 2, 5

Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

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

GROUPE 2 « PARCOURS DE SOINS » : Priorités 1, 3, 4

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

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

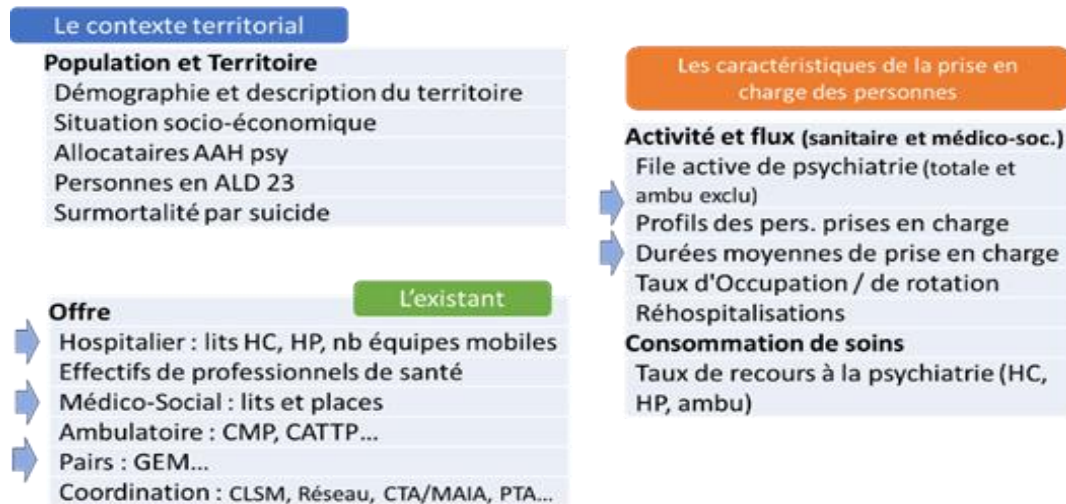
Priorité 4 : Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence

GROUPE 3 « DETERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX » : Priorité 6

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

II. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUANTITATIF

CARTE D'IDENTITE DE TERRITOIRE : Methodologie ANAP (SCHEMA ci-dessous)



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

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

La carte d'identité du territoire Hauts-de-Seine est construite à partir des données issues de l'Atlas de la santé mentale en France⁵. Elle permet d'alimenter le diagnostic qualitatif élaboré à l'issue des échanges des groupes de travail par des indicateurs quantitatifs. Ces indicateurs constituent également un bilan de départ qui sera mesuré à l'issue de la mise en œuvre du plan d'actions.

Quelles données pour un diagnostic territorial en santé mentale ?

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

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

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

Les limites du diagnostic quantitatif

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

⁵ www.santementale.atlasante.fr

III. ELABORATION DU DIAGNOSTIC QUALITATIF

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

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

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

Chaque groupe se réunit 3 fois.

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

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

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

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

Groupe 3 : Déterminants sociaux et environnementaux (Priorité 6)



• Trois étapes :

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

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

**Carte d'identité du territoire des
Hauts-de-Seine**
Diagnostic quantitatif

CARTE D'IDENTITE DU TERRITOIRE DES HAUTS-DE-SEINE

Cette carte d'identité du territoire est construite à partir d'une collection d'indicateurs issus des sources suivantes :

- Données INSEE issues du recensement et des projections de population, consultées via les portraits de territoire de l'Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR)
- Données d'enquêtes Ad-hoc menées par l'ARS Ile-de-France, la DRIHL, le Conseil Départemental des Hauts-de-Seine
- Les données issues des systèmes d'information hospitaliers (PMSI) et du système d'information national des organismes d'assurance maladie (SNIRAM)
- Données collectées par le groupe projet du PTSM 92

I. DEMOGRAPHIE ET DESCRIPTION DU TERRITOIRE

1. Territoire des Hauts-de-Seine

Le territoire retenu pour l'élaboration est celui du département des Hauts-de-Seine, il est composé de 36 communes en bordure ouest de Paris, couvrant une superficie de 12012km² pour une population de 1 606 000 habitants, soit 13% de la population régionale (INSEE 2018). C'est ainsi le département le plus petit et le plus dense de France après Paris, avec plus de 9129 habitants par km².

A l'exception de deux grandes forêts, le département est intégralement urbanisé. La majorité des espaces verts sont concentrés au centre du département.

Il est desservi par un réseau de transports en commun dense (bus, métro, RER, transilien opérés par Ile-de-France Mobilités) et un important réseau routier et autoroutier. Les déplacements sont toutefois rendus complexes par un réseau ferré centré sur Paris, et par une importante congestion automobile. Ainsi les trajets selon l'axe Nord-Sud sont complexes.

Les communes du département sont réunies dans 4 Etablissements Publics Territoriaux de la Métropole du Grand Paris (liste des communes par EPT en annexe 16). Tous les EPT réunissant les communes des Hauts-de-Seine sont contenus au sein des limites départementales, à l'exception de l'EPT n°5 « boucle Nord de Seine » qui inclut la commune d'Argenteuil dans le Val d'Oise.

La commune la plus dense du département est Levallois-Perret (26 333 hab/km² en 2016), la moins dense Marnes-la-Coquette avec 522 hab/km². Hormis Marnes-la-Coquette, toutes les communes du département ont une densité de population supérieure à 2800 hab/km². 16 communes sur 36 ont une densité de population supérieure à 10 000 hab/km².



2. Structure de la population

La population des Hauts-de-Seine comporte une importante proportion de jeunes de moins de 20 ans. Les actifs y sont surreprésentés par rapport à la moyenne nationale, et en particulier les cadres.

Les 0-5 ans représentent 8,4% de la population départementale, ce qui place le département dans les 20% de départements avec la plus forte proportion de jeunes enfants en France. De plus le solde naturel du département est positif de 14 400 habitants en 2013, supérieur du solde migratoire négatif de -8 400.

Le département des Hauts-de-Seine va également voir son âge moyen augmenter de 5 ans entre 2013 et 2050, avec un important vieillissement de la population.

	0-19	20-64	65-84	85+	Total
Part dans la population en 2016	25,21%	60,90%	11,52%	2,37%	
Tendance évolution 2013-2030 (INSEE 2014)	+1,3%	+4,1%	+37%	+32%	+7,9%

En 2013, les personnes seules et familles monoparentales représentent respectivement 39% et 10% des ménages du département. Ces deux types de ménages sont plus présents dans le nord du département (EPT 4 et 5) et en bordure de Paris : il s'agit de ménages soit jeunes soit très âgés (+85 ans).

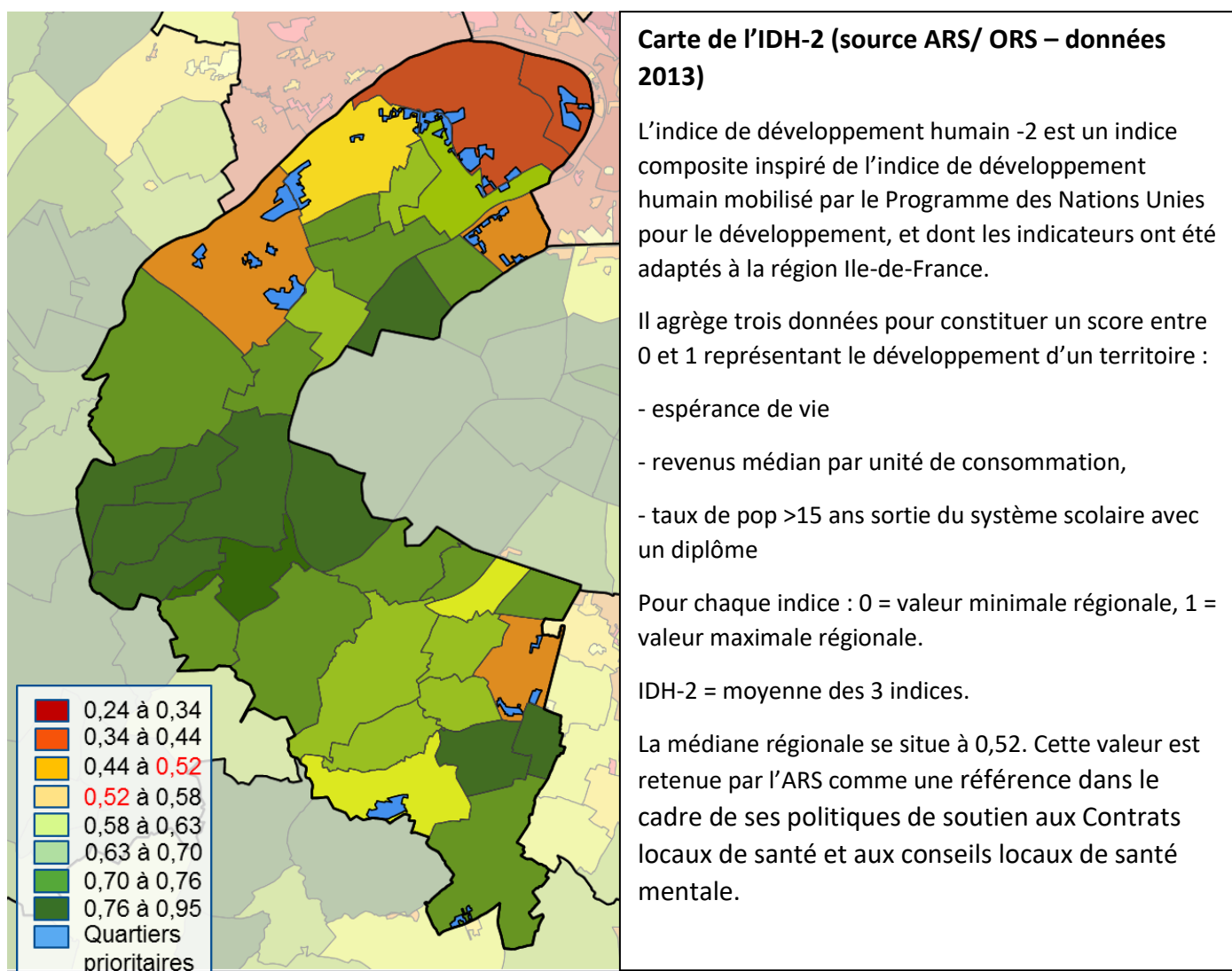
Les élèves et étudiants représentent quant à eux 11,8% de la population des 15-64 ans dans le département.

II. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

Le département des Hauts-de-Seine est un département économiquement dynamique, dont la population est plutôt aisée mais concerné par d'importantes inégalités territoriales. La médiane de revenu par unité de consommation y est de 26 571 euros en 2016, contre 22 906 euros pour la région Ile-de-France. Les emplois y sont très majoritairement compris dans le secteur tertiaire (services, commerce), avec 78,5% des emplois (64,8% en France). En 2017 le taux de chômage des Hauts-de-Seine s'établissait à 7,2% de la population active (DIRECCTE). Le taux de bénéficiaires de la couverture Maladie Universelle Complémentaire et de l'Aide à la Complémentaire santé est nettement inférieur au taux régional comme national.

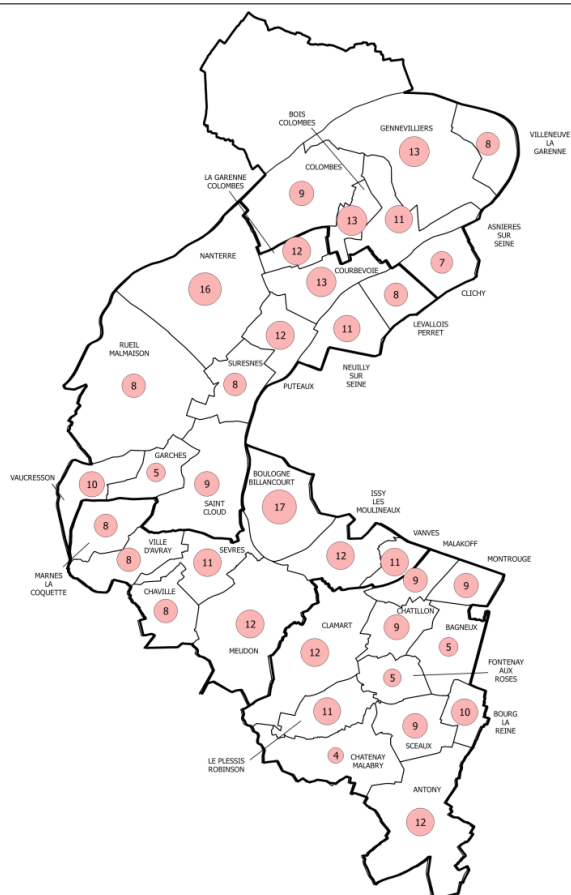
Le taux de pauvreté à 50% du revenu médian en 2016 est de 12,2% pour le département, inférieur au taux de pauvreté national situé alors à 14% de la population, mais très inégal selon les communes. Le taux de pauvreté dépasse la moyenne régionale (15,7%) dans les communes d'Asnières-sur-Seine et Colombes, et dépasse les 20% de la population pour les communes de Bagneux, Nanterre, Clichy et Villeneuve-la-Garenne. Le taux de pauvreté de Gennevilliers atteint en 2016 27% de la population, le taux le plus élevé du territoire.

Le département compte 19 quartiers prioritaires au titre de la politique de la Ville.



III. LOGEMENTS

Nombre de demandeurs pour une attribution par commune dans les Hauts-de-Seine au 31 décembre 2017



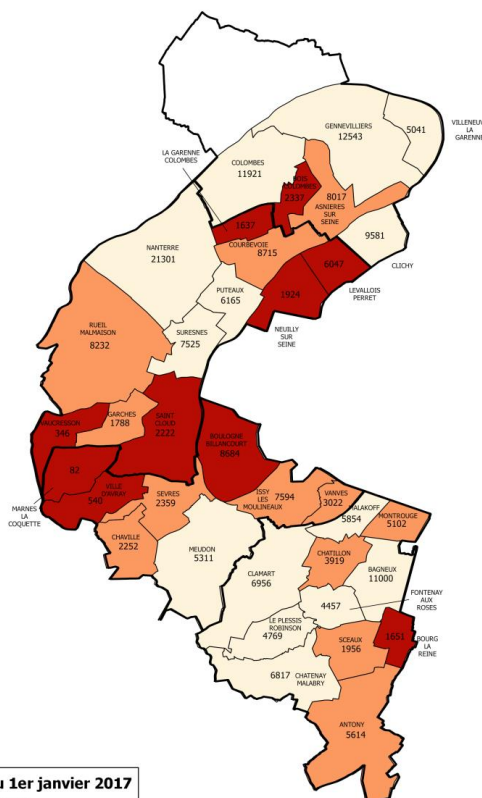
Légende

■ Nombre de demandeurs pour une attribution au 31 décembre 2017

Comme Paris, les Hauts-de-Seine se caractérisent par un parc de logements locatifs en tension. Au 31/12/2018, plus de 105 000 ménages étaient en attente de logement social dans le département, soit 15% de la demande régionale (pour 13% de la population). 10 051 attributions de logements sociaux ont été réalisées dans l'année 2018, soit environ 10% des demandes. L'ancienneté moyenne des demandes est de 2 ans et 10 mois.

De plus, la répartition des logements sur le territoire est inégale, certaines communes ne rencontrant pas les objectifs de production de logements sociaux fixés par la loi, quand d'autres supportent jusqu'à 60% de logements sociaux dans leur commune.

Taux SRU et nombre de logements sociaux par commune dans les Hauts-de-Seine au 1er janvier 2017



Taux SRU au 1er janvier 2017

- Inférieur à 20 %
- Compris entre 20 % et 25 %
- Supérieur à 25 %

Deux populations aux besoins spécifiques :

Les ménages très précaires

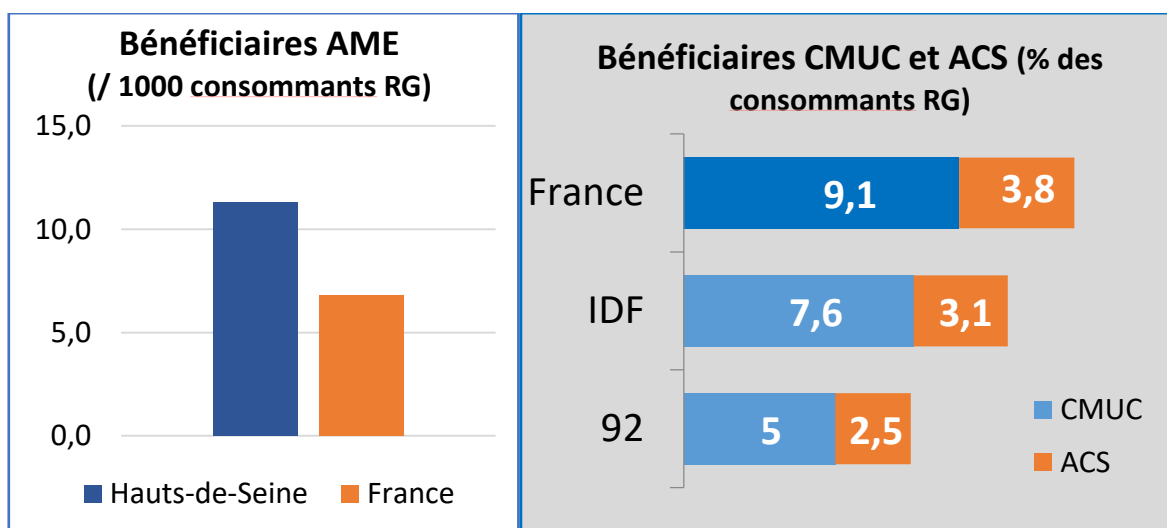
L'enquête « santé et précarité » réalisée conjointement en juin 2019 par l'ARS et la DRIHL UT 92 auprès des structures d'hébergement et des dispositifs de veille sociale montre que, d'après les structures d'accueil, 235 personnes hébergées en centre d'hébergement sont identifiées par les travailleurs sociaux comme en difficulté psychique, soit 12% des personnes hébergées. 369 autres personnes rencontrées par les équipes de maraude et les accueils de jour sont décrites par les professionnels comme atteintes par des difficultés psychiques.

Les personnes migrantes primo-arrivantes

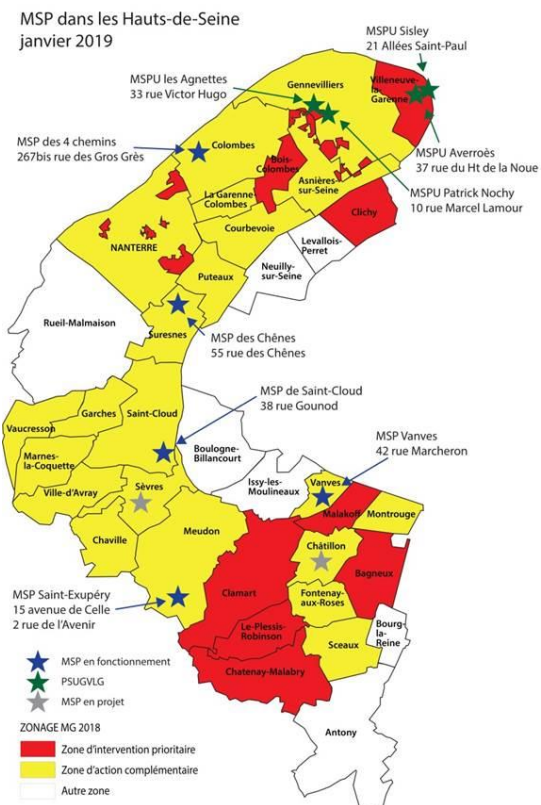
Une problématique spécifique à la Métropole du Grand Paris concerne le territoire des Hauts-de-Seine : l'accueil des personnes migrantes primo-arrivantes. On remarque en effet qu'en 2017, plus de 1% des consommateurs du régime général d'assurance maladie dans les Hauts-de-Seine sont bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, soit nettement plus que le taux national.

Les Hauts-de-Seine sont concernés au premier chef par la question de l'accueil et de l'accès aux soins des personnes migrantes, par la proximité avec Paris et par l'implantation de nombreuses structures d'accueil et d'hébergement sur le territoire. En particulier, plusieurs milliers de personnes sont accueillies chaque année au Centre d'Accueil et d'Evaluation des Situations situé à Nanterre.

Cette population spécifique pose plusieurs défis en ce qui concerne la santé mentale : le parcours migratoire est facteur déterminant de troubles et de traumatismes, d'une part, et d'autre part les prises en charge sont rendues complexes par la situation administrative des personnes, les besoins d'interprétariat importants et l'instabilité des personnes hébergées de manière transitoire dans le département.



IV. OFFRE DE SOINS DE VILLE



L'offre de soins en ville dans le territoire des Hauts-de-Seine s'articule autour des médecins généralistes libéraux, d'un nombre de Maisons de santé en augmentation et de nombreux centres de santé.

Trois réseaux de santé (Nord 92, ASDES et Osmose) proposent également des accompagnements vers les soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou dans des situations complexes mêlant problèmes de santé et difficultés sociales.

1. Accès aux médecins généralistes

Comme toute la région, les Hauts-de-Seine connaissent une tension forte sur l'accessibilité au médecin généraliste. Comme on peut l'observer sur la carte, la majeure partie du Département est concernée par un des deux zonages d'aide à l'installation de médecins généralistes, zonages fondés sur un indice d'accès au médecin généraliste en ville.

Une spécificité du territoire consiste également en l'existence d'une problématique d'accès financier aux soins de premier recours. Le taux de dépassement d'honoraires (CPAM 2018) pour le département est de 14% chez les médecins généralistes, et peut atteindre plus de 70% dans certaines communes comme Neuilly-sur-Seine.

L'offre de médecine de ville libérale se structure progressivement dans le département, avec 10 Maisons de Santé Pluri professionnelles libérales en 2019. 43 centres de santé emploient des médecins généralistes salariés dans le département, dont de nombreux centres municipaux financés par les communes.

2. Accès aux soins en santé mentale

203 psychiatres libéraux sont installés dans le département (source RPPS 2019), dont 45% sont en secteur 1 (contre 66% en France). Ce nombre inclut les psychiatres exerçant en établissement de santé privé à titre libéral, et masque une disparité de répartition territoriale. Ainsi aucun psychiatre n'est installé à Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne.

L'accessibilité financière pose encore question concernant les psychiatres libéraux : le montant de dépassement moyen annuel pour des consultations de psychiatre est de 182€ par consommant du régime général d'assurance maladie en 2018 (source CPAM)

Environ 750 psychologues sont installés dans le département (source ADELI 2019). Toutefois il est en l'état des données impossible de dire combien sont salariés et combien exercent en ville. Leur répartition est également très inégale, allant de 3 à Villeneuve-la-Garenne à 126 à Boulogne-Billancourt.

Plusieurs CMP ont établi des partenariats avec des centres municipaux de santé afin de proposer un accès plus facile à des consultations de psychiatre ou de psychologue, en particulier

- Le CASH avec le CMS de Nanterre
- L'EPS Roger Prévôt avec le CMS d'Asnières-sur-Seine

Le réseau de santé ASDES (centre 92) propose également des consultations de psychologue à prix modique. La Maison de santé pluri professionnelle de SURESNES propose également des consultations de psychologue.

V. EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIQUES

1. Prévalence des maladies mentales

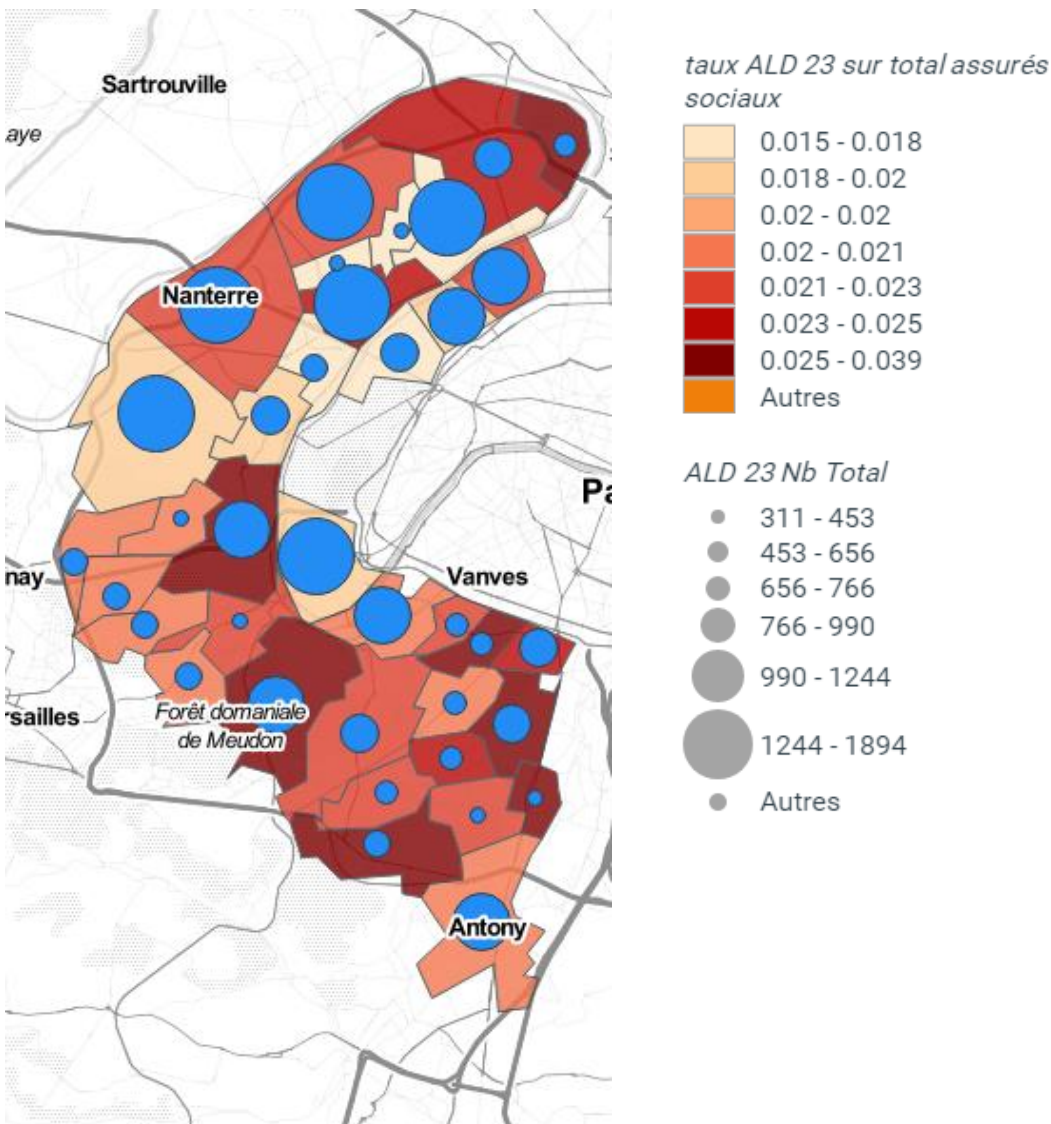
Il n'existe aujourd'hui aucune donnée épidémiologique consolidée concernant la prévalence des troubles de la santé mentale dans le territoire des Hauts-de-Seine. L'enquête « santé mentale en population générale » construite par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche en santé mentale n'a pas été déployé sur le territoire. Les données ci-après permettent donc des approximations fondées sur la couverture existante des besoins mais ne peuvent être exhaustives. En particulier, elles ne renseignent pas sur les situations de non-dépistage ou non-suivi.

On constate que la consommation de médicaments (anxiolytiques et psychotropes) et le taux de prise en charge sont inférieurs au taux national. Toutefois le taux de tentatives de suicide est nettement supérieur au taux régional, en particulier concernant les femmes. Le taux standardisé de mortalité par suicide avant 65 ans est de 7/100 000 (source CépiDC), très inférieur au taux national de 15/100 000 habitants.

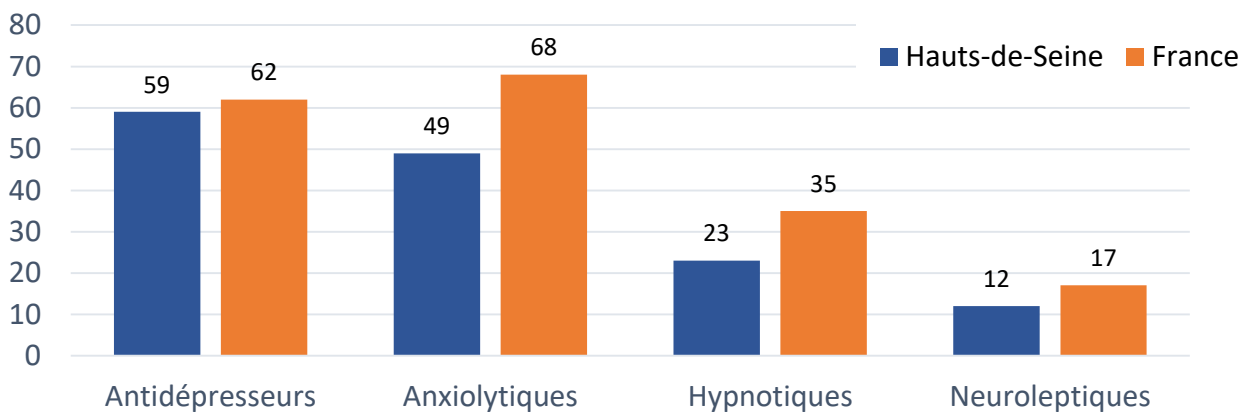
Le taux de bénéficiaires du régime général d'assurance maladie concernés par une reconnaissance ALD 23 (Affection psychiatrique de longue durée) est difficile à interpréter. On remarque que les effectifs sont importants dans les communes les plus denses, mais aussi dans les communes disposant d'une bonne couverture en termes de médecins généralistes.

En 2017 13 252 hommes et 16 000 femmes bénéficiaient d'une reconnaissance d'ALD pour troubles psychiatriques dans les Hauts-de-Seine, soit 2,1% des assurés sociaux, contre 2,3% en Île-de-France.

CARTE : Taux et effectifs de bénéficiaires du régime général d'assurance maladie concernés par une reconnaissance d'Affection Longue Durée pour troubles psychiatriques (ALD 23)

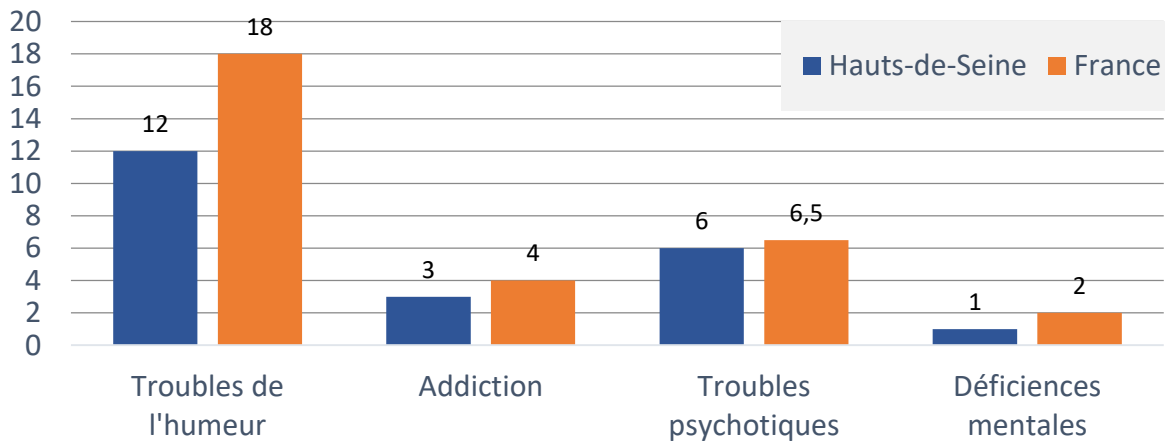


Consommation de médicaments pour 1000 bénéficiaires RG 18-64 ans)

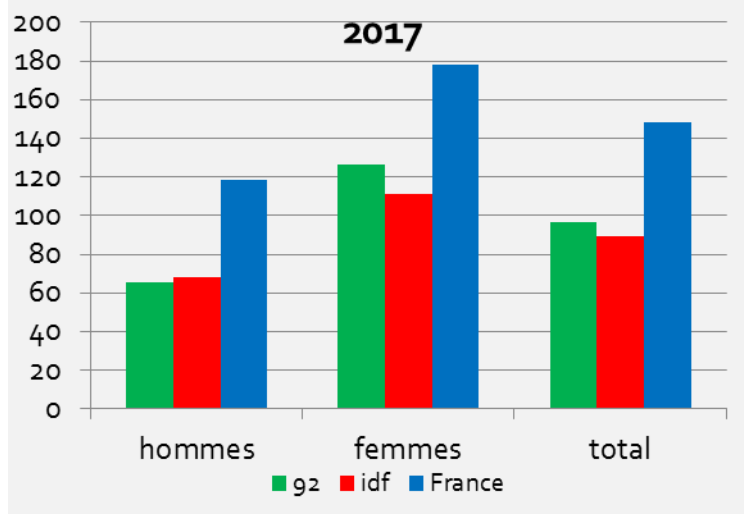


Personnes prises en charge

(pour 1000 bénéficiaires RG 18-64 ans)



Hospitalisations pour tentative de suicide / 100 000 habitants -



2. Mortalité et accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques dans les Hauts-de-Seine

L'âge moyen au moment du décès est nettement plus précoce pour les personnes porteuses de troubles psychiques que pour la population générale.

Il est de :

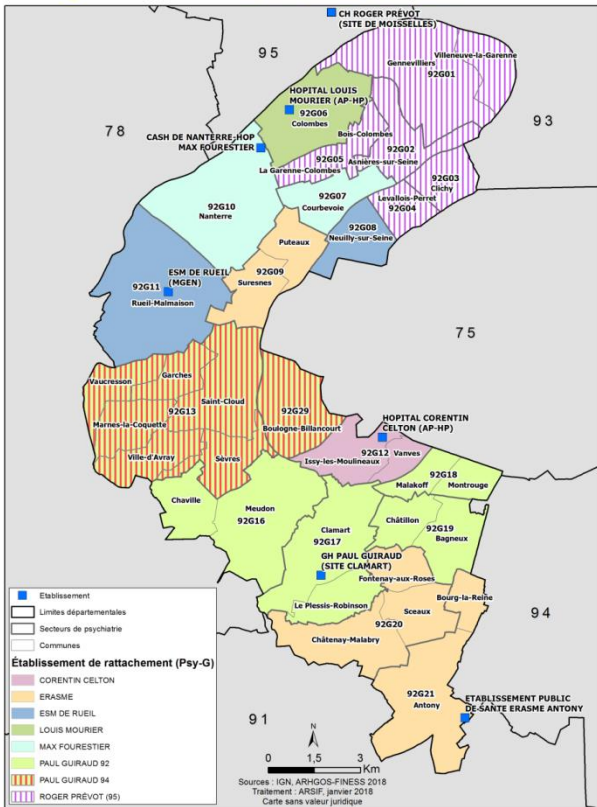
- 63,9 ans pour les personnes prises en charge pour un trouble dit « sévère » (dépression sévère, troubles psychotiques, troubles du neuro-développement), soit 19,5 ans de moins que la population générale des Hauts-de-Seine
- 70 ans pour les personnes prises en charge pour troubles de l'humeur, soit 11,4 ans de moins que la population générale du département.

En 2013, seuls 49,2% des patients hospitalisés pour troubles de l'humeur ont bénéficié d'un soin somatique courant (consultation généraliste, contraception, gynécologie, dentaire) dans les deux ans suivant la sortie d'hospitalisation. Pour les patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressions sévères, ce taux chute à 26,6% (source SNIIRAM, PMSI).

VI. OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS



L'offre en psychiatrie sectorielle dans les Hauts-de-Seine :
La prise en charge des adultes



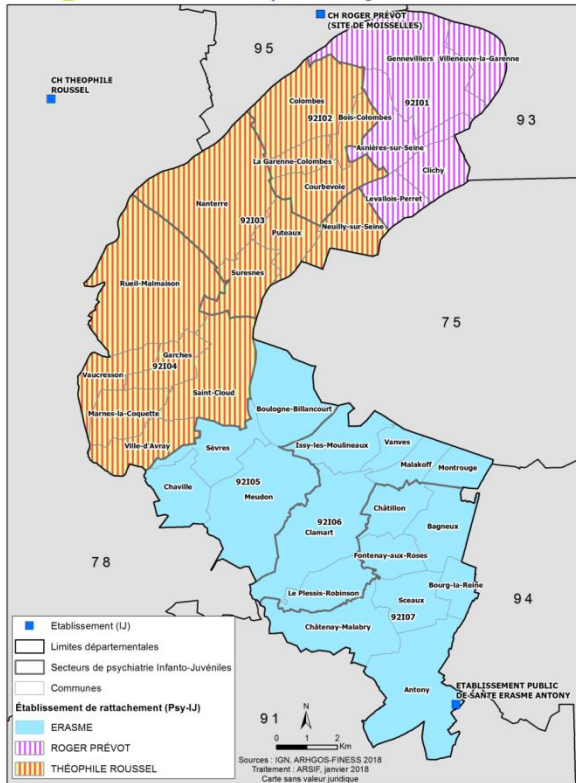
L'offre de soins psychiatriques hospitaliers est portée par de nombreux établissements :

- 4 établissements publics de santé mentale
- 1 établissement de santé mentale sectorisé ESPIC
- 1 établissement public de santé généraliste
- 2 sites de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- 1 établissement du service de Santé des Armées
- 1 centre hospitalier généraliste ESPIC
- 1 établissement ESPIC non sectorisé
- 5 cliniques à statut privé commercial
- 7 hôpitaux de jour gérés par des organismes médico-sociaux

Cette diversité et nombre important d'acteurs est un trait caractéristique de l'offre de soins sur le territoire de la Métropole du Grand Paris.



L'offre en psychiatrie sectorielle dans les Hauts-de-Seine :
La prise en charge des enfants



Le service public de santé mentale est territorialisé en 20 secteurs de psychiatrie adulte et 7 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

7 établissements de santé pour 8 lieux d'hospitalisation complète participent au service public de santé mentale pour les adultes. 2 de ces lieux d'hospitalisation sont hors du département.

3 établissements de santé participent au service public de santé mentale pour les enfants et les adolescents, en intégration forte toutefois avec les offreurs de soins non sectorisés, en particulier l'Astrolabe (Louis Mourier AHP). Ces partenariats sont formalisés dans une convention « parcours des adolescents » en ce qui concerne le nord des Hauts-de-Seine.

1. Taux d'équipement

On constate que l'offre en lits pour les patients adultes correspond à la moyenne régionale. Si le nombre de places en hospitalisation partielle est supérieur au taux d'équipement régional, le nombre d'unités de consultations ou de CMP pour 100 000 habitants est quant à lui en retrait, ce qui peut s'expliquer en partie par la densité du territoire.

Le taux d'équipement en lits d'hospitalisation concernant la psychiatrie infanto-juvénile est quant à lui plus favorable que le taux régional, tout comme le nombre de lieux de consultation pour 100 000 jeunes de 0 à 16 ans. Toutefois, le nombre de places en hospitalisation partielle est en retrait par rapport au taux d'équipement national et régional.

Ces taux d'équipement doivent en outre être mis en regard avec l'éloignement géographique des lieux d'hospitalisation : en ce qui concerne la psychiatrie adulte, deux établissements de secteur disposent de lits d'hospitalisation en dehors du département des Hauts-de-Seine : le GH Paul Guiraud dans le Val-de-Marne et l'EPS Roger Prévôt dans le Val-D'Oise. L'offre de psychiatrie infanto-juvénile quant à elle repose pour partie sur des lits d'hospitalisation situés dans les Yvelines au CH Théophile Roussel.

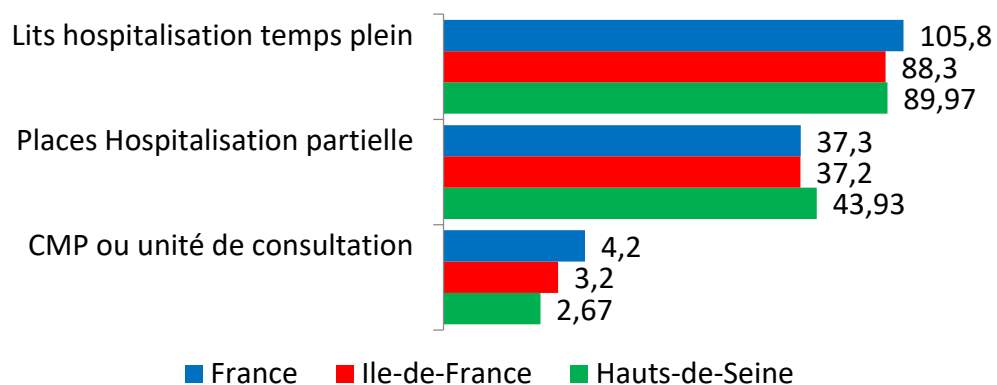
La répartition des lits et places par statut des établissements est la suivante :

Note : concernant les établissements responsables de secteurs de psychiatrie, l'offre peut-être intersectorielle, en particulier concernant les places alternatives à l'hospitalisation complète.

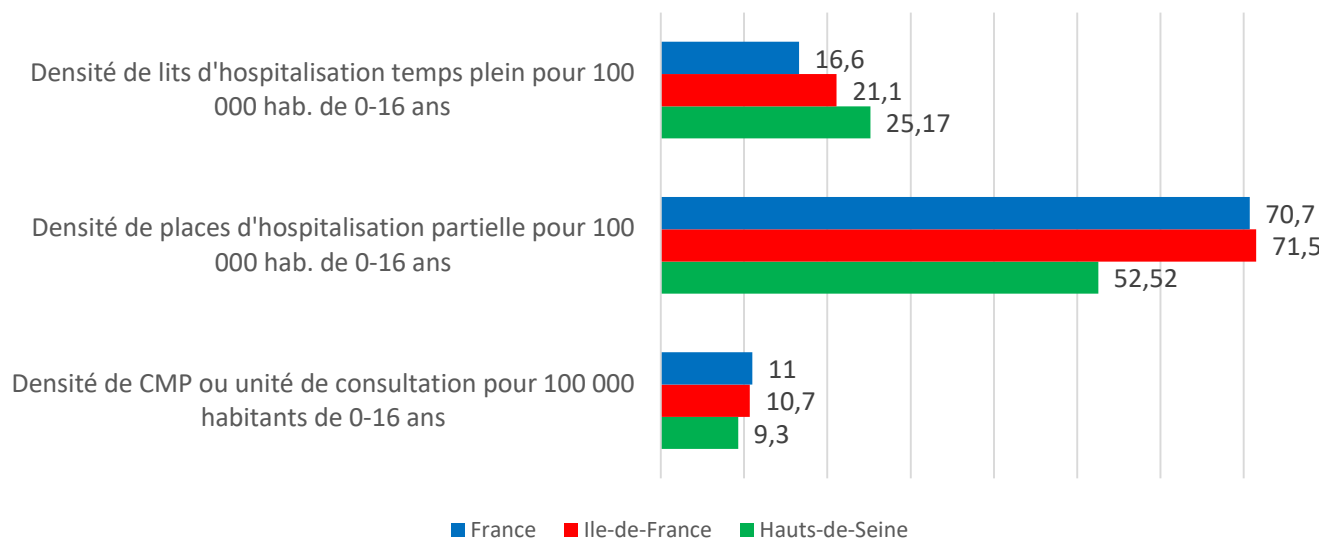
	Public ou ESPIC sectorisé	Non sectorisé non lucratif	Non sectorisé privé lucratif
HC Adulte	681	134	297
HDJ Adulte	323	157	63
HC infanto-juvénile	42	50	
HDj infanto-juvénile	71	155	

	CMP ou unité de consultations	CATTP	Lits HC	Places HDJ	Placement familial	Appartements thérapeutiques
Adultes (18+)	33	20	1112	543	35	47
Taux / 100 000	2,67	1,62	89,97	43,93	2,83	3,80
enfants/Ados (0-17)	41	7	92	192		
Taux /100 000	11,22	1,91	25,17	52,22		

Taux d'équipement adulte (pour 100 000 hab + 18 ans)



Taux d'équipement PSY IJ (pour 100 000 habitants <18ans)



2. Offre spécialisée

Adolescents

Deux dispositifs « Ados » intégré (12-16 ans) :

Un dans le Nord et Centre et un dans le sud du département et se présentent ainsi :

- Pour le nord du département :

Une convention « parcours des adolescents » (annexe n° 12) organise la prise en charge entre les acteurs de la santé mentale des adolescents du nord 92 et centre.

Les dispositifs sont décrits dans une annexe à la convention que le diagnostic reprend dans son intégralité :

« 1-Hôpital Louis-Mourier - Dispositif de psychiatrie Adolescent : *C'est un dispositif tripartite intersectoriel pour le nord et le centre des Hauts-de-Seine 92 associant une équipe mobile, une unité d'hospitalisation psychiatrique (de 12 lits et 2 places Hôpital de jour) et une équipe de liaison intervenant en pédiatrie (urgences et unité d'hospitalisation). Il constitue une unité fonctionnelle du service de Psychiatrie générale-Addictologie, service universitaire et sectorisé. Il vise à intervenir aux différents temps de la trajectoire du jeune. L'équipe mobile du dispositif de psychiatrie Adolescent de Louis Mourier a vocation à intervenir au sein du réseau au plus près du milieu de vie des jeunes, afin de favoriser l'accès aux soins, de rencontrer les jeunes « non demandeurs » et ne consultant pas spontanément au CMP. L'équipe mobile met en place des interventions directes auprès des jeunes (consultations au plus près du milieu de vie : visite à domicile, dans les foyers et les équipes socio-éducatives et judiciaires, les établissements scolaires...) et indirectes auprès des professionnels. Elle s'appuie sur l'infrastructure hospitalière du dispositif (hospitalisation, consultations, ateliers thérapeutiques) et sur le secteur sanitaire local.*

2-Etablissement Public de Santé Roger PREVOT : Unité d'Accueil Thérapeutique pour Adolescents : *Unité fonctionnelle de l'inter secteur de pédopsychiatrie 92I01.*

L'équipe pluridisciplinaire travaille en lien étroit avec les partenaires en charge d'adolescents (éducation nationale, ASE, PJJ, sanitaire...) L'UATA propose des rencontres avec les partenaires ainsi qu'un accueil pluridisciplinaire des adolescents et de leur famille. Elle participe à l'évaluation des situations, facilite l'accès au soin et assure la continuité des soins pour l'adolescent à toutes les étapes de la prise en charge. Egalement lieu ressource pour les CMP de l'inter secteur, L'UATA intervient autour des situations les plus difficiles en lien avec les CMP. Dans le cadre des hospitalisations d'adolescents, l'UATA assure les liens entre structures hospitalières et suivi ambulatoire. Enfin l'UATA est particulièrement positionnée dans les situations complexes nécessitant la mise en place de liens inter partenariaux denses avec des consultations adolescents dans les cinq centres médico-psychologiques de l'inter secteur.

3-Centre Hospitalier Théophile Roussel :

- **Plate-forme Inter secteur 92I02 :** *Consultations d'Accueil et de Soins pour Adolescents (consultation rapide pour adolescents avec un accueil, des consultations d'évaluation et d'orientation, demandés par l'entourage du jeune (parents, éducateurs en charge d'une mesure)), Consultations des CMP et Groupes thérapeutiques (groupe Ado et groupe « A Corps d'âge ». Ce dispositif Adolescent de l'inter secteur 92I02 est étroitement articulé avec le dispositif Adolescents de l'hôpital Louis Mourier dont il partage le territoire local (coordination des nouvelles demandes au sein d'un staff hebdomadaire commun, formalisation du partenariat entre les équipes afin de favoriser l'adresse des adolescents d'une unité à l'autre)*

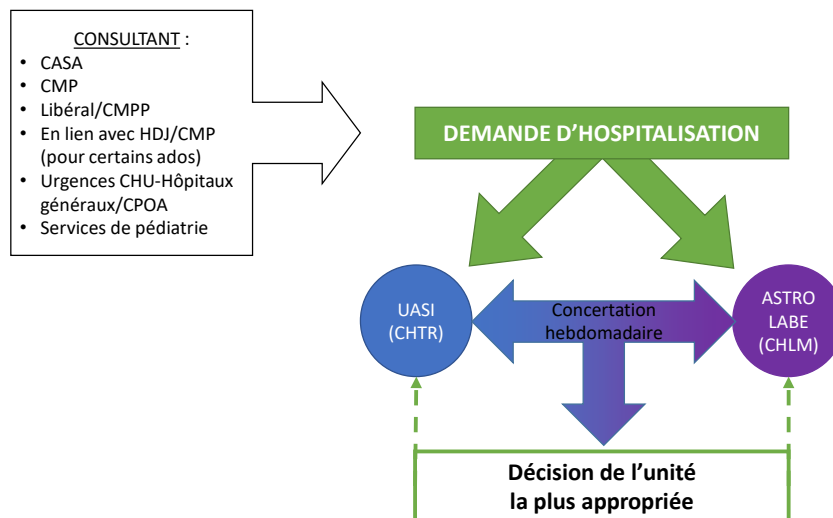
- **Centre Jean WIER 92103 et Inter secteur 92104** associent chacun une Consultation d'Accueil et de Soins pour Adolescents (consultation rapide pour adolescents avec un accueil, des consultations d'évaluation et d'orientation, demandés par l'entourage du jeune (parents, éducateurs en charge d'une mesure)) des Consultations en CMP et un CATTP intersectoriel à Rueil et Nanterre, ainsi qu'un hôpital de jour adolescent

4-Le CIDE associe un hôpital de jour, le Centre du Parc de Saint Cloud et un CMPP avec une mission CASA à VILLE D'AVRAY. Il est non sectorisé.

- L'hôpital de jour, le Centre du Parc de Saint-Cloud, est un établissement de soins pour adolescents proposant une prise en charge thérapeutique et une scolarité adaptée aux difficultés psychiques des adolescents de la cinquième à la terminale.
- Le CASA, Consultations d'Accueil et de Soins pour Adolescents (Consultation rapide pour adolescents, avec un accueil, des consultations d'évaluation et d'orientation, demandés par l'entourage de l'adolescent), des consultations à visée psychothérapique, du psychodrame au CMPP, des consultations spécifiques.

PARCOURS ADOLESCENTS EN HOSPITALISATION

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

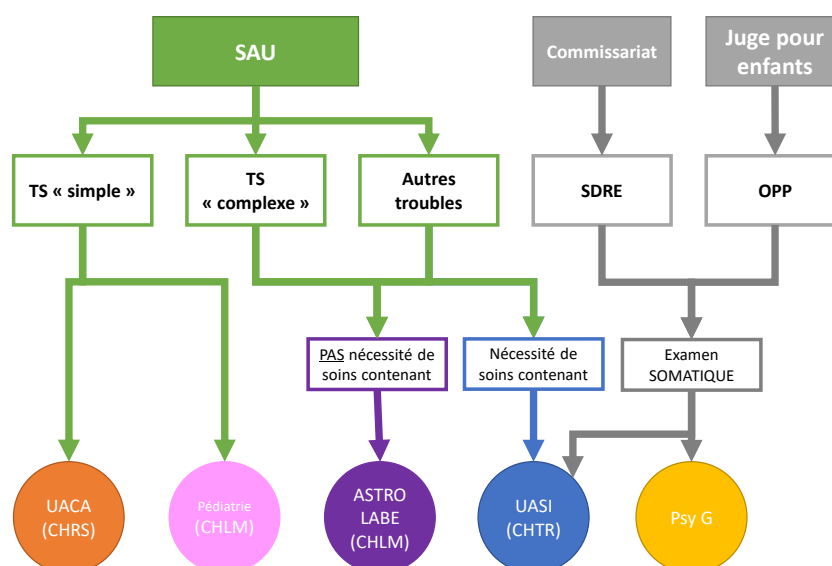


PARCOURS DE SOINS :

Le consultant s'adresse aux deux unités.

La régulation hebdomadaire entre les deux unités décide en fonction des places et du contexte clinique de l'unité la plus appropriée.

HOSPITALISATION NON PROGRAMMEE



PARCOURS DE SOINS :

Pour une TS « simple » (sans troubles psychiatriques associés), une hospitalisation à l'UACA (Neuilly) est envisagée. L'UACA peut aussi recevoir des adolescents autour de la « crise »adolescente si leur état est compatible avec la pédiatrie

Pour les TS plus « complexes » et les autres manifestations psychopathologiques, le choix entre l'Astrolabe et l'UASI s'effectuera :

1) Selon les places possibles

2) Selon la clinique (nécessité ou non de contenance, en sachant que l'UASI est plus à même de dispenser des soins contenant (unité fermée)

Les soins sous contrainte (OPP, SDRE) ne peuvent être mis en place qu'à l'UASI ou à défaut en psychiatrie d'adultes.

- **Pour le sud du département :**

La filière Ados à l'EPS Erasme-Anthony pour le sud 92 qui intègre des consultations rapides, des lits d'hospitalisation temps plein, des places d'HDJ et une équipe mobile.

Il n'existe pas d'offre d'hospitalisation de psychiatrie générale dédiée aux 16-25 ans dans le département.

A souligner, la maison des adolescents MDA92 qui œuvre sur l'ensemble du département. Elle travaille en réseau avec tous les acteurs autour des cas complexes et offre depuis 2019 un accueil généraliste sans rendez-vous aux adolescents et à leurs familles dans le nord du département et un projet d'ouvrir une antenne dans le sud est en construction.

Psychiatrie du sujet âgé

Deux équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé sont actives dans les Hauts-de-Seine

- EMPSA intersectorielle de l'EPS Roger PREVOT, basée à Asnières
- EMPSA de CORENTIN CELTON, basée à ISSY-LES-MOULINEAUX.

Ces deux établissements disposent également de places d'hospitalisation de jour spécialisées.

L'ESM MGEN RUEIL-NEUILLY est engagé dans la mise en œuvre d'une offre de psychiatrie du sujet âgé en hôpital de jour à Rueil-Malmaison.

La clinique Rochebrune dispose également de 65 lits et 20 places spécialisées en gérontopsychiatrie.

Réhabilitation psychosociale

L'offre de réhabilitation psychosociale est encore peu développée et peu lisible dans les Hauts-de-Seine. Deux établissements disposent d'une offre clairement identifiée à ce jour :

- L'Hôpital de Jour Intersectoriel de Réhabilitation Psychosociale, EPS Erasme
- **L'ESM MGEN Rueil-Neuilly propose une offre en réhabilitation psychosociale identifiée.**

Equipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)

Le département est couvert par deux équipes mobiles psychiatrie-précarité, portées au Nord par le CASH de Nanterre et au sud par le GH Paul Guiraud. Ces équipes interviennent auprès des publics les plus précaires, en hébergement social ou à la rue. Elles repèrent, orientent et accompagnent vers les soins les personnes dans une logique d'« aller-vers » et travaillent en partenariat avec les accueils sociaux du département.

Ces deux EMPP n'ont pas vocation à intervenir en urgence.

L'accès aux soins généralistes des personnes sans droits sociaux est également porté par 8 Permanences d'accès aux soins de santé généralistes hospitalières et deux PASS ambulatoires expérimentales portées par deux réseaux de santé (réseau 92 Nord et Osmose)

Le pôle de santé mentale du CASH propose également une PASS psychiatrique et un « CATTP social » pour favoriser l'accès au soin des personnes précaires par des modalités adaptées, repérées ou non par l'EMPP.

Périnatalité et parentalité

Plusieurs dispositifs existent mais ne couvrent pas le territoire de manière homogène.

- L'équipe PPUMMA (Psychiatrie-périnatalité en urgence en maternité) portée par l'EPS Erasme, intervient à la demande des professionnels des maternités et du réseau pour répondre à l'urgence en périnatal immédiat au sein de la maternité.
- Unité parents-enfants du CH Théophile-Roussel
- Psychiatrie néonatale au sein de la maternité de l'hôpital Louis Mourier.

Addictologie

- Il existe une offre d'addictologie variée sur le territoire. Toutefois cette offre peu lisible n'est pas cartographiée de manière unifiée et exhaustive.

L'offre de soins spécialisée dans les Hauts-de-Seine est riche, diversifiée mais inégalement répartie et coordonnée, sa richesse peut être source d'un manque de lisibilité.

VII. RECOURS AUX SOINS EN SANTE MENTALE

La très grande majorité, 91% de patients adultes de la psychiatrie dans les Hauts-de-Seine, sont suivis par les structures ambulatoires des établissements de santé mentale, CMP ou CATTP (2017).

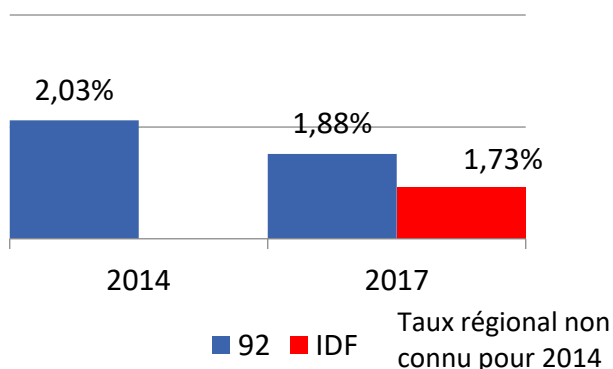
En parallèle, les actes de soin sur le lieu de vie (logement, hébergement ou lieu de vie médico-social) augmentent de 1,08% entre 2014 et 2017 mais concernent 3,53% de patients en moins sur la période.

L'évolution de l'activité de l'intersecteur I01 de psychiatrie infanto-juvénile est à noter particulièrement : Entre 2014 et 2017, le nombre de journées d'hospitalisation a progressé de 47%, notamment après l'ouverture de l'Astrolabe, mais sur la même période la file active a diminué de 3%.

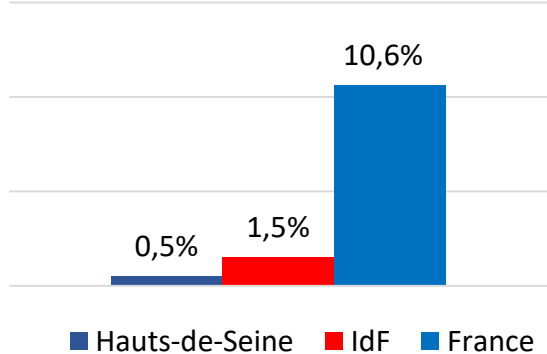
Activité hospitalière de psychiatrie	2017	Évolution 2014/2017
Patients adultes	36 482	+ 2%
Journées d'hospitalisation adulte	482 792	- 6%
Patients psychiatrie IJ	11 960	- 0,87%
Journées d'hospitalisation psychiatrie IJ	60 768	+ 3,74%

Le Projet régional de Santé d'île-de-France 2018-2023 se donne pour objectif de porter à 2% le taux de recours aux soins de santé mentale pour les enfants de moins de 4 ans.

Recours aux soins hospitaliers des 0-4 ans



Part des actes en liaison médico-sociale pour les + 65 ans

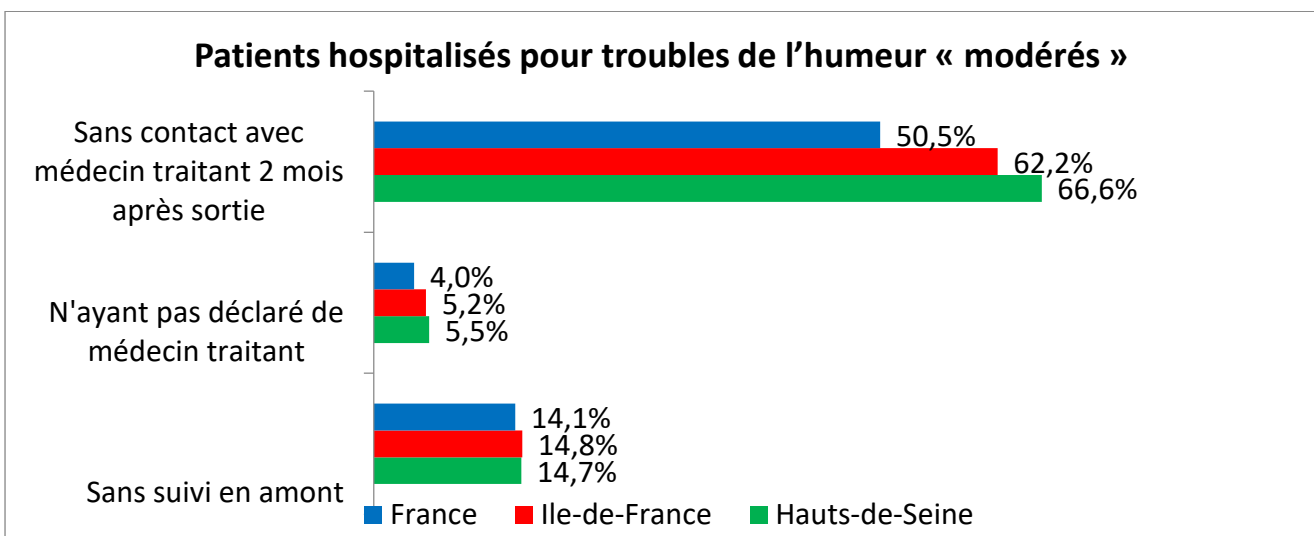
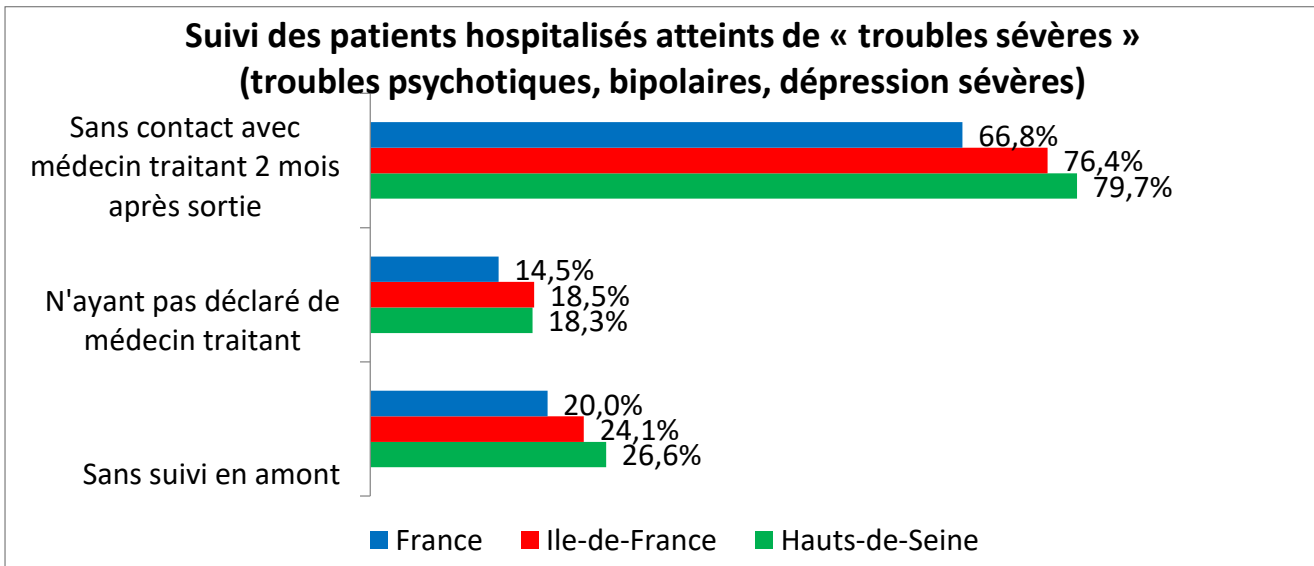


La part des actes codés dans le PMSI par les établissements de santé mentale comme réalisés au sein des établissements médico-sociaux pour les patients de plus de 65ans est particulièrement faible au regard de la part nationale. Les facteurs d'explications sont à approfondir, ils peuvent être relatifs tant à la population qu'aux relations existantes entre les EHPAD et les établissements de santé, la part d'EHPAD privés étant supérieure à la moyenne nationale en Ile-de-France et particulièrement dans les Hauts-de-Seine.

VIII. SUIVI EN VILLE DES PATIENTS DE LA PSYCHIATRIE

40,6% des patients admis en hospitalisation pour troubles de l'humeur ont eu accès au médecin traitant dans les deux mois précédent l'hospitalisation (France : 54,1%).

24,9% des personnes hospitalisées pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressions sévères ont consulté leur médecin traitant dans les deux mois précédent l'hospitalisation. (France : 36,5%). 18,3% des patients hospitalisés n'ont pas déclaré de médecin traitant. 53% de ces patients hospitalisés n'ont pas bénéficié de suivi spécialisé en santé mentale 1 an avant leur admission en hospitalisation.



Taux de recours aux psychiatres libéraux pour troubles de l'humeur ou addictions



IX. OFFRE D'ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR LE HANDICAP

1. Taux d'équipement

Tableau : taux de places en ESMS pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

Type	92	IdF	France
SAVS	32,5	33,1	79,2
SAMSAH	8,8	17,9	20,3
ESAT	178,2	188,4	240,4
Foyer de vie	66,8	51,3	103,3
FAM	39,2	56,8	60,9
MAS	25	46,5	58,6

Tableau : taux de places en ESMS pour 100 000 jeunes de la tranche d'âge concernée par chaque type d'établissement

Type	92	IdF	France
CAMSP (0-6 ans)	1,9	2,5	5,9
CMPP (0-20 ans)	2,9	3,2	2,9
SESSAD (0-20 ans)	227,2	238,8	307,3
IME (6-20 ans)	417,1	437,9	577,8
ITEP (6-18 ans)	12,8	67,3	148,2

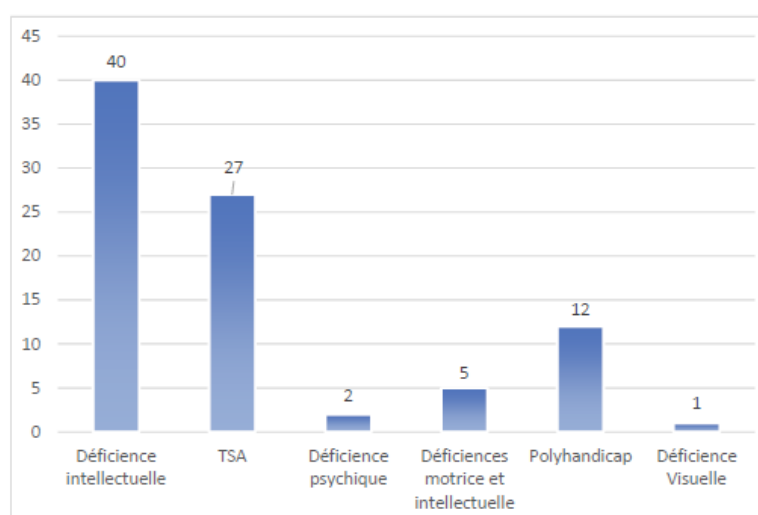
2. Situations complexes

Le taux d'équipement médico-sociaux à destination des personnes porteuses d'un handicap est très inférieur en Ile-de-France au taux d'équipement des autres régions. Cela provoque en particulier un recours important à des structures soit inadaptées, soit éloignées dans d'autres régions voire en Belgique, en particulier pour les personnes porteuses de troubles psychiques avec troubles du comportement important ainsi que les personnes atteintes de troubles envahissants du développement.

Nombre de personnes présentes en établissement wallon avec un financement du Conseil départemental	Avec orientation FAM
"A un instant T" (pas de cumul) : au 31/12/2016	102
"A un instant T" (pas de cumul) : au 31/12/2017	108
"A un instant T" (pas de cumul) : au 31/12/2018	118

Source : MDPH, 2019

Au 11/09/2019, 87 adultes sont accueillis dans des établissements médico-sociaux pour enfants au titre de l'amendement creton. (cf graphique ci-dessous)



Enfants en attente d'une scolarisation adaptée ou d'un accueil en établissement médico-social (source CDAPH 2019) :

SEPTEMBRE 2018	À DOMICILE	SCOLARITÉ < MI TEMPS	SCOLARITÉ > MI TEMPS OU AUTRE PRISE EN CHARGE	TOTAL
3-16 ANS	52	58	21	131
16-20 ANS	24	3	1	28
TOTAL	76	61	22	159

SEPTEMBRE 2019	A DOMICILE	SCOLARITE < MI TEMPS	SCOLARITE > MI TEMPS OU AUTRE PRISE EN CHARGE	TOTAL
3-15 ANS	52	37	55	144
16-20 ANS	28	7	2	37
TOTAL	80	44	57	181

Cette faiblesse de l'offre médico-sociale dédiée au handicap psychique provoque également des hospitalisations longues inappropriées, plus particulièrement dans les services de psychiatrie infanto-juvénile.

3. Scolarisation

Tous handicaps confondus, 2000 jeunes accompagnées par un ESMS sont scolarisés dans les Hauts-de-Seine à la rentrée 2019. En décembre 2018, 5486 élèves des Hauts-de-Seine bénéficiaient d'un Plan Personnalisé de Scolarisation en raison d'un handicap (tous handicaps).

Une équipe médico-sociale d'appui à la scolarisation (Papillons blancs de St Cloud) intervient dans le département en soutien des équipes scolaires.

En outre, deux acteurs sanitaires sont particulièrement investis dans le champ de la scolarisation des adolescents porteurs de troubles psychiques : la Clinique Dupré et son offre en soins-études, ainsi que le relais Jeunes de Sèvres, qui dispose d'un accompagnement spécifique des phobies scolaires.

X. PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

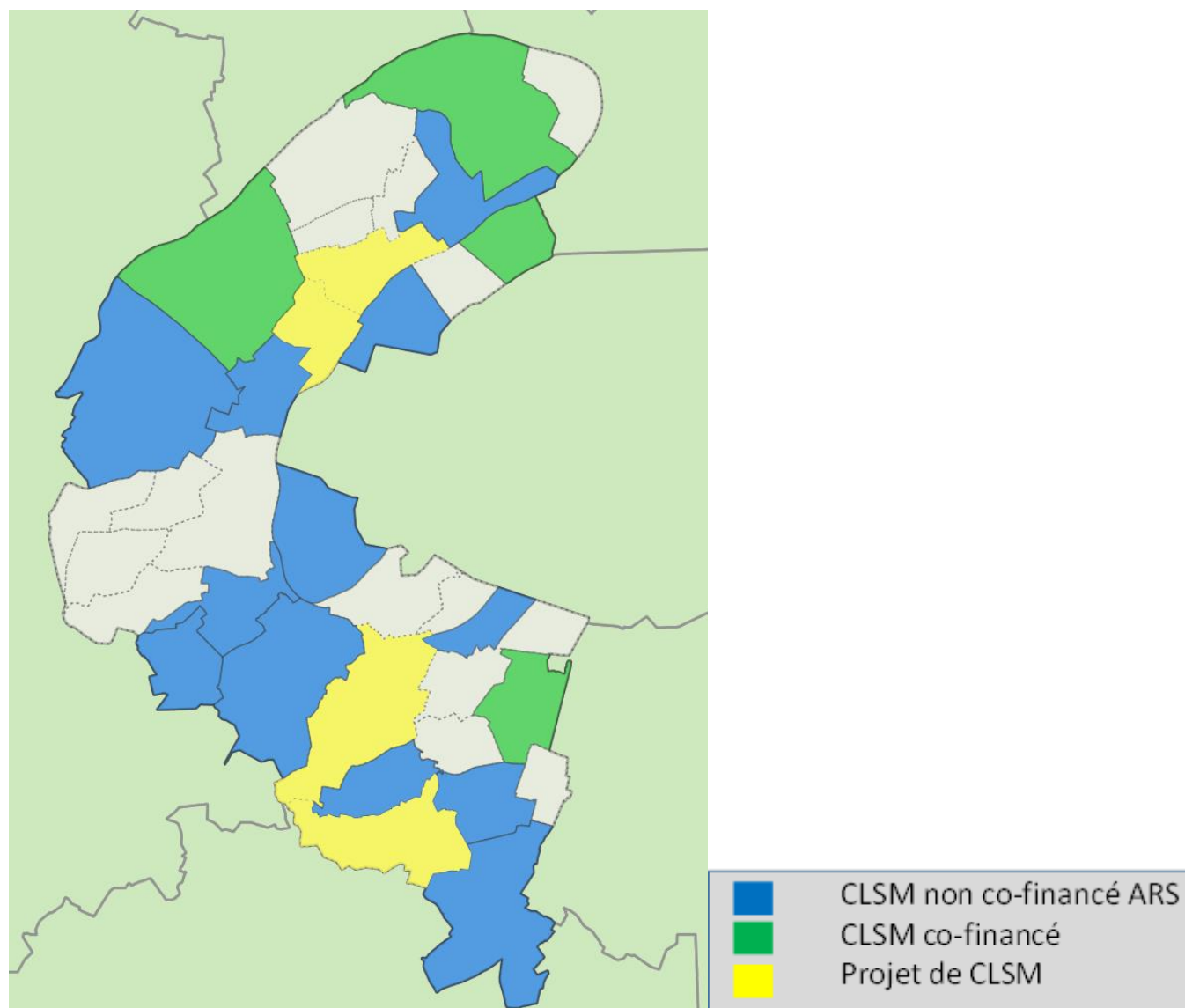
Le territoire des Hauts-de-Seine est un des départements les plus actifs en ce qui concerne le développement de conseils locaux de santé mentale, au nombre de 16 (au 01/11/2019).

Les CLSM sont cofinancés par l'ARS dans les territoires à l'IDH2 inférieur à 0,53 (médiane régionale) ou ceux comportant une proportion particulièrement importante de la population vivant dans un quartier prioritaire de la politique de la Ville. 5 CLSM sont actuellement cofinancés : Gennevilliers, Clichy, Asnières, Nanterre et Bagneux.

Les conseils locaux ont pour mission d'élaborer avec les partenaires du territoire une politique locale en faveur de la santé mentale. Celle-ci se concentre non seulement sur la bonne inclusion des personnes malades chroniques et à la prévention des situations complexes (crise, logement...) mais également à la promotion de la santé mentale pour la population générale.

7 groupes d'entraide mutuelle dédiés aux personnes avec troubles psychiques sont actifs sur le territoire et deux sont en projet au 01/11/2019.

En 2018, la Semaine d'Information sur la Santé Mentale a vu plus de 30 actions proposées dans les Hauts-de-Seine.



DIAGNOSTIC QUALITATIF

LES 6 PRIORITES DU PTSM

Priorité 1

PRIORITE 1 : LE REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ACCES AU DIAGNOSTIC, AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS CONFORMEMENT AUX DONNEES ACTUALISEES DE LA SCIENCE ET AUX BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

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

1.1 Organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte

PRIORITE 1

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

1.1 L'organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte.

ENJEUX :

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

ETAT DES LIEUX

Le département des Hauts-de-Seine comporte une part importante d'enfants de 0 à 5 ans ainsi que de jeunes de 15 à 25 ans, deux âges particulièrement concernés par le repérage des troubles psychiques.

En 2017, 1,88% des enfants de 0 à 4 ans (et leurs parents) ont eu recours aux soins en psychiatrie, en diminution par rapport à 2014, et inférieur à l'objectif de 2% fixé par le PRS.

Le territoire est inégalement couvert en dispositifs de repérage ou d'accompagnement périnatal en santé mentale.

La formation « premiers secours en santé mentale » n'est pas encore déployée dans le département.

CONSTATS :

1. Déficit de repérage précoce et accès tardif au diagnostic
2. Stigmatisation et déficit de sensibilisation des acteurs professionnels et non professionnels
3. Déficit d'organisation du repérage et du dépistage précoce (psychiatrie IJ)
4. Problème de détection des signes au moment des crises inaugurales

ANALYSE DES CAUSES :

1. **Déficit de repérage précoce et accès tardif au diagnostic**
 - Méconnaissances des troubles et d'identification des signes d'alerte
 - Méconnaissance des comportements/postures à adopter, de la manière dont il faut se comporter
 - Méconnaissance des dispositifs existants
 - Problème de formation des acteurs de première ligne, dont les professionnels de santé : (Médecins généralistes, entourage familial, voisins, gardiens d'immeubles, acteurs dans la ville, dans le milieu scolaire ou professionnel, intervenants à domicile ...)
 - Stigmatisation, non demande, retard à la démarche
 - Accès au diagnostic spécialisé difficile en raison des :
 - Délais

- Disparités de fonctionnement des secteurs et sur l'implantation de psychiatres en ville
- Déficit ressenti en termes de démographie médicale

2. Stigmatisation et déficit de sensibilisation des acteurs

- Difficulté à mobiliser la médecine de ville sur des actions de sensibilisation/formation du fait de la « saturation » des médecins généralistes /charge de travail et volume des sollicitations à visée informative
- Autolimitation de professionnels qui ont un doute lors d'une intervention autre (exemple instruction d'un dossier pour une ouverture de droit par un travailleur social) sur la base d'un questionnaire personnel sur la légitimité à intervenir, à interpeler (« de quel droit interviendrai-je ?»)
- Insuffisance de sensibilisation du grand public à la pathologie mentale
- Pas de formation du grand public au geste de secours en psychiatrie.

3. Déficit d'organisation du repérage et du dépistage (psychiatrie IJ)

- Déficit d'organisation du repérage et dépistage systématiques à des moments clés du parcours de vie : période périnatale ; grossesse-maternité-PMI-crèche etc. / Scolarité maternelle, primaire, collège-lycée-université.
- Organisation du repérage, du dépistage et de l'adressage dans le milieu scolaire
- Formation des professionnels de la petite enfance et de l'enfance au repérage
- Absence de répertoire pour les professionnels des soins primaires
- La pédopsychiatrie s'est construite avec ses partenaires pour le repérage, or ces liens se sont atténués du fait de la diminution des effectifs et des restructurations (ex PMI, médecine scolaire) ; diagnostic partagé par les médecins généralistes → baisse des réunions de concertation.

4. Problème de détection des signes au moment des crises inaugurales

- Complexité de la pathologie mentale, comorbidité
- Déficit de formation des médecins aux signes d'alertes en psychiatrie

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ La formation des familles à l'identification des signaux précoces

1.2 L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes

PRIORITE 1

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

1.2 L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes

ENJEUX :

Comme le souligne la HAS⁶, la médecine générale joue un rôle essentiel dans la prise en charge des troubles psychiques ; la détresse psychique est accueillie de façon habituelle en médecine générale, acteur de premier recours reconnu en psychiatrie et santé mentale, aux côtés des acteurs de la psychiatrie publique, libérale et associative.

ETAT DES LIEUX

Des partenariats existent entre les centres municipaux de santé et les secteurs de psychiatrie dans les communes dotées d'un CLSM.

Il n'existe pas de partenariats formalisés avec les médecins généralistes libéraux.

La pratique des visites à domicile par les équipes de secteur est inégale et impossible à cartographier à ce jour. La file active de patients bénéficiant d'actes de soins

psychiatriques sur leur lieu de vie baisse de 3,5% entre 2014 et 2017.

79,7% des patients sortant d'hospitalisation en psychiatrie pour un trouble « sévère » et 66,6% de ceux hospitalisés pour un trouble de l'humeur ne voient pas de médecin traitant dans les 2 mois suivant l'hospitalisation.

18,3% des patients hospitalisés pour un trouble sévère n'a pas de médecin traitant déclaré.

CONSTATS :

1. Très peu ou pas de partenariats formalisés entre la psychiatrie et les médecins généralistes

ANALYSE DES CAUSES :

1. Problème de communication entre psychiatrie et médecins généralistes

- Problème de Ressources et de moyens / démographie médicale
 - Problème ressenti de baisse de la démographie médicale, en médecine générale et de spécialisé
 - Baisse des interlocuteurs
 - Baisse des interventions à domicile
 - Baisse des inclusions dans la file active
- Difficulté pour le CMP à répondre à toutes les sollicitations, avec impression que ce constat est en progression

⁶ Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux, note de cadrage, Haute autorité de santé, avril 2015.

1.2 L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes

- Manque de temps pour prendre connaissance de l'ensemble des informations diffusées ou disponibles, et manque de disponibilité pour s'impliquer des médecins au-delà de leur pratique quotidienne déjà très prenante

2. Méconnaissances et déficit de coordination

- Faible coordination entre la psychiatrie et les médecins généralistes, et entre les différents intervenants
 - Méconnaissance réciproque des acteurs et des dispositifs existants
 - Pas d'acteurs de coordination obligatoire
 - Absence de répertoire des acteurs et structures, ou si existant, non connu
 - Non valorisation du travail de coordination et du travail en réseau
 - Grand déficit de déclaration d'un médecin traitant par les personnes suivies en psychiatrie ; d'où retard aux soins somatiques, aggravation des troubles, errance médicale

3. Très peu ou pas de partenariats formalisés entre la psychiatrie et les médecins généralistes

- Les coopérations et coordinations existantes relèvent de relations interpersonnelles ou à dimension communale
- Faute de conventionnements /partenariats formalisés sur le territoire, plusieurs difficultés persistent :
 - Enjeu du secret médical et soignant partagé mal appréhendé par les acteurs
 - Manque de formations croisées, faibles informations sur la pathologie, les comorbidités fréquentes, le traitement mis en place suite à une hospitalisation en psychiatrie ; absence très fréquente de lettre de liaison
 - Incapacité d'ouvrir un dialogue réel entre différents corps professionnels et à partager de l'information
 - Sentiment d'existence de 'sens unique' : peu de retour « descendant » suite à un adressage ou une orientation : rupture ou incertitude pour la suite d'un parcours

4. Asymétries de qualité de fonctionnement, dysfonctionnements

- Plus de facilités aux échanges entre institutions qu'entre une institution et la médecine de ville et vice-versa
- Impression importante d'hétérogénéité en fonction des communes du département, perte de chance et accès différencié pour la mise en œuvre des droits

5. Difficultés d'orientation et de formation

- Pas de parcours/orientation en psychiatrie dans la formation initiale des médecins.
- Pas de valorisation de la psychiatrie

1.3 L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

PRIORITE ①

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

①. ③ L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

ENJEUX :

Le diagnostic tardif des troubles psychiques et les difficultés d'accès à un suivi psychiatrique sont à l'origine de pertes de chance pour les personnes concernées.

ETAT DES LIEUX

Le taux de CMP pour 100 000 habitants est inférieur au taux régional et national, en nombre d'implantations.

Il n'est pas possible actuellement de mesurer le délai d'accès au premier RDV en CMP à l'échelle du territoire, chaque établissement ayant des indicateurs différents pour le suivi.

Le recours au psychiatre libéral est plus important que la moyenne nationale, mais le territoire est très inégalement doté en psychiatres libéraux en fonction des

communes, et les dépassements d'honoraires sont importants.

La file active de psychiatrie infanto-juvénile diminue légèrement entre 2014 et 2017, mais le nombre de journées d'hospitalisation augmente. Il n'existe pas d'offre d'hospitalisation pour les 16-20 ans.

16 communes sur 36 sont dotées d'un CLSM associant la psychiatrie et les acteurs pouvant être amenés à solliciter les CMP autour de situations préoccupantes.

CONSTATS :

1. Difficulté d'accès au diagnostic et aux soins même quand le repérage est fait,
2. Difficultés d'accès au suivi spécialisé et délai d'attente pour les soins précoces

ANALYSE DES CAUSES :

1. Quand le repérage est fait, difficulté d'accès au diagnostic et aux soins

- **Difficulté d'accès au diagnostic notamment** spécialisé pour les médecins de ville, même si le repérage a été bien fait, à cause de :
 - Importance des délais d'attente/ d'intervention
 - Méconnaissance des relais possibles
 - Absence de relai en dehors des SAU
 - Disparités départementales (fonctionnement des secteurs et couverture en psychiatres libéraux)
- Faible connaissance des dispositifs existants
- Réactivité qui devrait être améliorée et déficit de pratiques « d'aller vers »
- Problème de moyens et de financement, notamment :
 - Faiblesse du nombre de plateforme diagnostic (enfants)
 - Pour les CLSM non financés partout,

1.3 L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

- Inadéquation entre les exigences de recommandations de bonne pratique et les moyens, et pour les diagnostics et pour les soins
- **Difficultés d'accès aux soins et au suivi**
 - Difficultés à construire un soin en raison de la dimension culturelle, ethnologique et anthropologie qui poussent à discuter le « traitement proposé »
 - La demande de performance et de conformité à la réussite pour les enfants et les adolescents rendant parfois peu audible le diagnostic. La culture de la performance n'inclut pas le handicap
 - Non reconnaissance d'un besoin et non consentement aux soins
 - Importance des délais d'attente, impression d'une saturation de l'offre de soins : ressources dédiées en ambulatoire comme en hospitalisation, encore insuffisamment développées
 - Articulation pédiatrie/pédopsychiatrie perfectible
 - Le manque de géronto-psychiatre
 - Tous les services d'urgence ne disposent pas nécessairement d'une offre en psychiatrie
 - Politique de santé avec baisse de budgets et d'effectifs. Donc moins de capacité à se déployer et encore moins à domicile pour les CMP.

2. Difficultés d'accès au suivi spécialisé et délai d'attente pour les soins précoces

- Problèmes de réactivité et déficit de pratiques d'« aller vers » : Question du déplacement vers la personne qui peut être fondamentale pour un diagnostic et enclencher un suivi > délais de réactivité face à la demande, questionnement de la reproductibilité du modèle « équipes mobiles »
- Hétérogénéité territoriale de l'offre et des modes de fonctionnement diversifiés d'un secteur à l'autre en termes d'horaires d'ouvertures, de pratiques de mobilité, d'expertises présentes...
- Défauts de coordination et de liaison

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Favoriser des soins et des activités thérapeutiques pour les jeunes adultes
- ❖ Favoriser les structures qui font un pont entre les ados et jeunes adultes.
- ❖ Favoriser l'aller vers

1.4 L'organisation de l'accès aux expertises existantes au niveau régional ou national

PRIORITE 1

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

1.4 L'organisation de l'accès aux expertises existantes au niveau régional ou national

ENJEUX :

Dans le cadre de la gradation des prises en charge, le projet territorial de santé mentale organise l'accès aux dispositifs de recours pouvant être sollicités par les professionnels de santé mentale en appui d'une prise en charge de premier recours, en faisant une identification précise et en explicitant les modalités de saisine et d'adressage.

ETAT DES LIEUX

Les expertises présentes au niveau régional et non représentées dans le territoire sont principalement la psychiatrie transculturelle,

l'hospitalisation pour les patients présentant des TND importants (USIDATU – Paris) et les centres ressource en réhabilitation psychosociale.

CONSTATS :

- ❖ Méconnaissance des expertises existantes

ANALYSE DES CAUSES :

Méconnaissance des expertises existantes

- Les expertises existantes ne sont pas connues de tous les acteurs
- Absence d'une cartographie de l'offre et de sa gradation.

1.5 L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

PRIORITE 1

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

1.5 L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

ENJEUX :

L'appui des équipes de psychiatrie aux équipes sociales vise prioritairement à soutenir ces professionnels dans les réponses qu'ils apportent aux situations de détresse psychique en lien avec des difficultés sociales. Le partenariat permet également d'orienter vers les soins les personnes repérées par les équipes sociales comme nécessitant une prise en charge psychiatrique.

L'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire de santé mentale aux acteurs de la psychiatrie vise à permettre aux personnes suivies en psychiatrie qui le nécessitent de bénéficier de solutions d'accompagnement, à domicile ou en établissement, dans la continuité du parcours de vie et le respect des liens sociaux et familiaux de ces personnes.

ETAT DES LIEUX

Une convention organise l'appui et la formation réciproque entre plusieurs acteurs médico-sociaux du champ du Handicap et les établissements du GHT Psy sud Paris. Les autres établissements de santé mentale ont des partenariats moins formalisés.

Il existe deux équipes mobiles spécialisées dans la prise en charge des adolescents intervenant auprès des structures médico-sociales.

Seulement 1,5% des actes ambulatoires des établissements de santé mentale réalisés auprès de personnes de plus de 65 ans le sont en liaison médico-sociale (contre 10% au niveau national).

Le temps de psychiatre présent en ESMS, quand il existe, est très faible (0,1ETP en IME par exemple).

Les ESMS, en particulier non spécialisés vers le handicap psychique, sont en difficulté pour prendre en charge les troubles psychiques associés à un autre handicap.

1.5 L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

CONSTATS :

1. Pas assez d'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques
2. Pas assez d'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptées. Peu ou pas de travail en commun

ANALYSE DES CAUSES :

1. Pas assez d'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques

- Charge de travail et manque de temps
- Pas assez d'équipe mobile
- Pas assez de partenariats formalisés entre les acteurs de la psychiatrie et du médico-social.
- Pas de coordination des parcours
- Place de secret médical avec les partenariats.
- Approche morcelée par séquence de soins au détriment d'une approche globale de parcours
- Approche curative plutôt que préventive : Intervention sanitaire souvent après une crise qui a dégénéré
- Travail en réseau non valorisé
- Manque de transparence et de coordination entre structures sanitaires et médico-sociales, avec sentiment d'un désengagement du sanitaire une fois une place trouvée en médico-social.

2. Pas assez d'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptées

- Fonctionnement cloisonné
- Sentiment d'existence de 'sens uniques' en cas d'adressage vers le sanitaire :
- Pas de retour suite à un adressage ou une orientation : rupture ou incertitude pour la suite d'un parcours.
- Manque de retour après adressage aux professionnels par les structures après hospitalisation.
- Manque de coopération et de coordination autre qu'interpersonnelles ou à dimension communale
- Méconnaissance des acteurs et des dispositifs existants

Priorité 2

PRIORITE 2 : LE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE DE QUALITE ET SANS RUPTURE, NOTAMMENT POUR LES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES GRAVES ET S'INSCRIVANT DANS LA DUREE, EN SITUATION OU A RISQUE DE HANDICAP PSYCHIQUE, EN VUE DE LEUR RETABLISSEMENT ET DE LEUR INSERTION SOCIALE

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

2.1. L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux de proximité

PRIORITE 2

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

2.1 L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité

ENJEUX :

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

ETAT DES LIEUX

Le territoire des Hauts-de-Seine est fortement déficitaire en structures médico-sociales de prise en charge du handicap psychique par rapport au taux d'équipement national et régional, en particulier concernant les SAVS, SAMSAH et ITEP.

Plus de 5 000 enfants sont concernés par un Plan Personnalisé de Scolarisation en fonction d'un handicap (tous handicaps). Environ 2000 sont à la fois scolarisés et accompagnés par un ESMS.

87 adultes sont actuellement accueillis en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton. 181 enfants sont en attente d'une solution adaptée de scolarisation ou d'accueil en ESMS avec scolarisation.

16 communes sur 36 sont dotées d'un CLSM. 2 communes (Colombes et Villeneuve-la-Garenne) ne sont pas dotées d'un CLSM malgré leur éligibilité à un cofinancement ARS.

Deux dispositifs de logements inclusifs (résidences accueil) sont actuellement déployés.

La tension sur l'accès au logement est très forte dans le département.

Il n'existe pas d'acteur de coordination des parcours dédié aux personnes atteintes de troubles psychiques.

CONSTATS :

Ruptures dans le parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques liées à l'absence de coordination entre les acteurs des différents champs : médico-psycho-sociaux

Les Causes racines :

1. Méconnaissance réciproque des acteurs
2. Cloisonnement des structures et fragmentation des financements
3. Déficit de partenariat et de travail en réseau notamment pour des prises en charge précoces
4. Approche de l'accompagnement par métier, secteur, au détriment d'une approche par parcours.

2.1. L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux de proximité

ANALYSE DES CAUSES :

Ruptures dans le parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques liées à l'absence de coordination entre les acteurs des différents champs : médico-psycho-sociaux

1. Méconnaissances des acteurs

- Méconnaissance réciproque des structures sanitaires, sociales et médico-sociale et secteurs de psychiatrie
- Pas de cartographie des missions et des zones d'intervention des structures
- Méconnaissance des organisations, des acteurs de proximité et des missions

2. Cloisonnement des structures et fragmentation des financements

- Cloisonnement, en lien avec :
 - **Les âges de transitions** : enfant/ adolescents- Grands ados/ Jeune adulte/ Adulte / personnes âgées (60 ans pour les EHPADs)
 - **Les disciplines** : psychiatrie générale/ psychiatrie infanto-juvénile
 - 18-20 (Ex : 1 jeune de 20 ans ne relève plus de la pédo-psy et n'est pas pris en charge par la psy adulte
 - **La sectorisation de la psychiatrie** : complexifie l'accès en cas de déménagement / nécessité d'une domiciliation
 - **Des problèmes nosographiques** : psychose infantile vs autisme. Personne renvoyée vers le champ du handicap et pas de prise en charge par la psy-adulte. Et inversement famille de la personne qui ne considère pas l'autisme comme une pathologie mentale mais un handicap.
 - **Problématique de financement fragmenté.**
 - **Des organisations complexes**, langages spécifiques, missions avec des périmètres limités

3. Déficit de partenariat et de travail en réseau notamment pour des prises en charge précoces

- Problématiques d'identification et sensibilisation des acteurs de proximité. Manque d'échange et de rencontres entre les partenaires
- Manque de temps des différents intervenants pour développer le réseau et pour trouver les informations.
- Manque de capacité à travailler ensemble avec tous les acteurs

4. Approche de l'accompagnement par métier, secteur, au détriment d'une approche par parcours

- L'accompagnement vise une suppléance dans un domaine spécifique plutôt qu'une approche globale de la personne.
- Absence de coordonnateur ou de référent de parcours.

2.1. L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux de proximité

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ **Coordination entre les acteurs de proximité :** collectivités territoriales, IEN, CAF, département, ARS DD 92, CMPP, CMP, CAMSP, ESMS, association → dépistage et pilotage de projets transversaux, mise en œuvre de projets en faveur de public vulnérable : dynamique traitée dans les CLSM (niveau stratégique (décisionnaire) et niveau opérationnel (accompagnement et prises en charges croisées/complémentaires)
Ex en s'inspirant des ASI (appui social individualisé) : (cofinancement par FSE, AGEFIPH, mise en œuvre par la DDASS et le préfet) un référent unique (référant de parcours) se charge de l'accompagnement global individualisé – accompagnement éducatif et social pour des personnes en recherche d'emploi très fragilisés (personnes en voie de marginalisation), psychologique (psychologue du travail, clinicien)
- ❖ Réseaux de proximité (ex : réseaux Nord 92, OSMOSE et ASDES) intersectoriel

2.2 L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale

PRIORITE 2

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

2.2 L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale

ENJEUX :

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

ETAT DES LIEUX

Il existe actuellement 10 GEM (7 dédiés aux personnes porteuses de troubles psychiques) dans le département, et un projet en cours de construction.

Les établissements de santé se sont engagés dans différentes actions de promotion de l'approche centrée rétablissement (formations internes, recrutements, mise en œuvre de techniques de remédiation cognitive...) mais aucune organisation structurée d'offre de réhabilitation

psychosociale telle que définie dans l'instruction du 16 janvier 2019 n'existe actuellement dans le territoire.

Aucun centre ressource en réhabilitation psychosociale n'existe dans le territoire.

Aucun établissement de santé mentale du territoire ne dispose de médiateur de santé pair.

CONSTATS :

1. La réhabilitation psychosociale, n'est pas connue de tous les acteurs et quand elle est pratiquée, elle n'est pas toujours orientée rétablissement

ANALYSE DES CAUSES :

1. La réhabilitation psychosociale, n'est pas connue de tous les acteurs et quand elle est pratiquée, elle n'est pas toujours orientée rétablissement

- Nouvelle approche qui nécessite une évolution culturelle et un changement de paradigme en s'appuyant sur les compétences préservées de la personne et son expérience de la maladie.
- Nécessite du côté des professionnels :
 - Le développement de nouvelles connaissances et compétences,
 - La transformation de leurs organisations
 - Une capacité à travailler en réseau avec tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

2.2 L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale

- Partager la même vision d'un soin orienté rétablissement
- Un changement de posture et donc un changement de paradigme.
- Nécessite une évolution sociétale :
 - Une représentation positive et une lutte contre la stigmatisation de la pathologie psychique afin de créer un milieu favorable (travail, logement, scolarité, activités)

ANALYSE SYNTHETIQUE

Résultat du questionnaire sur la représentation de la réhabilitation psychosociale :

Q-Connaissez –vous la réhabilitation psychosociale ? Fait-elle partie de vos pratiques ?

19 Réponses :

1- Connotation négative et stigmatisante, liée à l'histoire (Social) ; Réhabiliter, est entendu dans le sens de retrouver une dignité perdue (Cas des détenus)

7- Ne connaissent pas, n'utilisent pas

3- Représentation personnelle :

- Basée sur le sens du terme d'une manière générale
- Ciblant une méthode ou une pratique
-

3- Définition partielle ciblant les compétences de la personne et les modes d'accompagnement

2- Définition qui introduit la notion de projet de vie

3- Définition complète : Approche, méthode et outils, accompagnement, insertion en s'appuyant sur les compétences de la personne, avec la primauté de la place de la personne (le faire avec) : Changement de paradigme

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

PRIORITE 2

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

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

ENJEUX :

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

ETAT DES LIEUX

Le territoire des Hauts-de-Seine est en situation de forte tension concernant le logement, avec des loyers élevés et une demande forte concernant le logement social, avec une durée d'attente longue (2 ans et 8 mois d'ancienneté des demandes de logement social). Le logement social est très inégalement réparti sur le territoire.

Les établissements de santé mentale disposent de 47 appartements thérapeutiques ou communautaires. Le territoire comporte également 2 résidences accueil dédiées au handicap psychique et un nombre non connu d'appartements associatifs.

Deux dispositifs de logements inclusifs (résidences accueil) sont actuellement déployés.

Un projet d'ACT « Un chez soi d'abord » est envisagé par la DRIHL et l'ARS pour fin 2020.

Plusieurs CLSM mettent en œuvre des actions visant le maintien dans le logement : convention avec les bailleurs, formation des gardiens.

La Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions Locatives ne dispose pas des éléments relatifs à l'accompagnement sanitaire ou médico-social lors de l'étude des dossiers de personnes menacées d'expulsion.

La question du lien entre santé mentale et logement est un axe de travail du Plan départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD, plan conjoint DRIHL / CD92)

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

CONSTATS :

1. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder à un logement
2. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à se maintenir dans le logement

Causes Racines :

1. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder à un logement liées à :

- Une offre de logements insuffisante, pas suffisamment variée et pas assez lisible
- Des logements souvent inadaptés ou non sécurisés
- La précarité, les difficultés financières et la complexité du système
- La stigmatisation
- L'isolement et l'insuffisance d'accompagnement pour l'accès au logement

2. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à se maintenir dans leur logement liées à :

- L'instabilité et au risque de rechute avec hospitalisation
- La rupture et perte d'emploi, et ou à la gestion de son budget
- Des difficultés avec le voisinage
- La capacité de la personne concernée à investir le logement, à gérer son budget et à être autonome
- Des ruptures liées aux changements majeurs dans sa vie, son milieu familial ou tout simplement à l'avancée en âge et au vieillissement

ANALYSE DES CAUSES :

1. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder à un logement liées à :

- **Une offre de logements insuffisante, pas suffisamment variée et pas assez lisible**
 - Pas assez de logements dans le 92 (situation différente au nord et au sud du département) et Manque de logements sociaux => 800 000 demandes pour 90 000 logements en IDF
 - Pas assez d'appartements de coordination thérapeutique
 - Peu de famille d'accueil dans le 92
 - Manque de résidences accueil
 - Manque de lieux d'hébergement pour les temps de crise.
 - Manque de places :
 - Dans les foyers d'hébergement adaptés pour les personnes avec troubles psy (suivant exemple de la Belgique)
 - Dans les EHPADs
 - Manque de lisibilité de l'offre, manque d'information sur les dispositifs / Manque de visibilité des dispositifs d'aide.
- **Des logements souvent inadaptés ou non sécurisés**
 - Logement (non sécurisé) dans des quartiers à problème
 - Ex : La personne porteuse de handicap est souvent logée au RDC. Elle se trouve exposée aux risques de nuisance ou encore des trafics
 - Logements pas adaptés, mauvaise insonorisation, sans ascenseur

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

- **La précarité, les difficultés financières et la complexité du système**
 - Lourdeurs administratives à la constitution des dossiers
 - Disparités des intervenants, spécialistes et opacité de leur saisine.
 - Méconnaissances des dispositifs d'aides existants
 - Non diagnostic des pathologies qui est un frein à la valorisation des droits et donc à l'accès au logement adapté.
 - Liens inextricables entre logement et emploi durable (logement d'abord/ emploi d'abord)
- **La stigmatisation**
 - Frilosité des bailleurs en lien avec le financement et/ ou avec d'éventuel problèmes avec le voisinage
 - Les troubles du voisinage potentiellement possibles. => les voisins qui ne supportent pas la crise de l'enfant avec un trouble psychique. Beaucoup de familles ne trouvent pas un logement.
 - Méconnaissance de la pathologie psychiatrique et absence de sensibilisation des citoyens.
- **L'isolement et l'insuffisance d'accompagnement pour l'accès au logement**
 - Situation d'isolement souvent générée par la maladie, l'autostigmatisation, la non demande et le déni
 - L'insuffisance de l'accompagnement qui se réduit parfois à un accompagnement social en difficulté pour mobiliser les autres acteurs.
 - Manque un accompagnement global et un travail en réseau avec le sanitaire, le social et le médico-social, en lien avec les bailleurs sociaux.
 - Besoin d'un référent et d'un accompagnement renforcé
 - Situation des personnes protégées :
 - Méconnaissance des périmètres d'intervention des tuteurs et curateurs : besoin de mieux définir leurs obligations légales pour garantir le maintien dans les lieux et leur légitimité dans l'accès aux soins de la personne protégée.
 - Manque de clarification du maillage partenarial de proximité comme levier d'aide à la décision et à la prise en charge collective.
 - Complexité du système et cloisonnement : Le vocabulaire des référentiels métiers ne signifie pas la même chose et peut être opaque pour certains.

2. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à se maintenir dans leur logement liées à :

- **L'instabilité et au risque de rechute avec hospitalisation**
 - Rupture de soins
 - Risque d'hospitalisation plus ou moins longue, source de difficultés financières
 - Insuffisance de préparation de la sortie d'une hospitalisation d'une manière personnalisée et en lien avec les services sociaux et médico-sociaux, les bailleurs et les structures d'hébergement
 - Manque d'étayage autour de la personne pour le maintien dans le logement de manière autonome
 - Manque d'articulation entre le médico-social, le sanitaire et social établie en tant que process intégré.
- **La rupture et perte d'emploi, et ou à la gestion de son budget**
 - La perte d'emploi, génère des difficultés financières
 - Risque d'expulsion pour impayé et mauvaise gestion de son budget

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

- **Des difficultés avec le voisinage**
 - Risque de difficultés avec le voisinage
 - Manque de sensibilisation du voisinage par des actions d'information sur la pathologie mentale, sur les moyens et dispositifs existant pour gérer les crises
- **La capacité de la personne concernée à investir le logement, à gérer son budget et à être autonome**
 - Nécessité d'accompagner les personnes pour renforcer leurs compétences, leur confiance en soi, et leur capacité d'agir, donc d'une approche soignante, orientée rétablissement et d'un accompagnement global médico-psycho-social
 - Besoin d'avoir un référent qui accompagne la personne concernée et qui facilite ses démarches, la rassure et qui soit l'interlocuteur des acteurs concernés qu'ils soient sociaux, médico-sociaux ou sanitaire.
- **Des ruptures liées aux changements majeurs dans sa vie, son milieu familial ou tout simplement à l'avancée en âge et au vieillissement**
 - Manque de connaissance des dispositifs pour adapter son logement dispositif URBANIS, la CCAPEX, CLSM, Les mission de l'EDAS, du CCAS, les coordinations gérontologie, personnes âgées handicapées, les CMP, ...
 - Acceptation de la mutation de logement par la personne âgée (veuvage et diminution des ressources + départ progressif des membres de la famille).
 - Difficulté à mettre en place un accompagnement dans la durée (professionnels qui changent, environnement familial qui évolue, engagement des services de tutelles et curatelles etc.)
 - Engagement plus long sans le relais sécurisant pour garantir l'autonomie à la personne
 - Manque un référent unique du parcours global (habitat et soutien à la personne)

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Améliorer le cadre des partages d'informations (secret professionnel partagé) à des fins d'une stratégie évaluative et préventive pour favoriser un parcours coordonné facile pour l'utilisateur et/ou les aidants.
- ❖ La prévention des addictions et la lutte contre le trafic
- ❖ La sécurisation des quartiers
- ❖ Sensibilisation des bailleurs sociaux
- ❖ Education auprès des personnes et leurs familles/entourage : normaliser la maladie.
- ❖ Action en faveur des gardiens d'immeubles et réunion de voisinage
Exemple : Dispositif par le CD et la commune Sèvres : les personnes arrivent en hébergement temporaire. Cela essaye de les évaluer / stabiliser et de trouver un logement pour ces personnes. Elles ont besoin d'un accompagnement et d'un suivi par l'établissement d'accueil.
Expérience de formation « profamille » du centre Ressource en Remédiation Cognitive et réhabilitation psycho-sociale
- ❖ Médiation entre voisins (tranquillité Publique à Nanterre, idem à Courbevoie. Association dans les quartiers : inscrire le sujet dans la vie du quartier.
- ❖ Sortir des logiques d'engagement des professionnels à titre personnel et repositionner la place de l'institution, de l'association, la structure et sa vocation

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

PRIORITE 2

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

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

ENJEUX :

L'offre de service concernant l'emploi des personnes est primordiale en tant que facteur de rétablissement. Elle nécessite d'être variée, souple et modulaire de manière à s'adapter au mieux aux besoins et à leur évolution selon les moments du parcours.

Cette offre de service doit prioritairement viser l'accès et le maintien des personnes dans l'emploi et l'intégration professionnelle en milieu ordinaire. Un lien doit être établi avec les acteurs et ressources existantes (Pôle emploi, Cap emploi, AGEFIPH, FIPHFP, SAMETH, dispositifs d'emploi accompagné, GEM ayant choisi de développer une activité centrée sur l'accès et le maintien dans l'emploi, Clubhouse...) afin, d'une part, de sensibiliser les employeurs et, d'autre part, d'accompagner les personnes dans leur recherche et leur maintien dans l'emploi, par le biais notamment de dispositifs d'emploi accompagné.

ETAT DES LIEUX

Le taux de chômage dans le département est faible. Les emplois sont très majoritairement dans le secteur du commerce et des services.

Plusieurs établissements de santé mentale disposent d'une offre visant au retour vers le milieu du travail. Les dispositifs d'emploi accompagné sont encore à développer.

Le taux de places en ESAT est proche du taux régional mais peu sont spécialisés dans le handicap psychique.

Pôle Emploi se saisit depuis fin 2018 de la question du handicap psychique et est représenté dans plusieurs CLSM.

CONSTATS :

1. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder et à se maintenir dans l'emploi
2. La perte d'emploi est souvent à l'origine d'une souffrance psychique, non toujours prises en compte.
3. La promotion de la santé psychique au travail n'est pas assez développée

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

Causes Racines :

1. **Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder et à se maintenir dans l'emploi**
 - Un manque d'offre d'emplois adaptés dans le milieu ordinaire et manque d'emplois dans le milieu protégé
 - Aux difficultés d'adaptation des personnes concernées au monde du travail et aux compétences comportementales et relationnelles attendues par les employeurs
 - Au manque d'accompagnement des personnes en souffrance psychique pour l'accès et le maintien dans l'emploi
 - A la complexité du système et à la lourdeur administrative dans la constitution du dossier
 - Au manque de sensibilisation et d'information sur la santé mentale,
2. **La perte d'emploi est souvent à l'origine d'une souffrance psychique, non toujours prises en compte.**
3. **La promotion et la prévention en faveur de la santé psychique au travail n'est pas assez développée**

ANALYSE DES CAUSES :

1. **Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder et à se maintenir dans l'emploi liées à :**
 - **Un manque d'offre d'emplois adaptés dans le milieu ordinaire et manque d'emplois dans le milieu protégé :**
 - Le milieu ordinaire :
 - Concurrence
 - Difficultés d'accès à la première expérience, et ou aux postes qualifiés (en particulier, les entreprises sont en difficulté pour adapter le travail en fonction des troubles psychiques)
 - Difficultés en cas de changement (de responsable, de collègue, de service, de conditions diverses ...)
 - Stigmatisation
 - Faible développement du tutorat, notamment en raison du turnover de personnel
 - Manque d'emploi dans le milieu protégé
 - Pas assez de places dans les ESATS + peu de créations de places
 - Situation paradoxale des ESAT
 - Peu d'incitation à organiser des temps partiels par crainte de pénalisation financière (ils répondent à certains besoins de personnes souffrant de troubles psychiques, mais ces accompagnements sont exigeants et il n'est souvent pas possible de réaliser des admissions sur le temps non travaillé résultant) - quelques ESAT proposent cependant des admissions à temps partiel
 - Peu d'incitation à admettre les travailleurs les plus fragiles par crainte de pénalisation financière (l'absentéisme est lié à leur fragilité, mais ces accompagnements sont généralement intenses et il est impossible de réaliser des admissions sur le temps non travaillé résultant)

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

- Mission d'accompagnement vers l'emploi en milieu ordinaire : difficulté de trouver des postes adaptés + faible appétence des entreprises (qui préfèrent souvent un détachement à une embauche, car l'ESAT est alors une ressource pour accompagner les situations)
- Transition souvent non sécurisée entre la vie active et la retraite
- Image parfois peu attractive : réputation de faible rémunération (pourtant complétée par l'AAH) + difficulté spécifique au travail collectif (ce que renvoie le handicap des autres, concernant son propre handicap) ... cependant une visibilité en progression + des travaux généralement valorisants
- **Aux difficultés d'adaptation des personnes concernées au monde du travail et aux compétences comportementales et relationnelles attendues par les employeurs**
 - Lié à la pathologie, instabilité, fatigabilité, difficultés à résister au stress
 - A la comorbidité : addictions, précarité, isolement
 - Cumul des problématiques socio-professionnelles facteur de désinsertion
- **Au manque d'accompagnement des personnes en souffrance psychique pour l'accès et le maintien dans l'emploi**
 - Manque d'accompagnement à l'insertion chez les jeunes
 - Manque de suivi médical pour l'insertion et le maintien dans l'emploi de publics fragilisés.
 - Déficit d'accompagnement orienté rétablissement afin d'augmenter les capacités d'agir des personnes
 - Déficit de travail en réseau intégrant les employeurs
 - Pas de JOB Coach
 - Manque d'innovation pédagogique pour l'accompagnement des professionnels
 - Le dispositif emploi accompagné n'est pas assez connu, et n'est pas assez mis en œuvre.
- **A la complexité du système et lourdeur administrative dans la constitution du dossier**
 - Méconnaissance des droits
 - Méconnaissance des structures d'information, d'accompagnement ou d'aide
 - Cloisonnement entre les acteurs du social, médico-social et le monde sanitaire
 - Peu de lisibilité des organismes spécifiques pour l'accompagnement à l'emploi
 - Rigidité du système
- **Au manque de sensibilisation et d'information sur la santé mentale,**
 - Des employeurs
 - Des acteurs et agents économiques
 - De tous les intervenants sociaux et médico-sociaux

2. La perte d'emploi est souvent à l'origine d'une souffrance psychique, non toujours prises en compte.

- La perte d'emploi comme traumatisme => La perte d'emploi a des conséquences directes et durables sur l'état de santé générale, et sur la santé psychique en particulier : usure psychologique et physiologique, modification des habitudes de vie, hausse des épisodes dépressifs, augmentation des comportements à risques et des addictions, risque de suicide ou de mort violente 2,2 fois plus élevé que chez les actifs occupés

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

- Les traumatismes liés à la centralité du travail et du chômage ne sont ni repérés ni pris en compte en tant que tel aujourd'hui par les dispositifs d'accompagnement à l'insertion et de soin.
- Les dispositifs spécifiques existants sur ce champ sont à la fois insuffisants en nombre, cloisonnés, encore assez confidentiels et peu accessibles pour les personnes les plus précaires du fait de leur coût
- Nombre de décès lié à une problématique de chômage => Chaque année en France, 10 000 à 14 000 décès « imputables » au chômage.
- Chômage structurel et tension du marché du travail
- Une inégalité au sein du département 92 et entre les établissements sanitaires.
- Peu de repérage par les acteurs interne de l'entreprise (RH), par les médecins du travail (alertés trop tard été pas toujours formés à la psychopathologie du travail) des situations de souffrance au travail souvent cachées et qui peuvent conduire à la décompensation, burn out, pathologie de surcharge, isolement, suicide, la perte d'emploi
- Difficulté à créer, pérenniser des partenariats santé/emploi/chômage.

3. La promotion et la prévention en faveur de la santé psychique au travail n'est pas assez développée

- Insuffisance de moyens de la médecine de travail
- La prévention des RPS est insuffisante dans le monde de l'entreprise alors que l'exposition aux RPS altère durablement la santé mentale des actifs
 - Détection et prévention de la souffrance au travail
 - Détection et prévention de la perte de sens au travail
- Détection et prévention du risque suicidaire pour les chercheurs d'emploi non exploré
- Absence de sensibilisation des acteurs de l'insertion, de la formation professionnelle continue sur la santé mentale et psychique et ses enjeux pour les inactifs ou privés d'emploi (déterminants et relais pour la prise en charge)

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Sensibilisation dans les entreprises des collaborateurs, RH, manager des problématiques liées au handicap de l'enfant (jeune ou adulte) d'un collègue.
- ❖ **Alerte, évaluation, accompagnement voire orientation :**
 - Constitution, coordination et animation des réseaux : EN (CIO, psy, CPE, corps enseignant) / Médico-social / sanitaire ; Diagnostic précoce des troubles de l'apprentissage en lien avec les psychologues scolaires notamment
 - Prise en charge globale primaire impliquant les acteurs sur l'orientation scolaire (COP) et professionnelle (psychologues et référent jeunes AIJ de Pôle emploi, référents Mission Locale, PAIO, etc.) sécurisant les transitions en sortie du cursus initial (EN) vers le milieu professionnel et de l'insertion pour adultes, prévenant les risques de décrochage, la détection des addictions et troubles psychiques chroniques ou émergents pour faciliter leur prise en charge.
 - Amplifier les partenariats avec les acteurs de l'insertion professionnelle (Missions Locales, Pôle emploi, ...) autour d'axes de travail spécifiques en santé mentale des jeunes et de parcours d'insertion adaptés

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

- ❖ **Alerte** des situations difficiles par RH, médecin du travail, médecin conseil de la CPAM (arrêt maladie fréquent) → psychologue du travail de pôle emploi ;
- ❖ **Sensibilisation de l'entreprise** (manager, DRH, service RH, salariés) sur les risques liés à la psychopathologie du travail (par psychologue du travail, psychologue clinicien, conseiller en emploi), **Sensibilisation des acteurs de santé au travail** (médecin conseil CPAM, médecin du travail, médecins traitants, les médecins psychiatres (CMP))
- ❖ **Sensibilisation des acteurs de l'insertion** (équipe mixte SPE / sanitaire / médico-social) ;
- ❖ **En cas de situation « problème » identifiée** : Intervention d'une équipe pluridisciplinaire (*de compétences complémentaire SPE, MS, Sanitaire*) pour évaluer la situation, sensibiliser le milieu professionnel, soutenir les aidants, proposer des actions complémentaires de soutien au salarié lui-même (*groupe de parole paire aide, parrainage, atelier d'habiletés sociale / socialisation / image et confiance en soi*), accompagnement éventuel dans les démarches administratives liées au maintien dans l'emploi avec le service RH de l'entreprise et le salarié (AGEFIPH, MDPH)
 - Détecter et prévenir le risque suicidaire pour les futurs licenciés, les chercheurs d'emploi et les inactifs
 - Mener des recherches-action en matière de santé mentale, prévention des risques au travail, des ruptures professionnelles et du chômage.

2.5 L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études

PRIORITE 2

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

2.5 L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études

ENJEUX :

Les troubles psychiques, engendrant retrait social et périodes de maladie nécessitant parfois des soins intensifs et des hospitalisations, peuvent perturber durablement le parcours scolaire ou universitaire d'un jeune et compromettre ses capacités d'insertion professionnelle. Le projet territorial de santé mentale identifie donc les modalités et les dispositifs permettant le maintien dans la scolarisation et les études ou leur accès, et veille à ce que ces modalités répondent aux besoins recensés et soient connues et partagées par l'ensemble des acteurs.

ETAT DES LIEUX

Un établissement du territoire est spécialisé dans le soin-études pour adolescents et jeunes adultes.

Une équipe mobile médico-sociale de soutien à la scolarisation intervient dans le département.

2000 élèves du primaire et secondaire sont scolarisés et accompagnés en ESMS tous handicaps confondus, 5000 font l'objet d'un plan personnalisé de scolarisation en raison d'un handicap (tous handicaps confondus).

181 jeunes de moins de 20 ans étaient en attente d'une admission en ESMS ou scolarisation adaptée à la rentrée scolaire 2019, en augmentation par rapport à 2018.

Au 31/12/2018, 673 élèves sont accueillis en Unité Locale d'Inclusion scolaire du 1^{er} degré et 715 en ULIS second degré. (Tous handicaps confondus)

Le territoire est déficitaire en places de SESSAD par rapport à la région et au niveau national.

CONSTATS :

1. Rupture dans le parcours scolaire des personnes souffrant de troubles psychiques de plus en plus prématurée et notamment aux moments des transitions.
2. Système d'éducation pas ou peu adapté (système et parcours)
3. Manque de moyens dédiés à l'accueil et à l'insertion dans la scolarité
4. Dialogue difficile entre soins, éducation nationale et parents.

2.5 L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études

ANALYSE DES CAUSES :

1. Rupture dans le parcours scolaire des personnes souffrant de troubles psychiques de plus en plus prématurée et notamment aux moments des transitions.

- Sorties prématurées du système scolaire sans qualification
- Exclusion et difficultés d'accès à la scolarité et à la formation des personnes souffrant de troubles psychiques.
- Environnements sociaux et familiaux qui ne valorisent pas l'éducation, la réussite scolaire, l'accès à la qualification

2. Système d'éducation pas ou peu adapté (système et parcours)

- Les exigences du système scolaire ne tiennent pas compte des capacités et du rythme des personnes concernées
 - Absence de programme d'accompagnement et de prise en compte des troubles cognitifs et des apprentissages
 - Méconnaissance de la pathologie psychiatrique, des troubles cognitifs et autres et des outils et moyens à mobiliser pour les traiter.
- Pas assez de souplesse, pour offrir des formations personnalisées (à la carte, au parcours)

3. Manque de moyens dédiés à l'accueil et à l'insertion dans la scolarité

- Manque de classes adaptées et spécialisées dans les établissements.
- Manque de places soins/études
- Manque d'accompagnement individuel en classe dans les unités d'enseignement
- Manque de personnel (AVS formés) dans les classes ordinaires
- Manque de médecins scolaires / psychologues/ infirmières.
- Manque SESSAD dans le nord du département.
- Manque d'équipes mobiles

4. Dialogue difficile entre soins, éducation nationale et parents.

- Manque de liens entre les acteurs de la santé, du social et du médico-social avec l'Education nationale
- Pas de suivi des situations individuelles entre les différentes institutions et acteurs
- Absence de retour de la pedo-psy vers l'Education nationale
- Parents dans le déni/parents vulnérables/ Parents démissionnaires, isolés
- Pas de formations spécifiques des acteurs de 1ère ligne (éducation nationale) pour répondre, gérer et accompagner les personnes qui souffrent de troubles psychiques dans leur scolarité
- Peu de connaissance / compétences des professionnels scolaire (psy, médecin, enseignants) sur le trouble psychiques et l'accompagnement individualisé de ces personnes => Enseignants démunis
- Absence de coordination avec les partenaires sanitaires, sociaux médico-social et familles
- Conventions autour du refus scolaire existent mais elles ne sont pas toujours mises en œuvre. => Conventions à évoluer

2.5 L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ **Plateforme de formation professionnelle et qualifiante, vers l'insertion professionnelle** : coordination nécessaire entre un référent parcours de formation et référent parcours de vie (accès au logement, autonomie, habiletés sociales, paire aidance, activité de socialisation, parrainage, préparation à l'apprentissage, soutien des aidants...) ; piloté par l'Académie de Versailles et adossée à une université avec des antennes relais de proximité adossé aux lycées professionnels en articulation avec le médico-social / sanitaire
- ❖ Développer une culture commune et transversale
- ❖ **Formation alternative** : lien avec les autres organismes de formation (CRP, CFA, GRETA) : bilan de compétence, ateliers spécifiques, formation professionnalisante ; Mieux mobiliser les dispositifs de préparation, accès à la qualification, l'alternance...
- ❖ Maillage, réseau CLSM
- ❖ Animation des réseaux
- ❖ **Développer les passerelles et les temps partagés** : ESMS / écoles, collèges, lycée avec appui d'une équipe MS de soutien comme les SESSAD. Frein à lever dans ce cadre, les transports de l'ESMS vers le lieu de scolarisation et le « double financement », temps de coordination ; sensibilisation de l'environnement scolaire (corps enseignant, élèves.
- ❖ **Exemple à dupliquer et développer** : **Sensibilisation des professionnels de la petite enfance et autres professionnels de droit commun** (CRAIF, SESSAD du Val d'Or (intégré aux missions du SESSAD), PMI, SAIS92 (financement CAF + département + subventions villes) ;
- ❖ **Equipe mobile de soutien à la scolarisation** (ASF92 + Papillons Blancs Appedia) : intervention de psychologue, éducateur pour évaluer les situations complexes à l'école et proposer des outils, méthodes, sensibilisation de l'environnement scolaire ;
- ❖ Mener des recherches-action portant sur la prévention des risques pour cette population.

2.6 L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives.

PRIORITE 2

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

2.6 L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives.

ENJEUX :

Le projet territorial de santé mentale promeut l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives des personnes ayant des troubles psychiques à travers des activités de type bénévolat, engagement associatif, activités d'utilité sociale, service civique, adhésion à un groupe d'entraide mutuelle, pratiques artistiques, sportives, intellectuelles, culturelles.

Il identifie à cette fin les services, associations, dispositifs présents sur le territoire dans le domaine de la solidarité, de la culture, des loisirs, de l'art, des sports, susceptibles de permettre cet accès (musées, écoles et universités, associations de quartier, centres socioculturels, bibliothèques municipales, associations sportives, artistiques, etc.), ainsi que les structures spécialisées dans le secteur du handicap (fédération française de sport adaptée, organismes de vacances adaptées, etc.).

ETAT DES LIEUX

10 Groupes d'entraide mutuelle existent dans le département des Hauts-de-Seine.

Plusieurs CLSM engagent des actions d'accès aux

activités culturelles et sportives ainsi que des formations avec l'UNAFAM auprès des personnels d'accueil des services publics municipaux.

CONSTATS :

1. Difficultés d'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à la culture, à des activités de sportives et de loisirs

Causes racines :

- Méconnaissance de l'offre existante et manque d'offre à destination d'une population différente
- Problème d'accessibilité financière
- Problèmes d'accessibilité géographique
- Stigmatisation et auto stigmatisation
- Manque d'accompagnement

2.6 L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives.

ANALYSE DES CAUSES :

- **Méconnaissance de l'offre existante et manque d'offres à destination d'une population différente**
 - Pas assez d'offre tenant compte des besoins d'une population différente en termes d'environnement : horaire, transport en commun, accompagnement
 - Pas assez de sensibilisation des encadrants : sportifs, club de loisirs, animateurs culturels
 - Méconnaissance des animateurs dans les villes et des associations
- **Problème d'accessibilité financière**
 - Les activités sont coûteuses et les systèmes d'aide ne sont pas toujours connus et facilement accessibles
- **Problèmes d'accessibilité géographique**
 - Dans certaines situations problème d'éloignement et de transport en commun
- **Stigmatisation et auto stigmatisation**
 - Méconnaissance de la pathologie psychique et amalgame avec délinquance et autres
 - Pas assez de préparation de la personne afin d'augmenter sa capacité d'agir et sa confiance en soi.
- **Manque d'accompagnement**
 - Pas assez d'accompagnants
 - Pas de travail en réseaux coordonnés sanitaires sociaux, médico-sociaux et communes ou offreurs d'activités.
 - Pas assez de CLSM sur le territoire

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Faire la promotion des clubs handi-accueillant.
Ex : « Cinéma Différence » à dupliquer pour les spectacles, théâtre, Le Réseau des Enseignants Artistiques Adapté sur les Hauts-de-Seine
- ❖ Promouvoir des activités sportives et culturelles adaptées qui favorisent le vivre ensemble dans le respect des différences.

2.7 L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

PRIORITE 2

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

2.7 L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

ENJEUX :

La maladie psychique a des impacts majeurs sur les personnes qui en souffrent, mais aussi sur leur entourage (parents, fratrie, conjoint, enfants, amis et toute personne proche) qui joue un rôle de premier plan dans l'accompagnement dans la durée de ces personnes.

Le projet territorial de santé mentale identifie donc les modalités permettant d'assurer le soutien nécessaire aux familles et proches aidants afin qu'ils puissent exercer leur rôle d'accompagnants de proximité tout en préservant leur propre santé.

ETAT DES LIEUX

L'âge moyen au décès des personnes atteintes de troubles psychiques sévères est de 63,9 ans, et celui des personnes atteintes de troubles de l'humeur est de 70 ans. Ces personnes et leurs aidants sont concernés par la problématique du vieillissement.

L'UNAFAM tient plusieurs permanences dans le département, assure une présence au sein des établissements de santé mentale et organise des formations à destination des familles.

Il existe 2 programmes « profamille » dans le département.

CONSTATS :

1. Usure des familles, des fratries, des enfants et des proches (familles démunies)

Causes racines :

1. **Usure des familles, des fratries, des enfants et des proches (familles démunies)**
 - **Manque de soutien aux familles et proches aidants y compris les enfants dont les parents ont des troubles mentaux**
 - **La non demande d'aide**
 - **La stigmatisation**
 - **La problématique des relais des aidants vieillissants, qui prend le relai ?**

2.7 L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

ANALYSE DES CAUSES :

1. Usure des familles, des fratries, des enfants et des proches (familles démunies)

- **Manque de soutien aux familles et proches aidants y compris les enfants dont les parents ont des troubles mentaux**
 - La place des familles, de la fratrie, des enfants et des proches dans le système de soin n'est pas suffisamment prise en compte :
 - Manque de pédagogie sur la pathologie et sa manifestation
 - Manque de compétences parentales à développer
 - Manque d'information, de programme d'éducation thérapeutique, de psycho éducation pour les parents
 - Absence d'inclusion de la famille dans la prise en charge du patient
 - Le programme profamille, pas assez connu, pas assez développé
 - Pas assez d'offre pour des temps de répit (hébergement temporaires, aides financières, temps de garde etc.)
 - Les dispositifs de soutien mis en place souffrent d'une fragilité financière (Exemple : expérimentation d'un dispositif de rémunérations spécifiques des psychologues (10 consultations payées dans le cadre des réseaux de santé) => incertitude après 2020)
- **La non demande d'aide :**
 - Liée aux difficultés des usagers « sans bruits » en souffrance psy
 - Les usagers souffrant de « l'isolement enfermant » et désocialisation totale. Ils sont non repérés, non identifiés, non référencés.
 - Les parents en déni pour leur enfant/stigmatisation
 - Absence de structures et de professionnels qui vont vers les familles ayant des ados reclus chez eux
- **La stigmatisation :**
 - L'image de la maladie mentale dans la société
 - Manque de connaissance de maladie psychique
 - Manque d'information au public et aux personnes relais
 - Manque d'empathie
- **Problématique des relais des aidants : au décès des aidants, qui prend le relai ?**
 - Inquiétude de plus en plus présente chez les parents vieillissants et ayant à charge des enfants souffrant de troubles psychiques sévères et persistant face au manque de places d'hébergement dans le médico-social ou le social avec services intégrés.

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Education thérapeutique pour le patient et ses aidants
- ❖ Programme profamille à généraliser

Priorité 3

PRIORITE 3: L'ACCES DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES A DES SOINS SOMATIQUES ADAPTES A LEURS BESOINS

- Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé
- Accueil et accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques par les établissements de santé autorisés en MCO
- Accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie
- Actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

3.1 Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

PRIORITE 3

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

3.1 Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

ENJEUX :

Les personnes présentant des troubles psychiques doivent, à l'instar du reste de la population, bénéficier d'un suivi somatique et de mesures de prévention réalisés par un médecin généraliste, qu'il soit désigné ou non par les personnes comme médecin traitant. Le médecin généraliste a de plus un rôle prépondérant dans le suivi des personnes présentant des addictions et celles ayant un traitement psychotrope.

ETAT DES LIEUX :

La plus grande part du territoire est classée en zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire concernant la difficulté d'accès au médecin généraliste. Une problématique d'accès complémentaire se pose concernant l'accessibilité financière, le taux de médecins généralistes en secteur 2 étant nettement plus élevé dans les Hauts-de-Seine que dans le reste de la France. Dans certaines communes 70% des médecins généralistes pratiquent les dépassements d'honoraires.

Tous les établissements de santé mentale sauf un disposent de médecins généralistes en interne.

Dans les communes dotées d'un centre municipal de santé, des collaborations existent de manière formalisée ou non entre le CMS et le secteur de psychiatrie.

En 2013, seuls 49,2% des patients hospitalisés pour troubles de l'humeur ont bénéficié d'un soin somatique courant (consultation généraliste, contraception, gynécologie, dentaire) dans les deux ans suivant la sortie d'hospitalisation. Pour les patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressions sévères, ce taux chute à 26,6% (source SNIIRAM, PMSI).

3.1 Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

CONSTATS :

1. Le manque de formation des professionnels de santé
2. Méconnaissance des dispositifs existants
3. Le manque de coordination : déficit de médecin référent et référent coordonnateur

ANALYSE DES CAUSES :

1. Manque de formation des professionnels de santé

- Manque de formation pluri professionnelle des professionnels de santé (Soins dentaires, consultations gynécologiques etc.) pour prendre en charge des personnes atteintes de troubles psychiques
- Manque de pont entre professionnel
- Manque de formation
- Manque de collègue référent

2. Méconnaissance des dispositifs existants : Les médecins traitants ne savent pas à qui s'adresser en cas de difficulté et/ou crainte de ne pas savoir quoi faire quand les médecins généralistes reçoivent des patients avec une maladie mentale et cela prend trop de temps.

- La perte de proximité qui permet le repérage précoce (moins de médecines scolaires et psychologues)
- Les liens entre les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie
- Le manque d'offre de soins TSA

3. Manque de coordination

- Manque de coordination entre les médecins (somatique et psychiatrique)
- Manque de référent de parcours de soins pour la prise en charge, manque de coordination dans leur démarche
- Hétérogénéité des réponses médicales et managériales aux patients polypathologiques avec troubles de comportement
- Surcharge administrative
- Problème de valorisation

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Redonner du temps à la clinique (en déchargeant les médecins des charges administratives) et valoriser)

3.2 L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques

PRIORITE 3

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

3.2 L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques

ENJEUX :

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant aux établissements de santé autorisés en MCO d'adapter leur accueil et leurs prises en charge aux spécificités des personnes présentant des troubles psychiques (angoisses, déni, difficultés d'expression, difficultés à anticiper...), ainsi qu'à la présence d'un accompagnant professionnel ou familial. Il promeut la formation des professionnels de ces établissements à l'accueil des patients en situation de handicap psychique, en particulier au sein des services d'urgence.

ETAT DES LIEUX :

Peu d'établissements de santé MCO et SSR disposent de compétences de psychiatrie en interne. Une consultation spécialisée pour les personnes en situation de handicap, dont le handicap psychique, fait l'objet d'un appel à projets de l'ARS au second semestre 2019.

Les services de pédiatrie de Louis Mourier et du CH Rives de Seine disposent de psychiatrie

de liaison ou de partenariats, tout comme plusieurs services de gériatrie du GHT92.

Aucun dispositif spécifique d'accueil adapté des patients présentant des troubles psychiques (formation, signalétique...) n'est identifié par les participants au diagnostic.

CONSTATS :

1. L'accueil des patients souffrant de troubles psychiques dans les établissements MCO pour un suivi somatique ne bénéficie pas d'un aménagement spécifique
2. Les professionnels de santé en MCO ne sont pas suffisamment formés et sensibilisés à l'accueil de patients souffrant de troubles psychiques.
3. Situation inégale de la psychiatrie de liaison dans les établissements MCO

ANALYSE DES CAUSES :

1. **L'accueil des patients souffrant de troubles psychiques dans les établissements MCO pour un suivi somatique ne bénéficie pas d'un aménagement spécifique**
 - Pas assez de convention entre la psychiatrie et les établissements MCO :
 - Pour un accès en circuit court des patients souffrant de troubles psychiques aux consultations somatiques spécialisées, aux plateaux techniques, ou en cas d'urgence.
 - Pour un accès à la psychiatrie des patients hospitalisés en MCO suite à un repérage pendant le séjour
 - Situation des services de pédiatrie qui accueillent des jeunes en souffrance psychique et qui ne dispose pas de pédopsychiatre.

3.2 L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques

2. Les professionnels de santé en MCO ne sont pas suffisamment formés et sensibilisés à l'accueil de patients souffrant de troubles psychiques.

- Manque de temps et de disponibilité

3. Situation inégale de la psychiatrie de liaison dans les établissements MCO

- « Activité de psychiatrie de liaison : difficulté d'identifier à qui référer suite à un repérage pendant le séjour MCO ; impossibilité de s'assurer que l'adressage éventuel sera suivi d'effet »
- Inégalité territoriale
- Hétérogénéité des réponses psychiatriques dans les hôpitaux (ex : Béclère, Neuilly, Foch n'a pas de pédopsychiatre)

3.3 L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

PRIORITE 3

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

3.3 L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

ENJEUX :

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités permettant aux personnes hospitalisées en psychiatrie de bénéficier de soins somatiques généralistes et spécialisés, par la présence de médecins généralistes au sein des établissements psychiatriques et la mise en place de partenariats avec des services MCO et SSR pour l'accès aux soins et investigations spécialisés.

ETAT DES LIEUX

Parmi les établissements du service public de santé mentale, un seul ne dispose pas de médecin généraliste en interne. Les autres établissements disposent de services MCO en leur sein ou dans le GHT ou d'une unité de médecine sur le site d'hospitalisation.

La situation n'est pas connue en ce qui concerne les cliniques.

Tous les établissements de santé mentale réussissent à orienter leurs patients vers les établissements MCO pour les besoins de spécialités.

CONSTATS :

1. En psychiatrie adulte, constat d'une réelle prise en compte des soins somatiques dans les établissements psychiatriques du département ; des procédures et protocoles sont déclinés à l'admission et pendant le séjour, avec au moins une évaluation somatique à l'entrée.
2. Manque de coordination et de lien

ANALYSE DES CAUSES :

1. **En psychiatrie adulte, constat d'une réelle prise en compte des soins somatiques dans les établissements psychiatriques du département**
 - Mais, Variabilité selon les établissements
2. **Manque de coordination et de lien**
 - Peu de médecins traitants désignés
 - Suivi somatique aléatoire/sporadique,
 - Parfois importance des comorbidités somatiques décelées lors du séjour psychiatrique
 - Manque de coordination et de lien sur la prise en charge somatique réalisée en établissement psychiatrique, notamment vis-à-vis du médecin traitant quand il y en a un (la lettre de liaison reprend les éléments psy du séjour, moins fréquemment les éléments somatiques s'il y en a eu)

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Il faut un chapitre spécifique dans le compte-rendu du patient sur sa santé somatique. Il faut que cela soit compréhensible par le patient.

3.4 L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

PRIORITE 3

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

3.4 L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

ENJEUX :

Le projet territorial de santé mentale prévoit les modalités permettant aux personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social de bénéficier d'un accès à la prévention et aux soins de santé.

ETAT DES LIEUX

Les actions de prévention des ESMS se concentrent autour de la prévention bucco-dentaire.

Une expérimentation est en cours autour de l'intervention en ESMS d'une sage-femme pour améliorer l'accès aux soins gynécologiques.

Il existe 4 programmes ETP labellisés par des établissements de santé mentale, un seul concerne également la santé somatique.

Il n'est pas possible de savoir à ce jour combien de personnes porteuses de troubles psychiques sont incluses dans les programmes ETP ambulatoires ou des établissements MCO traitant des maladies chroniques somatiques. Le développement d'actions de prévention fait partie des missions des communautés professionnelles territoriales de santé. Une CPTS (Nanterre) en construction s'est saisie des questions relatives à la santé somatique des personnes suivies en psychiatrie.

CONSTATS :

1. Pas assez de programme d'éducation à la santé dans le sanitaire
2. Pas assez de programme d'éducation à la santé dans les services sociaux et médico-sociaux
3. Difficulté d'accès à la prévention primaire et secondaire de la grossesse aux 6 ans de l'enfant

ANALYSE DES CAUSES :

1. Pas assez de programme d'éducation à la santé dans le sanitaire

- Pas d'approche globale de la personne
- Manque de temps surtout que le temps nécessaire pour l'éducation à la santé est très important, et renchéri pour les malades psychiques, pour qui cette démarche est très compliquée.
- Education thérapeutique insuffisamment développée notamment en matière de soins somatiques (surpoids doit être lié aux comportements alimentaires, d'où la nécessité d'une ETP)
- Stratégie de prévention peu pérenne, peu visible...
- Organisation perfectible des actions de prévention et de promotion de la santé

2. Pas assez de programme d'éducation à la santé dans les services sociaux et médico-sociaux

- Pas d'approche globale de la personne
- Pas de sensibilisation à la prévention

3. Difficulté d'accès à la prévention primaire et secondaire de la grossesse aux 6 ans de l'enfant

- Fermeture des nombreuses antennes PMI
- Diminution du nombre de pédiatres

Priorité 4

PRIORITE 4 : LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

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

4.1. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

PRIORITE 4 :

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

4.1 L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

ENJEUX :

La crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte⁷. Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des équipes de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

ETAT DES LIEUX

Il n'existe aujourd'hui aucune organisation territoriale de réponse aux situations de crise et d'urgence, ni d'équipe mobile « de crise » ou d'urgence. Les pratiques de VAD et de VAD en urgence sont très variables d'un secteur à l'autre, et il n'existe pas de procédure claire, connue et partagée pour solliciter le CMP.

Il existe deux équipes mobiles pour adolescents qui se positionnent en prévention des crises, en lien avec les acteurs médico-sociaux, et deux équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé

Le taux d'actes en liaison médico-sociale pour les personnes de plus de 65 ans est de 1,5% des actes ambulatoires en 2018, contre 10% au national.

Les cellules de veille partenariale des CLSM sont des outils jugés efficaces dans les communes où elles existent.

Les ESMS tant PH que PA sont en difficulté face aux troubles du comportement.

CONSTATS :

1. Insuffisance de lisibilité sur le rôle des CMP dans la prévention de la crise
2. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de la crise ne sont pas suffisamment organisés
3. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de l'urgence ne sont pas suffisamment organisés

⁷ Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

4.1. L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

ANALYSE DES CAUSES :

1. Insuffisance de lisibilité sur le rôle des CMP dans la prévention de la crise :

- Le rôle des CMP dans la prévention de la crise n'est pas lisible, ni visible :
 - Pas suffisamment d'équipes pour l'aller vers :
 - Les visites à domicile programmées à partir des CMP se réduisent, les CMP sont surchargés, et ont des listes d'attente à gérer plus ou moins longues.
 - Les accueils non programmés en CMP ne sont pas suffisamment organisés, ni suffisamment connus
- Aucune uniformité de pratiques entre établissements, et même au sein d'un même établissement

2. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de la crise ne sont pas suffisamment organisés

- Pas d'équipes mobiles spécifiques pour gérer la crise à domicile ou dans les lieux d'hébergement.
- Très peu d'interventions des équipes de CMP en cas de crise, sur les lieux de vie, aucune en nuit et week-end
- Pas ou peu d'unité de gestion de la crise
- Saturation des dispositifs extra hospitaliers qui ne peuvent plus prendre en charge et donc prévenir l'urgence

3. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de l'urgence ne sont pas suffisamment organisés

- Pas d'équipes mobiles spécifiques pour gérer l'urgence (situation de péril imminent, ou d'auto/ hétéroagressivité) à domicile ou dans les lieux d'hébergement ou même dans la rue.
- Certains CMP ne se déplaceraient pas aux domiciles à cause de :
 - Manque de moyens
 - Manque de volonté /Philosophie du soin
 - Peur de l'éventuelle dangerosité de la situation sur place quand la personne n'est pas connue.
- Pas de lisibilité des psychiatres libéraux qui peuvent recevoir les patients en urgence, (Notion de permanence des soins)

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Pourquoi pas une organisation conjointe avec les libéraux ?
- ❖ Recevoir plus tôt : travailler avec les partenaires CASA (pour les ados), Les CMP, les soins primaires et les CASA ne reçoivent pas assez tôt

4.2 L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

PRIORITE 4 :

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

4.2 L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

ENJEUX :

Le projet territorial de santé mentale prévoit l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L.3221-5-1 du Code de la santé publique, afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la personne concernée. Cette organisation précise les modalités d'articulation avec la régulation médicale du SAMU/Centre 15.

ETAT DES LIEUX

La présence de psychiatres dans les SAU du département est inégale et peu lisible : variété d'horaires et d'organisations. La liaison psychiatrique aux urgences apparaît complexe à organiser pour les établissements, elle existe généralement par convention entre SAU et établissement de santé mentale.

Les urgentistes ne sont pas formés à l'accueil et l'orientation des personnes en situation de crise psychiatrique.

Il n'existe pas d'unité accueillant en urgence pour la psychiatrie infanto-juvénile, ni d'organisation intersectorielle pour l'admission en urgence des adultes la nuit ou le weekend.

CONSTATS :

1. En cas de crise et ou d'urgence, les familles ne savent pas à qui s'adresser.
2. Quand, les patients et leurs familles arrivent aux urgences MCO, ils se trouvent confrontés à des services saturés
3. L'hospitalisation en urgence des adolescents et la gestion du post urgence sont complexes.

ANALYSE DES CAUSES :

1. En cas de crise et ou d'urgence, les familles ne savent pas à qui s'adresser.

- Les familles ont le sentiment d'être seules et renvoyées d'un acteur à l'autre :
 - Les professionnels du CMP se déplacent, et s'arrêtent à la porte si le patient ne veut pas ouvrir,
 - La police refuse de se déplacer, ou de les accompagner, par manque de disponibilité (en dehors d'une demande du préfet pour sécuriser le transport)
 - Si le patient ouvre la porte, problématique du transport : Quel véhicule ? qui accompagnement ? quelle sécurisation ?
- Le SAU, est trop souvent le seul recours possible, en particulier à partir de 18h. Mais quelquefois il y a un problème d'orientation :
 - L'orientation peut poser problème quand elle n'est pas régulée : on amène la personne à l'hôpital le plus proche alors que l'hôpital n'a pas de service de psychiatrie.
 - Ressenti d'une réponse aléatoire des numéros d'urgence et d'un manque de régulation dans les orientations

4.2 L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

- Problème d'identification des lieux où les urgences psychiatriques sont assurées, avec en plus la différence enfant/adolescent et adulte
 - Les familles ne sont pas orientées vers les établissements plus particulièrement spécialisés dans la prévention et le traitement de pathologies spécifiques et évolutives comme l'agressivité de malades Alzheimer, la dépression post-partum ..., pouvant conduire à des crises graves.
- Pas de convention sur le département entre la police, les hôpitaux, les SAU qui permet de coordonner les actions en cas d'urgence et de clarifier le rôle de chacun.

2. Quand, les patients et leurs familles arrivent aux urgences MCO, ils se trouvent confrontés à des services saturés :

- Pas de psychiatre ou compétence psy dans certains des services d'urgences.
- Les enfants et les adolescents sont souvent orientés vers les urgences pédiatriques qui ne bénéficient pas d'une permanence de pédopsychiatrie
- Les structures d'urgences, qui sont saturées, ont peu de moyens pour la psychiatrie et par voie de conséquence semblent insuffisamment organisées

3. L'hospitalisation en urgence des adolescents et la gestion du post urgence sont complexes.

- Insuffisance des lieux d'hospitalisation pour une réponse rapide
 - Notamment en pédopsychiatrie, pour les adolescents en crise et les enfants de 6 à 12 ans
 - Les unités d'hospitalisation d'enfants et ados n'accueillent pas dans l'urgence
- Place insuffisante du CMP dans l'organisation du dispositif d'urgence et post urgence
- Professionnels de soins primaires insuffisamment soutenus par la seconde ligne dans le post urgence.

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Développement des équipes mobiles « aller vers »
- ❖ Organiser la coordination entre les acteurs :
 - Les CMP et services de psychiatrie et pédopsychiatrie
 - La police
 - Les pompiers
 - Les transporteurs
 - Les Elus et agents communaux
- ❖ Développement de la prévention pour diminuer la crise.
 - Revoir l'organisation et les missions des CMP
 - Organiser plus de VAD et des consultations non programmées
- ❖ Clarifier le dispositif de gestion des urgences
- ❖ Créer un dispositif d'accueil et d'orientation
- ❖ Propositions de prises en charge spécifiques :
 - Circuit spécifique pour la prise en charge de crise
 - Création d'un réseau très dynamique
 - Organisation de consultations rapides
- ❖ Créer des unités d'hospitalisation de courte durée : lits de 72h ou de très courte durée pour prendre en charge la crise et gérer une évaluation approfondie, permettant une meilleure orientation secondaire

4.3 L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

PRIORITE 4 :

La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

4.3 L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

ENJEUX :

Lors d'une entrée dans les soins par une hospitalisation, la sortie d'hospitalisation doit s'accompagner de toutes les conditions permettant de maintenir les soins nécessaires et d'éviter le retour à une situation de crise. Une personne sortant d'hospitalisation pour motif psychiatrique doit ainsi bénéficier d'un suivi ambulatoire.

L'organisation du suivi et du maintien du contact au plus près du lieu de vie concerne particulièrement les personnes ayant été hospitalisées après une tentative de suicide. La stratégie de recontacte doit être inscrite au sein du parcours et dans l'organisation du suivi de la personne, en lien et en complémentarité avec les différents acteurs (médecins généralistes, psychiatres, associations d'écoute...).

ETAT DES LIEUX

Il n'existe pas de dispositif VIGILANS mis en œuvre sur le territoire.

En 2013, 33% des séjours en psychiatrie pour troubles sévères sont suivis d'une consultation ambulatoire ans les 15 jours suivant la sortie, contre 43% en France. 52% des patients hospitalisés en 2013 pour un trouble sévère n'ont pas de suivi spécialisé 1 an après leur sortie d'hospitalisation, contre 40% en France.

Les ESMS sont en difficulté pour accueillir les patients présentant d'importants troubles du

comportement, menant à des durées d'hospitalisation inadéquates.

Les règles de sectorisation pour les patients déménageant ou sans domicile fixe sont inégalement connues par les établissements.

Il n'existe pas d'organisation définie pour la coordination des parcours des patients de la psychiatrie.

Le taux d'équipement en places d'hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile est inférieur au taux régional et national.

CONSTATS :

1. Pas de dispositif de suivi en post urgence ou post hospitalisation
2. Peu ou pas de coordination
3. Problèmes d'aval pour les enfants et adolescents qui en sortie d'hospitalisation ne peuvent pas être accueillis à domicile

ANALYSE DES CAUSES :

1. Pas de dispositif, pas de suivi post hospitalisation

- Le suivi est parfois problématique pour le psychiatre des urgences et ou le psychiatre de liaison dans l'organisation du suivi en post hospitalisation
- Difficulté d'établir des liens dans les temps impartis avec le secteur d'origine du patient quand ce dernier n'a pas organisé un accueil post urgence.
- Manque de lien avec le médecin traitant et quelquefois pas de médecin traitant désigné

4.3 L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

- Pas de médecin référent dans les structures d'hébergement
- La sortie n'est pas toujours suffisamment préparée avec le patient et ses proches. Ils peuvent se trouver seuls à gérer :
 - Accès aux médicaments, des fois, les médicaments prescrits ne sont pas disponibles à la pharmacie !
 - Accès aux transports ? comment rentrer chez soi ?

2. Peu ou pas de coordination

- Pas de coordination par un coordinateur parcours => pas de personne transversale qui fait un lien. Cette personne peut être la personne de confiance.
- La coordination est encore plus difficile quand l'hospitalisation a eu lieu en dehors du secteur.
- Cas spécifique : les suicidants, avec peu de coordination de la prise en charge, en particulier si PEC dans un service MCO
- Possibilité d'hospitalisation ailleurs que son secteur.
- Pas de relai psychiatrie pour les enfants et les ados en dehors de la liaison
- Problème de transmission d'information de manière globale

3. Problèmes d'aval pour les enfants et adolescents qui en sortie d'hospitalisation ne peuvent pas être accueillis à domicile

- Insuffisance de structures médico-sociale ou lieux d'accueil pour les enfants et adolescents sortant de l'hospitalisation.

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

Dispositif VIGILANS

Priorité 5

PRIORITE 5 : LE RESPECT ET LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES, LE RENFORCEMENT DE LEUR POUVOIR DE DECIDER ET D'AGIR ET DE LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES TROUBLES PSYCHIQUES

- Le respect et la promotion des droits
- La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques
- Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches
- Le développement des modalités de soutien par les pairs

5.1 Le respect et la promotion des droits

PRIORITE 5 :

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

5.1 Le respect et la promotion des droits

ENJEUX :

Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de promouvoir les droits fondamentaux, les droits sociaux et économiques des personnes présentant des troubles psychiques et d'en renforcer l'effectivité.

ETAT DES LIEUX

Toutes les communes du département disposent d'un Centre communal d'action sociale.

Les 16 CLSM du territoire ont inscrit l'accès aux droits dans leur programme de travail.

Le respect des droits des personnes dans les établissements de santé mentale est suivi par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, qui rend un rapport chaque année.

CONSTATS :

1. Difficultés d'accès aux droits sociaux
2. Insuffisance d'accompagnement
3. Le respect des droits fondamentaux dans les établissements sanitaire, sociaux, et médicaux sociaux est règlementé, mais un effort reste à faire.

ANALYSE DES CAUSES :

1. Difficultés d'accès aux droits sociaux

- Méconnaissance des droits, des modalités d'accès et des dispositifs existants par : les personnes concernées, leurs proches et par les professionnels.
- Non demande par crainte de la personne ou des familles de la stigmatisation et ou par la résignation et l'épuisement des aidants
- Insuffisance d'information sur les droits
- Insuffisance de sensibilisation des professionnels
- La sectorisation et la multiplicité des interlocuteurs : difficile d'identifier le bon interlocuteur
- La complexité des démarches administratives
- La Digitalisation et le risque de fracture numérique : Difficultés à utiliser les nouvelles technologies

2. Insuffisance d'accompagnement

- Isolement et/ou la rupture de lien avec l'entourage ou la non demande des personnes
- Méconnaissance de la sectorisation de la psychiatrie par la population et insuffisance d'information et de communication sur le système de soins et l'offre de soins en psychiatrie.

5.1 Le respect et la promotion des droits

- Incompréhension/mauvaise connaissance des orientations proposées par la MDPH (de la part des patients mais aussi des professionnels.)
- Charge de travail, manque de temps et de moyens des professionnels qui accordent la priorité aux soins reléguant l'accès aux droits au deuxième plan.
- Associations d'usagers peu visibles. Notamment parce que les médecins n'orientent que rarement vers elles les patients et leurs familles. Pas assez nombreuses pour faciliter la participation des usagers à la vie citoyenne
- Méconnaissance et « peur » des troubles psychique dans la population générale et les acteurs locaux :
 - Les agents des administrations,
 - Les professionnels de santé de premiers recours : Médecins- paramédicaux – médico-sociaux
 - Les élus, les citoyens

3. Le respect des droits fondamentaux dans les établissements de santé, sociaux et médicaux sociaux est réglementé mais un effort reste à faire dans le domaine.

- De l'information des personnes concernées sur leurs droits, sur les modalités de recours en cas de problèmes.
- Au niveau de la liberté d'aller et de venir en lien avec les soins sans consentement et les pratiques d'isolement/ contention

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- Dispositif existant : un espace pour les usagers en libre accès, Saint-Anne, propose RDV mensuel avec des brochures, le premier accueil des personnes avec un souci (un proche qui souffre d'une pathologie psychique). => orientation. Il n'y a pas de sectorisation en cas d'urgence.
- DMP = dossier médical partagé => former les professionnels et les usagers, et aidants et soignants, sur ce nouvel outil => fracture numérique (illectronisme)
- Cadre légal : les mesures de contrainte sont limitées aux moments de crise / mise en danger
- Les professionnels ne tiennent plus compte de la gestion du temps de l'utilisateur qui s'inscrit dans la durée.

5.2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

PRIORITE 5 :

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

5.2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

ENJEUX :

La stigmatisation engendrée par les préjugés et stéréotypes entretenus autour des troubles psychiques (dangerosité, incurabilité, irresponsabilité, asocialité, déficience intellectuelle...) engendrent des conséquences sur le plan personnel (baisse de l'estime de soi, sentiment de honte, de culpabilité, d'infériorité), sur le plan social (exclusion du monde du travail, difficultés à obtenir un logement, perte des droits civiques pour les personnes sous tutelle ou curatelle, difficultés d'adaptation, marginalisation) et sur le plan des soins (difficultés d'accès aux soins, abandons thérapeutiques, manque d'information).

Le projet territorial de santé mentale identifie des actions visant à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques.

ETAT DES LIEUX :

30 actions ont été menées lors des Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM) 2018.

Tous les CLSM participent aux SISM. Plusieurs d'entre eux mènent des actions de

sensibilisation et de formation auprès des professionnels de l'accueil des services communaux, des gardiens d'immeubles et du grand public.

CONSTATS :

La stigmatisation qui favorise l'exclusion et pose un problème pour l'accès à l'emploi, au logement et à la scolarité

1. Représentations négative de la psychiatrie et des troubles psychiatriques
2. Méconnaissance de la pathologie psychiatrique
3. Confusion entre maladie psychiatrique, délinquant et dangerosité
4. Une société tournée vers la productivité

ANALYSE DES CAUSES :

1. Représentations négative de la psychiatrie et des troubles psychiatriques

- Stigmatisation par les bailleurs : Présenter des troubles psychiques est un facteur d'exclusion et de rejet.
- Stigmatisation même chez les personnes concernées par une souffrance psychique : celle-ci est généralement proportionnelle au déni de son propre handicap, ou à sa non prise en compte (exemple → refus de la personne concernée de travailler temporairement en ESAT : « ils ne sont pas comme moi », « je ne suis pas handicapé(e) comme eux »)
- Problème plus aigu encore pour les personnes à la rue avec des troubles psychiques : Cette population n'a aucune chance d'accéder à un logement, au mieux ils sont hébergés dans des structures temporaires. 30% des sans-abris et 20% des personnes en hébergement social représentent un trouble psychiatrique

5.2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

2. Méconnaissance de la pathologie psychiatrique

- Insuffisance de sensibilisation du public et d'information sur la pathologie psychiatrique
- Pas de formation aux premiers secours en psychiatrie à l'instar d'autres pays développés

3. Confusion entre maladie psychiatrique, délinquant et actes de violence

- Montée en charge de la violence dans nos sociétés et exigence en termes de sécurité
- Rôle des médias et des informations type « fait divers » non suffisamment documenté

4. Une société tournée vers la productivité

- L'aspect économique prime sur l'aspect humain et les personnes sont considérées plus par rapport à ce qu'elles produisent

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- Un exemple en faveur de déstigmatisation dans le milieu scolaire : c'est l'équipe mobile scolarité => intervient sur place, déstigmatise les situations)
- Besoin de sensibilisation et de formation des agents d'accueil dans les administrations qui sont en première ligne et en contact avec des personnes présentant des troubles psychiques afin d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre d'une manière adaptée, ouverte et soutenante. (Ex. Les personnes appellent la commune (ex : CCAS) en premier lieu pour une aide.)
- Action en faveur des gardiens d'immeubles, réunion de voisinage
- Sensibilisation des Elus, des travailleurs sociaux, des mairies et des administratifs de la fonction publique
- Formation des Elus

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

PRIORITE 5 :

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

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

ENJEUX :

Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes ayant des troubles psychiques, communément appelé « *empowerment* », répond à l'objectif de promotion de la citoyenneté et des capacités de ces personnes. L'empowerment repose sur le renforcement des compétences personnelles et de l'estime de soi, à travers une approche positive de la santé mentale mettant en avant la possibilité de construire sa vie malgré la maladie.

ETAT DES LIEUX

10 GEM sont en fonctionnement dans le département.

Il n'y a pas de médiateur pair en santé mentale dans le territoire.

CONSTATS :

1. L'auto stigmatisation est souvent présente chez les personnes concernées et leurs familles
2. Le pouvoir d'agir des personnes n'est pas toujours entendu, ni accompagné par les professionnels
3. L'insuffisance de soutien des familles et des proches aidants

ANALYSE DES CAUSES :

1. L'auto stigmatisation est souvent présente chez les personnes concernées et leurs familles

- En lien avec la représentation négative de la pathologie psychiatrique dans la société
- Insuffisance de formation dès le jeune âge au développement des compétences psychosociales
- Insuffisance de programme d'éducation thérapeutique pour mieux connaître la maladie

2. La capacité d'agir des personnes n'est pas toujours entendue, ni accompagnée par les professionnels

- Un nouveau paradigme qui nécessite la révision des postures et la place de chacun dans la relation de soins. Elle est aujourd'hui souvent asymétrique entre la personne concernée, sa famille et les professionnels.
- Insuffisance de programme de remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale dans la prise en charge
- Nécessite un travail en réseau avec une même vision partagée par tous les partenaires intervenants dans le parcours de santé et de vie
- Le savoir expérientiel et l'expérience de la maladie n'est pas assez sollicitée
- La paire-aidance n'est pas développée (absence de formation, d'accompagnement, de proposition de poste etc.)
- Insuffisance de programmes d'éducation thérapeutique et de psycho éducation pour mieux gérer la maladie et apprendre à vivre avec.

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

3. L'insuffisance de soutien des familles et des proches aidants

- Les familles et proches aidants ne sont pas suffisamment soutenus
- L'implication de la famille n'est pas valorisée, ni reconnue, ni accompagnée.
- Insuffisance de dispositifs d'« aller vers » le patient/les familles et d'accompagnement des familles et de la fratrie dans leur milieu de vie et en situation de crise.
- Pas suffisamment de dispositifs de répit pour les familles
- Pas suffisamment de programme d'éducation thérapeutique et de programme type « Profamille »

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- Visibilité sur les associations existantes et leurs missions
- Création d'espaces permettant aux familles d'échanger sur leurs difficultés, auprès de qui les familles peuvent donner l'alerte et être entendu sur leurs difficultés :
- Sensibilisation aux repérages auprès des acteurs
- Promotion des CLSM
- Le nouveau paradigme => la place de la personne et de sa famille dans le parcours = > la personne a le droit de choisir, a la capacité de prendre une décision et elle est compétente. Par contre : Que faire quand la personne refuse d'être soignée ? Ex : Un jeune de 25 ans qui reste à la maison pendant 2 ans => les parents appellent ? Mais on n'est pas légitime pour intervenir à domicile
- Aidants bénévoles et vieillissants : qui prendra le relais ?

Priorité 6

PRIORITE 6 : L'ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTE MENTALE

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

PRIORITE 6 :

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

ENJEUX :

La santé mentale des individus est influencée par les milieux dans lesquels s'inscrivent et se développent les parcours de vie. Les conditions économiques, le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de logement et de travail, l'accès à la protection sociale, à la prévention et aux soins, le respect des droits de l'homme, la précarité, l'exclusion, la stigmatisation sont autant de facteurs sociaux, sociétaux et environnementaux qui impactent fortement la santé mentale des individus et des populations.

Le projet territorial de santé mentale s'attelle à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive.

ETAT DES LIEUX :

Le territoire des Hauts-de-Seine présente plusieurs caractéristiques spécifiques pouvant être facteurs de difficultés psychiques :

- Densité urbaine très importante
- Difficulté d'accès à un logement
- Part importante de personnes seules et de familles monoparentales, à risque de rupture de liens sociaux
- Importante population issue de migrations, dont un nombre important de personnes primo-arrivantes
- Fortes inégalités sociales et territoriales, avec des poches de pauvreté dans le territoire
- Certains territoires du département sont sujets à une délinquance importante et organisée

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

CONSTATS :

Les déterminants de la santé mentale identifiés par le groupe de travail se situent à 4 niveaux :

<p>I. LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nature même des troubles 2. Refus de soins 3. Habitudes et conditions de vie 4. Age et périodes de transition 5. La comorbidité
<p>II. LES MILIEUX DE VIE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le milieu familial 2. Le milieu scolaire 3. Le milieu du travail 4. La communauté locale et le voisinage
<p>III. LES DIFFERENTS SYSTEMES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educatifs 2. Sanitaires 3. Médico-sociaux et sociaux 4. Solidarité sociale et soutien à l'emploi 5. Le territoire et son aménagement
<p>IV. LE CONTEXTE GLOBAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Législatif 2. Sociaux économiques 3. Socio-culturel 4. Technologique

ANALYSE DES CAUSES :

Les déterminants en lien avec les caractéristiques individuelles :

1. **Nature même des troubles** : Des troubles qui touchent aux habiletés cognitives, sociales, émotionnelles générant des difficultés à se prendre en charge avec comme conséquences :
 - Dénier des besoins en soins et en accompagnement
 - Isolement
 - Précarité
 - Autostigmatisation : manque de confiance en soi
2. **Refus de soins**
 - Peur de la psychiatrie
 - Méconnaissance de la pathologie mentale
 - Méconnaissance du système de soins
3. **Habitudes et conditions de vie**
 - Comportement à risque
 - Addictions,
 - Habitudes de vie non conforme aux règles de nutrition et d'hygiène, etc.)
 - Conditions de logement : inadapté, insalubrité, dans des quartiers difficiles

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

4. Age et périodes de transition

- Période de particulière fragilité : périnatalité –l’adolescence-le grand âge

5. La comorbidité :

- Le cumul des difficultés sanitaires et sociales (précarité, déracinement, addictions, isolement)
- Personnes porteuses de handicap (Pour handicap acquis à la suite d’une cérébrolésion il s’agit de la fracture « d’un avant et après », d’une modification qui ébranle l’identité et le système psychique. Cela demande un accompagnement spécifique et aussi une reconnaissance par le monde des psychiatres).

Les déterminants en lien avec les milieux de vie :

1. Le milieu familial

- Familles dysfonctionnelles, et ou violence, précarité, faible niveau d’instruction
- Familles déracinées, mal logées
- Familles monoparentales, faibles revenus, isolement

2. Le milieu scolaire

- Augmentation de la violence, du harcèlement, de la compétition
- Pas assez de prévention des addictions
- Pas assez d’actions de soutien à la scolarité (notamment des équipes mobiles)
- Pas assez d’action de sensibilisation et de promotion de la santé mentale auprès des personnels de la petite enfance, des enseignants et des élèves
- Pas de passerelles et de temps partagés entre les ESMS/écoles, lycées

3. Le milieu du travail

- Représentation négative de la pathologie psychiatrique
- Représentation négative du milieu protégé
- Milieu de travail concurrentiel, stressant,
- Pas assez de postes adaptés ou aménagés
- Pas assez d’action de prévention des risques psycho-sociaux
- Manque de moyen au niveau de la médecine du travail
- Pas assez de promotion de la qualité de vie au travail

4. La communauté locale et le voisinage

- Manque de sensibilisation des bailleurs (troubles de voisinage, non-paiement des loyers dans certains cas)
- Manque de sensibilisation des gardiens d’immeubles
- Méconnaissance et « peur » du handicap psychique de la population générale
- Manque de CLSM
- Manque de clubs de sport et d’associations « handi accueillant » ex « cinéma différence », les réseaux des enseignants artistiques adaptés etc.
- Peu d’accès aux loisirs adaptés, peur du regard des autres

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

Les déterminants en lien avec les systèmes :

1. Système éducatif

- Système éducatif tourné vers l'acquisition des savoirs plutôt que le développement personnel et acquisition des compétences psycho-sociales ;
- Système d'éducation insuffisamment adapté : enseignants démunis et méconnaissant les questions de santé mentale et les troubles psychiques
- Absentéisme et sortie du système scolaire prématurée et sans qualification

2. Système sanitaire

- Système sanitaire tourné vers le curatif et moins vers le préventif
- Système centré sur l'hôpital et pas assez sur l'ambulatoire et l'aller-vers
- Système centré sur les métiers, spécialités avec une approche morcelée plutôt que sur une approche globale de la personne et sur les parcours
 - En santé mentale, approche insuffisamment tournée vers le rétablissement
- Système favorisant financièrement un fonctionnement spécialisé et cloisonné au détriment d'un fonctionnement coordonné en réseau (le travail en réseau n'est pas assez valorisé, ni reconnu pas seulement dans le sanitaire mais aussi dans le médico-social, l'éducation nationale, le social et en activité libérale) ce qui est traduit par un manque de coordination et de travail en réseau de proximité entre les acteurs : CMP, les médecins traitants, Education nationale, et du travail

3. Système social et médico-social

- Système tourné vers la suppléance plus que vers un accompagnement global et intégré dans un objectif d'insertion
- Système cloisonné :
 - Fonctionnement cloisonné des systèmes éducatif, sanitaire, social, médico-social avec :
 - Cultures différentes
 - Un langage spécifique (jargon)
 - Complexité des démarches administratives et non lisibilité des organisations
 - Financement cloisonné
- Insuffisance de coordination

4. Système de solidarité sociale et de soutien à l'emploi

- Système tourné vers l'indemnisation plus que l'accompagnement et l'insertion
 - Pas assez d'action de sensibilisation des acteurs de l'insertion, des entreprises et des acteurs de la santé au travail
 - Non prise en compte du risque accru de suicide chez les demandeurs d'emploi, Insertion sociale professionnelle problématique

5. Le territoire et son aménagement

- Les besoins des personnes souffrant d'un handicap psychique n'est pas assez pris en compte dans les projets d'aménagement du territoire
 - Manque de logements en Ile de France et dans le 92,
 - Hébergement d'urgence saturé
 - Peu de logements adaptés aux handicaps psychiques

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

Les déterminants en lien avec le contexte global :

1. Contexte Législatif

- Contexte de réformes qui se succèdent promettant des simplifications or le système est de plus en plus complexe.
- Outils de financement au parcours pas assez lisible et facilement mobilisable : le financement au parcours est l'exception

2. Contexte socio-économique

- Contexte socioéconomique difficile avec stagnation de la croissance, augmentation du chômage, de la précarité, de la violence

3. Contexte socio-culturel

- Représentation négative de la psychiatrie, des troubles psychiques, stigmatisation et amalgame avec délinquance et criminalité
- Société demandeuse de plus de « sécuritaire »

4. Scientifique et Technologique

- Situation paradoxale, les nouvelles technologies ne sont pas suffisamment utilisées et mobilisées dans le domaine de la santé, par les professionnels (Télémédecine, téléconsultations) et en même temps nombreuses applications proposant des approches innovantes pour toucher le grand publique et qui pourraient être utilisées dans le domaine de l'éducation pour la santé, de la prévention, la promotion de la santé
- Risque de fracture numérique dans la population
- Les progrès scientifiques dans le domaine de la santé sont longs à être intégrés dans les pratiques professionnelles

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

La promotion de la santé mentale axée sur les déterminants contribue à créer une société qui respecte les différences

Outre la famille et la personne elle-même, l'habitat, l'école, le travail et la collectivité sont des milieux clé d'action pour la promotion de la santé mentale

Les CLSM : lieu de concertation et d'actions collectives pour agir sur les déterminants sociaux

6.1 Les actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental

PRIORITE 6 :

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

6.1 Les actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental.

ENJEUX :

Les compétences psychosociales sont des outils permettant aux individus d'interagir de façon satisfaisante avec leur environnement et d'exercer une influence positive sur eux-mêmes et leur entourage. Elles contribuent en ce sens à favoriser le bien-être physique, mental et social et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes ayant des incidences négatives sur la santé mentale des individus et des communautés (troubles anxiodépressifs, troubles du comportement, de l'attention, violences, décrochage scolaire, consommation de substances psychoactives et comportements sexuels à risques).

ETAT DES LIEUX :

Il existe 2 programmes « profamille » dans le département. Certains CLSM organisent des interventions autour de la santé mentale en population générale ou auprès des écoles. Plusieurs communes disposent d'accueils Point d'Accueil et Ecoute Jeunes pour les adolescents en situation de mal-être et d'ateliers santé-ville.

CONSTATS :

1. Déficit éducatif en ce qui concerne le développement des compétences psycho-sociales aussi bien au sein des familles qu'à l'école

ANALYSE DES CAUSES :

1. Déficit éducatif en ce qui concerne le développement des compétences psycho-sociales aussi bien au sein des familles qu'à l'école
 - Société tournée vers la performance intellectuelle, et concurrentielle, au détriment du développement des compétences psycho-sociale
 - Pas assez d'actions de formations au développement personnel, confiance en soi, respect de soi et des autres
 - Pas assez d'action de dé stigmatisation et sensibilisation à la santé mentale

6.2 LES ACTIONS VISANT A PREVENIR L'APPARITION OU L'AGGRAVATION DES TROUBLES PSYCHIQUES

PRIORITE 6 :

L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

6.2 Les actions visant à prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques

ENJEUX :

Au-delà du parcours de santé et de vie des personnes présentant des troubles ou une souffrance psychique, le projet territorial de santé mentale s'attelle donc à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive.

Le projet territorial de santé mentale mobilise à ce titre les acteurs du champ de l'éducation, de la famille, du logement, du travail, des transports, de la justice ou encore de la protection sociale.

CONSTATS :

1. Pas assez d'actions de prévention
2. La méconnaissance des conduites, et des précautions à prendre pour prévenir l'apparition des troubles psychiques
3. Défaut de formations des professionnels sur des phénomènes nouveaux (exemple : les violences, la prostitution infantile, les risques liés aux réseaux sociaux)

ANALYSE DES CAUSES :

1. Pas assez de prévention

- Pas assez de prévention primaire pour éviter l'apparition de la maladie. (Pas assez de CLSM)
- Pas assez de prévention secondaire (pour éviter la crise, ou une rechute)
- On s'adresse toujours aux CMP où les délais d'attente sont trop longs.
- Les CMP ne répondent plus à tout besoin.
- Environnement non formé, isolement des professionnels
- Pas assez de places (CAMPS, ESMS),
- Accompagnement insuffisant (Il y a des communes où il n'y a pas de CMP ou CMPP, pas de CLSM)

2. La méconnaissance des conduites, et des précautions à prendre pour prévenir l'apparition des troubles psychiques

- Méconnaissance par les médecins généralistes (par tout le monde) => pas de prévention => pas d'organisation des formations etc.
- Les professionnels ne sont pas suffisamment formés à la prévention
- Les actions de prévention ne sont pas valorisées
- La comorbidité qui aggrave les troubles psychiques est difficile à traiter car elle nécessite une coordination des différents acteurs dans des champs très différents, notamment auprès des jeunes :
 - Délinquance chez les adolescents et les jeunes adultes => En rupture de liens avec l'entourage « non autonome »
 - Difficulté à trouver un point d'ancrage pour les raccrocher

6.2 LES ACTIONS VISANT A PREVENIR L'APPARITION OU L'AGGRAVATION DES TROUBLES PSYCHIQUES

- Les réseaux de mineurs « délinquants » 11-13 ans certains venant du Maghreb ayant déjà eu des comportements addicts dans leur pays d'origine.
- Les réseaux de prostitution chez les jeunes mineurs.es.
- Ces réseaux ne sont pas limités à un seul quartier mais diffus dans tout le département et touchent toutes les populations ' précaires et non précaire/ migrants et non migrants
- Conduite délinquante qui conduit à l'isolement.
- Estime de soi, rapport au corps => soulève la question du repérage précoce. => Addiction, prise de drogue, prostitution

3. Défaut de formations des professionnels sur des phénomènes nouveaux (exemple : les violences, la prostitution infantile, les risques liés aux réseaux sociaux)

- Défaut de formations des professionnels sur des phénomènes nouveaux ou concernant des populations nouvelles. (Prostitution infantile...)
- Evolution technologique
- Evolution du rapport au corps, à la marchandisation

Verbatim de pistes évoquées lors du groupe de travail :

- ❖ Suivi CMP pour une meilleure observance à travers une « veille » (non venue à un RV- Perdue de vue- VAD)
- ❖ Action des sensibilisations auprès des professionnels et professionnels sociaux (CCAS, personnel d'accueil des mairies, personnel communal (police), les pompiers, CLSM) → orientation structures associatives de soutien des aidants
- ❖ Développer les occasions de partage d'information et de sensibilisation (CD, AJE, PJJ, associations, EN)
- ❖ Favoriser le repérage des ruptures
- ❖ Clarifier les missions MDPH / CDAPH avec les associations ; remontée des besoins
- ❖ Idem participation à la commission des usagers de l'ARS
- ❖ Promotion des CLSM
- ❖ Création de lieux d'accueil / d'information à destination des familles, à l'hôpital et hors de l'hôpital.

Développer des actions visant à valoriser et à optimiser les ressources professionnelles et non professionnelles existantes.

- La démographie médicale et la démographie des professionnels
- La formation des professionnels
- Les aidants : Formations-statuts-droits (pour tout type de handicap)
- Les Elus : Sensibilisation-formation
- La Police - la Justice - l'Education Nationale
- Les acteurs médico-sociaux et les acteurs du social

PERINATALITE DANS LES HAUTS-DE-SEINE

ETAT DES LIEUX

La maternité est un bouleversement tant sur le plan biologique que psychique. Elle peut être assimilée à une crise maturative quand tout se passe bien, ou entraîner des mouvements de désorganisation en cas de ratage du processus de parentalité.

Peuvent alors apparaître des troubles psychiques plus ou moins graves qui ont des répercussions sur la dynamique familiale et plus particulièrement sur le bébé. Dans ces cas-là, il est nécessaire d'accompagner la mère et le bébé dans cette crise, de travailler sur le lien et de l'aménager en fonction de l'évolution des troubles.

On sait maintenant que la prise en charge des distorsions du lien précoce mère-bébé permet de prévenir le développement de troubles ultérieurs chez l'enfant.

Ces pathologies nécessitent donc des soins spécifiques qui mobilisent divers partenaires qui doivent travailler en lien.

La santé mentale en périnatalité nécessite une prise en compte particulière car sa temporalité est spécifique. En effet, en quelques mois, il faut avoir mis en place une prise en charge qui soit adaptée, réajustée aux évolutions de la grossesse, et qui permette des interactions mère-enfant de qualité en anténatal et dès la naissance.

Pour avoir un ordre de grandeur de la file active que cela représente, on peut partir des 23 122 naissances domiciliées dans les Hauts de Seine, en 2017. Ce qui correspond à peu près au nombre de femmes enceintes sur notre département.

D'après les travaux du Dr Alain Grégoire, Président de l'UK Maternal Mental Health Alliance et de la Global Alliance for Maternal Mental Health :

- 2% des parturientes feront un épisode aigu grave
- 3% des patientes feront une maladie grave à modérée
- 10 à 15% des patientes feront une maladie légère à modérée (dont les dépressions du post-partum)
- 10 à 30% des patientes présenteront une détresse sévère (à type d'anxiété majeure, etc.)

Cela peut donc donner une estimation **très approximative** du nombre de patientes nécessitant annuellement une prise en charge psychiatrique adaptée en période périnatale dans les Hauts de Seine :

- 46 feront un épisode aigu grave
- 693 feront une maladie grave à modérée
- 2 312 à 3 468 feront une maladie légère à modérée
- 2 312 à 6 936 présenteront des "troubles légers et une Grande vulnérabilité des interactions mère - bébé".
- La différenciation habituelle faite entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie ne peut pas s'appliquer telle quelle dans le champ de la périnatalité. En effet, ces 2 spécialités s'interpénètrent autour de la naissance.

La pédopsychiatrie commence dès la période anténatale du fait des interactions mère-bébé. De ce fait, une femme atteinte d'une maladie psychique peut, pendant sa grossesse,



nécessiter des soins de psychiatrie adulte ET de pédopsychiatrie. Ainsi, certaines structures de pédopsychiatrie proposent des consultations pour femmes enceintes. Cf liste ci-dessous.

Selon l'INSEE, on compte 778 980 femmes en âge de procréer en 2019, dans les Hauts de Seine. Si on considère le chiffre de 20% de pathologies psychiatriques au sens large, chez les femmes de la population générale, cela

représente dans les Hauts de Seine environ 155 796 femmes en âge de procréer susceptibles de nécessiter des soins psychiatriques.

LES PRINCIPAUX CONSTATS ET DIFFICULTES :

- Le manque de structures adaptées à la santé mentale en périnatalité est criant sur l'ensemble de l'Île de France et aussi dans les Hauts de Seine. Et plus particulièrement les prise en charge mère-enfant conjointes.
- La psychiatrie adulte ne sait pas toujours faire face à la prise en charge de la femme enceinte, et très souvent des traitements au long court sont arrêtés en début de grossesse en raison de la peur de la tératogénicité. De ce fait, la patiente risque une décompensation de sa maladie chronique qui peut être préjudiciable au fœtus et à la mère. Une information PRECONCEPTIONNELLE est trop peu souvent faite pour ces patientes au long cours.
- La dépression du post-partum : encore trop sous diagnostiquée. Pour rappel, cela concerne environ 3000 patientes pour les Hauts de Seine. Elle apparaît le plus souvent 6 semaines après l'accouchement. L'adressage des patientes est complexe. Elles peuvent être adressées :
 - Aux urgences de la maternité où elles ont accouché. Point+ : facilité de prise en charge mère-enfant sans séparation. Point - : Difficulté de la prise en charge psychiatrique, surtout s'il n'y a pas de psychiatrie dans le reste de l'établissement. S'il y a de la psychiatrie adulte, le psychiatre de liaison peut être appelé, mais souvent la dépression du post partum est peu connue.
 - Aux urgences de psychiatrie adulte de leur secteur : Point + : la prise en charge de la patiente et de son éventuelle hospitalisation semblent plus faciles. Point- : cela entraîne forcément une séparation mère-bébé. Ce qui crée un traumatisme non négligeable chez un bébé si jeune et crée donc une pathologie chez un 2^{me} patient.
- La sectorisation des soins psychiatriques : entrave le travail en maternité. Les patientes accouchent dans la maternité de leur choix, sans sectorisation. Or les structures de prise en charge psychiatrique du réseau habituel autour de la maternité peuvent refuser de prendre en charge la patiente au motif qu'elle n'est pas domiciliée dans ce secteur. Il revient aux professionnels de la maternité de rechercher en dehors de leur réseau habituel d'adressage une prise en charge adaptée aux besoins de la patiente et/ou de son enfant.
- La prise en charge en ville par les CMP : les temps d'attente pour un RV sont en dehors de la temporalité nécessaire à une grossesse. Si une pathologie psychique apparaît, il faudra une prise en charge spécifique pour femme enceinte pendant 4 à 5 mois seulement, et qui devra être en constante réadaptation en fonction de l'avancement de la grossesse et de l'évolution de ses besoins. En 2 à 3 semaines, le fœtus grandit de manière significative, les troubles maternels évoluent et ont le temps d'engendrer un retentissement fœtal.

La problématique sociale : la plupart des UMB temps plein ne prennent pas en charge les patientes qui ont des problématiques sociales surajoutées (absence de domicile, de couverture sociale, etc). De plus, la médecine libérale de ville, ou la psychothérapie libérale ne sont pas accessibles aux patientes sans revenus ou sans couverture sociale.

LES MATERNITES DES HAUTS DE SEINE

Niveau I

- Hôpital Beaujon – Clichy
- CASH – Nanterre
- Clinique Lambert – La Garenne Colombe
- Hôpital Américain – Neuilly

Niveau II a

- Hôpital Privé d'Antony
- Hôpital Franco-Britannique – Levallois Perret
- CH des 4 villes – Saint Cloud

Niveau II b

- Hôpital Foch – Suresnes
- CH Rives de Seine – Neuilly

Niveau III

- Hôpital Louis Mourier – Colombes
- Hôpital Antoine Béclère – Clamart

HOSPITALISATION MERE-ENFANT TEMPS PLEIN

NON SECTORISÉES

Paris La Pomme (75)

Unité d'hospitalisation mère-bébé "LA POMME"
(Rattaché à l'E.P.S. Maison Blanche)
4, rue Charles Lauth
75018 PARIS Tel : 01 40 37 50 96

Le Vésinet (78) / POSSIBILITE HDJ EN

PERINATALITE

Hôpital du Vésinet
Service de soins en périnatalité (SSR polyvalent)
72 avenue de la Princesse
78110 LE VESINET Tél : 01 30 15 83 91

Le Kremlin-Bicêtre (94)

Unité Louis-Victor Marcé
Service de Psychiatrie d'adultes
Hôpital de Bicêtre, Université Paris Sud
78, rue du Général Leclerc
94275 Le Kremlin-Bicêtre Cedex Tél : 01 45 21 22 02

Paris Est (75)/ POSSIBILITE HDJ EN

PERINATALITE

Hôpital mère-enfant de l'Est Parisien
Soins de Suite et de Réadaptation en périnatalité
9 rue des Bluets
75011 Paris Tél : 01 55 28 03 07

Montesson (78)

Centre Hospitalier Théophile Roussel
BP 71
1 rue Philippe Mithouard,
78063 MONTESSON Tél : 01 30 86 38 70

Saint Denis (93)

(1 lit plein temps en maternité affecté à UPP)
Unité de psychopathologie mère-enfant (UPP)
Centre hospitalier de Saint-Denis
2, rue du Dr Delafontaine
93205 St-Denis cedex Tel : 01 42 35 61 40

Colombes (92)

UPAJ-Hôpital Louis Mourier
178 rue des Renouillers
92700 Colombes Tél : 01 47 60 69 17

HOSPITALISATION ADULTE SEULE, TEMPS PLEIN

UNITÉ INTERSECTORIELLE EUGÈNE MINKOWSKI

143, avenue Armand Guillebaud - 92160 Antony

Cette unité accueille les patients du secteur 21 (Antony et Bourg-la-Reine) du secteur 20 (Chatenay-Malabry, Fontenay aux Roses et Sceaux) et du secteur 9 (Puteaux et Suresnes). Cette unité ouverte reçoit, notamment des patients souffrant de troubles anxiodépressifs, mais aussi certaines autres pathologies dont les soins peuvent se dérouler en service ouvert. Ex : dépression du post partum ; psychose puerpérale

UPAJ

Hôpital Louis Mourier

178 rue des Renouillers

92700 Colombes Tél : 01 47 60 69 17

STRUCTURES AMBULATOIRES SPECIALISEES EN PERINATALITE

Neuilly

CMPP Institut Claparede / Non-sectorisé
5 rue du General Cordonnier 92200 NEUILLY-SUR-SEINE
01 47 45 23 70

Clichy

UAPE « la chaise bleue »
99 boulevard Victor Hugo
92110 Clichy
01 47 30 51 64

Gennevilliers

UPBB (Unité parents-bébés)
2, Rue Danton 92230 Gennevilliers
01 41 32 25 60

Colombes

Centre naissance / CMPP
95 rue Youri Gagarine 92700 Colombes
01 47 81 81 72

Nanterre

CMP « la coursive des Loupiots »
144 rue Salvador Allende 92000 Nanterre
01 49 00 07 88

Bourg la Reine

L'AUBIER CENTRE DE SOINS EN PSYCHOPATHOLOGIE PÉRINATALE
121 bis, avenue Général-Leclerc 92340 BOURG-LA-REINE
01 41 87 04 01

UNITÉ MOBILE D'URGENCE DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE EN MATERNITÉ

PPUMMA / Psychiatrie Périnatale d'Urgence Mobile en Maternité

121bis, rue Général Leclerc

92340 Bourg la Reine

01 46 74 16 10

Soins sur les maternités d'Antony, Clamart, Saint-Cloud, et sur les foyers maternels du 92. Elle propose des consultations périnatales en santé et en postnatal, avec une mission d'évaluation et de prise en charge dans les 24 à 48 heures par un pédopsychiatre spécialisé en périnatalité.

CONCLUSION

EXTRAITS DE LA JOURNEE DE CONCERTATION DU 21 JUIN
2019

LES MOTS D'OUVERTURE DE LA JOURNEE

Le Dr. Jean-François HAVRENG, président de la Commission spécialisée en santé mentale des Hauts-de-Seine ouvre la journée de concertation.

Madame, Monsieur, Chers amis,

Je vous souhaite la bienvenue, et vous exprime ma reconnaissance sincère pour votre engagement dans les travaux du Projet Territorial de Santé Mentale des Hauts-de-Seine.

D'emblée un grand merci pour la présence et la participation des usagers et de leurs représentants à ce beau chantier. Merci en particulier à toi, cher Claude Favrot, Président de leur Formation au sein du Conseil Territorial.

Ma gratitude s'adresse par ailleurs au Pôle Universitaire Léonard de Vinci et au Conseil Départemental pour la qualité de leur accueil dans ces locaux mis aimablement à notre disposition.

Monsieur Francis Brunelle, Président du C.T.S-92, n'a pu se joindre à nous aujourd'hui et nous assure de ses chaleureuses salutations. Il est représenté par Monsieur Michel Girard, Vice-président du C.T.S., et président délégué de l'UNAFAM pour notre département, très actif et de longue date.

Pour mémoire...

Les Projets Territoriaux de Santé Mentale sont issus de la loi du 26 janvier 2016 et en particulier de son article 69. Ils ont l'ambition d'unir les efforts des acteurs de la Santé Mentale afin d'améliorer les parcours de vie de chacun, et en particulier des populations les plus vulnérables.

Cette loi de modernisation de notre système de santé s'inscrit dans la prolongation des lois de 2002 et de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances.

Alors, au seuil de cette journée sur le diagnostic partagé en Santé Mentale dans les Hauts-de-Seine, il me semble important d'en rappeler quelques défis prioritaires, présents dans la loi et dans son décret d'application du 27 juillet 2017 :

- Rendre effective et renforcer la participation active des personnes en difficulté psychique, en situation de handicap, en grande dépendance sur tous les aspects que suppose le plein exercice de leurs droits de citoyens*
- Assurer la meilleure reconnaissance des aidants familiaux et du savoir expérientiel*
- Adapter dispositifs et pratiques professionnelles aux besoins particuliers des usagers présentant une situation complexe, en particulier lorsque les troubles psychiques sont corrélés à d'autres facteurs (précarité, conduites addictives, difficulté d'accès au logement et/ou à l'emploi, etc.)*
- Répondre sans retard aux situations d'urgence et de crise à domicile, les prévenir !*
- Décloisonner les secteurs sanitaire, social et médico-social, et simplifier les démarches des usagers pour garantir une meilleure accessibilité et éviter les ruptures de parcours*
- Développer des formations croisées et transversales pour que les professionnels des différents secteurs, les élus et les usagers puissent faire face ensemble aux nouvelles réalités et pratiques en Santé Mentale*
- Inscrire l'offre de soins et d'accompagnements dans le territoire de proximité, de vie des usagers comme une priorité*
- Autre priorité majeure : la prévention*

- *Promouvoir le changement de regard du grand public vis-à-vis de la santé mentale, et la déstigmatisation des personnes en difficulté psychique*
- *Renforcer la recherche et l'innovation en Santé Mentale, et évaluer ces pratiques grâce à un diagnostic collectif.*

Le moins que l'on puisse dire, c'est que cela ne manque pas d'ambition ! Je souhaite insister d'autant plus sur le pragmatisme dont nous devons faire preuve... en particulier sur le suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation des plans d'actions qui seront retenus à terme.

Cette journée est un temps fort qui ponctue les travaux des trois groupes de travail : Parcours de soins, Parcours de Santé et de Vie, Déterminants sociétaux et environnementaux de la Santé Mentale. Les prochaines étapes seront de permettre au Cercle des financeurs de s'approprier les problématiques issues de vos travaux ; il y aura priorisation, et il nous reviendra ensemble de proposer des plans d'actions concrets, fondés sur l'analyse causale des manques ou dysfonctionnements relevés.

Le calendrier est serré, et nous sommes engagés à présenter au DG-ARS, Monsieur Aurélien Rousseau, un projet avant le terme légal, soit juillet 2020.

Sur le plan national, notons qu'il y a environ quarante PTSM en passe d'être finalisés aujourd'hui. La très grande hétérogénéité des réalités du terrain a été mise en évidence. La majorité des Territoires ont retenu le département comme périmètre d'élaboration du PTSM. Très peu ont ainsi choisi une échelle infra-départementale. Enfin, le niveau d'avancement des PTSM apparaît dépendre de la maturité des acteurs à travailler ensemble, de leur capacité à se mobiliser, et du soutien ou non des A.R.S.

Et ce soutien a été bien présent dans les Hauts-de-Seine depuis le début de nos travaux en avril 2017. Je souhaite exprimer ici notre sincère gratitude à Madame Monique Revelli, Déléguée Départementale de l'A.R.S. pour les Hauts de Seine, qui est, avec son équipe, un partenaire majeur de nos travaux.

Je salue enfin le remarquable travail de coordination du Comité Technique réalisé par Madame Amale Hazaël-Massieux.

Coordination qui n'aurait pas eu de sens sans l'engagement de nos Pilotes et Co-pilotes des Groupes de travail, directement confrontés à la diversité des regards et des cultures présents dans chacun des Groupes !

Bravo donc à tous, qui avez su dépasser l'intérêt individuel ou sectoriel pour rapprocher les cultures et œuvrer pour la santé de tous les Alto-Séquanais et pour le bien commun.

C'est ici une réussite humaine très belle !

Merci de votre attention.

Je propose la parole à Madame Monique Revelli, déléguée départementale des Hauts-de-Seine pour l'A.R.S.

Madame Monique REVELLI, déléguée départementale des Hauts-de-Seine pour l'A.R.S

Remercie le Conseil Départemental pour la mise à disposition de l'amphithéâtre, et tous les acteurs pour leurs implications dans les travaux. Elle remercie son équipe, tout particulièrement M. Gwendal BARS, un appui important pour le projet.

Elle rappelle que l'ARS intervient tant qu'accompagnateur sur le plan méthodologie ainsi qu'un appui pour le financement. Elle souligne que cela est une démarche innovatrice en santé car elle favorise le décloisonnement des milieux complètement différents ; des institutionnelles, des associatifs, ou encore des élus afin de réaliser un diagnostic partagé.

Elle rappelle également l'objectif de cette journée ; restituer et concerter les diagnostics issus des groupes de travail. Elle invite les acteurs qui n'étaient pas présents dans les groupes de travaux, à contribuer dans le but d'aboutir à une feuille de route avec des propositions pour le deuxième semestre 2019.

Elle mentionne le sujet de sectorisation car les offreurs de soins souhaitent évoquer le rapprochement des lieux de soins et des lieux de vie dans le PTSM. Elle souligne que ceci est une problématique particulièrement importante dans le département des Hauts-de-Seine, qui nécessite une réorganisation des secteurs, qui sera peut-être ou peut-être pas discuté à l'issue de la réflexion.

Enfin, elle remercie Mme Amal HAZAËL-MASSIEUX, la coordinatrice du projet.

M. Michel GIRARD, Vice-président du C.T.S et président délégué de l'UNAFAM 92 prend la parole en tant qu'aidant, représentant des usagers.

Il rappelle que l'article 69 était déplaisant et en conséquence il est entièrement réécrit en concertation avec les différents acteurs comme les directeurs des établissements, représentants de psychiatre, des familles, des usagers et des politiques, depuis 2016. Les députés trouvaient que l'amendement était excessif car il faisait 7 pages. Il reconnaît que depuis 2016, il y a eu, donc, plusieurs briques dans les démarches du PTSM92 et rappelle la dernière brique : le projet de réhabilitation psychosociale datant de janvier 2019. Il souligne que l'objectif était de cesser cette segmentation : rupture du parcours qui engendre une rechute et/ou épuisement des familles.

Il remercie tout le monde d'avoir participé et de prendre sur leurs temps pour élaboration du PTSM92, particulièrement la commission qui a accepté de piloter cette mission. Il remercie également l'ARS pour son soutien financier pour le recrutement ainsi que l'implication de son équipe.

Il remercie également les élus locaux. Car ils sont concernés dans cette concertation pour leur légitimité pour faire fonctionner localement l'ensemble du système.

Il définit le PTSM comme un CLSM de niveau 2. Le but de PTSM est d'organiser pour un territoire plus vaste, pour une prise en charge sans rupture du parcours de santé et de vie. Il souligne que nous avons œuvré pour les 6 priorités mais toutes ne peuvent pas être gérées en même temps. Il rappelle donc de prioriser les différentes actions et les commencer début 2020 est notre rôle.

Enfin, il insiste pour que l'objectif de cette journée soit de contester, contribuer et compléter le diagnostic territorial issu des groupes de travail.

LES MOTS DE CONCLUSION DE LA JOURNEE

Mme HAZAEL-MASSIEUX, Coordinatrice des travaux du ptsm 92

Mme HAZAËL-MASSIEUX remercie la DD ARS 92 pour son accompagnement et sa présence à la journée, elle remercie aussi les pilotes et copilotes, les personnes qui ont participé aux groupes de travail et celles qui ont envoyé des contributions, elle remercie également tous les intervenants et tous les participants.

Elle remercie Mme Martinez chargée de projets à l'ANAP de sa présence et de son accompagnement.

Elle remercie le PSYCOM qui a fourni à chaque participant le guide santé mentale 92 et présente les excuses de Maude Meylan qui a eu un empêchement de dernière minute et n'a pas pu être présente pour visionner avec nous le Cosmos mental.

Elle remercie les adhérents du GEM pour leur témoignage.

Elle remercie le Dr Havreng, pour sa confiance.

Elle fait une synthèse appuyée par une illustration en 3 diapositives :

Les travaux du PTSM ont rassemblé des acteurs de différents champs, métiers, secteurs d'activité, élus, représentants des associations de familles d'utilisateurs et des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social et ont permis de faire le constat partagé d'un même vécu (semblable et parallèle)

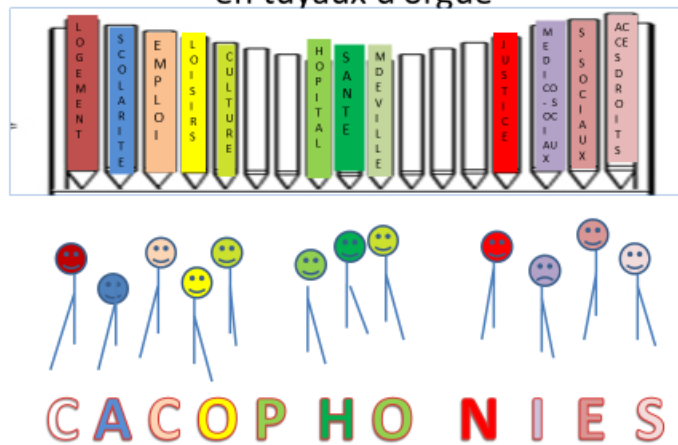
Les participants disent qu'ils ne se connaissent pas suffisamment, qu'ils n'arrivent pas à se coordonner, qu'ils ne connaissent pas les ressources existantes et ont un sentiment d'isolement. Malgré le travail de qualité fourni par chacun à son niveau, les parcours des usagers souffrent de ruptures multiples mettant en échec les efforts déployés. D'où sentiment d'échec, frustration, et incompréhension notamment dans les situations complexes qui deviennent de plus en plus fréquentes.

Métaphore des tuyaux d'orgue :

- Nous travaillons tous avec de grande qualification et compétence, mais d'une manière **cloisonnée**, dans un système qui lui-même est structuré en « tuyaux d'orgues » ; chacun de nos domaines d'activité : sanitaire, social, médico-social, éducation nationale, justice, services administratifs de l'Etat, services des collectivités territoriales etc. présente une certaine complexité et possède un jargon spécifique qui le rend encore plus hermétique.
- Le citoyen qui chemine dans un parcours **de santé et de vie** et qui active les tuyaux d'orgue en fonction de ses besoins, (un service sanitaire, un social, un administratif, un territorial, etc...) le fait avec un certain degré d'efficacité et de satisfaction, dans la mesure où c'est lui-même qui se donne les moyens de connaître le fonctionnement des différents systèmes et gère les interfaces entre ces différents champs.

Par contre, pour les personnes fragiles et vulnérables, qui se trouvent dans le déni, dans une non demande, de surcroît stigmatisées et auto stigmatisées etc., la complexité décourage et les interfaces semblent insurmontables, la personne se trouve ainsi confrontée à des discordances, à des ruptures entre les différents services, une sorte de « Cacophonie » préjudiciable pour poursuivre sur la métaphore de l'orgue !

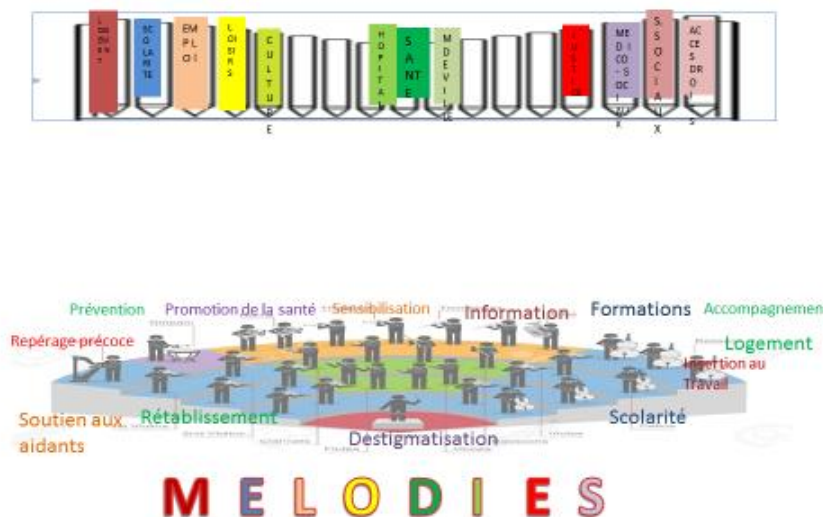
Fonctionnement des systèmes en tuyaux d'orgue



Ce constat partagé a créé chez les participants une envie de travailler ensemble, une envie de mieux se connaître, de mieux se coordonner, et un engagement est pris pour poursuivre les travaux autour d'une feuille de route où il est question d'écrire des partitions à interpréter collectivement d'une manière à rendre possible la production de « mélodies » dans le sens d'un travail harmonieux car coordonné et fluide.

LE PTSM :

des acteurs mobilisés pour écrire une partition commune



Mais pour se faire, il faut rendre accessible le jeu des tuyaux d'orgues au plus fragiles et aux plus vulnérables.

L'orgue dispose d'un clavier /pédalier qui permet d'activer les tuyaux d'une manière simple afin d'obtenir une mélodie.

Ainsi, notre système en « tuyaux d'orgue » aurait besoin d'un dispositif qui le rend accessible : accessibilité à un service dans un champ donné, ou accessibilité à des services coordonnées qui font jouer plusieurs

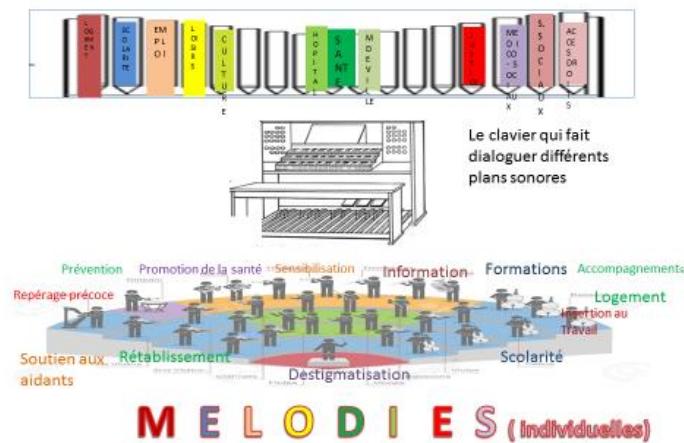
tuyaux à la fois et sur plusieurs registres, dans ce dernier cas il s'agit d'un service intégré de gestion des interfaces: dispositifs de coordination, dispositifs multi partenariaux de proximité, c'est le cas des CLSM.

Mais si nous voulons agir d'une manière égalitaire sur l'ensemble du territoire il nous faut un dispositif territorial qui corrige le défaut du « système en tuyaux d'orgues » pour le rendre opérationnel, accessible, efficace et efficient tel le clavier de l'orgue qui permet en appuyant tout simplement sur une touche de faire souffler un tuyau ou même actionner plusieurs sur différents registres.

C'est avec un tel clavier dont les touches sont accessibles, intégratives, simples d'accès que nous pourrons donner la chance à chaque usager d'écrire « *la mélodie de sa vie* » à son rythme et selon ses besoins. C'est l'ambition du PTSM !

Pour la mise en œuvre du PTSM

Quel dispositif territorial de santé mentale pour décroiser ?



Le Dr. Jean François HAVRENG, Président de la C.S.S.M.-92

Rappelle que les travaux se poursuivent et invite chaleureusement chacun à rester aussi mobilisé. Ensuite, s'il se réjouit du bonheur visible des participants à travailler ensemble, il se demande aussi quelles sont les motivations de participants à œuvrer en faveur des autres et pour un bien commun, par un Projet Territorial de Santé ?

Il répond qu'il s'agit sans doute de solidarité et de citoyenneté. Il définit la solidarité comme le lien humain dense qui unit d'attention, d'amour, les humains vers une construction commune. Le Dr. HAVRENG reprend l'histoire du Petit Prince de Saint Exupéry, utilisée ce matin pour illustrer ce qu'était un « Territoire » en Santé Mentale, et ajoute... que lorsque la Rose lui déclare son amour, le Petit Prince, non sans prudence, en rappelle le préalable « ... pour aimer, il faut se connaître, apprendre à se connaître... ».

Et la levée des frontières sociales, médico-sociales et sanitaires, inter-associatives et sectorielles, le fait d'œuvrer ensemble pour l'intérêt collectif, de créer des ponts et des passerelles, a sans doute permis aux participants de mieux se connaître, de rapprocher leurs cultures et d'œuvrer ensemble de façon bien rayonnante !

Enfin, il souhaite à toutes et à tous une belle fête de la musique et un agréable été, en invitant Madame le Dr Alexandra FOURCADE, pour la clôture de cette journée, journée qui ouvre un nouveau chantier du projet territorial de santé mentale : priorisations des projets qui seront déclinés en feuilles de route, mise en œuvre concrète et résultats suivis.

MADAME ALEXANDRA FOURCADE, adjointe au maire de Neuilly sur Seine, conseillère départementale des Hauts-de-Seine

Le Dr. Alexandra FOURCADE exprime qu'elle est impressionnée par le nombre de personnes présentes et qui ont contribué aux travaux du PTSM92. Elle définit que la santé mentale est un enjeu de santé publique majeur qui a besoin d'activer différents domaines d'intervention : sanitaire, médicosociale, accompagnement vers emploi, éducation ou encore services sociaux. Elle ajoute que l'enjeu n'est pas tant financier que celui d'un changement de méthode de travail, car la complexité du parcours en santé mentale ne permet pas de résoudre le problème quand on est SEUL, il faut décroquer et c'est tout l'enjeu du PTSM.

Elle souligne que la France est un pays qui a beaucoup juxtaposé des dispositifs les uns après les autres. Mais le sujet est d'apprendre à travailler autrement. Elle pose la problématique, qui est le cœur de problème : « A quoi va servir le projet territorial de santé mentale ? »

Elle précise que le point de départ d'un PTSM est d'avoir un diagnostic précis des besoins et de le partager avec les différents acteurs du territoire pour valider les actions à mener. Elle ajoute que cette phase de « se mettre d'accord sur le diagnostic » est une étape cruciale. Elle insiste sur la nécessité de construire une feuille de route concrète et lisible qui soit facile à expliquer avec des objectifs réalistes fixés dans une durée limitée, soit 5 ans pour le PTSM.

Elle est persuadée de l'existence de moyens, prenant l'exemple de l'interprétariat et de son financement. Elle met l'accent sur le fait d'appuyer sur des bons dispositifs avec des bons diagnostics.

Enfin, elle promet d'accompagner le projet territorial de santé mentale, dans le département ainsi que dans les communes, en insistant sur l'importance de partager les bonnes pratiques.

Elle clôture la journée de concertation en remerciant tous les pilotes et tous les participants !

ANNEXES

Annexe 1 : Membres du COPIL - CSSM du CTS des Hauts-de-Seine

NOM	PRENOM	FONCTION
ALOUADI	Mustapha	NEXEM
BOULANGE	Dominique	FHP - Clinique Ambroise Paré
BRAILLON	Pauline	Syndicat NEXEM
CHARLES	François	Président association France Alzheimer dans le 92
FOURCADE	Alexandra	Conseillère départementale
GIRARD	Michel	Président délégué UNAFAM 92
HAVRENG	Jean-François	Président de la Commission, directeur associatif, Médiateur de la Ville de Sèvres, Président Commission Santé Ile-de-France URIOPSS
LEFEVRE	Cécile	CCAS de Courbevoie
MANSOUR	Marie-Paule	Association des familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés - Ile-de-France
MARTIN	Pierre	Directeur établissement de santé MGEN Rueil Malmaison
MATIAS	Louis	Directeur EHPAD Ferrari Clamart
METTON	Agnès	Présidente CME EPS Erasme
NOUGAIREDE	Michel	Président du pôle de santé universitaire Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne
PERNOT	Nicole	Adjointe au Maire déléguée à la solidarité (action sociale), la santé et les seniors, Courbevoie
PUISAI	Nathalie	Présidente association sommeil et santé
TANQUERAY	Carole	Vice-Présidente de la Commission, directrice association des Femmes Relais de Gennevilliers

Annexe 2 : Lettre d'initiative adressée au Directeur général de l'ARS

COMMISSION SPECIALISEE SANTE MENTALE

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE - HAUTS-DE-SEINE

Sèvres, le 4 octobre 2018

A l'attention de Monsieur Aurélien ROUSSEAU,
Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

Objet : Projet Territorial de Santé des Hauts-de-Seine

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur et le grand plaisir, au nom des mandataires, opérateurs usagers et citoyens sensibilisés à la Santé Mentale dans les Hauts-de-Seine, de vous adresser ce-jour par courrier postal :

1. La Lettre d'initiative des Correspondants A.R.S. de notre Comité de Pilotage issu de la Commission Spécialisée Santé Mentale des Hauts-de-Seine
2. Les Lettres d'engagements d'Opérateurs réunies en un document (d'autres pourront vous être communiquées)
3. La Liste des participants présents le 25 septembre à la première session d'ouverture des trois Groupes de travail. Une centaine de participants s'engagent alors, acteurs de tous les secteurs : social, médico-social, sanitaire (libéraux, mutualité, associatif, publique), le Département, l'Assurance Maladie, l'Education Nationale, la M.D.P.H., les élus nombreux, les C.L.S.M., les usagers bien sûrs. Cette liste n'est pas exhaustive.
4. Les noms et fonctions des Pilotes des trois Groupes de Travail
5. L'Organigramme fonctionnel de cette démarche projet, son Comité Technique et sa Coordination

La C.S.S.M. - 92 est soutenue remarquablement par la Délégation Départementale de l'Agence depuis le début de ses travaux en juillet 2017, bien articulée à la Formation des Usagers et à notre Conseil Territorial de Santé. Ses membres mandataires, suppléants, invités, ont d'abord œuvré à décroquer, rapprocher les cultures, et susciter le désir d'aller ensemble plus loin dans ce PTSM, au service de tous.

Permettez-moi d'exprimer ici ma sincère gratitude à la Délégation de l'Agence, efficiente et respectueuse de cette démocratie participative, et à notre Conseil Territorial de Santé, actif et vigilant.

.../...



Délégation départementale des Hauts-de-Seine
Secrétariat de la Commission spécialisée en santé mentale 92
55, Avenue des Champs Pierres 92000 Nanterre
ARS-DD92.CTS@ars.sante.fr

Président : Dr Jean-François Havreng
06.62.50.35.23 - jf.havreng@gmail.com

COMMISSION SPECIALISEE SANTE MENTALE

CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE - HAUTS-DE-SEINE

Nous souhaitons que la démarche engagée ouvre sur des avancées concrètes, si besoin novatrices, valorisant la prévention et le bassin de vie du citoyen. Améliorer la qualité des parcours de vie, de santé, de soins, de chacun, en particulier des plus vulnérables est un enjeu de Santé Publique majeur, et dont les problématiques traitées dans ce projet seront au mieux objectivées, suivies et évaluées.

Je suis disponible pour partager avec vous sur les choix, méthodes et perspectives retenus.

Nous serons très honorés de votre présence et participation aux trois journées de concertation citoyenne dans le département. Elles ponctueront de mars à juin 2019 (les dates en seront arrêtées dans les semaines à venir) les avancées de chacun des trois Groupes de travail.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma sincère et respectueuse considération,



Dr Jean-François HAVRENG
Président de la Commission Santé Mentale
06 62 50 35 23

Annexe 3 : Réponse du Directeur Général de l'ARS (lettre d'initiative)



Direction de l'Offre de Soins
Cellule Projets régionaux / Santé mentale

Affaire suivie par :
Philippe Guinard

Courriel : philippe.guinard@ars.sante.fr
Tél : 01.44.02.05.29.

Docteur Jean-François HAVRENG
Président de la Commission spécialisée
en santé mentale des Hauts-de-Seine
APEI
26/28 rue Père Komitas
92370 CHAVILLE

Paris, le 23 OCT. 2018

Objet : Réponse à votre courrier du 25 septembre 2018 concernant le projet territorial de santé mentale

Monsieur le Président,

Par courrier du 25 septembre 2018, vous proposez de prendre l'initiative d'un projet territorial de santé mentale tel que défini par l'article L3221-2 du code de la santé publique. Le territoire de santé mentale envisagé pour ce projet correspond à l'ensemble des Hauts-de-Seine. Vous avez défini une gouvernance de ce projet, avec un comité de pilotage chargé de superviser la démarche qui associe des acteurs intervenant dans les champs de la psychiatrie, du handicap psychique et de la santé mentale en général. Ce comité de pilotage propose que les correspondants de l'Agence soient :

- Monsieur le docteur Jean-François HAVRENG, président de la commission spécialisée santé mentale du Conseil territorial de santé au titre de l'APEI
- Monsieur Raphaël COHEN, directeur adjoint de l'EPS Roger Prévot
- Madame Pauline BRAILLON, directrice générale du Centre d'Intervention dans la Dynamique Éducative CIDE
- Monsieur François-Xavier POURCHET, directeur départemental de la Fondation des Amis de l'Atelier.

C'est bien volontiers que j'accepte cette proposition et vous encourage à poursuivre la dynamique engagée depuis plusieurs mois, et qui s'est amplifiée avec la réunion de lancement du 25 septembre dernier qui a réuni un large auditoire et permis le démarrage effectif des groupes thématiques. Vous veillerez à associer l'ensemble des acteurs qui peuvent contribuer au projet, en particulier les acteurs de la prévention et les professionnels de santé de premier recours.

35 rue de la Gare - Millénaire 2 - 75935 - Paris Cedex 19
Standard : 01.44.02.00.00
www.ars.iledefrance.sante.fr

J'attire votre attention sur le nouveau Schéma Régional de Santé 2018-2022 qui a été publié le 23 juillet. La santé mentale constitue l'une des 8 priorités thématiques du Schéma avec 24 objectifs d'amélioration. Les projets territoriaux de santé mentale sont un outil essentiel pour décliner et adapter ces objectifs à chaque territoire.

L'Agence régionale de santé est en appui à toutes les étapes d'élaboration du projet. Pour aider la démarche, un soutien financier de 50.000 € est alloué ; il sera géré par l'APEI en fonction des besoins que vous aurez définis avec la Délégation Départementale de l'Agence. En tant que correspondants de l'ARS pour ce projet, vous rendrez compte de l'emploi de cette aide. Je vous invite à définir aussitôt que possible, l'agenda prévisionnel de la démarche du projet et en particulier l'échéance de présentation du diagnostic territorial partagé que je devrai arrêter.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous,

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France


Aurélien ROUSSEAU

1.

Copies envoyées par courriel :

- Monsieur Raphaël COHEN
- Madame Pauline BRAILLON
- Monsieur François-Xavier POURCHET

Annexe 4 : Lettre d'invitation à l'élaboration du PTSM92



Nanterre, le 22 MAI 2018

Objet : Invitation à l'élaboration du Projet territorial de santé mentale des Hauts-de-Seine

Madame, Monsieur, Docteur,

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit en son article 69 l'élaboration, à l'initiative des professionnels de santé, de Projets territoriaux de santé mentale, avec l'ambition d'unir les efforts des acteurs de la santé mentale sur les territoires afin d'améliorer les parcours de vie des personnes rencontrant des difficultés psychiques.

Un décret du 27 juillet 2017 précise les modalités de mise en œuvre de cette démarche et définit trois grands objectifs :

- Favoriser la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités et d'organisations ambulatoires
- Structurer et coordonner l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à destination des personnes atteintes de difficultés psychiques
- Déterminer le cadre de la coordination de second niveau et organiser des parcours de proximité

Ce décret définit également six thématiques que le Projet territorial de santé mentale doit évoquer, recouvrant les différents champs de problématiques rencontrées par les personnes atteintes de difficultés psychiques. Il doit organiser « *l'accès de la population à des dispositifs et services* » relevant des priorités suivantes :

- 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.
- L'organisation de parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles graves dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.
- L'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- L'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes et la lutte contre la stigmatisation

- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Ces objectifs ambitieux nécessitent l'association large des acteurs de la santé mentale et des professionnels au contact des personnes souffrant de difficultés psychiques sur le territoire. Cette participation élargie est la condition première pour faire émerger un diagnostic partagé au plus proche du terrain et des propositions pragmatiques. Dans la perspective du Projet régional de santé 2018-2022 actuellement soumis à concertation, l'Agence régionale de santé porte ainsi l'ambition de faire émerger des Projets territoriaux de santé mentale dans l'ensemble de la région d'ici à l'été 2019.

Le Conseil territorial de santé des Hauts-de-Seine accompagne cette démarche et soutient les acteurs impliqués dans l'émergence du Projet territorial de santé mentale des Hauts-de-Seine. Sa Commission spécialisée en santé mentale s'est saisie du pilotage de la démarche.

La Déléguée départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence régionale de santé et le Président du Conseil territorial de santé vous sollicitent aujourd'hui pour prendre part à ces travaux. Votre concours et votre expertise seront précieux dans cette dynamique au service de la population.

A ce titre, vous êtes cordialement invités à manifester votre intérêt pour la participation à ce projet auprès du secrétariat du Conseil territorial de santé, à l'adresse électronique suivante :

ARS-DD92-CTS@ars.sante.fr

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Président
du Conseil territorial de santé
des Hauts-de-Seine

Professeur Francis BRUNELLE

La Déléguée départementale
des Hauts-de-Seine
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France

Monique REVELLI

Le Président
de la Commission spécialisée en santé mentale
du Conseil territorial de santé
des Hauts-de-Seine

Docteur Jean-François HAVRENG

Annexe 5 : Diaporama journée du lancement du PTSM92



CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

- CSP : codifie l'article 69 de la LMSS
- Décret n° 2007-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial en santé mentale
- CSSM 92 du CTS92
- CSSM 92 élargie qui s'est constituée en comité de pilotage du PTSM 92
- Le PRS IDF adopté le 23 juillet 2018



Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

2

CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

Le CSP et L'article 69 de la LMSS de janvier 2016 :

- Pose les principes de la politique de santé mentale et définit en particulier son ouverture aux « acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. » Article L.3221-1
- Crée le PTSM : les Projets Territoriaux de Santé Mentale, Article L.3221-2-I
- Crée les Contrats Territoriaux de Santé Mentale, comme outil de portage juridique des actions du PTSM, Article L.3221-2-V et le diagnostic partagé en santé mentale devant servir de socle au PTSM, article L.3221-II
- Crée les Communautés Psychiatriques de Territoire, Article L.3221-2-VI

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

3

CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

Le CSP et la LMSS de janvier 2016 :

La démocratie sanitaire

- Le CTS
- La CSSM
- La formation des usagers

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

4

Art. L. 3221-2.-I : Objectifs du PTSM

- « Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 5

Art. L. 3221-2.-I : Objectifs du PTSM

« Il tient compte des caractéristiques sociodémographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 6

Art. R. 3224-1. : Objectifs du PTSM

- I – Le projet territorial de santé mentale
 - 1-Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social;
 - 2-Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social;
 - 3-Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 7



LE PTSM 92

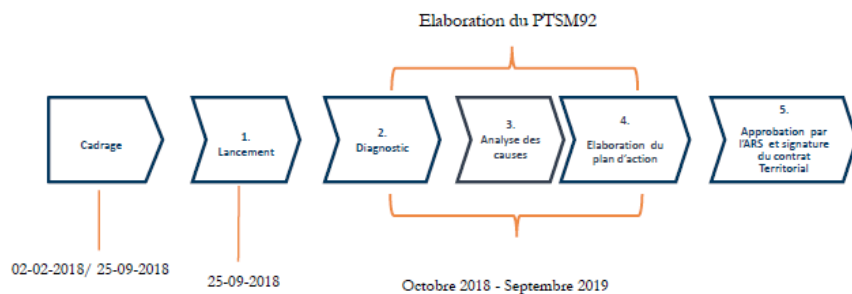
MODALITES D'ELABORATION

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 8

★ DÉMARCHE PROJET



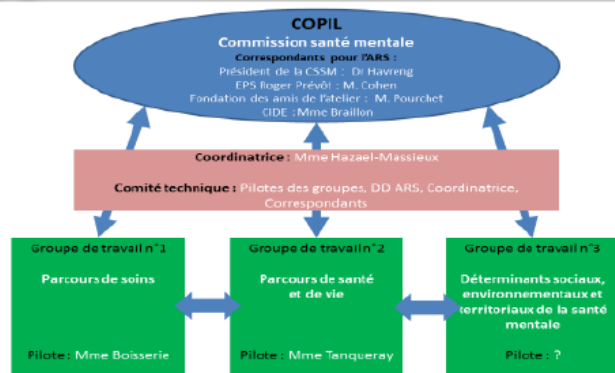
Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018 9

★ CADRAGE

- La Commission Spécialisée en Santé Mentale du 92 mise en place le 4 juillet 2017
- Le comité de pilotage constitué le 2 février 2018
- Choix du territoire : Le département
- Appel à participation des acteurs du territoire : plus de 100
- Lettre d'initiative en cours
- Lettre d'engagement individuelle en cours
- Moyens mis à disposition
- Organisation de la gouvernance

Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018 10

★ ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE



Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018 11

3 Groupes LE PTSM LES GROUPES THEMATIQUES

- 1-Parcours de soins,
- 2-Parcours de Santé et de Vie ,
- 3- Les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux,

Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018 12

6 priorités

PTSM LES 6 PRIORITES

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017

La feuille de route

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

6 priorités

LE PTSM LES PRIORITES

1. Le repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
2. Parcours de santé et de vie sans rupture
3. Accès aux soins somatiques
4. Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence
5. Le respect et la promotion des droits des personnes, le renforcement de leur pouvoir de décider et la lutte contre la stigmatisation
6. L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 14

Groupe 1

LE PTSM PARCOURS DE SOINS

- **Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles**

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

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 15

Groupe 1

LE PTSM PARCOURS DE SOINS

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

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

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 16

Groupe 1

LE PTSM PARCOURS DE SOINS

- **Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence**
 1. *L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence*
 2. *L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques*
 3. *L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)*

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 17

Groupe 2

LE PTSM PARCOURS DE SANTE ET DE VIE

- **Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale**
 1. *L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité*
 2. *L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale*
 3. *L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement*
 4. *L'organisation du maintien dans l'emploi ou de l'accès à l'emploi*
 5. *L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études*
 6. *L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives*
 7. *L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants*

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 18

Groupe 2

LE PTSM PARCOURS DE SANTE ET DE VIE

- **Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques**
 1. *Le respect et la promotion des droits*
 2. *La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques*
 3. *Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches*
 4. *Le développement des modalités de soutien par les pairs*

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 19

Groupe 3

LE PTSM LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, ENVIRONNEMENTAUX ET TERRITORIAUX

- **Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale**
 1. *Les actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;*
 2. *Les actions visant à prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.*
 3. *Les actions visant à valoriser et optimiser les ressources professionnelles et non professionnelles existantes.*
 - *La démographie médicale et la démographie des professionnels*
 - *La formation des professionnels*
 - *Les aidants : Formation-statuts-droits (pour tout type de handicap)*
 - *Les Elus: Sensibilisation-formation*
 - *La Police –la Justice –l'Éducation Nationale*
 - *Les acteurs médico-sociaux*
 - *Les acteurs du social*

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 20

LE PRS IDF

Le PRS IDF 2018-2022 adopté le 23 juillet 2018

Définit et organise la mise en œuvre des priorités de santé ainsi que l'évolution du système de santé régional au service de la santé de tous les Franciliens

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 21

PRS IDF

Sens de l'action à conduire

Le PRS IDF 2018-2022 adopté le 23 juillet 2018

« Il ne s'agit pas d'un plan d'action détaillé mais d'un cadre proposé au niveau régional, à décliner et à adapter dans les projets territoriaux de santé mentale, avec quelques principes d'action aidant à définir les objectifs prioritaires. »

En ce sens il constitue la boussole

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 22

PRS IDF

Sens de l'action à conduire

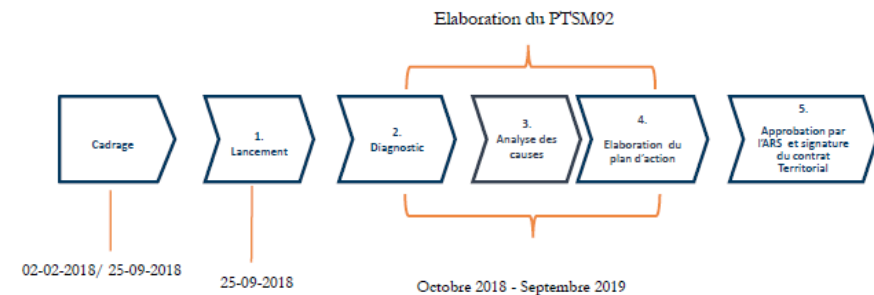
1. Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes
2. Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations
3. Faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé
4. Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques
5. Agir pour des pratiques orientées rétablissement
6. Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation des ressources
7. Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018 23

DÉMARCHE PROJET



Comité de pilotage PTSM92

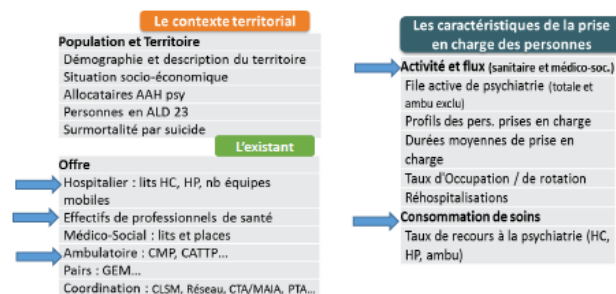
Organisation des travaux

25-09-2018 24



METHODOLOGIE ANAP : LE DIAGNOSTIC 1

- Carte d'identité du territoire - Données du contexte : ATLAS SANTE
Organiser un groupe focal de 6-8 personnes pour analyse et écriture.



Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

25



METHODOLOGIE ANAP : LE DIAGNOSTIC 2

- Le Diagnostic territorial : le Modèle de la Rosace

- L'outil est constitué de 72 questions qui permettent d'interroger et d'objectiver les situations au regard des 5 « portes d'entrée ».
- Pour chaque item, les réponses apportées sont analysées sous l'angle de la communication, des pratiques professionnelles et du pilotage.
- Le résultat est traduit sous forme de radar ce qui permet de visualiser très rapidement les points forts et les axes d'amélioration.

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

26



METHODOLOGIE ANAP : LE DIAGNOSTIC 2

- Le Diagnostic territorial : Le Modèle de la Rosace

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



Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

27



ORGANISATION DES TRAVAUX

- Principes : **efficacité** et **concertation** la plus large possible
 - Constitution des 3 groupes thématiques
 - Parcours de santé et de vie
 - Parcours de soins
 - Les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux
 - Désignation des pilotes
 - Validation des membres (veiller à ce que tous les champs concernés soient représentés)
 - Organisation de 3 journées territoriales une par thème (mars-juin)
 - Ecriture du PTSM 92 et sa présentation lors d'une journée (septembre)

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

28



ORGANISATION DES TRAVAUX

Chaque groupe est responsable de l'organisation et de l'animation d'une journée territoriale autour de son thème de travail en lien avec la coordination et le comité de pilotage du PTSM



- Exposer les éléments de diagnostic ciblé,
- Confirmer et valider l'analyse des causes
- Echanger autour des propositions d'action afin de les enrichir

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

29



ORGANISATION DES TRAVAUX

- o Moyens à disposition des groupes thématiques :
 - Les éléments du diagnostic n°1 (groupe focale de 6-8 personnes),
 - La feuille de route : la mission de chaque groupe, les attendus,
 - L'accompagnement à la méthodologie,
 - Les outils (espace de travail collaboratif, données quantitatives, outils ANAP, questionnaires d'enquête etc..)
 - Une équipe d'appui à la logistique et à la rédaction du PTSM
- o Décider les dates de réunion (3-4 réunions / groupe)

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

30



CALENDRIER

NOM DE LA TÂCHE	RESPONSABLE	2018				2019						
		SEP	OCT	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	AVR	Mai	Juin	Septemb
Préparation de la réunion de lancement	Comité technique											
Constitution des groupes	Comité technique											
Réunion de lancement et de Cadrage	Comité technique		RC									
Préparation et tenue journée 1 : <i>Les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale</i>	Pilote Thème 1											
Ecriture de la synthèse de la journée 1	Pilote Thème 1											
Préparation et tenue journée 2 : <i>Parcours de santé et de vie</i>	Pilote Thème 2											
Ecriture de la synthèse de la journée 2	Pilote Thème 2											
Préparation et tenue journée 3 : <i>Parcours de soins</i>	Pilote Thème 3											
Ecriture de la synthèse de la journée 3	Pilote Thème 3											
Ecriture du PTSM	Comité technique											
Préparation et tenue de la journée de <i>Présentation/ Concertation du PTSM</i>	Comité technique											
Ajustement et finalisation												PTSM

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

31

CONCLUSION

Changer de regard et déstigmatiser

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

C'est pourquoi les acteurs du territoire 92 sont mobilisés avec comme objectif la transformation de leur système de soins et d'accompagnement, mais aussi de leur environnement social afin d'offrir à chaque habitant (patient-usager-citoyens) la **bonne réponse au bon endroit et au bon moment**

Pour ce faire, ils s'appuient sur le :

- o Le PRS IDF : comme boussole
- o Les Priorités du PTSM : comme feuille de route
- o L'Approche « Parcours » de l'ANAP comme méthodologie
- o Et la bonne humeur, l'enthousiasme, la confiance et l'écoute bienveillante de chacun comme ingrédients des rencontres.

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

32



PRs IDF

RESULTATS ATTENDUS à 5 ANS

Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018

1-SOUTENIR LA CITÉ PROMOTRICE DE SANTÉ ET RENFORCER LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES

1. Disposer de projets territoriaux de santé mentale pour toute la Région un an après la publication du PRs
2. Réduire la part des hospitalisations sans consentement de 6 points
3. Soutenir l'implantation et le développement des CLSM en passant de 58 CLSM actifs sur la région en 2017 à 116 CLSM en 2022
4. Augmenter le nombre de GEM troubles psychiques sur la région en passant de 48 à 80 et soutenir la création de GEM pour personnes avec autisme.
5. Participer au deuxième programme de déploiement des médiateurs de santé pairs en santé mentale et à son évaluation

Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018 34

2-FAIRE DE L'INTERVENTION PRÉCOCE LE FIL CONDUCTEUR DES ORGANISATIONS

1. Mettre en place d'ici 2022 au moins un programme multi-partenarial de prévention précoce et développement des compétences parentales sur chaque département
2. Renforcer les programmes de type expérientiel de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire pour enfants de 6 à 12 ans
3. Mettre en place, pendant 3 ans, l'expérimentation "Ecout' émoi" de l'organisation de repérage et prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans
4. Augmenter le recours aux soins pour les 0-4 ans et leurs parents de 15%
5. Disposer d'ici 2022 d'au moins un dispositif de soins partagés médecins généralistes / psychiatres sur chaque département.

Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018 35

3-FAIRE DU DOMICILE LE CENTRE DE GRAVITÉ DU PARCOURS DE SANTÉ

1. Augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, Ets d'hébergements) de 15 %
2. Augmenter le nombre de dispositifs de soins intensifs à domicile
3. Réduire la part des hospitalisations prolongées (6 mois et +) de 10% (en journées)
4. Passer de 800 à 1200 places de logement accompagné recensées

Comité de pilotage PTSM92 Organisation des travaux 25-09-2018 36



4-FAIRE DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS LE CRITÈRE PREMIER D'ÉVALUATION DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES

1. Disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'une organisation de re contact après tentative de suicide
2. Disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'un schéma des urgences psychiatriques adultes
3. Disposer pour chaque territoire d'une organisation pour la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adultes, et pour l'évaluation des perdus de vue

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

37



5-AGIR POUR DES PRATIQUES «ORIENTÉES RÉTABLISSEMENT »

1. Organiser dans chaque territoire l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique, et organiser dans chaque territoire d'une plateforme compétente en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale avec des déclinaisons pour les personnes avec autisme et pour la réadaptation à l'emploi.
2. Organiser dans chaque territoire un dispositif de liens entre la pédopsychiatrie et la médecine scolaire
3. Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation des ressources
4. Consacrer 40% du soutien à l'amélioration de l'offre aux enfants et adolescents
5. Consacrer 50% du soutien à l'amélioration de l'offre aux trois territoires prioritaires
6. Faire converger les taux de recours aux soins ambulatoires des territoires prioritaires en réduisant l'écart avec la moyenne régionale

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

38



6- MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES PRIORITÉS POUR L'ALLOCATION DE RESSOURCES

1. Pour l'allocation des ressources en psychiatrie, les priorités ci-dessus définies seront prises en compte (précocité, ambulatoire, enfants et adolescents, innovation).
2. Pour la réduction des inégalités, des territoires de santé prioritaires ont été identifiés à partir des indicateurs d'offre et de recours aux soins (territoires 77, 93, 95), l'objectif étant de faire converger les taux de recours. La prise en compte de la précarité a été instaurée dans les dotations sur la base de l'IDH2 des aires de recrutement des établissements. Ces modulations seront poursuivies et amplifiées au cours du présent schéma, en tenant compte des évolutions démographiques différenciées ; elles devront aussi être prises en compte par les établissements au sein de leur zone d'intervention. La convergence sera également soutenue en mobilisant les expertises disponibles dans les territoires ayant un écart positif à la moyenne au bénéfice des patientes des territoires déficitaires.

Comité de pilotage PTSM92

Organisation des travaux

25-09-2018

39



7-MOBILISER POUR INVENTER LA PSYCHIATRIE DE DEMAIN

1. Généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation en santé mentale (3 DTRF actuellement)
2. Construire un registre des outils e-santé accessibles aux patients

Comité de pilotage PTSM92

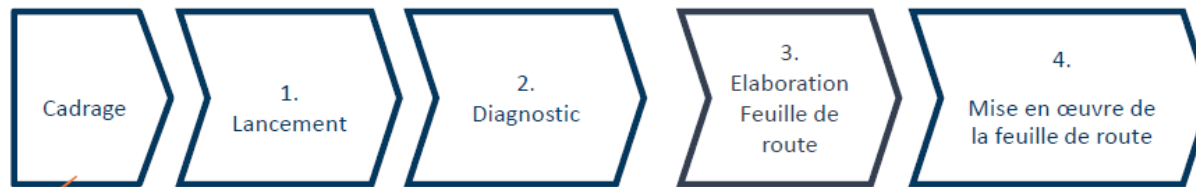
Organisation des travaux

25-09-2018

40



LA DÉMARCHE ANAP



- 1. Choix du territoire d'action
- 2. Cartographie du territoire
- 3. Prérequis

Gouvernance

- 1. Méthode de tri des pistes d'actions
- 2. Construction et validation de la feuille de route et du plan d'action

- 1. Opérationnalité
- 2. Consolidation des acquis

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



Annexe 6 : Membres du groupe Déterminants de la santé mentale

Nom	Prénom	Institution
ALECIAN	Patrick	Médecin coordinateur, psychiatre et pédopsychiatre, Maison des Adolescents 92
BELGHAOUTI	Djilali	Cadre paramédical, Pôle psychiatrie-addictologue, HUPO Corentin Celton HEGP APHP
BELHADJ	Nejma	Présidente, Association Nahda
BINART	Cécile	Responsable service Promotion de la santé, CLSM Antony
CARADEC	Pascal	Cadre sup de santé, EPS Erasme, Assistant de Pole 92G09
CHARREL	Blandine	Directrice, Clinique Dupré FSEF
CHAUZY	Frédérique	Psychologue, Pôle Emploi Nanterre
CLAUDE	Véronique	Directrice, ESAT Fourneaux de Marthe et Mathieu
COHEN	Raphaël	Directeur adjoint chargé des Affaires Générales, de la Qualité et de la Gestion des Risques, EPS Roger Prévot
DE FOS	Emilie	Psychologue coordinatrice, CLSM Nanterre
DE SAINTE MAREVILLE	Fabrice	Psychiatre, Centre Hospitalier Théophile Roussel
DE SIA	Martine	Cadre supérieur de santé, Erasme
DEGOUT	Brigitte	Cadre, ASE Nord 92 - CD92
DEL CERRO	Camille	DDARS92 - PPS
DELMOTTE	Isabelle	Médecin, Psychiatre, EPS, Roger Prévot. PHCP. Secteur Levallois
DORET	Anne-Marie	Cadre supérieur de santé, Clinique Dupré Scaud
EUDES	Béatrice	Directrice, L'escale Solidarité Femmes
GARCIA	Maria	Administration, SAIS 92
KARIM	Eliane	Directrice, Clinique BELLEVUE
KOUYATE	Florence	Infirmière en santé mentale, Association Liens inter-génération sur Nanterre
LAMOUR	Céline	DG Adjointe, Association papillons blancs des rives de seine
LE JEAN	Lise	Vice-présidente, CCAS Bourg-la-Reine

Nom	Prénom	Institution
LECONTE	Marc	Bénévole, UNAFAM, EHS
LEFEVRE	Cécile	CCAS de Courbevoie
LEROY	Anne	Neuropsychologue, Maison de retraite protestante Nanterre
LOUVILLE	Patrice	Psychiatre, Hopitaux Universitaires Paris Ouest
LOYER	Guirec	Directeur, Services Santé-Prévention, Gennevilliers
MAMANN	Bruno	Directeur, ESAT Le Moulin Vert
MARREC	Gregory	Responsable des politiques Institutionnelles, DT PJJ 92 Ministère Justice
MARTIN	Pierre	Directeur, Etablissement de santé mentale MGEN
MATARASSO	Elise	Psychologue, PJJ, Unité Educative de milieu ouvert, Bourg-la-Reine
PARPEX	Pascale	Maire Adjoint, Sèvres
PERNOT	Nicole	Adjointe au Maire déléguée à la solidarité (action sociale), la santé et les seniors, Courbevoie
PORCHE	Agnès	Psychiatre, Association Liens inter-génération
RIFFAULT	Sylvie	Psychologue, Pôle emploi Montrouge
ROBIN	Marie-Laure	Directrice, Clinique du Château de Garches
ROUSSEL	Alban	Directeur du développement, Papillon Blanc-Appedia
ROUVIER	Corinne	Assistante sociale, Pôle Pédopsychiatrie, EPS Erasme
SCHWARTZ	Elsa	Médecin pour le réseau nord des hauts de seine
SORRIAUX	Jean-Philippe	Directeur Général, Espérance Hauts de seine
SPITERI LE LIRZIN	Nathalie	Responsable Espace santé Jeunes, Gennevilliers
TRICHEUX	Etienne	Directeur, Pôle Emploi Bagneux
VOEGELI	Géraldine	Psychiatre, HUPO Corentin Celton

Annexe 7 : Membres du groupe « Parcours de santé et de vie »

Nom	Prénom	Institution
DE FOS	Emilie	Psychologue coordinatrice, CLSM Nanterre
DE SIA	Martine	Cadre supérieur de santé, Erasme
DEGOUT	Brigitte	Cadre, ASE Nord 92 - CD92
GARCIA	Maria	Administration, SAIS 92
LAMOUR	Céline	DG Adjointe, Association papillons blancs des rives de seine
LE JEAN	Lise	Vice-présidente, CCAS Bourg-la-Reine
LECONTE	Marc	Bénévole, UNAFAM, EHS
MARTIN	Pierre	Directeur, Etablissement de santé mentale MGEN
ROUVIER	Corinne	Assistante sociale, Pôle Pédopsychiatrie, EPS Erasme
SORRIAUX	Jean-Philippe	Directeur Général, Espérance Hauts de seine
TRICHEUX	Etienne	Directeur, Pôle Emploi Bagneux
ABEL	Mme	Responsable Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), Les Cerisiers
AHAMEDALLY	Asiffe	Chef du service hébergement et accès au logement, UT DRIHL
ARPINO	Pierre	Directeur IME "Au fil de l'autre"
AUGIER	Emmanuelle	Chef de service - Neuropsychologue, L'ADAPT Hauts-de-seine
AUMONT	Marie-Paule	Responsable, CCAS PLESSIS ROBINSON
BECHKOFF	Nicolas	Directeur d'Ecole Elementaire, les Bruyères, SEVRES, Education Nationale
BELHADJ	Sabrina	Cheffe du Bureau Planification et Programmation, UT DRIHL
BONTEMPS	Sandrine	Responsable, EDAS Gennevilliers, CD92
BOURDOUKAN	Georges	Psychiatre, Groupe Hospitalier Paul Guiraud
BOUSSION	Raphael	Psychiatre, Centre Hospitalier Théophile Roussel
BRAILLON	Pauline	DG CIDE, Ville d'Avray
BRICOUT-CHANDEMERLE	Christine	Directrice, Réseau 92 nord

Nom	Prénom	Institution
CARABEUX	Sandrine	Pilote de l'Equipe, Relais handicaps rares Ile-de-France
CHANSIAUX-BUCALO	Christine	Chef de pôle, Gériatrie de Courbevoie
CHARLES	François	Président, "France Alzheimer 92"
CHOLLEY	Mireille	Psychologue, Pole Emploi Puteaux
CORNU	Laurie	Conseillère technique, Promotion de la Santé, PJJ
COSTA-MORAIS	Laura	Adjointe de direction, Association AGATA
COUFFINHAL	Agnes	Psychologue coordinatrice, CLSM Nanterre
DE SAINT-MARTIN	Maya	Directrice administrative, ASDES
DEBRIL	Sylvie	APEI Sèvres-Chaville-Ville d'Avray
DRUSIANI	Caroline	Cadre supérieur de santé, Erasme
DUCOUTUMANY	Géraldine	Médecin, HUPO Corentin Celton
DUCREUX	Sophie	Psychologue, (PCPE) Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées, 92 NANTERRE
DUPEYROUX	Christine	Coordinatrice, CLSM Meudon
FORNARELLI	Béatrice	Responsable du Service Evaluation des Orientations Adultes, MDPH92
FOSSEY	Céline	Chef de service, ESAT Camille Hermange
FRUGIER	Christelle	Directrice, CCAS Meudon
GARNIER	Anne-Marie	Pedo-psychiatre, EPS Roger Prévot
GIBON	Lucie	Médecin de l'unité d'accueil thérapeutique pour adolescents, Roger Prévot, 92101
GOMEZ	Marion	Chargée de mission, ARS DD92
GOUST	Karine	Psychologue, ERHR (Equipe relais handicaps rares) IDF
GUIGUE	Sophie	Adjointe à la Directrice du parcours de soins, Groupe Hospitalier Paul Guiraud
GUILLON	François	Médecin, HUPO Corentin Celton

Nom	Prénom	Institution
GUY	Anabelle	Directrice, Centre d'éducation motrice Garches (EREA)
HABERT	Fabienne	Médecin coordinateur, MDPH 92
HENSHAW	Marie-Christel	Directrice Adjointe, CCAS Clamart
KOSSOKO	Nassiratou	Chargée de projet, Direction insertion emploi CD92
LAPIERRE	Isaure	Service prévention santé DMSP, Gennevilliers
LE BORGNE	Alice	Cadre coordinateur des soins, MGEN
LEBLANC	Eve	Médecin responsable, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, EMPP Sud 92
LERMIGNY	Gisèle	Directrice, Pôle enfance, Association Papillons blancs des rives de seine
LEVEQUE	Stéphane	Directeur, Réseau Osmose
MARTEL	Rémi	Directeur, ADAPEI 92
MASSET	Manuèle	Directrice, Institut des Jeunes Sourds, BOURG LA REINE
MATHIEU	Denis	Directeur médical, MGEN Rueil-Malmaison
METTON	Agnès	Présidente, CME, EPS Erasme
MULLER	Clément	Adjoint de direction, Clinique Bellevue et Relais jeunes de sevres
PAGERIE-DIEMER	Bérangère	Directrice Adjointe, Santé, développement social et CCAS, Colombes
PERICHON	Yvonne	Adjointe au Maire à l'amélioration de l'habitat, hygiène et santé, Colombes
PERISSE	Elisabeth	Direction de l'autonomie, CD 92
PEYLE	Anne-Sophie	Présidente, Association Autistes Sans Frontières
PIERRE	Catherine	Médecin coordonnateur, AMV CHATILLON
POLIAN	Sophie	Travailleur social insertion
REUSSE	Cécile	ESAT Le Moulin Vert
RUBICONE	Stéphanie	Psychologue, Pôle Emploi Nanterre
SEDAROS	Constante	Vice présidente, CDAPH de la MDPH 92

Nom	Prénom	Institution
SILVA	Cristina	DDARS92 - Autonomie
TAIEB	Patrick	Directeur Général, Association AGATA
TANQUERAY	Carole	Vice-Présidente de la Commission et Directrice, Association des Femmes Relais de Gennevilliers
TAQUET	Adrien	Député de la 2e circonscription des Hauts-de-seine
TEISSANDIER	Sandrine	Responsable, EDAS Clichy, CD92
TESTART	Arnaud	Adjointe direction, Nightingale Hospitals, Clinique du Château. Mentalhealth & recovery center
THIBAUT-UTEZA	Anne-Claire	Cadre de santé, HUPO Corentin Celton
TOURRES	Dominique	Psychiatre, CIDE-Hôpital de jour, Centre du Parc de Saint-Cloud
TRANTAFYLLOU	Michel	Chef de pôle santé mentale, VPCME, CASH
VICENTE	Fanny	Coordinatrice Handicap, CCAS Antony

Annexe 8 : Membres du groupe « Parcours de soins »

Nom	Prénom	Institution
DEGOUT	Brigitte	Cadre, ASE Nord 92 - CD92
GARCIA	Maria	Administration, SAIS 92
MARTIN	Pierre	Directeur, Etablissement de santé mentale MGEN
BOUSSION	Raphael	Psychiatre, Centre Hospitalier Théophile Roussel
BRAILLON	Pauline	DG CIDE, Ville d'Avray
CHANSIAUX-BUCALO	Christine	Chef de pôle, Gériatrie de Courbevoie
CHARLES	François	Président, "France Alzheimer 92"
KOSSOKO	Nassiratou	Chargée de projet, Direction insertion emploi CD92
LEBLANC	Eve	Médecin responsable, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité, EMPP Sud 92
PAGERIE-DIEMER	Bérangère	Directrice Adjointe, Santé, développement social et CCAS, Colombes
PERICHON	Yvonne	Adjointe au Maire à l'amélioration de l'habitat, hygiène et santé, Colombes
REUSSE	Cécile	ESAT Le Moulin Vert
TOURRES	Dominique	Psychiatre, CIDE-Hôpital de jour, Centre du Parc de Saint-Cloud
TRANTAFYLLOU	Michel	Chef de pôle santé mentale, VPCME, CASH
ALECIAN	Patrick	Médecin coordinateur, psychiatre et pédopsychiatre, Maison des Adolescents 92
PARPEX	Pascale	Maire Adjoint, Sèvres
AMAR	Gilles	Médecin, HUPO Corentin Celton
ANASTASSIOU	Vaughelis	Médecin, Centre Hospitalier des Quatre Villes

Nom	Prénom	Institution
ASSOULINE	Moïse	Médecin Coordinateur du pôle autisme de l'Association, Fondation l'Elan Retrouvé
BAGASSIEN	Francine	Responsable, EDAS
BARBILLON-PREVOST	Cécile	Psychiatre, Centre Hospitalier Théophile Roussel
BARON	Vicki	Chef des services éducatifs, Entraide Universitaire
BARRETEAU	Sylvie	Médecin CMP d'Asnières et Soins et Culture, Roger Prévot
BOISSERIE	Cécilia	Directrice déléguée Hauts-de-Seine, Groupe Hospitalier Paul Guiraud
CAUBEL	Joséphine	Psychiatre, Erasme
CERBONESCHI	Valérie	Chef de pôle à Clamart, Groupe Hospitalier Paul Guiraud
CHABALIER	Gaëlle	Psychologue, PJJ Unité Educative d'Hébergement Collectif de Bagneux
COHEN	Gérard	Directeur, Association Entraide Universitaire
DISCHAMPS	Jérôme	Docteur et Directeur, Clinique Médicale de Ville d'Avray
DUBOULE	Sophie	Clinique Rochebrune
DUBOUIS	Bernard	Psychiatre, Centre Hospitalier Théophile Roussel
DUTECH	Mireille	CDS du SAV Rives de Seine
EMERY	Sophie	Médecin généraliste et Coordinatrice, Réseau ASDES
GENOVESI	Andrée	Adjointe au Maire, Déléguée aux affaires sociales et familiales, santé et handicap, Rueil-Malmaison
GILLES	Christine	Coordinatrice, CLSM de Bagneux
GIRARD	Michel	Président Délégué, UNAFAM (Union nationale des familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques), EHS

Nom	Prénom	Institution
GUIBERT WATWAT	Linda	Directrice, EHPAD Korian Florian Carnot
GUYOT	Ségolène	Médecin, (PCPE) Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées 92
HANON	Cécile	Médecin, HUPO Corentin Celton
ILDEBRANDT	Cathy	Chef de service, Prévention-Santé, Rueil-Malmaison
JANCOURT	Daniel	Directeur, EPS Erasme
JEAN	Coralie	Clinique Rochebrune
KNECHT	Michèle	Cadre coordinatrice, CSAPA, Centre Hospitalier des Quatre Villes
LAHELY	Jacques	Directeur général, Centre Hospitalier Théophile Roussel
LATGER	Catherine	Directrice, Centre Hospitalier Rive de Gauche
LECLERC	Celia	Directrice, Affaires sociales et solidarités, Chatenay Malabry
LESUEUR	Stéphanie	Conseillère technique santé, Direction Territoriale PJJ 92
LETELLIER	Elisabeth	Chef, Service Action Sociale et Insertion, Rueil-Malmaison
LETHUILLIER-PRIEUR	Christelle	Service insertion emploi, Pôle solidarités CD 92
MAGNY DENNIEL	Pauline Gaëlle	idec Tour d'Auvergne Psychologue Tour d'Auvergne
MARY	Jules	Chargée de mission, diagnostic en santé mentale, Boulogne-Billancourt
NOUGAIREDE	Michel	Médecin et Président du pôle de santé universitaire Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne
PAVY	Eric	Directeur Adjoint, CPAM 92
PERRET	Anne	Psychiatre et Responsable Dispositif Psychiatrie Adolescent, Service du Professeur Caroline Dubertret, APHP

Nom	Prénom	Institution
PIERRE	Catherine	Médecin coordonnateur, EHPAD AMV CHATILLON
PINTO	Tereza	Coordinatrice, CLSM Neuilly-sur-Seine
PIONNIE-DAX	Nancy	Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, chef de pôle EPS Erasme
RENON	Marine	Centre de Santé, Clinique du Château
RIVET-LAMRANI	Rachida	Responsable adjointe, EDAS Antony Sceaux Bourg-la-Reine, CD92
SEIF	Aline	Médecin coordonnateur, Réseau 92 Nord
SIMON	Laurence	CMPP NANTERRE - IME/IMPM BALZAC Nanterre
SORRIEU	Anne	Psychiatre, Responsable de l'unité fonctionnelle Psychiatrie de l'adolescent, Louis Mourier
THI MI	Marion	Cadre de santé Infirmier, Centre Hospitalier Théophile Roussel, Secteur 92102
TOISER	Vincent	Responsable du Département de l'Offre de Soins, DD92, ARS Ile-de-France
TOUZEAU	Tina	Médecin, Roget Prévot, secteur 92G05
ZANN	Michèle	Présidente, C.M.E. EPS Roger Prévot

Annexe 9 : Programme de la journée de concertation



PROGRAMME

Journée de concertation autour du diagnostic territorial de santé mentale sur le 92.

8h30 – 9h Accueil café des participants

9h00 : Mots d'accueil :

- **Dr Jean-François HAVRENG**, Président du copil PTSM 92
- **Prof. Francis BRUNNELLE**, Président du CTS
- **Madame Monique REVELLI**, Déléguée départementale de l'ARS

9h15 h : Séquence introductive : Le PTSM, philosophie, objectifs, méthodologie, attentes

- **Mme Amal HAZAEL-MASSIEUX**, Coordinatrice du PTSM92 : Pitch : Dessines-moi... Un territoire !
- **Mme Corinne MARTINEZ, ANAP**, Accordons nos violons, pour une vision commune et partagée du PTSM. La santé globale et ses déterminants, le rétablissement, la réhabilitation, les parcours,
- **Mme Maude MEYLAN, PSYCOM** : Vidéo : le cosmos mental
- **M. Michel GIRARD, UNAFAM**, les attentes des sujets et de leurs proches : un changement de paradigme

10h 15 : Diagnostics Quantitatifs : Carte d'identité du territoire

- **M. Gwendal BARS**, Chargé de mission DTARS92
- **M. Raphaël COHEN**, Directeur adjoint GHT Nord 92/Sud95

10h45 – 11h15 Pause

11H15 : Les Déterminants de la santé mentale : Mme Nicole PERNOT-Mme Cécile LEFEVRE et Mme Cécile BINART

12h30-13h30 : Pause déjeuner

13h30 : Parcours de soins : Mme Cécilia BOISSERIE - M. Daniel JANCOURT

14h45 : Parcours de Santé et de Vie : Mme Carole TANQUERY - Mme Sandrine BONTEMPS

16h00 : Conclusion

16h30 : Clôture

Annexe 10 : Journée de Restitution et de Concertation autour du Diagnostic territorial de santé mentale 92



Conseil Territorial
de Santé
Hauts-de-Seine

COMMISSION SPECIALISEE SANTE MENTALE
CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE - HAUTS-DE-SEINE

PTSM 92
Projet Territorial de Santé Mentale

PTSM Hauts-de-Seine

Journée de Restitution et de Concertation
autour du Diagnostic territorial de santé
mentale

Le 21 juin 2019

9h à 17h

Amphithéâtre H

Pôle Universitaire de Léonard de Vinci



PROGRAMME DE LA MATINEE 21 JUIN 2019

PTSM 92

8h30	ACCUEIL DES PARTICIPANTS	10h15	Diagnostic quantitatif : carte d'identité du territoire M. Raphaël COHEN, Hôpital Max Fourestier / EPS Roger Prévot ; M. Gwendal BARS, délégation départementale 92, ARS IDF
9h00	OUVERTURE Dr. Jean-François HAVRENG, Président du Comité de Pilotage-PTSM92 Mme Monique REVELLI, Déléguée départementale des Hauts-de-Seine, Agence régionale de santé d'Île-de-France	10h45	PAUSE
9h15	SÉQUENCE INTRODUCTIVE « LE PTSM : PHILOSOPHIE, OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE, ATTENTES » Mme Amal HAZAEL-MASSIEUX, coordinatrice du PTSM 92 ; Mme Corinne MARTINEZ, Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ; M. Michel GIRARD, Union nationale des familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques (UNAFAM)	11h15	Groupe « Déterminants de la santé mentale » Restitution, focus thématiques et échanges avec la salle Co-Pilotes : Mme Nicole PERNOT, Adjointe au Maire, Ville de Courbevoie ; Mme Cécile LEFEVRE, CCAS de Courbevoie ; Mme Cécile BINART, CLSM d'Antony, Témoignages : Mme Frédérique CHAUZY, Psychologue de travail, Pôle-Emploi Mme Sylvie RIFFAULT, Psychologue de travail, Pôle-Emploi Mme Cécile BINART, CLSM Antony, Mme Emilie DE FOS, CLSM Nanterre DEJEUNER
		12h30	

OUVERTURE

PTSM 92

Dr Jean-François HAVRENG, Président du Comité de Pilotage - PTSM 92

Mme Monique REVELLI, Déléguée départementale des Hauts-de-Seine, Agence régionale de santé d'Île-de-France

SEQUENCE INTRODUCTIVE : LE PTSM : PHILOSOPHIE, OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE, ATTENTES

PTSM 92

Mme Amal HAZAEL-MASSIEUX,
coordinatrice du PTSM 92

Dessines-moi... un territoire!

LA SANTÉ MENTALE Selon l'OMS

Mme CORINNE MARTINEZ, AGENCE NATIONALE D'APPUI À
LA PERFORMANCE (ANAP)

Mme HAZAEL-MASSIEUX , COORDINATRICE DU PTSM 92

« Un état de complet bien-être **physique, mental et social**, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

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

LA SANTÉ MENTALE Selon l'OMS

« «C'est 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 Selon l'OMS

la santé mentale comporte trois dimensions :

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

LA SANTÉ MENTALE LA CHARTE D'OTTAWA 1986

« Pour parvenir à un état de complet **bien-être physique, mental et social**, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir :

- identifier et réaliser ses ambitions,
- satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.

c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; **son ambition est le bien-être complet de l'individu** ».

LES PARCOURS LA CHARTE D'OTTAWA 1986

« Inspiré de la Charte d'Ottawa, 1986..

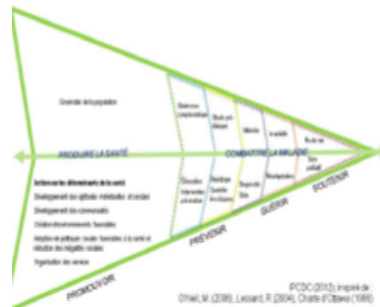
Le parcours de vie intègre les parcours de soins et de santé.

Il est une réponse aux besoins de la personne dans son environnement.

Il intègre l'ensemble des acteurs de la sphère sociétale et notamment, les interactions avec l'éducation et l'emploi.

C'est ainsi une prise en charge globale de l'utilisateur, prenant en compte ses choix, en coordination avec l'ensemble des acteurs.

LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE LA CHARTE D'OTTAWA 1986



Un territoire, une population
Territoire de santé mentale
Les acteurs et professionnels de santé présents définissent un projet

Projet territorial de santé mentale

Pour répondre aux besoins de tous et de chacun qui vivent sur ce territoire

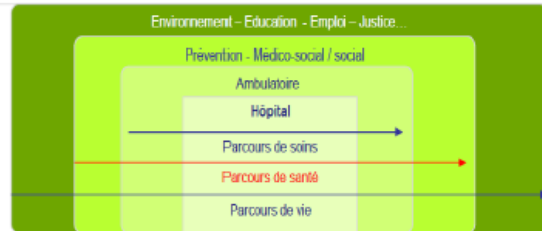
Selon une approche de rétablissement

LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

« *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.* »

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

Parcours, vous avez dit parcours



« Le **parcours de vie** correspond à la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. »
CNSA (2012)

« Les **parcours de soins** comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins. »

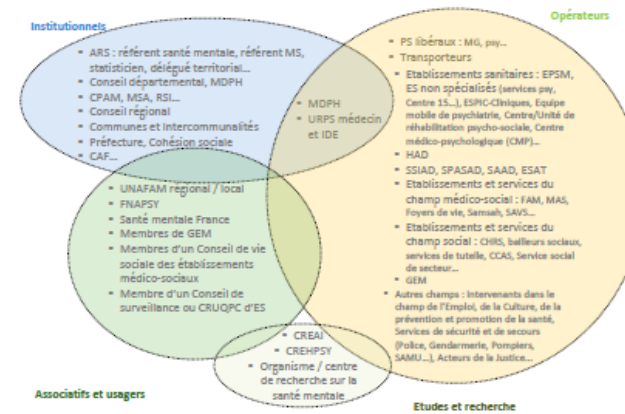
HAS (2012)

« Le **parcours de santé** est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisée, dans un temps et un espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico social et le social »
ARS Bretagne (2012)

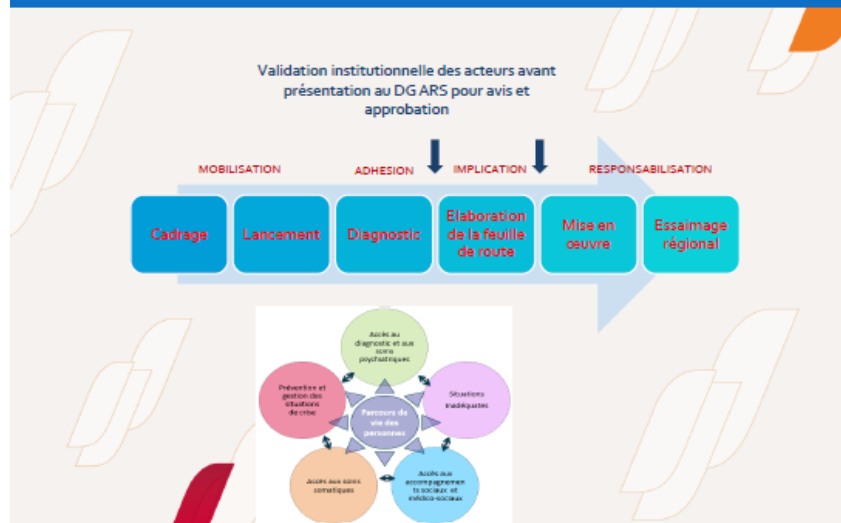
« Cesser de concevoir la médecine comme une succession d'actes ponctuels et créer une **médecine de parcours**, qui repose sur la coopération des professionnels et l'implication des patients »

Stratégie Nationale de Santé (2013)

D'OÙ PARTONS-NOUS ?



Un peu de méthode...



LES 6 PRIORITÉS DU PTSM

1. Le repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
2. Parcours de santé et de vie sans rupture
3. Accès aux soins somatiques
4. Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence
5. Le respect et la promotion des droits des personnes, le renforcement de leur pouvoir de décider et la lutte contre la stigmatisation
6. L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux

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

Du PTSM à la Réhabilitation psychosociale

PTSM 92
Projet Territorial de Santé Mentale



Du PTSM à la Réhabilitation psychosociale

Dans le PTSM, les acteurs s'organisent pour apporter une réponse coordonnée et graduée aux besoins de la population vivant sur un territoire donné, quelles que soient ses caractéristiques ou ses pathologies



Une réponse qui privilégie l'approche **rétablissement** en favorisant :

- la prise en compte de sa personne selon une approche écologique (biospsychosociale) en intégrant les aidants
- Le projet personnalisé (de soin et d'accompagnement)
- la notion de proximité à la personne, en proposant un panel de solutions diversifiées disponibles sur le territoire
- le maintien à domicile avec les étayages nécessaires

Une réponse qui privilégie l'organisation des interfaces entre les différents champs pour un parcours plus fluide

Intégration dans les pratiques de notions de santé publique qui favorisent la prévention et la réinsertion => nécessité d'organiser le suivi du soin et des accompagnements tout au long du parcours



La Réhabilitation psychosociale

Qu'est-ce que la Réhabilitation psychosociale ?

LA RÉHABILITATION PSYCHO-SOCIALE

Résultat du sondage : 19 participants

- 1 Connotation négative du terme liée à l'histoire (Social)
- 7 Ne connaît pas, n'utilise pas
- 3 Représentation personnelle :
 - Basée sur le sens du terme d'une manière générale
 - Ciblant une méthode ou une pratique
- 3 Définition partielle ciblant :
 - les compétences de la personnes et les modes d'accompagnement
- 2 Définition qui introduit la notion de projet de vie
- 3 Définition complète : Approche, méthode et outils, accompagnement, insertion en s'appuyant sur les compétences de la personne, avec la primauté de la place de la personne (le faire avec) : Changement de paradigme

La réhabilitation : terme ambigu

Sens anglo-saxon

- il signifie restaurer les habiletés, les capacités sociales
- *C'est ainsi que certaines équipes, en se référant au concept anglo-saxon, situent la réhabilitation du côté des soins de réadaptation, qui relèvent donc du médical,*

Sens Français

- *il signifie restaurer dans une dignité (perdue).*
- *tandis que d'autres se référant à la conception Française, la situe du côté de la réinsertion, qui relève donc du social*

LA REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE C'EST QUOI ?

L'expression *réhabilitation psychosociale* renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes.

LA REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE C'EST QUOI ?

La réhabilitation repose sur l'idée que **toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi.**

Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi).

La réhabilitation **se base toujours sur les capacités préservées des personnes** et les utilise pour palier au mieux aux déficits.

La réhabilitation psychosociale, **le rétablissement** et **l'inclusion** des personnes souffrant de troubles psychiques **sont aujourd'hui considérées comme des priorités de santé.**

DEFINITION DU RETABLISSEMENT

«C'est une démarche personnelle et unique, visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités et/ou les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie. Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale».

William Anthony

(expérience de la maladie

DEFINITION DU RETABLISSEMENT

- La dimension clinique (rémission des symptômes) ;
- La dimension fonctionnelle (avoir un travail, être indépendant) ;
- La dimension sociale (repandre contact avec sa famille et ses amis, avoir un sentiment d'appartenance) ;
- La dimension physique (améliorer sa santé, avoir une bonne alimentation, faire de l'exercice) ;
- La dimension existentielle (avoir un but, donner un sens à sa vie, ne pas désespérer, faire de la place à la spiritualité).

d'après les chercheurs

Rob Whitley Robert Drake

Le périmètre de la RPS : Une prise en compte globale de la personne

• Un plan personnalisé de rétablissement :

- L'usager (et ses aidants ou parents) s'approprie le bilan de l'évaluation lors de la restitution de celui-ci au cours d'une synthèse pluridisciplinaire (en présence de l'ensemble de l'équipe de réhabilitation et des partenaires gravitant autour de la prise en charge). Un programme de soins individualisé de RPS est alors contractualisé avec l'usager et l'ensemble des intervenants. Par la suite des synthèses pluridisciplinaires de mi-parcours sont organisées.

• Le suivi du soin

- L'organisation doit prévoir la restitution systématique et régulière de l'évolution de la personne à l'équipe ou au professionnel adresseur, qui pourra poursuivre le suivi médical.
- Le dispositif doit fonctionner en interconnexion (réseau) avec l'ensemble des partenaires du projet territorial de santé mentale qui interviendront selon les besoins de la personne : soin, logement, scolarité, insertion et maintien dans l'emploi, loisirs, aides à domicile, case manager ...

Le périmètre de la RPS : Une prise en compte globale de la personne

• Une prise en compte globale : sanitaire et MS

- Le sanitaire agit sur les limitations d'activité : la personne sait faire vs, elle ne sait pas faire
- Le MS agit sur les restrictions de participation : la personne fait, vs elle ne fait pas
- Le sanitaire travaille sur les compétences, les limitations, le renforcement des capacités
- Le MS travaille sur le transfert et la généralisation des compétences
- Les deux interventions doivent se faire simultanément
- Pour permettre l'intervention précoce du MS, il faudrait pouvoir généraliser la dissociation de cette intervention de l'octroi de la prestation de compensation (dispositifs mixtes).

Le parcours de la personne : définition des besoins

• La proximité

- L'accès doit être possible pour toutes les personnes qui en ont besoin dans leur territoire de vie.
- Les acteurs de soins de proximité doivent pouvoir proposer une réponse permettant l'évaluation et le suivi de la personne et de ses aidants :
 - Les CMP, HDJ, CATTP, VAD, Les psychiatres libéraux,
 - Les psychothérapeutes libéraux,
 - Les case manager
 - ...
- Y dans les structures médicosociales : SAMSAH, FAM, ESAT, ...
- Avec a minima :
 - entretiens motivationnels, psychoéducation/ETP de la personne et des familles, entraînements aux habiletés sociales.
 - Remédiation cognitive avec une offre minimale de programme (au moins 1 programme en individuel et 1 en groupe)
 - L'accès à des neuropsychologues
- Sinon => recours au centre référent (équipes mobiles, télémedecine, téléconsultations, téléexpertises, ...)

Le parcours de la personne : définition des besoins

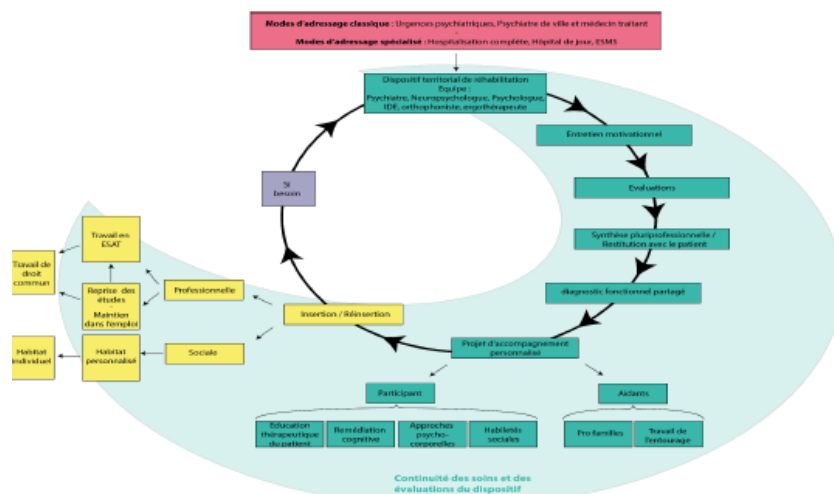
- Un fonctionnement en réseau pour un parcours de vie inclusif :
 - Tous les intervenants dans le parcours de la personne sont concernés (partenaires du projet territorial de santé mentale)
 - Le réseau doit permettre une organisation coordonnée et transparente pour que chaque intervenant puisse agir en fonction des besoins de la personne et de ses aidants
 - Les interventions successives et/ou concomitantes doivent s'organiser afin d'éviter les ruptures de parcours
 - Les intervenants concernés :
 - Soins
 - Logement, adapté ou non,
 - Scolarité, insertion professionnelle, maintien dans l'emploi, adapté ou non
 - Aides à domicile
 - Loisirs,
 -

Comment réaliser un dispositif de RPS ?

- S'appuyer sur l'élaboration du Projet territorial de santé mentale pour réaliser :
 - Un diagnostic territorial partagé
 - Carte d'identité du territoire
 - Spécificités des parcours : recensement des partenaires
 - Le recensement des acteurs du territoire
- S'appuyer sur le périmètre du PTSM pour construire :
 - Une organisation lisible au niveau du département
 - Déclinée au niveau de proximité : lieu de vie des personnes



Schéma organisationnel du parcours de l'utilisateur en réhabilitation psychosociale



Pour aller plus loin

...

- Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : 1^{ère} approche (04/06/2015)
 - <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>
- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale : Méthodes et outils au service des territoires (13/12/2016)
 - <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>
- Les principales actions mises en œuvre dans les territoires (15 mars 2019)
 - <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-tome-2-retour-d-experiences/>
- Le déploiement de la Réhabilitation psychosociale dans les territoires (15 mars 2019)
 - <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-place-la-rehabilitation-psychosociale-dans-les-territoires/>

Vidéo : Le Cosmos Mental

PTSM 92

https://www.youtube.com/watch?v=Ne_KHiLdvZo

Psycom

SÉQUENCE INTRODUCTIVE « LE PTSM : PHILOSOPHIE, OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE, ATTENTES »

PTSM 92

M. Michel GIRARD, Président Délégué, Union nationale des familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques (UNAFAM 92)

PTSM 92
Projet Territorial de Santé Mentale

Carte d'identité du territoire de santé mentale Hauts-de-Seine

M. Raphaël Cohen, EPS Roger Prévot – Hôpital Max Fourestier CASH

M. Gwendal Bars, ARS Ile-de-France – Délégation départementale des Hauts-de-Seine

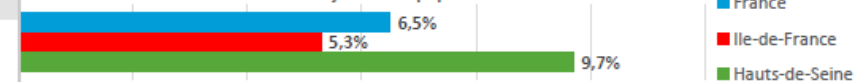
Un département très dense et actif

PTSM 92

	Hauts-de-Seine	Ile-de-France	France
Superficie (km ²)	176 km ²	12 012 km ²	632 734 km ²
Effectif de population	1 591 400	11 959 800	65 781 800
Densité (hab/ km ²)	9 062,1	995,6	104
Evolution 2008-2013 (%)	2,7 %	2,6 %	2,8 %

Structure de population	Hauts-de-Seine (%)	Ile-de-France (%)	France (%)
Moins de 15 ans	19,5	19,7	18,5
15 – 29 ans	19,4	20,3	18
30 – 44 ans	23,2	21,9	19,5
45 – 59 ans	18,7	19,3	19,9
60 – 74 ans	11,8	12,2	14,9
75 ans et plus	7,3	6,7	9,1

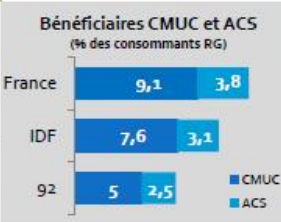
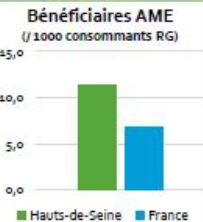
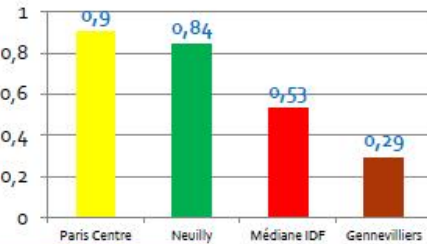
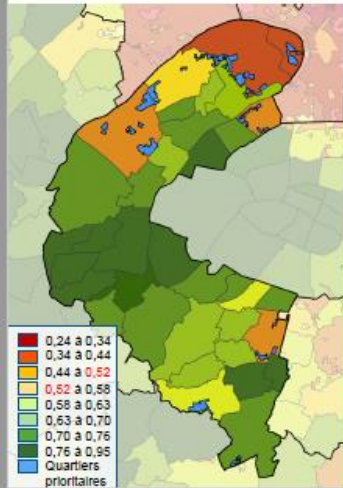
Projection de population 2013 – 2030



Un département aisé mais de fortes inégalités

PTSM 92

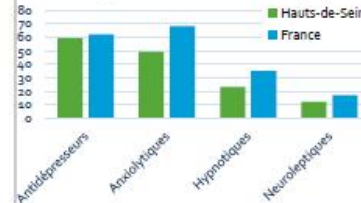
Indice de Développement Humain IDF (IDH2)



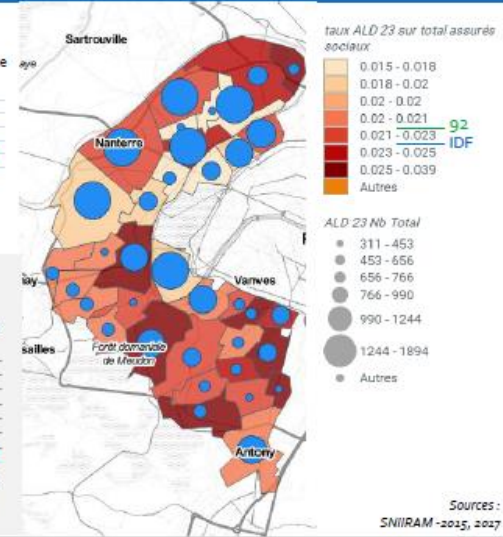
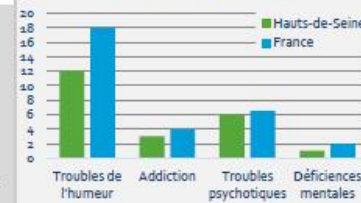
Prévalence des maladies mentales

PTSM 92

Consommation de médicaments (pour 1000 bénéficiaires RG 18-64 ans)



Personnes prises en charge (pour 1000 bénéficiaires RG 18-64 ans)



Offre de soins – Psychiatrie de secteur

PTSM 92

L'offre en psychiatrie sectorielle dans les Hauts-de-Seine : La prise en charge des adultes



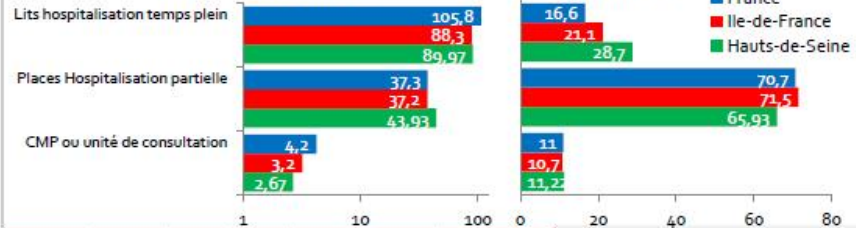
L'offre en psychiatrie sectorielle dans les Hauts-de-Seine : La prise en charge des enfants



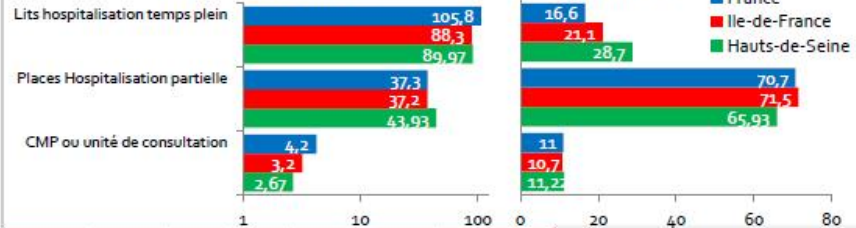
Offre de soins hospitalière

PTSM 92

Taux d'équipement adulte (pour 100 000 hab + 18 ans)



Taux d'équipement 0-16 ans (pour 100 000)



	CMP ou unité de consultation	CATTP	Lits HC	Places HDJ	Placement familial	Appartements thérapeutiques
Adultes (18+)	33	20	1112	543	35	47
Taux / 100 000	2,67	1,62	89,97	43,93	2,83	3,80
enfants/A dos (0-17)	41	7	105	241		
Taux / 100 000	11,22	1,91	28,72	65,93		

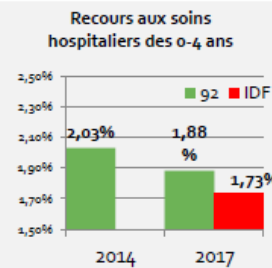
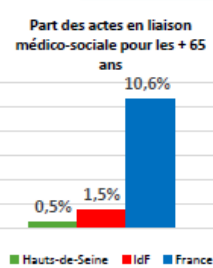
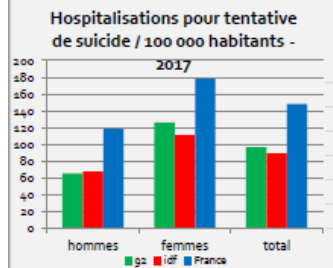
- #### Dispositifs hors les murs
- 2 équipes mobiles « Psychiatrie-Précarité »
 - 2 équipes mobiles « Ados »
 - 2 équipes mobiles Psychiatrie du sujet âgé
 - 1 équipe mobile Psychiatrie & périnatalité
 - 1 soins intensifs à domicile adulte

Recours aux soins hospitaliers

PTSM 92

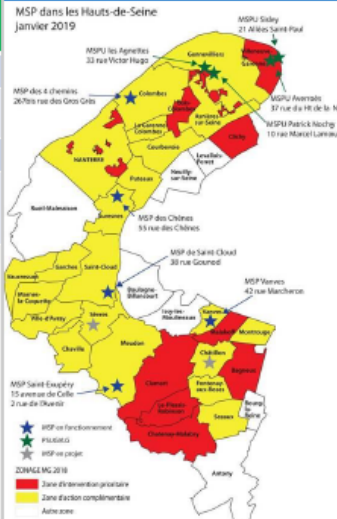
- 91% de patients adultes suivis en ambulatoire (2017)
- Les actes de soin sur le lieu de vie augmentent de 1,08% depuis 2014 mais concernent 3,53% de patients de moins.

	2017	Évolution 2014/2017
Patients adultes	36 482	+ 2%
Journées d'hospitalisation adulte	4 82 792	- 6%
Patients psychiatrie IJ	11 960	- 0,87%
Journées d'hospitalisation psychiatrie IJ	60 768	+ 3,74%



Offre de soins – Ville

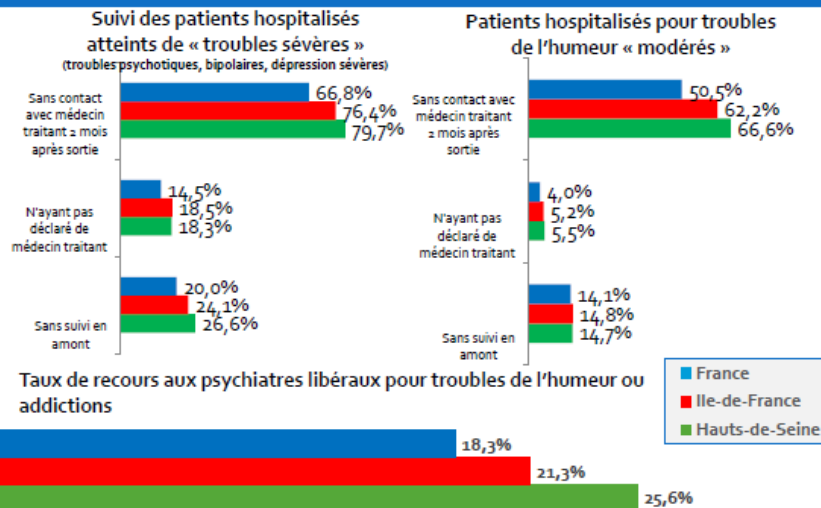
PTSM 92



- Accessibilité financière au médecin généraliste complexe : par exemple, 23% des MG en secteur 2 à Rueil (moyenne nationale <10%)
- 203 psychiatres installés en libéral. 45% de secteur 1 (67% en France). Aucun à Gennevilliers-Villeneuve-la-Garenne
- 750 psychologues environ, avec une répartition très inégale, de 3 à Villeneuve, 31 à Nanterre, 126 à Boulogne.
- 43 centres de santé salariés dont de nombreux centres municipaux

Suivi en ville des patients de la psychiatrie

PTSM 92



Offre d'accompagnements médico-sociaux

PTSM 92

Taux de places en ESMS pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

Type	92	IdF	France
SAVS	32,5	33,1	79,2
SAMSAH	8,8	17,9	20,3
ESAT	178,2	188,4	240,4
Foyer de vie	66,8	51,3	103,3
FAM	39,2	56,8	60,9
MAS	25	46,5	58,6

- 5015 adultes disposent d'une orientation MDPH au 13/12/2018
- 90 personnes sont sous statut « amendement Creton »

- 1 plateforme de diagnostic précoce TSA
- 2 Pôle de compétences et de prestations externalisées
- 1 équipe mobile de soutien à la scolarisation

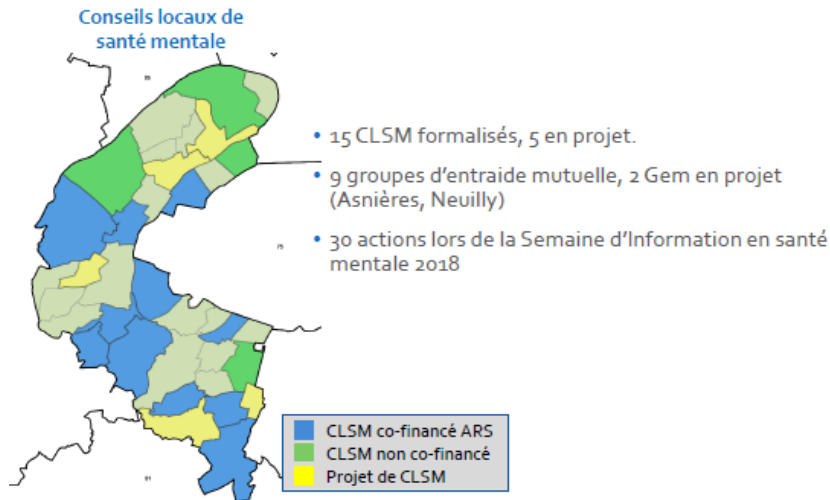
Taux de places en ESMS pour 100 000 jeunes*

Type	92	IdF	France
CAMSP (0-6 ans)	1,9	2,5	5,9
CMPP (0-20 ans)	2,9	3,2	2,9
SESSAD (0-20 ans)	227,2	238,8	307,3
IME (6-20 ans)	447,1	437,9	577,8
ITEP (6-18 ans)	12,8	67,3	148,2

* Le taux est calculé pour 100 000 jeunes de la tranche correspondant à l'ESMS : par 100 000 jeunes de 6 à 20 ans)

Promotion de la santé mentale

PTSM 92



Synthèse

PTSM 92

- Un déficit de solutions médico-sociales connu et reconnu par les financeurs
- Une offre importante, éclatée entre un grand nombre d'acteurs de statuts différents
- Une prise en charge psychiatrique fortement ambulatoire, mais un déficit d'interventions au domicile.
- Des difficultés d'accès au psychiatre libéral et au médecin traitant.

PROGRAMME DE LA MATINEE 21 JUIN 2019

PTSM 92

8h30	ACCUEIL DES PARTICIPANTS	10h15	Diagnostic quantitatif : carte d'identité du territoire M. Raphaël COHEN, Hôpital Max Fourestier / EPS Roger Prévot ; M. Gwendal BARS, délégation départementale 92, ARS IDF
9h00	OUVERTURE Dr. Jean-François HAVRENG, Président du Comité de Pilotage-PTSM92 Mme Monique REVELLI, Déléguée départementale des Hauts-de-Seine, Agence régionale de santé d'Île-de-France	10h45 PAUSE	
9h15	SÉQUENCE INTRODUCTIVE « LE PTSM : PHILOSOPHIE, OBJECTIFS, MÉTHODOLOGIE, ATTENTES » Mme Amal HAZAEL-MASSIEUX, coordinatrice du PTSM 92 ; Mme Corinne MARTINEZ, Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ; M. Michel GIRARD, Union nationale des familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques (UNAFAM)	11h15	Groupe « Déterminants de la santé mentale » Restitution, focus thématiques et échanges avec la salle Co-Pilotes : Mme Nicole PERNOT, Adjointe au Maire, Ville de Courbevoie ; Mme Cécile LEFEVRE, CCAS de Courbevoie ; Mme Cécile BINART, CLSM d'Antony, <u>Témoignages</u> : Mme Frédérique CHAUZY, Psychologue de travail, Pôle-Emploi Mme Sylvie RIFFAULT, Psychologue de travail, Pôle-Emploi Mme Cécile BINART, CLSM Antony, Mme Emilie DE FOS, CLSM Nanterre DEJEUNER
		12h30	

PTSM 92
Projet Territorial de Santé Mentale

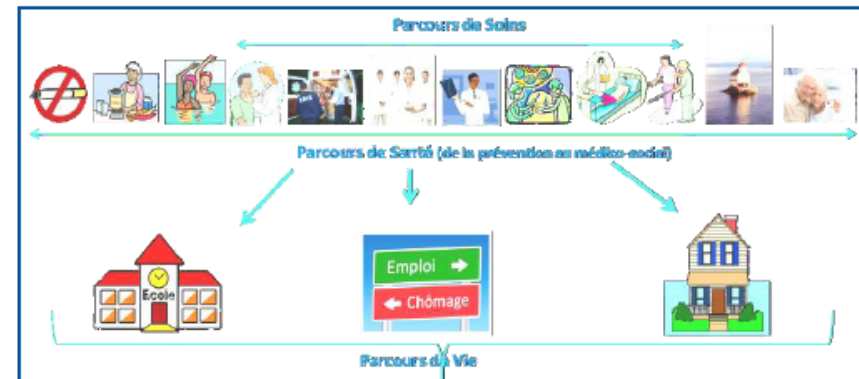
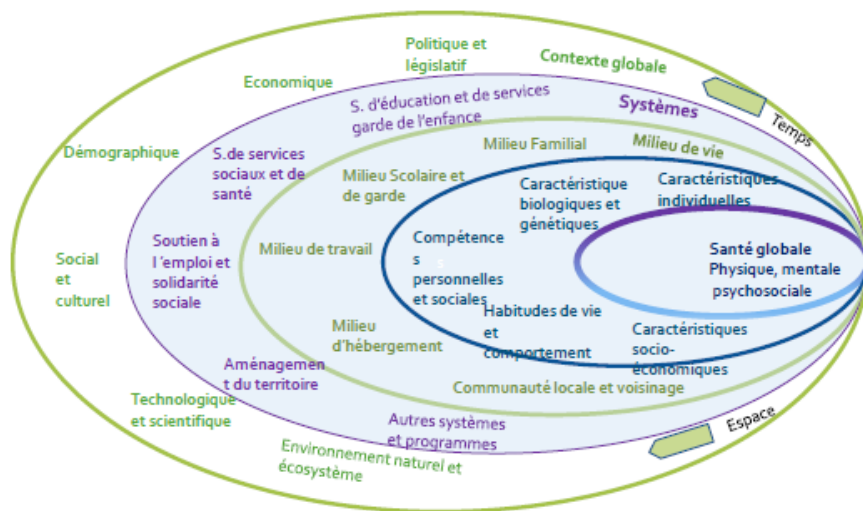
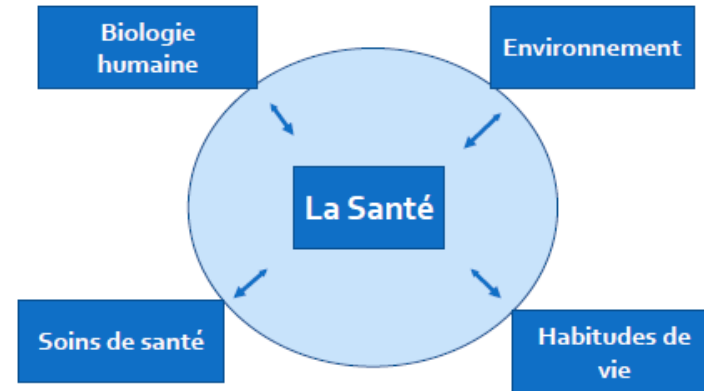
Groupe de travail « Déterminants de Santé Mentale »

PILOTES:

Mme Nicole PERNOT, Ville de Courbevoie,
Mme Cécile LEFEVRE, CCAS de Courbevoie
Mme Cécile BINART, CLSM d'Antony

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

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



LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ MENTALE

PTSM 92

- **Les caractéristiques individuelles** : biologiques-habitudes de vie-comportement- compétences personnelles et sociale – caractéristiques sociaux-économiques
- **Les milieux de vie** : Famille-logement-scolarité-travail-voisinage
- **Les systèmes** : Educatifs- Sanitaire / Médico-Social /Social-Emploi/solidarité – Aménagement du territoire -Autres programmes
- **Le contexte global** : Politique –Législatif- Economique-Démographique-Socio-culturel –Environnemental

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

PTSM 92

Constats des professionnels :

- Des troubles qui touchent **aux habiletés cognitives, sociales, émotionnelles** générant des difficultés à se prendre en charge avec comme conséquences :
 - **Déni des besoins en soins et en accompagnement**
 - **Comportement à risque** (problèmes d'addictions, habitudes de vie non conforme aux règles de nutrition, d'hygiène, etc..)
 - **Isolement**
 - **Précarité**
 - **Autostigmatisation** : manque de confiance en soi,

MILIEUX DE VIE : LOGEMENT-SCOLARITE-EMPLOI –VOISINAGE

PTSM 92

Constats des professionnels :

- **Manque de logements** en Ile de France et dans le 92,
- **Hébergement d'urgence saturé**
- **Peu de logements adaptés** aux handicaps psychiques
- **Méconnaissance et « peur » du handicap psychique** :
 - Des bailleurs (troubles de voisinage, non paiement des loyers dans certains cas)
 - Des gardiens d'immeubles
 - De la population générale
- **Cloisonnement des différents acteurs** concernés et absence de coordination
- **Manque de CLSM**
- **Stigmatisation** dans tous les milieux (Bailleurs- Ecole, Travail, Voisinage)

LES SYSTEMES I EDUCATIFS - SANITAIRE / MÉDICO-SOCIAL /SOCIAL- EMPLOI/SOLIDARITÉ

PTSM 92

Constats des professionnels :

- **Fonctionnement cloisonné** des systèmes éducatif, sanitaire, social, médico-social avec:
 - Cultures différentes
 - Un langage spécifique (jargon)
- **Complexité des démarches** administratives et non lisibilité des organisations
- **Manque de coordination et de travail en réseau de proximité** entre les acteurs : CMP, les médecins traitants, Education nationale, et du travail
- **Manque de structures ou actions** permettant « **d'aller vers** » le patient/les familles

Constats des professionnels :

- Système d'éducation **insuffisamment adapté** : enseignants démunis et méconnaissant les questions de santé mentale et les troubles psychiques
- **Absentéisme** et sortie du système scolaire prématurée et sans qualification
- Pas assez d'**actions de soutien** à la scolarité (notamment des équipes mobiles)
- Pas assez d'**action de sensibilisation** et de **promotion de la santé mentale** auprès des personnels de la petite enfance, des enseignants et des élèves
- **Pas de passerelles** et de temps partagés entre les ESMS/écoles, lycées

Constats des professionnels :

- **Insertion sociale professionnelle** problématique
- Pas assez d'**action de sensibilisation** des acteurs de l'insertion, des entreprises et des acteurs de la santé au travail
- **Représentation négative** du milieu protégé
- **Risque accru de suicide** chez les demandeurs d'emploi
- **Peu d'accès aux loisirs adaptés**, peur du regard des autres
- **Manque de clubs de sport et d'associations** « handi accueillant » ex « cinéma différence », les réseaux des enseignants artistiques adaptés etc..

Constats des professionnels :

L'accès aux droits, aux soins et à la citoyenneté parfois rendu difficile par :

- La **Digitalisation et complexité des démarches** administratives fracture numérique
- La **sectorisation et la multiplicité des interlocuteurs** : difficile d'identifier le bon interlocuteur
- La **Crainte d'être stigmatisé**, le déni des familles ou de la personne elle-même
- **L'isolement** et/ou la rupture de lien avec l'entourage
- La **résignation, l'épuisement** des aidants
- **Méconnaissance et « peur » des troubles psychique** dans la population générale et les acteurs locaux:
 - les agents des administrations,
 - Les professionnels de santé de premiers recours : Médecins- paramédicaux –médico-sociaux
 - les élus, les citoyens
- **Associations d'usagers peu visibles**, pas assez nombreuses pour faciliter la participation des usagers à la vie citoyenne

- La promotion de la santé mentale axées sur les déterminants contribue à créer une société qui respecte les différences
- Outre la famille et la personne elle-même, l'habitat, l'école, le travail et la collectivité sont des milieux clé d'action pour la promotion de la santé mentale
- Les CLSM : lieu de concertation et d'actions collectives pour agir sur les déterminants sociaux

Le chômage, son impact sur la santé mentale

Et quand il s'agit de personnes fragiles souffrant de troubles psychiques ?

Mme Frédérique CHAUZY, Psychologue de travail, Pôle-Emploi

Mme Sylvie RIFFAULT, Psychologue de travail, Pôle-Emploi

- « Le chômage se situe à l'interface de l'individu, de sa société et de sa culture. En tant qu'espace socio-culturel et personnel, il constitue un lieu privilégié d'analyse des pratiques de santé mentale parce qu'il interpelle dans la même foulée la subjectivité de chaque personne, la position relative des individus les uns par rapport aux autres et les divers groupes sociaux dans une dynamique difficilement prévisible » (in Desmarais D., Perrault C., Lebeau A., Allard D. « Les pratiques de santé mentale dans l'espace du non-travail : problématique de recherche », in Sociologie et sociétés, 1985)
- Notre propos est d'apporter notre témoignage sur le vécu traumatique du chômage et du travail, ainsi que de la question de la souffrance psychique causée ou aggravée par la perte d'emploi
- Nous intervenons auprès d'une large population, en accompagnement des personnes en rupture avec le travail, porteuse d'une demande d'orientation professionnelle
- Aujourd'hui, 22 % des Français actifs présentent une détresse orientant vers un trouble mental, soit 1 sur 5 (in CESE, 2018) .
- Les formes contemporaines du travail génèrent des pathologies psychiques spécifiques et relativement nouvelles : relevant de « l'activité « emballée » ou empêchée, de la solitude, de la maltraitance », (in Dominique LHUILIER « Travail, management et santé psychique » ERES 2009, Cairn.), des pathologies de la désolation, de l'épuisement professionnel, « bore out », harcèlement au travail ... qui prennent la forme de décompensations psychiques, somatiques et/ou comportementales singulières.

La santé mentale des chômeurs constitue un angle mort de la recherche encore aujourd'hui ; elle représente cependant un enjeu de santé publique .

- Un effet « catalyseur » de la perte d'activité sur la santé psychique est clairement identifié par plusieurs études longitudinales ; l'enquête SIP en 2015 met notamment en évidence que « 24% des hommes et 30% des femmes ont connu au moins un épisode de chômage entre 2006 et 2010 (8). En 2010, ces mêmes personnes signalent plus souvent des épisodes dépressifs... : 24% des hommes signalent au moins un épisode dépressif ou d'anxiété, contre 13% pour les actifs ».
- On observe « une surmortalité des chercheurs d'emploi avec 10 000 à 14 000 décès « imputables » chaque année au chômage. Cette surmortalité paraît liée à des maladies, notamment à des pathologies cardiovasculaires plus fréquentes chez les chercheurs d'emploi, aux conséquences de comportements addictifs apparus après la perte d'emploi ou à des suicides ». (In « La santé des chercheurs d'emplois, enjeu de santé publique » Rapport sur l'emploi, le chômage et ses impacts, Solidarités Nouvelles contre le Chômage, éd. 2018).
- Les coûts indirects sont pointés : « l'augmentation des maladies et pathologies liées au chômage et au stress et à la peur de perdre son emploi provoque une explosion des dépenses de santé qui creuse le déficit des caisses d'assurance maladie ; ... Pour la France, l'augmentation des pathologies psychiques et de la consommation de psychotropes représentaient 22,6 milliards, soit 16 % des dépenses de santé en 2011 » (in « La prévention des risques psychosociaux », Etude financée européenne, mai 2013, CESE)

- « Le travail est une activité par laquelle une personne s'insère dans le monde, exerce ses talents, se définit, actualise son potentiel et crée de la valeur ; ce qui lui donne en retour le sentiment d'accomplissement et d'efficacité personnelle, voire peut-être un sens à sa vie ». (in J.Luc Bernaud, in « Introduction à la psychologie existentielle », Dunod, juin 2018)
- Pour la Psychodynamique du travail, le travail constitue une voie formidable d'accomplissement personnel et d'émancipation si des conditions favorables à la mobilisation de l'intelligence individuelle (ingéniosité) et collective (reconnaissance) sont présentes.

- Le rapport au travail implique un engagement identitaire et du corps : les conditions dans lesquelles il s'accomplit ainsi que son organisation ont un impact fort sur l'économie psychique et psychosomatique
- Quand le travail est attaqué c'est l'identité toute entière qui est ébranlée
- Les psychopathologies du travail témoignent plus d'une aliénation sociale que mentale ; mais l'expression de leurs symptômes n'est que rarement repérée aujourd'hui comme directement en rapport avec le traumatisme lié au travail et/ou à son absence.
- Seuls les consultations souffrance et travail, souvent peu accessibles du fait de leur coût, abordent la question de la souffrance psychique sous l'angle de la centralité du travail et des traumatismes qui y sont liés.

LES CONSTATS	LES ENJEUX
<ul style="list-style-type: none"> • La perte d'emploi a des conséquences directes et durables sur l'état de santé générale, et sur la santé psychique en particulier : usure psychologique et physiologique, modification des habitudes de vie, hausse des épisodes dépressifs, augmentation des comportements à risques et des addictions, risque de suicide ou de mort violente 2,2 fois plus élevé que chez les actifs occupés • Les traumatismes liés à la centralité du travail et du chômage ne sont ni repérés ni pris en compte en tant que tel aujourd'hui par les dispositifs d'accompagnement à l'insertion et de soin • Les dispositifs spécifiques existants sur ce champ sont à la fois insuffisants en nombre, cloisonnés, encore assez confidentiels et peu accessibles pour les personnes les plus précaires du fait de leur coût 	<ul style="list-style-type: none"> • La perte d'emploi constitue un enjeu majeur de santé publique, qui n'est ni suffisamment ni systématiquement pris en compte aujourd'hui dans les politiques publiques • La spécificité de prise en charge des traumatismes liés au travail ou à son absence, appelle au décloisonnement des champs de l'insertion, du travail et de la santé pour imaginer d'autres formes de prise en charge à la hauteur de cet enjeu et dans une perspective inclusive

66

LES PISTES D'AMÉLIORATION

- ❖ Comment sensibiliser les professionnels de santé et les intervenants dans le champ du travail, de l'insertion et de l'accompagnement professionnel, à la question du travail et des mécanismes de souffrance liés au travail?
- ❖ Grace aux travaux initiés dans le cadre de l'élaboration du PTSM, comment poursuivre et amplifier une réflexion visant à faire progresser la connaissance partagée autour de ces questions?
- ❖ Comment penser des modes d'accompagnement global, pluridisciplinaires et trans-institutionnels, centrés sur « la personne en souffrance », et traitant la question sous l'angle du traumatisme?
- ❖ Comment penser un système de santé inclusif, qui ne fige pas la personne dans un statut de « patient », ou de « personne en situation de handicap », mais au contraire plus transverse et dynamique autour d'une vision d'un sujet pris dans sa globalité et son parcours de vie singulier?

LES CONSEILS LOCAUX EN SANTE MENTALE

Mme Cécile BINART, CLSM Antony
Mme Emilie DE FOS, CLSM Nanterre

Groupe de travail « Parcours de Soins »

Pilotes :

Mme Cécile BOISSERIE, GH Paul Guiraud

M. Daniel JANCOURT, EPS Erasme

Groupe de travail « Parcours de Soins » Sous groupe « ADULTES »

Pilote : Mme Cécile BOISSERIE, GH Paul Guiraud

PRIORITÉ 1 : LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES, L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

- Repérage : mot clé = **méconnaissance**
 - Des troubles
 - Des comportements et postures à adopter
 - Des dispositifs existants
- Accès au diagnostic spécialisé difficile
 - Délais
 - **Disparités de fonctionnement** des secteurs et sur l'implantation de psychiatres en ville
 - Déficit ressenti en termes de démographie médicale
- Accès au suivi et aux soins psychiatriques, accès aux accompagnements :
 - **Défauts de coordination et de liaison**
 - Problèmes de réactivité et déficit de pratiques d' « aller vers »
- Accès aux accompagnements
 - Déficit ressenti de réponse du partenaire sanitaire
 - L'alibi dépassé du secret médical
 - Sens unique et hôpital boîte noire?

Problème de formation des professionnels de première ligne, dont les professionnels de santé

PRIORITÉ 2: L'ACCÈS DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES À DES SOINS SOMATIQUES ADAPTÉS À LEURS BESOINS

- Non demande ; peu de médecins traitants désignés ; suivi somatique aléatoire/sporadique
- Déficit de référent coordonnateur
- Liaison somatique au sein d'établissement de santé ne disposant pas de psychiatrie
- Déficit d'identification des éléments de PEC somatique pendant le séjour psychiatrique
- Education thérapeutique insuffisamment développée
- Organisation perfectible des actions de prévention et de promotion de la santé

**PRIORITÉ 3: LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE
DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE**

PTSM 92

- Des manques identifiés pour des réponses rapides:
 - Très peu - voire pas - de pratiques d'intervention de crise sur le lieu de vie
 - Organisation éventuelle des CMP pour apporter une réponse rapide méconnues
- Des structures d'urgences saturées, bénéficiant de peu ou pas de moyens pour la psychiatrie et par voie de conséquence semblent insuffisamment organisées
- Ressenti d'une réponse aléatoire des numéros d'urgence et d'un manque de régulation dans les orientations
- Cas spécifique : les suicidants, avec peu de coordination de la prise en charge, en particulier si PEC dans un service MCO

75

PTSM 92
Projet Territorial de Santé Mentale

Groupe de travail « Parcours de Soins »

Sous groupe « infanto juvénile »

M. Daniel JANCOURT, EPS Erasme

**PRIORITÉ 1 : LE REPÉRAGE PRÉCOCE DES
TROUBLES PSYCHIQUES, L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX
ACCOMPAGNEMENTS**

PTSM 92

- Un préalable INDISPENSABLE : dé stigmatiser pour permettre ce repérage
- Organisation du dépistage : la formation et la sensibilisation de l'entourage des enfants sur les premiers signes pour le repérage précoce
- Organisation du repérage et de l'adressage

**PRIORITÉ 2: L'ACCÈS DES PERSONNES PRÉSENTANT
DES TROUBLES PSYCHIQUES À DES SOINS
SOMATIQUES ADAPTÉS À LEURS BESOINS**

PTSM 92

- Le manque de formation des professionnels de santé (soins dentaires, consultations gynécologiques etc.) pour prendre en charge des personnes atteint de troubles psychiques
 - Les médecins traitants ne savent pas à qui s'adresser en cas de difficulté
- Liaison somatique au sein d'établissement de santé ne disposant pas de psychiatrie
- La perte de proximité qui permet le repérage précoce
- Le manque d'offre de soins TSA

- Des manques identifiés pour des réponses rapides:
 - De lits d'hospitalisation en psychiatrie pour les enfants de 6 à 12 ans
 - Les lieux d'hospitalisation et les ressources sont insuffisants pour les adolescents en crise
- Des structures d'urgences qui sont saturées, ont peu de moyens pour la psychiatrie et par voie de conséquence semblent insuffisamment organisées
- Des transporteurs qui se désengagent

79

PTSM Hauts-de-Seine

Journée de restitution et de concertation
autour du diagnostic territorial de santé
mentale

Focus thématiques
Groupe « parcours de soins »

« Parcours de Soins » Intervenants

Thème 0-6 ans :

- **Dr. Ségolène BELIARD**, Chef de pôle de pédopsychiatrie, CH Theophile Roussel

Thème : adolescents-jeunes adultes :

- **Dr. Michèle ZANN**, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, chef de pôle et présidente de CME, CH Roger Prévôt
- **Dr. Nancy PIONNIE-DAX**, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, chef de pôle EPS Erasme.

Thème Urgence et Crise :

- **Dr. Sophie EMERY**, médecin généraliste, coordinatrice du réseau ASDES
- **Dr. Joséphine CAUBEL**, psychiatre, chef de pôle, EPS Erasme
- **M. Michel GIRARD**, président délégué UNAFAM 92

LES CONSTATS	LES ENJEUX
Repérage précoce, accès au diagnostic	
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit ou insuffisance de sensibilisation et de formation de l'entourage des enfants sur les premiers signes pour permettre le repérage précoce • Difficultés sur l'orientation une fois le repérage effectué 	<ul style="list-style-type: none"> • Dé stigmatiser pour permettre le repérage puis la prise en charge • Sensibiliser et/ou former auprès de tous les intervenants de la petite enfance
Organisation des soins, réponse aux besoins	
<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de coordination entre les différents intervenants • Importance des délais d'attente, impression d'une saturation de l'offre de soins • Articulation pédiatrie/pédopsychiatrie perfectible • Hétérogénéité territoriale de l'offre 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir une prise en charge rapide et adaptée • Pondérer le recours aux services d'urgence, aujourd'hui mobilisés comme seule réponse existante pour la permanence des soins
LES PISTES D'AMÉLIORATION	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Mettre en œuvre/ densifier des actions de dé stigmatisation et de sensibilisation au repérage des troubles ➢ Améliorer la lisibilité de l'offre et des réponses possibles ➢ Poursuivre les efforts organisationnels pour améliorer les délais d'accès au diagnostic 	

82

LES CONSTATS	LES ENJEUX
<ul style="list-style-type: none"> • Problème de détection des signes au moment des crises inaugurales • Déficit de réponse rapide • Difficulté des transitions de prise en charge ado/adultes • Tous les services d'urgence ne disposent pas nécessairement d'une offre en psychiatrie • Ressources dédiées, en ambulatoire comme en hospitalisation, encore insuffisamment développées 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir rapidement pour faciliter le maintien dans un parcours de vie le plus stabilisé et inclusif possible • Dépasser les différences de culture de soins pédopsychiatrie /psychiatrie adulte
LES PISTES D'AMÉLIORATION	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Promouvoir une réponse adaptée aux enjeux de la transition vers l'âge adulte et aux choix dont cette dernière est porteuse ➢ Prévenir l'hospitalisation chaque fois que possible ➢ Promouvoir plus de solutions partenariales pour mieux articuler les études et les soins 	

83

LES CONSTATS	LES ENJEUX
L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence	
<ul style="list-style-type: none"> • Très peu d'interventions sur les lieux de vie, aucune en nuit et week-end • Quand quelqu'un est en crise chez lui, qui interpeler, qui se déplace ? • Manque majeur de lisibilité sur les accueils non programmés en CMP et sur les psychiatres ou médecins libéraux qui peuvent recevoir les patients en urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'acceptation par tous qu'une crise signalée = une évaluation nécessaire • Urgence/crise : sensibiliser et former pour en finir des asymétries de perception, sources d'incompréhensions
L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques	
<ul style="list-style-type: none"> • La sollicitation des numéros d'urgence n'aboutit pas toujours • Tous les services d'urgence ne disposent pas nécessairement d'une offre en psychiatrie • Manque de lisibilité sur les psychiatres ou médecins libéraux qui peuvent recevoir les patients en urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir une prise en charge rapide et adaptée • Pondérer le recours aux services d'urgence, aujourd'hui mobilisés comme seule réponse existante pour la permanence des soins
LES PISTES D'AMÉLIORATION	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ Développer et organiser de nouvelles réponses pour répondre aux situations de crise et prévenir l'urgence ➢ Améliorer les réponses possibles aux SAU : gestion des patients présentant des troubles psychiatriques le cas échéant, rendre lisibles les SAU de référence avec présence psy, solutions d'aval des urgences (hospitalières ET ambulatoire) ➢ ... 	

84

PRESENTATION DE GEM

Mme Carmen DELAVALOIRE,
responsable gestion de 12 GEM

TEMOIGNAGES DES ADHERENTS DE GEM

M. Hacène AIT TAARA
M. Eric LAVESSIERRE

Groupe de travail « Parcours de Santé et de Vie »

PILOTE:

- ❖ Mme TANQUERAY directrice de l' Association les femmes relais de GENNEVILLIERS
- Co-Pilotes:
- ❖ Mme BONTEMPS responsable de l'Espace Départemental des Actions Sociales et de l'insertion - Territoire 1 -équipe Gennevilliers
- ❖ Mme COSTA adjointe au directeur association AGATA
- ❖ MR TAIEB Directeur association AGATA

GRUPE DE TRAVAIL « PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE » 2 PRIORITÉS DE TRAVAIL:

- Le parcours de santé et de vie de qualité et **sans rupture**, pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et **s'inscrivant dans la durée**, en situation ou à risque de handicap psychique,
- **en vue de leur rétablissement** et de leur **insertion sociale**
- Le respect et la **promotion des droits des personnes** présentant des troubles psychiques,
- le **renforcement de leur pouvoir de décider** et d'agir
- la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

88

PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE,

Constats des professionnels :

Ruptures dans le parcours de santé et de vie liées à :

- **l'absence de coordinations** ou faible articulation entre les acteurs du soins et les accompagnements sociaux et médico-sociaux
- **la complexité des situations** qui met en échec les projets et se traduisent par l'exclusion : « Le sentiment d'échec des professionnels face à l'exclusion des personnes dites « compliquées ».
- **le manque de places** dans le médico-social et social
- **le manque de lisibilité** des organisations et complexité administrative:
 - un adressage complexe dans le mille feuille institutionnel, associatif, structures
 - un répertoire médico-social et sanitaire complexe et codifié
- **la stigmatisation** : image négative de la maladie mentale dans la société
- **le déni** des difficultés et des besoins de soins et d'accompagnement

89

PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE DE QUALITÉ ET SANS RUPTURE

Constats des professionnels :

Ruptures dans le parcours de santé et de vie liées à :

- **Isolement** du patient
- **l'Alourdissement des pathologies** avec le sentiment que la situation se dégrade pour d'autres raisons extérieures que la pathologie elle-même.
- Un travail d'accompagnement encore trop **en silo**
- L'absence de **réfèrent unique** de parcours
- **La méconnaissance** des troubles psychiatriques chez les professionnels du champ sanitaire et social
- **Une offre** d'accompagnement sanitaire et sociale **inéquitable** sur le territoire

90

<https://www.youtube.com/watch?v=Lzm17oC1sQM>

91

Constats des professionnels :

- **Population vulnérable** : 20% des personnes en hébergement social représentent un trouble psychiatrique et 30% des sans-abris.
- **Difficulté à trouver un logement** ou un hébergement adapté même temporaire :
 - Pas assez de logements dans le 92 situation variable selon les communes
 - Peu de famille d'accueil, de résidence accueil
- **Peu de lisibilité des dispositifs et complexité administrative et absence de souplesse**:
 - à la constitution des dossiers (SAMSAH, SAVS, DAHO, DALO, PDALPD,...)
 - pour adapter son logement dispositif URBANIS, la CCAPEX, CLSM,
 - Vocabulaire des référentiels métier ne signifie pas la même chose et peut être opaque pour certains.
 - Disparités des intervenants, spécialistes et **opacité de leur saisine**. (Les missions des services sociaux, du CCAS, les coordinations gérontologie, personnes âgées handicapées, les CMP,...)
 - **Insuffisance et ou non connaissance des services à domicile** SAVS – SAMSAH

92

Constats des professionnels :

- Manque de clarification du maillage partenarial de proximité comme levier d'aide à la décision et à la prise en charge collective
- **Pas d'articulation entre le sanitaire, le médicosocial et le social.**
 - Les circuits sont cloisonnés pour une prise en charge séquencée et
 - pas de lisibilité en tant que parcours.
 - Absence de cadre de partages d'informations (secret professionnel partagé) à des fins d'une stratégie évaluative et préventive pour favoriser un parcours coordonné facile pour l'utilisateur et/ou les aidants
- **Absence d'accompagnement**:
 - **Manque de référent unique du parcours global**
 - **pour l'accès au logement** et d'accompagnement renforcé, des référents sociaux,
 - **Manque d'étayage** autour de la personne pour le maintien dans le logement de manière autonome
 - **à l'emploi** renforçant les difficultés d'accès au logement
 - **Au développement d'une vie sociale, culturelle** (Difficulté à tisser des liens sociaux)
- Mieux définir les obligations légales des **tuteurs et curateurs** pour garantir le maintien dans les lieux, et leur légitimité dans l'accès aux soins de la personne protégée.

93

Constats des professionnels :

- **Frilosité chez les bailleurs et aversion au risque** :
 - Méconnaissance de la pathologie mentale
 - **Les pathologies** sont un frein à la valorisation des droits et donc à l'accès au logement adapté.
 - L'Evolution de l'âge et des pathologies associées entraînent des comportements inappropriés dans le savoir habiter en collectif (Diogène).
 - **Stigmatisation** : Présenter des troubles est un facteur d'exclusion et de rejet, problème plus aigu encore pour **personnes à la rue**
- **Acceptation de la mutation de logement** par la personne âgée (veuvage et diminution des ressources + départ progressif des membres de la famille).

94

Constats des professionnels :

- Manque de lien avec l'Education nationale
- Absence de coordination Sanitaire et EN et absence de retour de la pédopsychiatrie vers EN
- Manques de classes adaptées dans les établissements classiques
- Manque de personnel (AVS formés) dans les classes ordinaires
- Manque de médecins scolaires / psychologues/ infirmières.
- Manque d'accompagnement individuel en classe
- Manque d'équipes mobiles
- Absence de coordination à l'âge de transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte avec une problématique de financement
- Peu de suivi des situations individuelles entre les différentes institutions et acteurs
- Triptyque : (parents/éducation nationale/soins) qui ne fonctionne pas toujours.
- Faire face à l'Exclusion d un enfant pour violence (trouble du comportement)

95

- Une mère nous sollicitant pour rendre visite à son fils de 22 ans hospitalisé en psychiatrie. C'est un jeune homme salarié qui a vécu sous les coups de son père. La mère raconte dans sa langue maternelle que le père a battu l'ensemble de ses enfants, les trois premiers sont partis et travaillent, seuls sont toujours présents le garçon hospitalisé et sa fille de 18 ans sans activité. Les deux parents ont été invité à rencontrer l'équipe médicale mais seule la mère s'y est rendue. Son inquiétude est la sortie de son fils car le père interdit son retour chez lui bien qu'il soit propriétaire de plusieurs studios à Clichy et Paris et que son fils va reprendre son travail.
- Nous revoyons cette maman quelques mois plus tard, le jeune homme reprend son travail mais il dort dans les cages d'escalier des immeubles de la cité proche. A vivre dehors, son état se dégrade et les violences sont régulières. Lors d'une intervention de police, le jeune homme agresse physiquement un des policiers et est emprisonné.
- La maman est revenue régulièrement pour les visites à son fils et quelques fois accompagnée de son fils aîné et de sa fille pour engager la procédure de divorce et faire l'ensemble des démarches à réaliser.

96

Constats des professionnels :

- Manque d'emploi adapté
- Méconnaissance des dispositifs d'accompagnement à l'emploi des publics relevant du TH
- Méconnaissance et mauvaises représentations des troubles psychiques (employeurs)
- Manque d'accompagnement à l'emploi de public ou souffrance psychique
- Manque de suivi médical pour l'insertion et le maintien dans l'emploi de publics fragilisés.
- Méconnaissance du « monde » du travail
- Manque d'une médecine du travail et de prévention modernisée
- Pas suffisamment de coordination entre MDPH / Pôle emploi / CAP Emploi + lenteur et lourdeur administrative. Complexité des professionnels des reconnaissances MDPH qui renvoient sur CAP emploi qui lui-même n'accepte pas toutes les personnes.
 - ESAT : Cela peut être un lieu de transition. Le parcours peut être individualisé avec sortie possible pour les patients handicap moteur mais pas pour les patients avec handicap mental/psy.
- Non prise en compte d'un accompagnement qui prendrait en compte la cellule familiale
- Adaptation de la formation en santé mentale de tous les intervenants
- Manque innovation pédagogique pour l'accompagnement des professionnels

97

Une femme de 30 ans avec un fils de 11 ans arrivé sur le territoire depuis 4 ans. L'enfant a été placé suite à des violences familiales et l'absence de logement. Quand nous la rencontrons, elle a un logement qui lui a été attribué et a récupéré son enfant. L'enfant lui est rendu avec la contrainte de ne pas le laisser seul avec suivi du CMPP et l'ASE. Devant travailler en tant que femme de ménage, elle a emmené l'enfant à son travail plusieurs fois et a perdu son emploi. Ses seules ressources sont l'allocation handicap de l'enfant et son APL. Elle ne peut prétendre aux aides sociales car elle a depuis peu sa carte de séjour. Elle commence à accumuler les dettes de loyer et dispose de peu pour manger. L'ensemble des demandes faites lui sont toutes refusées. Après plusieurs mois difficiles, la mobilisation des partenaires de l'emploi, elle a obtenu un contrat aidé avec des horaires correspondant à ceux du collège où son fils est scolarisé.

98

Constats des professionnels :

- Différences culturelles dans l'approche de la maladie mentale
- Baisse des propositions/méconnaissance/manque d'initiatives locale en matière de culture

99

- Une femme, mère de famille divorcée ayant plusieurs enfants âgés de 7 à 20 ans.
- Le premier fils est reconnu comme personne handicapée pouvant exercer en milieu protégé, il a suivi un parcours de soins et d'insertion qui lui ont permis de travailler dans un ESAT ou il exerce toujours. Il vit avec ses frères et sœurs chez sa mère.
- Le second est atteint d'un problème d'autisme, il a été pris en charge à l'hôpital de jour jusqu'à ses 13 ans puis a été placé en région centre d'où sa mère l'a sorti à 14ans sous le prétexte qu'il avait pu se sauver, sortir et n'était pas bien protégé. A partir de ce moment, la mère va solliciter l'ensemble des « structures » connues pour demander une prise en charge. La mère se sent assez « puissante » pour accompagner son fils qui est adolescent. Elle sollicite le dispositif de Réussite éducative pour qu'il reprenne une scolarité au sein de l'EN, les élus de la ville, et tout le social qu'elle connaît. Elle va aussi emmener au Maroc, son pays d'origine son fils avec 2 de ses autres enfants afin qu'il rencontre un CHIKH (marabout) qui pourra réussir à « soigner » son fils. C'est à l'âge de 19 ans que ce jeune homme rejoindra une institution.

100

Annexe 11 : Présentation du Diagnostic Territorial CTS92



2

Projet Territorial en Santé Mentale : Diagnostic Territorial

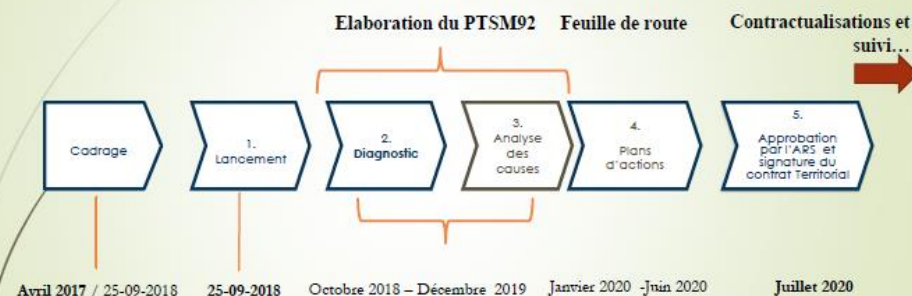
3

SOMMAIRE

- I. Rappels des grandes étapes du PTSM 92 et du calendrier
- II. Carte d'identité du territoire
- III. Diagnostic qualitatif

4

I. RAPPEL DU CALENDRIER



5

II. Carte d'identité du territoire ▲

1. Caractéristiques sociodémographiques
2. Caractéristiques Socio-économiques
3. Caractéristiques de l'offre de soins et d'accompagnement
 - Offre Ville –Hospitalière -Médico-sociale
4. La prévalence des pathologies mentales et le recours aux soins
5. Promotion de la santé mentale : GEM-CLSM

6

II. Carte d'identité : synthèse

- Un déficit de solutions médico-sociales connu et reconnu
- Une offre importante, éclatée entre un grand nombre d'acteurs de statuts différents
- Une prise en charge psychiatrique fortement ambulatoire, mais un déficit d'interventions au domicile.
- Des difficultés d'accès au psychiatre libéral et au médecin traitant.

7

III. Diagnostic qualitatif : les 6 priorités du PTSM

1. **Le repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux**
2. Parcours de santé et de vie sans rupture
3. **Accès aux soins somatiques**
4. **Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence**
5. Le respect et la promotion des droits des personnes, le renforcement de leur pouvoir de décider et la lutte contre la stigmatisation
6. **L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux**

8

PRIORITE 1 :
Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

9

1.1 L'organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte.

ETATS DES LIEUX :

- Le département des Hauts-de-Seine comporte une part importante d'enfants de 0 à 5 ans ainsi que de jeunes de 15 à 25 ans, deux âges particulièrement concernés par le repérage des troubles psychiques.
- En 2017, 1,88% des enfants de 0 à 4 ans (et leurs parents) ont eu recours aux soins en psychiatrie, en diminution par rapport à 2014, et inférieur à l'objectif de 2% fixé par le PRS.
- Le territoire est inégalement couvert en dispositifs de repérage ou d'accompagnement périnatal en santé mentale.
- La formation « premiers secours en santé mentale » n'est pas encore déployée dans le département.

10

1.1 L'organisation de la sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte.

CONSTATS / CAUSES

1. Déficit de repérage précoce et accès tardif au diagnostic
2. Stigmatisation et déficit de sensibilisation des acteurs professionnels et non professionnels
3. Déficit d'organisation du repérage et du dépistage précoce (psychiatrie IJ)
4. Problème de détection des signes au moment des crises inaugurales

11

1.2 L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes

ETATS DES LIEUX :

- Des partenariats existent entre les centres municipaux de santé et les secteurs de psychiatrie dans les communes dotées d'un CLSM.
- Il n'existe pas de partenariats formalisés avec les médecins généralistes libéraux.
- La pratique des visites à domicile par les équipes de secteur est inégalé et impossible à cartographier à ce jour. La file active de patients bénéficiant d'actes de soins psychiatriques sur leur lieu de vie baisse de 3,5% entre 2014 et 2017,
- 79,7% des patients sortant d'hospitalisation en psychiatrie pour un trouble « sévère » et 66,6% de ceux hospitalisés pour un trouble de l'humeur ne voient pas de médecin traitant dans les 2 mois suivant l'hospitalisation.
- 18,3% des patients hospitalisés pour un trouble sévère n'a pas de médecin traitant déclaré.

12

1.2 L'organisation d'un partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes

CONSTATS / CAUSES

- **Très peu ou pas de partenariats formalisés entre la psychiatrie et les médecins généralistes**
 1. Problème de communication entre psychiatrie et médecins généralistes
 2. Méconnaissances et déficit de coordination
 3. Très peu ou pas de partenariats formalisés entre la psychiatrie et les médecins généralistes
 4. Asymétries de qualité de fonctionnement, dysfonctionnements
 5. Difficultés d'orientation et de formation

1.3 L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

13

ETATS DES LIEUX :

- Le taux de CMP pour 100 000 habitants est inférieur au taux régional et national, en nombre d'implantations.
- Il n'est pas possible actuellement de mesurer le délai d'accès au premier RDV en CMP à l'échelle du territoire, chaque établissement ayant des indicateurs différents pour le suivi.
- Le recours au psychiatre libéral est plus important que la moyenne nationale, mais le territoire est très inégalement doté en psychiatres libéraux en fonction des communes, et les dépassements d'honoraires sont importants.
- La file active de psychiatrie infanto-juvénile diminue légèrement entre 2014 et 2017, mais le nombre de journées d'hospitalisation augmente. Il n'existe pas d'offre d'hospitalisation pour les 16-20 ans.
- 16 communes sur 36 sont dotées d'un CLSM associant la psychiatrie et les acteurs pouvant être amenés à solliciter les CMP autour de situations préoccupantes.

1.3 L'organisation de l'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique

14

CONSTATS / CAUSES

- Difficultés d'accès au diagnostic et aux soins :**
 - Faible connaissance des dispositifs existants
 - Réactivité qui devrait être améliorée et déficit de pratiques « d'aller vers »
 - CLSM non financés partout, même rarement.
 - Barrières culturelles, ethnologiques
 - Diagnostic « inaudible » par les familles (la culture de performance)
 - Saturation de l'offre/ délai d'attente
 - Articulation: Pédiatrie/pédopsychiatrie perfectible
 - Insuffisance des moyens : moins de possibilité d'aller vers pour les CMP
- Difficultés d'accès au suivi psychiatrique et délai d'attente pour les soins précoces**
 - Insuffisance de l'aller vers
 - Hétérogénéité territoriale de l'offre et des modes de fonctionnement diversifiés
 - Défauts de coordination et de liaison

1.4 L'organisation de l'accès aux expertises existantes au niveau régional ou national

15

ETATS DES LIEUX :

- Les expertises présentes au niveau régional et non représentées dans le territoire sont principalement la psychiatrie transculturelle, l'hospitalisation pour les patients présentant des TND importants (USIDATU – Paris) et les centres ressource en réhabilitation psychosociale.

CONSTATS / CAUSES

- Méconnaissance des expertises existants

1.5 L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

16

ETATS DES LIEUX :

- Une convention organise l'appui et la formation réciproque entre plusieurs acteurs médico-sociaux du champ du Handicap et les établissements du GHT Psy sud Paris. Les autres établissements de santé mentale ont des partenariats moins formalisés.
- Il existe deux équipes mobiles spécialisées dans la prise en charge des adolescents intervenant auprès des structures médico-sociales.
- Seulement 1,5% des actes ambulatoires des établissements de santé mentale réalisés auprès de personnes de plus de 65 ans le sont en liaison médico-sociale (contre 10% au niveau national).
- Le temps de psychiatre présent en ESMS, quand il existe, est très faible (0,1ETP en IME par exemple).
- Les ESMS, en particulier non spécialisés vers le handicap psychique, sont en difficulté pour prendre en charge les troubles psychiques associés à un autre handicap.

1.5 L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

17

CONSTATS / CAUSES

- 1. Pas assez d'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques
 - Charge de travail et manque de temps
 - Pas assez d'équipe mobile
 - Pas assez de partenariats formalisés entre les acteurs de la psychiatrie et du médico-social.
 - Pas de coordination des parcours
 - Place de secret médical avec les partenariats.
 - Approche morcelée par séquence de soins au détriment d'une approche globale de parcours
 - Approche curative plutôt que préventive : Intervention sanitaire souvent après une crise qui a dégénéré
 - Travail en réseau non valorisé
 - Manque de transparence et de coordination entre structures sanitaires et médico-sociales, avec sentiment d'un désengagement du sanitaire une fois une place trouvée en médico-social.

1.5 L'organisation du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

18

CONSTATS / CAUSES

- 2. Pas assez d'appui des acteurs sociaux et médico-sociaux aux acteurs de la psychiatrie pour la mise en œuvre de réponses d'accompagnements adaptées Peu ou pas de travail en commun
 - Fonctionnement cloisonné
 - Sentiment d'existence de 'sens uniques' en cas d'adressage vers le sanitaire :
 - Pas de retour suite à un adressage ou une orientation : rupture ou incertitude pour la suite d'un parcours.
 - Manque de retour après adressage aux professionnels par les structures après hospitalisation.
 - Manque de coopération et de coordination autre qu'interpersonnelles ou à dimension communale
 - Méconnaissance des acteurs et des dispositifs existants

PRIORITE 2:

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

19

2.1 L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité

20

ETATS DES LIEUX :

- 16 communes sur 36 sont dotées d'un CLSM. 2 communes (Colombes et Villeneuve-la-Garenne) ne sont pas dotées d'un CLSM malgré leur éligibilité à un cofinancement ARS.
- La tension sur l'accès au logement est très forte dans le département.
- Plus de 5 000 enfants sont concernés par un Plan Personnalisé de Scolarisation en fonction d'un handicap (tous handicaps). Environ 2000 sont à la fois scolarisés et accompagnés par un ESMS.
- 87 adultes sont actuellement accueillis en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton. 181 enfants sont en attente d'une solution adaptée de scolarisation ou d'accueil en ESMS avec scolarisation.
- Il n'existe pas d'acteur de coordination des parcours dédié aux personnes atteintes de troubles psychiques.
- Le territoire des Hauts-de-Seine est fortement déficitaire en structures médico-sociales de prise en charge du handicap psychique par rapport au taux d'équipement national et régional, en particulier concernant les SAMSAH et ITEP.

21

2.1 L'organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité

CONSTATS / CAUSES

Ruptures dans le parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques liées à l'absence de coordination entre les acteurs des différents champs : médico-psycho-sociaux

1. Méconnaissance réciproque des acteurs
2. Cloisonnement des structures et fragmentation des financements
3. Déficit de partenariat et de travail en réseau notamment pour des prises en charge précoces
4. Approche de l'accompagnement par métier, secteur, au détriment d'une approche par parcours.

22

2.2 L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale

ETATS DES LIEUX :

- Il existe actuellement 10 GEM dans le département et un projet en cours de construction.
- Les établissements de santé se sont engagés dans différentes actions de promotion de l'approche centrée rétablissement (formations internes, recrutements, mise en œuvre de techniques de remédiation cognitive...) mais aucune organisation structurée d'offre de réhabilitation psychosociale telle que définie dans l'instruction du 16 janvier 2019 n'existe actuellement dans le territoire.
- Aucun centre ressource en réhabilitation psychosociale n'existe dans le territoire.
- Aucun établissement de santé mentale du territoire ne dispose de médiateur de santé pair.
- Un projet d'ACT « Un chez soi d'abord » est envisagé par la DRIHL et l'ARS pour fin 2020.

23

2.2 L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale

CONSTATS / CAUSES

- **La réhabilitation psychosociale, n'est pas connue de tous les acteurs et quand elle est pratiquée, elle n'est pas toujours orientée rétablissement**
- Nouvelle approche qui nécessite une évolution culturelle et un changement de paradigme en s'appuyant sur les compétences préservées de la personne et son expérience de la maladie.
- Nécessité du côté des professionnels :
 - Le développement de nouvelles connaissances et compétences,
 - La transformation de leurs organisations
 - Une capacité à travailler en réseau avec tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux
 - Partager la même vision d'un soin orienté rétablissement
 - Un changement de posture et donc un changement de paradigme.
- Nécessite une évolution sociétale :
 - Une représentation positive et une lutte contre la stigmatisation de la pathologie psychique afin de créer un milieu favorable (travail, logement, scolarité, activités)

24

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

ETATS DES LIEUX :

- Le territoire des Hauts-de-Seine est en situation de forte tension concernant le logement, avec des loyers élevés et une demande forte concernant le logement social, avec une durée d'attente longue (2 ans et 8 mois d'ancienneté des demandes de logement social). Le logement social est très inégalement réparti sur le territoire.
- Les établissements de santé mentale disposent de 47 appartements thérapeutiques ou communautaires. Le territoire comporte également 2 résidences accueil dédiées et un nombre non connu d'appartements associatifs.
- Un projet d'ACT « Un chez soi d'abord » est envisagé par la DRIHL et l'ARS pour fin 2020.
- Plusieurs CLSM mettent en œuvre des actions visant le maintien dans le logement : convention avec les bailleurs, formation des gardiens.
- La Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions locatives ne dispose pas des éléments relatifs à l'accompagnement sanitaire ou médico-social lors de l'étude des dossiers de personnes menacées d'expulsion.
- La question du lien entre santé mentale et logement est un axe de travail du prochain Plan départemental d'Action pour le Logement et l'hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD, partenariat CD92-DRIHL)

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

25

CONSTATS / CAUSES

- Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder à un logement
 - Une offre de logements insuffisante, pas suffisamment variée et pas assez lisible
 - Des logements souvent inadaptés ou non sécurisés
 - La précarité, les difficultés financières et la complexité du système
 - La stigmatisation
 - L'isolement et l'insuffisance d'accompagnement pour l'accès au logement

2.3 L'organisation du maintien dans le logement ou de l'accès au logement

26

CONSTATS / CAUSES

- Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à se maintenir dans un logement
 - L'instabilité et au risque de rechute avec hospitalisation
 - La rupture et perte d'emploi et ou à la gestion de son budget
 - Des difficultés avec le voisinage
 - La capacité de la personne concernée à investir le logement, à gérer son budget et à être autonome
 - Des ruptures liées aux changements majeurs dans sa vie, son milieu familial ou tout simplement à l'avancée en âge et au vieillissement

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

27

ETATS DES LIEUX :

- Le taux de chômage dans le département est faible.
- Les emplois sont très majoritairement dans le secteur du commerce et des services.
- Plusieurs établissements de santé mentale disposent d'une offre visant au retour vers le milieu du travail. Les dispositifs d'emploi accompagné sont encore à développer.
- Le taux de places en ESAT est proche du taux régional. Il existe des ESAT spécialisés dans le handicap psychique.
- Pôle Emploi se saisit depuis 2018 de la question du handicap psychique et est représenté dans plusieurs CLSM.

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

28

CONSTATS / CAUSES

1. Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder et à se maintenir dans l'emploi
2. La perte d'emploi est souvent à l'origine d'une souffrance psychique, non toujours prises en compte.
3. La promotion de la santé psychique au travail n'est pas assez développée

2.4 L'organisation de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi

29

CONSTATS / CAUSES

- **Difficultés des personnes souffrant de troubles psychiques à accéder et à se maintenir dans l'emploi**
 - Un manque d'offre d'emplois adaptés dans le milieu ordinaire et manque d'emplois dans le milieu protégé
 - Aux difficultés d'adaptation des personnes concernées au monde du travail et aux compétences comportementales et relationnelles attendues par les employeurs
 - Au manque d'accompagnement des personnes en souffrance psychique pour l'accès et le maintien dans l'emploi
 - A la complexité du système et à la lourdeur administrative dans la constitution du dossier
 - Au manque de sensibilisation et d'information sur la santé mentale,
- La perte d'emploi est souvent à l'origine d'une souffrance psychique, non toujours prise en compte.
- La promotion et la prévention en faveur de la santé psychique au travail n'est pas assez développée

2.5 L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études

30

ETATS DES LIEUX :

- Un établissement du territoire est spécialisé dans le soin-études pour adolescents et jeunes adultes
- Une équipe mobile médico-sociale de soutien à la scolarisation intervient dans le département
- 2000 élèves du primaire et secondaire sont scolarisés et accompagnés en ESMS tout handicap confondu, 5000 font l'objet d'un plan personnalisé de scolarisation en raison d'un handicap (tout handicap confondu).
- 181 jeunes de moins de 20 ans étaient en attente d'une admission en ESMS ou scolarisation adaptée à la rentrée scolaire 2019, en augmentation par rapport à 2018.
- Au 31/12/2018, 673 élèves sont accueillis en Unité Locale d'Inclusion scolaire du 1^{er} degré et 715 en ULIS second degré. (tous handicaps confondus)
- Le territoire est déficitaire en places de SESSAD par rapport à la région et au niveau national

2.5 L'organisation du maintien ou de l'accès à la scolarisation et aux études

31

CONSTATS / CAUSES

1. Rupture dans le parcours scolaire des personnes souffrant de troubles psychiques de plus en plus prématurée et notamment aux moments des transitions.
2. Système d'éducation pas ou peu adapté (système et parcours)
3. Manque de moyens dédiés à l'accueil et à l'insertion dans la scolarité
4. Dialogue difficile entre soins, éducation nationale et parents.

2.6 L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives.

32

ETATS DES LIEUX :

- 10 Groupes d'entraide mutuelle existent dans le département des Hauts-de-Seine.
- Plusieurs CLSM engagent des actions d'accès aux activités culturelles et sportives ainsi que des formations avec l'UNAFAM auprès des personnels d'accueil des services publics municipaux.

33

2.6 L'organisation de l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives.

CONSTATS / CAUSES

- **Difficultés d'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à la culture, à des activités de sportives et de loisirs**
 - Manque d'offre à destination d'une population différente
 - Problème d'accessibilité financière
 - Problèmes d'accessibilité géographique
 - Stigmatisation
 - Manque d'accompagnement

34

2.7 L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

ETATS DES LIEUX :

- L'âge moyen au décès des personnes atteintes de troubles psychiques sévères est de 63,9 ans, et celui des personnes atteintes de troubles de l'humeur est de 70 ans. Ces personnes et leurs aidants sont concernés par la problématique du vieillissement.
- L'UNAFAM tient plusieurs permanences dans le département, assure une présence au sein des établissements de santé mentale et organise des formations pour les familles
- Il existe deux programmes « profamille » dans le département.

35

2.7 L'organisation du soutien aux familles et aux proches aidants

CONSTATS / CAUSES

- **Usure des familles, des fratries et des proches (familles démunies)**
 - Manque de soutien aux familles et proches aidants
 - La non demande d'aide
 - La stigmatisation
 - La problématique des relais des aidants vieillissants, qui prend le relai ?

36

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

3.1 Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination

37 étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

ETATS DES LIEUX :

- La plus grande part du territoire est classée en zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire concernant la difficulté d'accès au médecin généraliste. Une problématique d'accès complémentaire se pose concernant l'accessibilité financière, le taux de médecins généralistes en secteur 2 étant nettement plus élevé dans les Hauts-de-Seine que dans le reste de la France. Dans certaines communes 70% des médecins généralistes pratiquent les dépassements d'honoraires.
- Tous les établissements de santé mentale sauf un disposent de médecins généralistes en interne.
- Dans les communes dotées d'un centre municipal de santé, des collaborations existent de manière formalisée ou non entre le CMS et le secteur de psychiatrie.
- En 2013, seuls 49,2% des patients hospitalisés pour troubles de l'humeur ont bénéficié d'un soin somatique courant (consultation généraliste, contraception, gynécologie, dentaire) dans les deux ans suivant la sortie d'hospitalisation. Pour les patients hospitalisés pour troubles psychotiques, bipolaires ou dépressions sévères, ce taux chute à 26,6% (source SNIIRAM, PMSI).

3.1 Le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques par les professionnels de santé de premier recours, en coordination

38 étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé

CONSTATS / CAUSES

1. **Le manque de formation des professionnels de santé** (Soins dentaires, consultations gynécologiques etc.) pour prendre en charge des personnes atteintes de troubles psychiques)- Manque de collègue référent
2. **Méconnaissance des dispositifs existants** : Les médecins traitants ne savent pas à qui s'adresser en cas de difficulté et/ou crainte de ne pas savoir quoi faire quand les médecins généralistes reçoivent des patients avec une maladie mentale et cela prend trop de temps.
 - La perte de proximité qui permet le repérage précoce (moins de médecines scolaires et psychologues)
3. **Le manque de coordination : déficit de médecin référent et référent coordonnateur**

3.2 L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques

39

ETATS DES LIEUX :

- Peu d'établissements de santé MCO et SSR disposent de compétences de psychiatrie en interne. Une consultation spécialisée pour les personnes en situation de handicap, dont le handicap psychique, fait l'objet d'un appel à projets de l'ARS au second semestre 2019.
- Les services de pédiatrie de Louis Mourier et du CH Rives de Seine disposent de psychiatrie de liaison ou de partenariats, tout comme plusieurs services de gériatrie du GHT92.
- Aucun dispositif spécifique d'accueil adapté des patients présentant des troubles psychiques (formation, signalétique...) n'est identifié par les participants au diagnostic.

3.2 L'organisation par les établissements de santé autorisés en MCO d'un accueil et d'un accompagnement adaptés aux personnes présentant des troubles psychiques

40

CONSTATS / CAUSES

1. L'accueil des patients souffrant de troubles psychiques dans les établissements MCO pour un suivi somatique ne bénéficie pas d'un aménagement spécifique
2. Les professionnels de santé en MCO ne sont pas suffisamment formés et sensibilisés à l'accueil de patients souffrant de troubles psychiques.
3. Situation inégale de la psychiatrie de liaison dans les établissements MCO.

3.3 L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

41

ETATS DES LIEUX

- Parmi les établissements du service public de santé mentale, un seul ne dispose pas de médecin généraliste en interne. Les autres établissements disposent de services MCO en leur sein ou dans le GHT ou d'une unité de médecine sur le site d'hospitalisation. La situation n'est pas connue en ce qui concerne les cliniques.
- Tous les établissements de santé mentale réussissent à orienter leurs patients vers les établissements MCO pour les besoins de spécialités.

3.3 L'organisation de l'accès aux soins somatiques pour les personnes hospitalisées au sein des établissements de santé spécialisés en psychiatrie

42

CONSTATS / CAUSES

1. **En psychiatrie adulte, constat d'une réelle prise en compte des soins somatiques dans les établissements psychiatriques du département ; des procédures et protocoles sont déclinés à l'admission et pendant le séjour, avec au moins une évaluation somatique à l'entrée.**
2. **Manque de coordination et de lien**
 - Peu de médecins traitants désignés
 - Suivi somatique aléatoire/sporadique,
 - Parfois importance des comorbidités somatiques décelées lors du séjour psychiatrique
 - Manque de coordination et de lien sur la prise en charge somatique réalisée en établissement psychiatrique, notamment vis-à-vis du médecin traitant quand il y en a un (la lettre de liaison reprend les éléments psy du séjour, moins fréquemment les éléments somatiques s'il y en a eu)

3.4 L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

43

ETATS DES LIEUX

- Les actions de prévention des ESMS se concentrent autour de la prévention bucco-dentaire. Une expérimentation est en cours autour de l'intervention en ESMS d'une sage-femme pour améliorer l'accès aux soins gynécologiques
- Il existe 4 programmes ETP labellisés par des établissements de santé mentale, aucun ne concerne la santé somatique. Il n'est pas possible de savoir à ce jour combien de personnes porteuses de troubles psychiques sont incluses dans les programmes ETP ambulatoires ou des établissements MCO.
- Le développement d'actions de prévention fait partie des missions des communautés professionnelles territoriales de santé. Une CPTS (Nanterre) en construction s'est saisie des questions relatives à la santé somatique des personnes suivies en psychiatrie.

3.4 L'organisation d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'un suivi somatique par les établissements et services sociaux et médico-sociaux

44

CONSTATS / CAUSES

1. **Pas assez de programme d'éducation à la santé dans le sanitaire**
 - Pas d'approche globale de la personne
 - Manque de temps surtout que le temps nécessaire pour l'éducation à la santé est très important, et renchérit pour les malades psychiques, pour qui cette démarche est très compliquée.
 - Education thérapeutique insuffisamment développée notamment en matière de soins somatiques (surpoids doit être lié aux comportements alimentaires, d'où la nécessité d'une ETP)
 - Stratégie de prévention peu pérenne, peu visible...
 - Organisation perfectible des actions de prévention et de promotion de la santé
2. **Pas assez de programme d'éducation à la santé dans les services sociaux et médico-sociaux**
 - Pas d'approche globale de la personne
 - Pas de sensibilisation à la prévention
3. **Difficulté d'accès à la prévention primaire et secondaire de la grossesse aux 6 ans de l'enfant**
 - Fermeture des nombreuses antennes PMI
 - Diminution du nombre de pédiatres

45

PRIORITE 4: La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

46

4.1 L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

ETATS DES LIEUX :

- Il n'existe aujourd'hui aucune organisation territoriale de réponse aux situations de crise et d'urgence, ni d'équipe mobile « de crise » ou d'urgence. Les pratiques de VAD et de VAD en urgence sont très variables d'un secteur à l'autre, et il n'existe pas de procédure claire, connue et partagée pour solliciter le CMP.
- Il existe deux équipes mobiles pour adolescents qui se positionnent en prévention des crises, en lien avec les acteurs médico-sociaux.
- Le taux d'actes en liaison médico-sociale pour les personnes de plus de 65 ans est de 1,5% des actes ambulatoires en 2018, contre 10% au national.
- Les cellules de veille partenariale des CLSM sont des outils jugés efficaces dans les communes où elles existent.
- Les ESMS tant PH que PA sont en difficulté face aux troubles du comportement.

47

4.1 L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

CONSTATS / CAUSES

1. Insuffisance de lisibilité sur le rôle des CMP dans la prévention de la crise
2. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de la crise ne sont pas suffisamment organisés
3. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de l'urgence ne sont pas suffisamment organisés

48

4.1 L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

CONSTATS / CAUSES

1. Insuffisance de lisibilité sur le rôle des CMP dans la prévention de la crise

- Le rôle des CMP dans la prévention de la crise n'est pas lisible, ni visible :
 - Pas suffisamment d'équipes pour l'aller vers :
 - Les visites à domicile programmées à partir des CMP se réduisent, les CMP sont surchargés, et ont des listes d'attente à gérer plus ou moins longues.
 - Les accueils non programmés en CMP ne sont pas suffisamment organisés, ni suffisamment connus
- **Aucune uniformité de pratiques entre établissements, et même au sein d'un même établissement**

49

4.1 L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

CONSTATS / CAUSES

2. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de la crise ne sont pas suffisamment organisés

- Pas d'équipes mobiles spécifiques pour gérer la crise à domicile ou dans les lieux d'hébergement.
- Très peu d'interventions des équipes de CMP en cas de crise, sur les lieux de vie, aucune en nuit et week-end
- Pas ou peu d'unité de gestion de la crise
- Saturation des dispositifs extra hospitaliers qui ne peuvent plus prendre en charge et donc prévenir l'urgence

50

4.1 L'intervention des professionnels de la psychiatrie sur les lieux de vie des personnes, en prévention de la crise et en cas de crise et d'urgence

CONSTATS / CAUSES

3. Les dispositifs d'intervention pour la gestion de l'urgence ne sont pas suffisamment organisés

- Pas d'équipes mobiles spécifiques pour **gérer l'urgence** (situation de péril imminent, ou d'auto/ hétéroagressivité) à domicile ou dans les lieux d'hébergement ou même dans la rue.
- Certains CMP ne se déplaceraient pas aux domiciles à cause de :
 - Manque de moyens
 - Manque de volonté / Philosophie du soin
 - Peur de l'éventuelle dangerosité de la situation sur place quand la personne n'est pas connue.
- Pas de lisibilité des psychiatres libéraux qui peuvent recevoir les patients en urgence, (Notion de permanence des soins)

51

4.2 L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

ETATS DES LIEUX :

- La présence de psychiatres dans les SAU du département est inégale et peu lisible : variété d'horaires et d'organisations. La liaison psychiatrique aux urgences apparaît complexe à organiser pour les établissements, elle existe généralement par convention entre SAU et établissement de santé mentale.
- Les urgentistes ne sont pas formés à l'accueil et l'orientation des personnes en situation de crise psychiatrique.
- Il n'existe pas d'unité accueillant en urgence pour la psychiatrie infanto-juvénile, ni d'organisation intersectorielle pour l'admission en urgence des adultes la nuit ou le weekend.

52

4.2 L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

CONSTATS / CAUSES

1. En cas de crise et ou d'urgence, les familles ne savent pas à qui s'adresser.
2. Quand, les patients et leurs familles arrivent aux urgences MCO, ils se trouvent confrontés à des services saturées
3. L'hospitalisation en urgence des adolescents et la gestion du post urgence sont complexes.

4.2 L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques

53

CONSTATS / CAUSES

3. L'hospitalisation en urgence des adolescents et la gestion du post urgence sont complexes.

- Insuffisance des lieux d'hospitalisation pour une réponse rapide
 - Notamment en pédopsychiatrie, pour les adolescents en crise et les enfants de 6 à 12 ans
 - Les unités d'hospitalisation d'enfants et ados n'accueillent pas dans l'urgence
- Place insuffisante du CMP dans l'organisation du dispositif d'urgence et post urgence
- Professionnels de soins primaires insuffisamment soutenus par la seconde ligne dans le post urgence.

4.3 L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

54

ETATS DES LIEUX :

- Il n'existe pas de dispositif VIGILANS mis en œuvre sur le territoire.
- En 2013, 33% des séjours en psychiatrie pour troubles sévères sont suivis d'une consultation ambulatoire ans les 15 jours suivant la sortie, contre 43% en France. 52% des patients hospitalisés en 2013 pour un trouble sévère n'ont pas de suivi spécialisé 1 an après leur sortie d'hospitalisation, contre 40% en France.
- Les ESMS sont en difficulté pour accueillir les patients présentant d'importants troubles du comportement, menant à des durées d'hospitalisation inadéquates.
- Les règles de sectorisation pour les patients déménageant ou sans domicile fixe sont inégalement connues par les établissements.
- Il n'existe pas d'organisation définie pour la coordination des parcours des patients de la psychiatrie.
- Le taux d'équipement en places d'hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile est inférieur au taux régional et national.

4.3 L'organisation du suivi en sortie d'hospitalisation (y compris suite à une tentative de suicide)

55

CONSTATS / CAUSES

1. Pas de dispositif de suivi en post urgence ou post hospitalisation
2. Peu ou pas de coordination
3. Problèmes d'aval pour les enfants et adolescents qui en sortie d'hospitalisation ne peuvent pas être accueillis à domicile

PRIORITE 5:

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

56

5.1 Le respect et la promotion des droits

57

ETATS DES LIEUX :

- Toutes les communes du département disposent d'un CCAS.
- Les 16 CLSM du territoire ont inscrit l'accès aux droits dans leur programme de travail.
- Le respect des droits des personnes dans les établissements de santé mentale est suivi par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, qui rend un rapport chaque année.

5.1 Le respect et la promotion des droits

58

CONSTATS / CAUSES

1. Difficultés d'accès aux droits sociaux
2. Insuffisance d'accompagnement
3. Le respect des droits fondamentaux dans les établissements sanitaire, sociaux, et médicaux sociaux est règlementé, mais un effort reste à faire.

5.1 Le respect et la promotion des droits

59

CONSTATS / CAUSES

1. Difficultés d'accès aux droits sociaux

- Méconnaissance des droits, des modalités d'accès et des dispositifs existants par : les personnes concernées, leurs proches et par les professionnels.
- Non demande par crainte de la personne ou des familles de la stigmatisation et ou par la résignation et l'épuisement des aidants
- Insuffisance d'information sur les droits
- Insuffisance de sensibilisation des professionnels
- La sectorisation et la multiplicité des interlocuteurs : difficile d'identifier le bon interlocuteur
- La complexité des démarches administratives
- La Digitalisation et le risque de fracture numérique : Difficultés à utiliser les nouvelles technologies

5.1 Le respect et la promotion des droits

60

CONSTATS / CAUSES

2. Insuffisance d'accompagnement

- Isolement et/ou la rupture de lien avec l'entourage ou la non demande des personnes
- Méconnaissance de la sectorisation de la psychiatrie par la population et insuffisance d'information et de communication sur le système de soins et l'offre de soins en psychiatrie.
- Incompréhension/mauvaise connaissance des orientations proposées par la MDPH (de la part des patients mais aussi des professionnels.
- Chargé de travail, manque de temps et de moyens des professionnels qui accordent la priorité aux soins reléguant l'accès aux droits au deuxième plan.
- Associations d'usagers peu visibles, pas assez nombreuses pour faciliter la participation des usagers à la vie citoyenne
- Méconnaissance et « peur » des troubles psychique dans la population générale et les acteurs locaux :
 - Les agents des administrations,
 - Les professionnels de santé de premiers recours : Médecins- paramédicaux –médico-sociaux
 - les élus, les citoyens

5.1 Le respect et la promotion des droits

61

CONSTATS / CAUSES

3. Le respect des droits fondamentaux dans les établissements de santé, sociaux et médicaux sociaux est réglementé mais un effort reste à faire dans le domaine.

- de l'information des personnes concernées sur leurs droits, sur les modalités de recours en cas de problèmes.
- Au niveau de la liberté d'aller et de venir en lien avec les soins sans consentement et les pratiques d'isolement/ contention

5.2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

62

ETATS DES LIEUX :

- 30 actions ont été menées lors des Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM) 2018.
- Tous les CLSM participent aux SISM. Plusieurs d'entre eux mènent des actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels de l'accueil des services communaux, des gardiens d'immeubles et du grand public.

5.2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

63

CONSTATS / CAUSES

■ La stigmatisation qui favorise l'exclusion et pose un problème pour l'accès à l'emploi, au logement et à la scolarité

1. Représentations négative de la psychiatrie et des troubles psychiatriques
2. Méconnaissance de la pathologie psychiatrique
3. Confusion entre maladie psychiatrique, délinquant et dangerosité
4. Une société tournée vers la productivité

5.2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

64

CONSTATS / CAUSES

1. Représentations négative de la psychiatrie et des troubles psychiatriques

- Stigmatisation par les bailleurs : Présenter des troubles psychiques est un facteur d'exclusion et de rejet.
- Stigmatisation même chez les personnes concernées par une souffrance psychique : celle-ci est généralement proportionnelle au déni de son propre handicap, ou à sa non prise en compte (exemple → refus de la personne concernée de travailler temporairement en ESAT : « ils ne sont pas comme moi », « je ne suis pas handicapé(e) comme eux »)
- Problème plus aigu encore pour les personnes à la rue avec des troubles psychiques : Cette population n'a aucune chance d'accéder à un logement, au mieux ils sont hébergés dans des structures temporaires. 30% des sans-abris et 20% des personnes en hébergement social représentent un trouble psychiatrique

2. Méconnaissance de la pathologie psychiatrique

- Insuffisance de sensibilisation du public et d'information sur la pathologie psychiatrique
- Pas de formation aux premiers secours en psychiatrie à l'instar d'autres pays développés

65

5.2 La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

CONSTATS / CAUSES

3. Confusion entre maladie psychiatrique, délinquant et actes de violence

- Montée en charge de la violence dans nos sociétés et exigence en termes de sécurité
- Rôle des médias et des informations type « fait divers » non suffisamment documenté

4. Une société tournée vers la productivité

- L'aspect économique prime sur l'aspect humain et les personnes sont considérées plus par rapport à ce qu'elles produisent

66

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

ETATS DES LIEUX :

- 10 GEM sont en fonctionnement dans le département.
- Il n'y a pas de médiateur pair en santé mentale dans le territoire.

67

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

CONSTATS / CAUSES

1. L'auto stigmatisation est souvent présente chez les personnes concernées et leurs familles
2. La pouvoir d'agir des personnes n'est pas toujours entendu, ni accompagné par les professionnels
3. L'insuffisance de soutien des familles et des proches aidants

68

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

CONSTATS / CAUSES

1. L'auto stigmatisation est souvent présente chez les personnes concernées et leurs familles

- En lien avec la représentation négative de la pathologie psychiatrique dans la société
- Insuffisance de formation dès le jeune âge au développement des compétences psychosociales
- Insuffisance de programme d'éducation thérapeutique pour mieux connaître la maladie

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

69

CONSTATS / CAUSES

2. Le pouvoir d'agir des personnes n'est pas toujours entendu, ni accompagné par les professionnels

- Un nouveau paradigme qui nécessite la révision des postures et la place de chacun dans la relation de soins. Elle est aujourd'hui souvent asymétrique entre la personne concernée, sa famille et les professionnels.
- Insuffisance de programme de remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale dans la prise en charge
- Nécessite un travail en réseau avec une même vision partagée par tous les partenaires intervenants dans le parcours de santé et de vie
- Le savoir expérientiel et l'expérience de la maladie n'est pas assez sollicitée
- La paire-aidance n'est pas développée (absence de formation, d'accompagnement, de proposition de poste etc.)
- Insuffisance de programmes d'éducation thérapeutique et de psycho éducation pour mieux aérer la maladie et apprendre à vivre avec.

5.3 Le renforcement du pouvoir de décider et d'agir des personnes, la promotion de leur implication et de celle de leurs proches

70

CONSTATS / CAUSES

3. L'insuffisance de soutien des familles et des proches aidants

- Les familles et proches aidants ne sont pas suffisamment soutenus
- L'implication de la famille n'est pas valorisée, ni reconnue, ni accompagnée.
- Insuffisance de dispositifs d'« aller vers » le patient/les familles et d'accompagnement des familles et de la fratrie dans leur milieu de vie et en situation de crise.
- Pas suffisamment de dispositifs de répit pour les familles
- Pas suffisamment de programme d'éducation thérapeutique et de programme type « Profamille »

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

71

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

72

ETATS DES LIEUX :

Le territoire des Hauts-de-Seine présente plusieurs caractéristiques spécifiques pouvant être facteurs de difficultés psychiques :

- Densité urbaine très importante
- Difficulté d'accès à un logement
- Part importante de personnes seules et de familles monoparentales, à risque de rupture de liens sociaux
- Importante population issue de migrations, dont un nombre important de personnes primo-arrivantes
- Fortes inégalités sociales et territoriales, avec des poches de pauvreté dans le territoire
- Certains territoires du département sont sujets à une délinquance importante et organisée

6. Identification des problèmes en lien avec les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

73

I. LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES	<ol style="list-style-type: none">1. Nature même des troubles2. Refus de soins3. Habitudes et conditions de vie4. Age et périodes de transition5. La comorbidité
II. LES MILIEUX DE VIE	<ol style="list-style-type: none">1. Le milieu familial2. Le milieu scolaire3. Le milieu du travail4. La communauté locale et le voisinage
III. LES DIFFERENTS SYSTEMES	<ol style="list-style-type: none">1. Educatifs2. Sanitaires3. Médico-sociaux et sociaux4. Solidarité sociale et soutien à l'emploi5. Le territoire et son aménagement
IV. LE CONTEXTE GLOBAL	<ol style="list-style-type: none">1. Législatif2. Sociaux économiques3. Socio-culturel4. Technologique

6.1 Les actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental.

74

ETATS DES LIEUX :

- Il n'existe actuellement que deux programmes profamille sur le territoire.
- Certains CLSM organisent des interventions autour de la santé mentale en population générale ou auprès des écoles.
- Plusieurs communes disposent de Point d'Accueil et Ecoute Jeunes pour les adolescents en situation de mal-être et d'ateliers santé-ville.

6.1 Les actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental.

75

CONSTATS / CAUSES

- **Déficit éducatif en ce qui concerne le développement des compétences psycho-sociales aussi bien au sein des familles qu'à l'école**
 - Société tournée vers la performance intellectuelle, et concurrentielle, au détriment du développement des compétences psycho-sociale
 - Pas assez d'actions de formations au développement personnel, confiance en soi, respect de soi et des autres
 - Pas assez d'action de dé stigmatisation et sensibilisation à la santé mentale

6.2 Les actions visant à prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.

76

CONSTATS / CAUSES

1. Pas assez d'actions de prévention
2. La méconnaissance des conduites, et des précautions à prendre pour prévenir l'apparition des troubles psychiques
3. Défaut de formations des professionnels sur des phénomènes nouveaux (exemple : les violences, la prostitution infantile, les risques liés aux réseaux sociaux)

Annexe 12 : Convention parcours des adolescents

Convention de coopération relative à la coordination des parcours de soin en psychiatrie de l'adolescent dans le Nord et le centre des Hauts-de-Seine

L'Établissement Public de Santé Roger-Prévot, sis 52 rue de Paris, 95570 Moisselles, représenté par sa directrice, Madame Nathalie Sanchez,

Le Centre Hospitalier Théophile-Roussel, sis 1 rue Philippe Mithouard, 78 360 Montesson, représenté par son Directeur, Monsieur Jacques Lahely,

L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (APHP), pour l'hôpital Louis-Mourier, sis 178 rue des Renouilliers à Colombes, représentée par délégation du Directeur général, Monsieur Martin Hirsch, par le directeur du groupe hospitalier « Hôpitaux universitaires Paris-Nord – Val-de-Seine » (HUPNVS), Monsieur Pascal de Wilde,

Le Centre d'Intervention dans la Dynamique Educative (CIDE), sis 28 rue Pradier, 92410 Ville d'Avray, représenté par sa directrice, Madame Pauline Braillon,

Convient ce qui suit:

PREAMBULE

Le secteur 92I01 rattaché au Centre Hospitalier Roger Prévot, les secteurs 92I02, 92I03 et 92I04 rattachés au Centre Hospitalier Théophile Roussel, et le dispositif de psychiatrie adolescent du service de Psychiatrie Générale-Addictologie rattaché au Centre Hospitalier Louis Mourier ont en commun une mission de service public d'accès au soin en faveur de la population d'adolescents présentant un trouble psychique. Le Centre d'Intervention dans la Dynamique Educative (CIDE), association 1901 à but non lucratif, offre de même l'accès au soin en faveur de la population d'adolescents présentant des troubles psychiques.

Ces partenaires ont en commun des territoires d'intervention du nord et du centre des Hauts de Seine : Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers, Asnières, Clichy-la-Garenne, Colombes, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, Courbevoie, Nanterre, Suresnes, Puteau, Neuilly-sur-Seine, Rueil-Malmaison, Saint-Cloud, Garches, Ville-d'Avray, Marne-la-Coquette, Vaucresson.

Ils ont développé sur le terrain des collaborations leur permettant d'œuvrer ensemble ou en complémentarité dans le parcours de soin d'adolescent.

Article 1 : objet de la convention

La présente convention a pour objectifs de développer la collaboration :

- Par la facilitation de l'adresse réciproque des jeunes entre le dispositif de psychiatrie adolescent de l'hôpital Louis Mourier, l'intersecteur 92I01, les intersecteurs 92I02, 92I03, 92I04, le CIDE
- Pour assurer la continuité de la trajectoire de soin de ces jeunes
- Pour veiller au repérage et au traitement précoce des troubles psychopathologiques des adolescents
- Pour veiller à assurer un suivi en aval de l'hospitalisation des jeunes dans l'unité de psychiatrie Adolescent de l'hôpital Louis Mourier
- Pour décider en concertation des admissions dans les unités d'hospitalisation Adolescents de l'hôpital Louis Mourier et du Centre hospitalier Théophile Roussel
- Pour une coordination et une concertation entre l'hôpital Louis Mourier, l'intersecteur 92I01 de l'Etablissement Public de Santé Roger Prévot et les intersecteurs 92I02, 92I03, 92I04 du Centre Hospitalier Théophile-Roussel, le CIDE sur le travail de réseau avec les professionnels du champ de l'adolescence du territoire desservi.
- Pour la mise en place d'un groupe de travail impliquant les services de pédiatrie du territoire concernant la prise en charge et l'accueil en urgence des adolescents relevant de soins de psychiatrie

Article 2 : cohérence et complémentarité dans les parcours de soins

Le dispositif de psychiatrie adolescent de l'hôpital Louis-Mourier, l'intersecteur 92I01 de l'Etablissement Public de Santé Roger-Prevot et les intersecteurs 92I02, 92I03, 92I04 du Centre Hospitalier Théophile Roussel, le CIDE, ont développé un dispositif cohérent d'accès au soin en santé mentale en faveur des adolescents et de leur famille qui privilégie l'insertion des jeunes au plus près de leur milieu de vie. Ce dispositif veille à donner la réponse la plus adaptée à chaque moment de la trajectoire de soin des adolescents. Il veille également à coordonner les parcours de soin.

Ces dispositifs permettent un accès au soin par :

- En amont et aval des hospitalisations aiguës, dans une optique de repérage précoce et de soin ambulatoire :**
 - Au sein des intersecteurs 92I01, 92I02, 92I03, 92I04, du CMPP de Ville d'Avray, une consultation rapide pour adolescents (UATA ou CASA) en lien avec les CMP avec un accueil, des consultations d'évaluation et d'orientation, qui ont souvent lieu à l'initiative de l'entourage du jeune (parents, éducateurs en charge d'une mesure)
 - Une équipe mobile rattachée au dispositif de psychiatrie Adolescent de Louis Mourier Le dispositif de psychiatrie adolescent (12-17ans) répond aux besoins du nord et du centre du département du 92. Il intervient en complémentarité des Intersecteurs (92I01, 92I02, 92I03, 92I04).
 - Unité soin étude (USE) : le CIDE : une hospitalisation de jour au Centre du Parc de Saint Cloud associant une prise en charge thérapeutique et une scolarisation adaptée.
 - Au sein de l'intersecteur 92I01 : UATA et consultations spécifiques et de psychothérapie dans les CMP (Asnières, Gennevilliers, Levallois, Villeneuve La Garenne, Clichy), Groupes thérapeutiques, « Soins et Culture »
 - Pour l'intersecteurs 92I02 : Des consultations spécifiques et de psychothérapie dans les trois CMP (deux à Colombes, un à La Garenne Colombes), Ateliers de médiation qui peuvent être une étape importante pour l'investissement par le jeune d'une démarche de soin.

- Pour l'intersecteur 92I03 : Des consultations spécifiques et de psychothérapie dans les CMP, CATTP intersectoriel de Nanterre et Courbevoie, Hôpital de jour pour adolescents à Nanterre, et Centre d'Accueil et de Soins (CAS) à Suresnes. Une convention est signée entre le dispositif de psychiatrie Adoléscent de l'hôpital Louis Mourier et le CATTP de Nanterre dans le cadre d'une offre de soin partagée autour d'activités de médiation (atelier Hip Hop, du CATTP de Nanterre, ateliers du dispositif de psychiatrie adoléscent de l'hôpital Louis Mourier)
- Pour l'intersecteur 92I04 et 92I05 : Des consultations spécifiques et de psychothérapie dans les CMP, CATTP intersectoriel de Rueil, Hôpital de jour pour adolescents à Saint Cloud.
- Pour le CIDE : des consultations spécifiques et de psychothérapie au CMPP associatif de Ville d'Avray.

□ **En ce qui concerne les hospitalisations aiguës :**

- Deux unités d'hospitalisation de soin aigus psychiatriques (Unité Ado de l'hôpital Louis Mourier et L'Unité d'accueil et de soins intensifs (UASI) du Centre Hospitalier Théophile Roussel) complémentaires avec des parcours de soin concertés
- Deux unités d'hospitalisation en pédiatrie pouvant être recours selon les situations: l'Unité d'Accueil et de Crise (UACA) faisant partie du service de pédiatrie à l'hôpital de Neuilly avec mise à disposition de moyens de l'intersecteur 92I03 et le service de Pédiatrie de Louis Mourier bénéficiant d'une équipe de psychiatrie de liaison.

Ces temps de la trajectoire de soin des adolescents sont coordonnés. Les offres de soin développées par les trois centres hospitaliers, le CIDE, participent du réseau pluridisciplinaire et pluri-institutionnel des professionnels du champ de l'adolescence coordonné par la Maison des Adolescents 92 (MDA92)

Article 3 : coordination des parcours de soins

Les trois établissements de santé et le CIDE favorisent et développent des parcours coordonnés de soin en facilitant l'adresse réciproque des jeunes et des familles. Les praticiens engagent pour cela une concertation de qualité, qui permet de préciser les indications selon des modalités propres à chaque situation clinique.

□ **En amont des unités d'hospitalisation :**

- Travail de repérage au sein des consultations des intersecteurs permettant qu'une référence de prise en charge soit définie avant une éventuelle hospitalisation.
- Adressage si nécessaire et selon les situations aux urgences hospitalières de pédiatrie (Hôpital Louis Mourier avec l'intervention de l'équipe de liaison, Institut Hospitalier Franco-Britannique, Centre Hospitalier des Rives-de-Seine (Neuilly-Courbevoie) avec un contact indispensable par le praticien de l'intersecteur référent de la situation).
- Intervention concertée de l'équipe mobile du dispositif de psychiatrie adoléscent de l'hôpital Louis Mourier et de l'UATA ou des CASA pour des adolescents pour lesquels l'accès aux soins est complexe et le déplacement au CMP difficile, pour travailler une préadmission en hospitalisation ou permettre l'accès aux soins ambulatoire en lien avec le réseau socioéducatif concerné par la situation.
- Mise en lien avec l'équipe de coordination de l'UACA pour co-évaluation des situations (échange téléphonique, évaluation multidisciplinaire en cas de préadmission, hospitalisation etc.)

- **Pour les admissions en hospitalisation aigue dans l'unité d'hospitalisation de psychiatrie Adolescent PUASI du centre hospitalier Théophile Roussel ou de l'unité d'hospitalisation de l'hôpital Louis Mourier (Astrolabe) :**
 - A l'aide de contacts préalables entre les praticiens des établissements concernés, de consultation de préadmission dans la mesure du possible.
 - Pour les admissions pour motif psychiatrique dans les unités de pédiatrie des hôpitaux Louis Mourier, Neuilly-Courbevoie et Francobritannique, un contact préalable entre praticiens sera effectué.
 - L'adresse réciproque des patients se fera en cohérence avec leur parcours de soin avec le choix de l'unité la plus adaptée en fonction de la clinique au moment de l'admission. L'unité L'Astrolabe de l'hôpital Louis Mourier ne peut pas accueillir des jeunes présentant un état d'agitation majeure. L'UASI peut être sollicitée mais ne saurait répondre à l'ensemble de ces situations.
 - Pendant l'hospitalisation, le projet de sortie est élaboré de manière concertée avec les psychiatres référents des intersecteurs. Un psychiatre référent est nommé si le jeune n'est pas connu antérieurement par le secteur.

- **En aval de l'unité d'hospitalisation :** un adressage dans les structures de soin, UATA, CASA, CMP, CATTP, Structures de soins post-aigües (Unité Diderot, Unité Soins étude, Centre d'Accueil et de Soins, HDJ) est fait dans le cadre d'un travail concerté entre les praticiens

- La connaissance réciproque des dispositifs est favorisée par la participation à des réunions entre le dispositif de psychiatrie Adolescent de Louis Mourier, l'UATA, l'UACA et les CASA. Ces réunions permettent de présenter les situations et de faire le point sur les suivis des patients. La concertation entre les équipes permet d'ajuster les modalités de mise en œuvre à la singularité des situations.

- Participation au travail de réseau du nord et du centre des Hauts-de-Seine 92 en concertation avec les intersecteurs et la MDA 92 avec notamment une participation aux réunions casa du 92 et une participation à la réflexion « parcours jeunes » appuyée sur l'équipe mobile, l'UATA et les CASA.

Article 4 : recherche

Les partenaires de la convention facilitent la participation à des actions de recherche sur les pratiques de soin. Le cadre de cette participation reste à définir avec les chercheurs et les équipes concernées.

Article 5: développement de la coopération

Les trois établissements de santé et le CIDE décident de développer la connaissance réciproque et la réflexion commune des équipes et de collaborer dans la définition de la politique de santé mentale en faveur des adolescents par l'information réciproque sur les projets, et de toute initiative émanant des instances ou des équipes de terrain.

Article 6 : approfondissement de la coordination avec la psychiatrie adulte

Les trois établissements de santé et le CIDE conviennent d'approfondir la coordination avec la psychiatrie adulte du territoire afin d'assurer une prise en charge optimale de l'adolescent notamment en phase de transition à l'âge adulte.

Article 7 : mise en œuvre :

La convention est établie pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

La convention peut être résiliée, par l'une ou l'autre des parties, après un préavis de six mois par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait en 4 exemplaires, le à

Pour le Centre hospitalier Roger Prévot
Madame Nathâlie Sanchez



Pour l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris
Monsieur Pascal de Wilde

Pour le Centre Hospitalier Theophile Roussel
Monsieur Jacques Lahely



Pour le Centre d'Intervention dans la
Dynamique Educative
Madame Pauline Braillon



CIDE
26/28 rue Pradier
92410 VILLE D'AVRAY

ANNEXE

Présentation de chaque dispositif :

1-Hôpital Louis-Mourier - Dispositif de psychiatrie Adolescent : C'est un dispositif tripartite intersectoriel pour le nord et le centre des Hauts-de-Seine 92 associant une équipe mobile, une unité d'hospitalisation psychiatrique (de 12 lits et 2 places Hôpital de jour) et une équipe de liaison intervenant en pédiatrie (urgences et unité d'hospitalisation). Il constitue une unité fonctionnelle du service de Psychiatrie générale-Addictologie, service universitaire et sectorisé. Il vise à intervenir aux différents temps de la trajectoire du jeune. L'équipe mobile du dispositif de psychiatrie Adolescent de Louis Mourier a vocation à intervenir au sein du réseau au plus près du milieu de vie des jeunes, afin de favoriser l'accès aux soins, de rencontrer les jeunes « non demandeurs » et ne consultant pas spontanément au CMP. L'équipe mobile met en place des interventions directes auprès des jeunes (consultations au plus près du milieu de vie : visite à domicile, dans les foyers et les équipes socio-éducatives et judiciaires, les établissements scolaires...) et indirectes auprès des professionnels. Elle s'appuie sur l'infrastructure hospitalière du dispositif (hospitalisation, consultations, ateliers thérapeutiques) et sur le secteur sanitaire local.

2-Etablissement Public de Santé Roger Prévot: Unité d'Accueil Thérapeutique pour Adolescents : Unité fonctionnelle de l'intersecteur de pédopsychiatrie 92I01.

L'équipe pluridisciplinaire travaille en lien étroit avec les partenaires en charge d'adolescents (éducation nationale, ASE, PJJ, sanitaire...) L'UATA propose des rencontres avec les partenaires ainsi qu'un accueil pluridisciplinaire des adolescents et de leur famille. Elle participe à l'évaluation des situations, facilite l'accès au soin et assure la continuité des soins pour l'adolescent à toutes les étapes de la prise en charge. Egalement lieu ressource pour les CMP de l'intersecteur, L'UATA intervient autour des situations les plus difficiles en lien avec les CMP. Dans le cadre des hospitalisations d'adolescents, l'UATA assure les liens entre structures hospitalières et suivi ambulatoire. Enfin l'UATA est particulièrement positionnée dans les situations complexes nécessitant la mise en place de liens interpartenariaux denses avec des consultations adolescents dans les cinq centres médico-psychologiques de l'intersecteur.

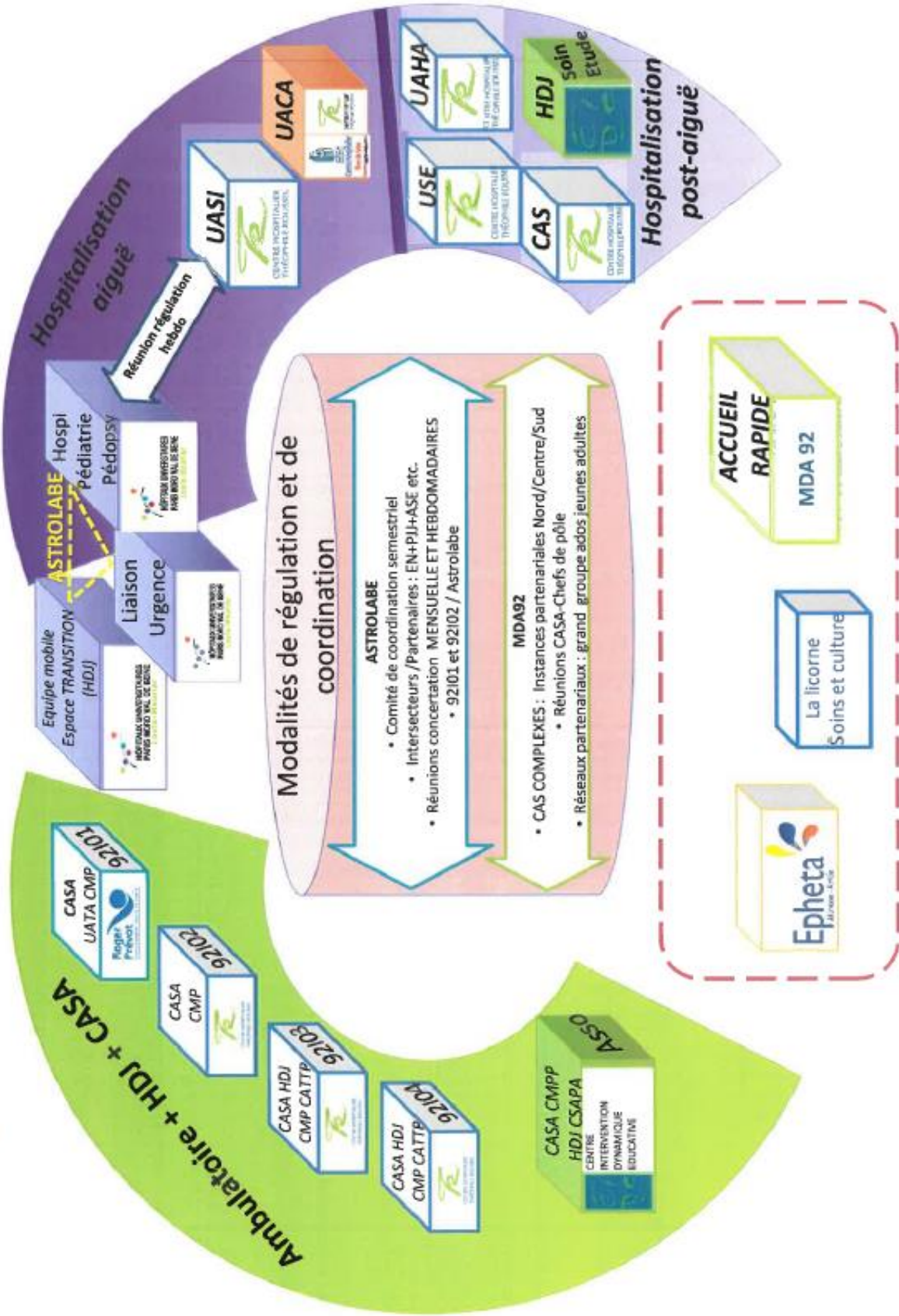
3-Centre Hospitalier Théophile Roussel :

- **Plate-forme Intersecteur 92I02 :** Consultations d'Accueil et de Soins pour Adolescents (consultation rapide pour adolescents avec un accueil, des consultations d'évaluation et d'orientation, demandées par l'entourage du jeune (parents, éducateurs en charge d'une mesure)), Consultations des CMP et Groupes thérapeutiques (groupe Ado et groupe « A Corps d'âge ». Ce dispositif Adolescent de l'intersecteur 92I02 est étroitement articulé avec le dispositif Adolescents de l'hôpital Louis Mourier dont il partage le territoire local (coordination des nouvelles demandes au sein d'un staff hebdomadaire commun, formalisation du partenariat entre les équipes afin de favoriser l'adresse des adolescents d'une unité à l'autre)
- **Centre Jean Wier 92I03 et Intersecteur 92I04** associent chacun une Consultation d'Accueil et de Soins pour Adolescents (consultation rapide pour adolescents avec un accueil, des consultations d'évaluation et d'orientation, demandées par l'entourage du jeune (parents, éducateurs en charge d'une mesure)) des Consultations en CMP et un CATTIP intersectoriel à Rueil et Nanterre, ainsi qu'un hôpital de jour adolescent
- **Hôpital de jour 92I03 Nanterre et 92I04 Saint Cloud**

4-Le CIDE associe un hôpital de jour, le Centre du Parc de Saint Cloud et un CMPP avec une mission CASA à Ville d'Avray. Il est non sectorisé.

- L'hôpital de jour, le Centre du Parc de Saint-Cloud, est un établissement de soins pour adolescents proposant une prise en charge thérapeutique et une scolarité adaptée aux difficultés psychiques des adolescents de la cinquième à la terminale.
- Le CASA, Consultations d'Accueil et de Soins pour Adolescents (Consultation rapide pour adolescents, avec un accueil, des consultations d'évaluation et d'orientation, demandées par l'entourage de l'adolescent), des consultations à visée psychothérapeutique, du psychodrame au CMPP, des consultations spécifiques.

Régulation du parcours des adolescents sur le Nord du 92



Annexe 13 : Invitation à une réunion d'échanges avec les représentants des CLSM – élus associés à la démarche des coordonnateurs CLSM



Le 4 novembre 2019,

Mesdames et Messieurs les Maires adjoints en charge des questions de santé.

La Délégation Départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et l'Association des Maires des Hauts-de-Seine en lien avec le Conseil territorial de santé, ont le plaisir de vous convier à une réunion d'échanges avec les représentants des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) -élus associés à la démarche et coordonnateurs CLSM- :

Le vendredi 22 novembre à 9h
Agence régionale de santé d'Île-de-France
Délégation départementale des Hauts de Seine
55 avenue des Champs Pierreux - 92000 NANTERRE
Le capitole, Hall 1, 1er étage

Afin de vous recevoir dans les meilleures conditions, nous vous invitons à confirmer votre présence ou celle de votre représentant par courriel :

ars-dd92-deleque-departemental@ars.sante.fr ; awanes@amd92.org

Cette réunion de travail sera consacrée à la présentation du diagnostic partagé du Projet territorial de santé mentale (PTSM) aux représentants des CLSM –élus et coordonnateurs CLSM-. Un avis écrit de chacun des CLSM pourra être transmis au comité de pilotage du PTSM à la suite de cette rencontre.

En effet, l'article L3221-2 du Code de la santé publique prévoit que :

« Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé ».

Le diagnostic du PTSM fera l'objet d'une présentation au CTS du 13 décembre 2019.

Nous vous prions de croire, Madame la Maire, Monsieur le Maire, Mesdames et Messieurs les Maires adjoints, en l'assurance de notre considération distinguée.

Dr Alexandra FOURCADE

Première Adjointe au Maire de Neuilly-sur-Seine
Conseillère départementale des Hauts-de-Seine

Monique REVELLI

Directrice de la délégation
départementale des Hauts-de-Seine
de l'ARS



Annexe 14 : Proposition d'expérimentation face aux problèmes de soins primaires en santé mentale

Proposition d'expérimentation face aux problèmes de soins primaires en santé mentale

Document de travail

En résumé au 10 mai 2019

4 propositions pragmatiques, faisables, efficaces et reproductibles pour :

- **coordonner les soins psychiatriques**
- **améliorer l'accès à des soins de qualité, de proximité, en secteur 1 le plus souvent, dans des délais raisonnables**
- **faire monter en compétence les professionnels;**
- **former les jeunes médecins**

Indissociables dans le projet, ces 4 propositions peuvent être mise en oeuvre progressivement selon les besoins et la disponibilité des professionnels sur chaque territoire.

Pour participer à l'expérimentation on doit adhérer à la proposition 1

1. "Aller vers" : trouver un médecin traitant pour chaque patient en CMP, dont ceux qui n'arrivent pas à se rendre dans un cabinet médical (sans dépasser 5 nouveaux patients en consultation par MG et 1 patient en visite)

"Aller vers" : les CMP développent une politique de coordination ville-CMP pour les soins aux patients "psychiatriques" suivi conjointement, et d'aide aux MG pour la prise en charge de leurs autres patients psychiatriques (par exemple : avis, conseils, staff)

2. Créer des stages SASPAS expérimentaux sur un territoire 2 jours chez MSU MG et 2 jours CMP
3. Créer des stages enfant expérimentaux sur un territoire 2 jours chez MSU MG et 2 jours CMP enfant ou adolescent
4. Consultations d'expertise éventuellement conjointe pour des cas complexes,

et/ou Staffs de cas cliniques, et/ou formations thématiques, le tout à moduler selon les souhaits locaux.

Il faudra pendant un premier temps assurer la présentation du projet, le recrutement des participants, le suivi et soutien des professionnels, l'encadrement de la mise en oeuvre des propositions, et l'évaluation des propositions : nécessité d'embaucher un chargé de projet.

La période expérimentale doit permettre l'évaluation et de préciser le cadre de mise en oeuvre (groupe de suivi) mais aussi développer un travail scientifique pour donner des informations/recommandations pour les prises en charge et protocoles (groupe scientifique).

La période expérimentale pourrait être fixée à deux ans renouvelable 1 an deux fois selon besoin.

Passé cette phase expérimentale les propositions pourront être supportées par d'autres structures, réseaux, CPTS ou PTA...

fait

- Accord de la coordination IdF pour des stages expérimentaux et du CNGE pour la formation des MSU
- Accord du CA du Réseau92 Nord pour porter la phase expérimentale avec l'embauche d'un chargé de projet. Accord CPAM pour donner des indicateurs d'évaluation à l'échelle de la patientèle d'un CMP
- Accord CMP Gennevilliers enfant et 3 MG dans une MSP pour créer un premier stage enfant en novembre 2019 et des staffs
- Des CMP sont intéressés : Asnières, Chaville-Meudon, Colombes, Levallois, Suresnes, Croix Rouge VLG... du travail reste à faire pour recruter les MG sur les territoires
- En Île de France plusieurs MSP se sont déclarées intéressées mais actuellement surchargées de travail (par l'intermédiaire de la FEMASIF)

à faire

- Poursuite de la recherche de CMP intéressés, sur tout l'Île de France ?
- Trouver sur chaque territoire des MG et autres professionnels intéressés par "aller vers" et Staffs-formation
- Trouver des MSU sur le territoire du CMP acceptant de superviser les soins somatiques au CMP et de prendre l'interne en stage dans son cabinet
- Créer un groupe de pilotage de l'expérimentation
- Créer un groupe scientifique : "prévention et soins chez les patients psychiatrique"

A recruter un chef de projet

Trouver un financement pérenne pour les propositions 1 et 4, impliquer l'université dans le projet global et non seulement sur les stages, trouver un financement pour 2 ans renouvelable selon le développement et besoins pour le chef de projet, le groupe de suivi et le groupe scientifique.

Suivi départemental par la structure porteuse :

Fiche de poste du chef de projet

Organisation de réunions territoriales CMP/MG/autres professionnels de soins primaires / CLSM / Réseaux / PTA / CPTS

Proposition 1

- trouver les équipes CMP volontaires avec l'accord de leur direction,
- aider à évaluer le nombre de patients sans médecin traitant ou ne le consultant pas à voir en consultation ou en visite à domicile ou au CMP
- aider à organiser la possibilité de consultation conjointe avec le psychiatre et le MG si nécessaire
- aider à évaluer la nécessité de créer dans le CMP une demi journée périodique de consultation d'un MG
- trouver des MG souhaitant participer à l'expérimentation et acceptant de devenir médecin traitant de patient du CMP (par ex limité pour un MG à 5 patients en consultation et 1 patient en visite)
- mettre en place les indicateurs d'évaluation et les relever tous les 6 mois/12 mois

Propositions 2 et 3

- trouver les équipes CMP volontaires avec l'accord de leur direction, avec un MSU psychiatre, formaliser le travail IDE qui suivra l'interne, vérifier l'accès à un box de consultation pour l'interne
- trouver un MSU MG ou deux par lieu de stage sur le territoire acceptant de superviser les soins somatiques au CMP et d'accueillir l'interne en stage dans leur cabinet 2 jours. Trouver les MSU MG actuels sur le territoire ou susciter des vocations.
- suivre mise en place du planning et de l'activité de l'interne en MG et en CMP
- suivre l'organisation de la supervision MG et sa réalisation

- aider à organiser les 3 réunions semestrielles entre les MSU psychiatre et MG + IDE du CMP
- vérifier la présentation du stage, la déposer à la faculté concerné (celle du MSU MG), vérifier son agrément, proposer de présenter le stage aux internes avant ou lors du choix des stages ambulatoires
- aider à la mise en place de l'évaluation du stage et recueillir les données
- suivi de la formation régionale des internes (½ journée deux fois par semestre)

Proposition 4

- Rechercher les MG intéressés sur un territoire présentant un CMP volontaire pour l'expérimentation
- Cette démarche d'information territoriale pourra avoir un volet d'explication du rôle d'un réseau, d'une CPTS, d'une PTA
- Aider à évaluer les besoins en consultations d'évaluation de situations complexes et de patients à staffer
- Evaluer la motivation et la possibilité de participer à une formation
- Trouver un lieu de réunion
- Trouver un expert psychiatre
- Proposer une organisation locale
- Mise en place, suivi, évaluation
- Comptes rendus des staffs et formation, mutualisés entre les sites expérimentateurs et diffusé à tous les sites

Coordination régionale par le chef de projet

- Animation du Groupe de pilotage de l'expérimentation
 - information, suivi, évaluation, protocoles
 - 3 (?) réunions par semestre, 3h, 5 personnes
 - et réunions de présentation locales
- Suivi du groupe scientifique : "prévention et soins chez les patients psychiatrique"
 - travail à distance et 4 (?) ½ journées par an
- Organisation de la formation des internes
 - 2 ½ journées par semestre

Développement attendu 15 sites en 30 mois

Le chef de projet pourrait permettre de développer le modèle sur toute l'Île de France

Proposition d'expérimentation face aux problèmes de soins primaires en santé mentale

Document de travail initial

Problématique

Participant à la Commission Spécialisée de Santé Mentale (CSSM92) auprès du Conseil Territorial de Santé des Hauts de Seine (CTS92) nous avons poursuivi notre réflexion sur les problèmes de soins primaires en santé mentale avec d'autres collègues.

Cette réflexion est centrée sur les problèmes rencontrés par les professionnels de soins primaires dans l'exercice de leurs professions il s'agit donc d'une réflexion très partielle sur le soin par rapport à la santé mentale dans son ensemble.

On a essayé de réfléchir aux problèmes où nous pourrions apporter une amélioration.

Une proposition initiale issue des réflexions du Dr Aline SEIF médecin coordinateur du Réseau 92 Nord et médecin généraliste à Colombes (92700), et du Pr Michel Nougairède médecin généraliste représentant la FEMASIF et le PSUGVLG qui rencontre le travail du Pr Hector Falcoff médecin généraliste (75013),

Puis ces propositions ont été développées avec Véronique Charlot psychiatre hôpital Louis Mourier et CMP Colombes (92700) et Nancy Pionnie-Dax chef de pôle pédo-psychiatrie ERASME (moitié sud dr Pionnié Dax, pédopsychiatre, chef de pôle, coordinatrice du parcours adolescent, responsable de l'unité recherche. EPS Erasme et rédigées avec l'aide de Jean-Marie Nougairède.

Ces propositions ont reçues le soutien d'autres collègues : Thierry Mazars, MCA Faculté Paris Diderot chargé des stages de SASPAS, président du Réseau 92 Nord, MG Villeneuve-la-Garenne (92390), Geneviève Richard MG (75014), Marie-Noëlle Vacheron Psychiatre Saint Anne (75014)", Bernard Elghozi MG (94),

Nous avons relevés des problèmes en soins primaire concernant la santé mentale :

- Accès aux soins somatiques des patients psychiatriques
 - L'espérance de vie des patients psychotiques ou bipolaires est inférieure de 20 ans à celle la population générale.

- Cette population présente des comorbidités importantes et multiples : effets indésirables métaboliques des médicaments antipsychotiques, intoxication tabagiques, anosognosie des problèmes somatiques...
 - Les psychiatres ont de plus en plus de difficultés pour trouver des médecins traitants pour les patients suivis au CMP et des médecins généralistes qui se déplacent à domicile. Ils sont surchargés de travail.
 - Les MG ont du mal à avoir auprès des psychiatres des avis et des prises en charge rapides et en secteur 1. Ils sont surchargés de travail.
 - Certains patients suivis au CMP sont dans le refus de soins pour les pathologies somatiques, ne se sentent pas malades, mais pourraient accepter un début de suivi somatique au CMP. Par ailleurs les pathologies somatiques peuvent impacter l'état de santé mentale.
- Mauvaise communication psychiatre/MG; travail pluri professionnel généralement inexistant
 - Formation initiale et continue insuffisante des MG à la santé mentale ; difficultés diagnostiques en soins primaires
 - Absence de formation des psychiatres à la coordination des soins en ville
 - Réticences, refus des psychiatres de communiquer des diagnostics : question compliquée et légitime à réfléchir, peut être à décider au cas par cas et avec le patient
 - Découragement des professionnels de soins primaires à dépister les troubles du spectre autistique s'il n'y a pas les ressources nécessaires pour réaliser les bilans et les prises en charge

Nous avons recherché ce qu'il faudrait faire pour répondre à ce constat.

Besoins :

1. Établir un lien entre psychiatre et MT/IDE/IDE Asalée/Assistante sociale/pharmaciens ...
2. Développer le travail pluri professionnel et mobiliser les ressources disponibles sur les territoires : IDE qui permettent le suivi rapproché à domicile de certains patients, infirmières Asalée, pharmaciens, psychologues, Assistantes sociales, groupes d'activité physique adaptée, etc... CLSM et Réseaux.

3. Coordination avec les CLSM en organisant des réunions aux heures possibles pour les libéraux
4. La coordination par le MT de la prise en charge des pathologies chroniques autres que les pathologies psychiatriques
5. Un médecin généraliste traitant (MT) pour chaque patient
6. Des soins dont la prévention et les dépistages pour chaque patient :
 - a. Le plus souvent possible par son MT dans son cabinet
 - b. Si impossible (refus du patient) soins/prévention/dépistage dans la structure de soins psychiatrique (CMP), par MT, ou par MG volontaire ou interne de MG en stage
7. Des consultations de psychiatrie facilement accessibles (délais, tarifs, proximité)
8. Des ressources pour les bilans et les prises en charge des TSA (troubles spécifiques des apprentissages) dans des délais acceptables, des tarifs en secteur 1, et de proximité
9. Réflexion médico, psycho, sociale et éthique sur le partage des informations du dossier médical (ex : eParcours, Terr eSanté).

Pour contribuer à répondre à certains de ces besoins, nous avons un plan d'action en 4 propositions qui pourraient être mises en place de façon souples et coordonnées entre elles, suivant les capacités des sites pilotes expérimentaux.

Pour participer à l'expérimentation on doit adhérer à la proposition 1

L'adhésion aux propositions 2, 3 et 4 sont optionnelles et indépendantes

Pour la proposition 4, les consultations d'évaluation, les staffs et les formations sont modulables selon les sites d'expérimentation (motivation/disponibilité des professionnels de soins primaires, participation d'un psychiatre formateur)

Ces propositions nous semblent prioritaires, innovantes, faisables, reproductibles et efficaces.

Proposition 1 : les psychiatres et les MG vont vers les patients psychiatriques en se coordonnant pour être plus efficaces

Un MT pour chaque patient suivi en CMP. Prise en charge des soins somatiques des patients psychiatriques par les médecins généralistes : démarche “d’aller vers” (Besoins 1/2/4/5/6/9)

Coordination des soins psychiatriques sur un territoire entre les MG et autres professionnels de soins primaires concernés et les psychiatres (besoins 3/7/8).

Proposition 2 : Internes de MG en stage SASPAS en CMP (besoins 2/4/5/6/9)

Proposition 3 : Interne de MG en stage enfant / adolescent en CMPP un jour par semaine (besoins 2/4/5/8/9)

Proposition 4 : Consultations d’évaluation de psychiatrie en secteur 1 dans des structures d’exercice regroupé, pour des cas complexes avec tous les professionnels du territoire qui le souhaitent et leur assurer des staffs patients et une formation. (besoins 1/2/7/9)

Proposition 1 : Prise en charge des soins somatiques des patients psychiatriques par les médecins généralistes : démarche “d’aller vers”

Cette proposition s’impose à tout acteur qui souhaite entrer dans l’expérimentation et nécessite de renforcer le lien entre les professionnels motivés.

Objectifs

- Chaque patient psychiatrique aura un médecin traitant (MT),
 - Rechercher un MT pour les nouveaux patients : nécessité de ne pas solliciter toujours les mêmes MG (organisation au niveau de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, du réseau territorial ou du CLSM).
- Plusieurs possibilités de consultations somatiques non exclusives :
 - Le plus souvent possible par son MT dans son cabinet
 - Éventuellement consultation du MT/MG en CMP avec participation de l’infirmier du patient, en particulier pour les nouveaux patients anosognosiques refusant de consulter..
 - Si les besoins de consultations somatiques dans un CMP sont trop importants, possibilité d’organiser des consultations du MG en CMP sur une plage horaire fixe avec participation des infirmiers des patients
 - Consultation conjointe MT/psychiatre
 - Rôle des IPA (infirmières de pratiques avancées) à réfléchir...

Mise en œuvre

- Dans un premier temps demander à l'ARS d'interroger les CMP d'ÎdF sur leurs difficultés à trouver des médecins traitant pour les soins somatiques de leurs patients et s'ils souhaitent s'impliquer dans un travail pour essayer de résoudre ce problème.
- Une réponse quantitative par CMP volontaire doit dénombrer les patients
 - en capacité de consulter le MT dans son cabinet
 - nécessitant une consultation du MT au CMP avec participation de l'infirmier du patient
- et préciser si les modalités suivantes doivent être étudiées
 - consultations du MG en CMP sur une plage horaire fixe avec participation des infirmiers des patients (par exemple une demi-journée par mois)
 - consultation conjointe MT/psychiatre à la demande

L'interne avec l'IDE du CMP mènera au mieux ce travail sous la supervision de ses MSU..

Seront traités en priorités les CMP souhaitant accueillir un interne dans le cadre de la proposition 2 et situés sur un territoire où une CPTS, un réseau de santé ou un CLSM accepte de recruter le plus grand nombre possible de MG pour alléger la charge de travail de chacun.

Si le CMP n'est pas en capacité d'estimer ses besoins on peut considérer que les MG sont prêts à accepter un nouveau patient en visite par an (à domicile ou au CMP). Si le nombre de consultations au CMP est élevé et que l'interne ne peut arriver à les assurer alors on peut essayer de mettre en œuvre des vacations de consultations par des MG du territoire avec 30 mn par patient..

La structure porteuse départementale ou le support local établissent et tiennent à jour la liste des correspondants participant à l'action santé mentale

Le CMP a en charge l'organisation des consultations au sein du cabinet MT ou du CMP

S'il y a besoin de recruter un MG sur plage fixe, la structure porteuse départementale pourra apporter son aide

Suivi départemental par la structure porteuse : chef de projet

Organisation de réunions territoriales CMP/MG/autres professionnels de soins primaires/CLSM/Réseaux/PTA/CPTS

- trouver les équipes CMP volontaires avec l'accord de leur direction,
- aider à évaluer le nombre de patients sans médecin traitant ou ne le consultant pas à voir en consultation ou en visite à domicile ou au CMP

- aider à organiser la possibilité de consultation conjointe avec le psychiatre et le MG si nécessaire
- aider à évaluer la nécessité de créer dans le CMP une demi-journée périodique de consultation d'un MG
- trouver des MG souhaitant participer à l'expérimentation et acceptant de devenir médecin traitant de patient du CMP (par ex limité pour un MG à 5 patients en consultation et 1 patient en visite)
- mettre en place les indicateurs d'évaluation et les relever tous les 6 mois/12 mois

Financement

	MG	CMP
Consultation au cabinet MG	Paiement à l'acte CPAM usuel	
Facturation MG au CMP. Participation de l'IDE	Paiement à l'acte CPAM usuel	Dotation ARS
Facturation des consultations conjointes MT/Psychiatre CMP	MT payé 55€ ARS (équivalent G(S)+MIS)	Dotation ARS
Consultations du MG en CMP sur une plage horaire fixe (3GS/h)	vacation de 3h = 225€ ARS	Dotation ARS

G(S)+MIS : Consultation initiale d'information cancer ou patho.neurodégénérative

Il serait utile d'obtenir une dérogation pour pouvoir coter GS+MIS directement à la CPAM et éviter d'envoyer une facture à la structure porteuse départementale qui demandera un financement à l'ARS.

L'évaluation annuelle en CMP retiendra

- Le nombre de patients ayant trouvé un nouveau MT,
- Le nombre de MG ayant participé aux consultations au CMP / nombre d'heures effectuées
- Nombre de patients ayant bénéficié de consultations MG / nombre de consultations
- Nombre de patients ayant bénéficié de consultations conjointes MG & Psychiatre/nombre de consultations conjointes
- accès au médecin traitant hors CMP

Médiane et moyenne du nombre de consultations annuelles MT des patients de la file active du CMP ayant une ALD 23 et ayant pris des neuroleptiques dans l'année

Exemple du CMP de Colombes à partir de données fournies gracieusement par la direction gestion du risque de la CPAM 92.

L'évaluation doit être assurée par la structure départementale porteuse, avec l'aide de la CPAM, des CMP et des médecins traitants.

<u>· Accès à un médecin traitant généraliste pour tous les patients</u>		
1	nombre de patients : - de la file active du CMP ayant une ALD * - ayant pris des neuroleptiques dans l'année - qui ont vu leur médecin traitant au moins une fois dans l'année	494
2	nombre de patients : - de la file active du CMP ayant une ALD * - ayant pris des neuroleptiques dans l'année	745
Rapport (1/2)		66,3%
<u>· Evaluation du risque cardiovasculaire des patients sous neuroleptiques</u>		
1	nombre de patients : - de la file active du CMP ayant une ALD * - ayant pris des neuroleptiques dans l'année - ayant eu un ECG dans les 2 dernières années	92
2	nombre de patients : - de la file active du CMP ayant une ALD * - ayant pris des neuroleptiques dans l'année	745
Rapport (1/2)		12,3%
* : nous ne pouvons pas dissocier les ALD 23 des patients en ALD.		

Proposition 2 : Internes de MG en stage SASPAS en CMP

Cette proposition nous semble innovante en tenant compte des expériences passées, faisable, reproductible et efficiente.

Les difficultés

- L'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques est insuffisant,
- La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés.
- Communication psychiatre/MG et travail pluri professionnel variable selon les territoires et souvent inexistant
- Dans la formation de médecine générale, il n'est pas prévu de formation initiale spécifique en psychiatrie. Les internes lors de leurs 3 années de 3ème cycle croisent des patients psychiatriques chez des généralistes non formés. Des stages en hôpitaux psychiatriques n'ont pas été agréés par les DMG car trop éloigné de la psychiatrie prise en charge en soins primaire.
- La formation continue des MG à la santé mentale est insuffisante ; les MG se plaignent de difficultés diagnostiques et thérapeutiques en soins primaires.
- Les patients de CMP sont souvent réticents à consulter un médecin généraliste
- Absence de formation des psychiatres à la coordination des soins en ville

Il faudrait

- Un médecin généraliste traitant (MT) pour chaque patient
- Des stages formateurs pour les internes en médecine générale dans des consultations de psychiatrie générale (ex : CMP)
- Développer le travail pluri professionnel et mobiliser les ressources disponibles sur les territoires : psychologues, IDE qui permettent le suivi rapproché à domicile de certains patients, pharmaciens, infirmières Asalée, groupes d'activité physique adaptée, etc...
- Des soins de prévention dépistage réguliers pour chaque patient

Expérience antérieure

- Le département de médecine générale de la Faculté Bichat, à la suite de la thèse d'Irène Bohn (2008), a proposé durant plusieurs années des stages de SASPAS à Gennevilliers et à Saint Ouen: 1 jour en CMP, 3 jours chez un MG MSU (Maître de Stage Universitaire) qui supervisait l'activité de soins de l'interne en CMP. Les difficultés rencontrées ont été : pas

de temps spécifique pour la supervision psychiatrique et pour celle du MG MSU, pas d'adhésion de l'équipe du CMP, pas de mise à disposition d'un box de consultation équipé pour un médecin généraliste, pas de fiche de poste pour l'interne.

- Actuellement il existe des internes en SASPAS sur des terrains de stage psychiatrique
- Louis Mourier est le premier hôpital à avoir ouvert un service de psychiatrie générale. Le docteur Charlot PH à Louis Mourier dirige aussi le CMP de Colombes et a organisé un lien étroit avec les MG du territoire.

Objectifs

Il s'agit de :

- Former des internes de MG à la psychiatrie et d'établir grâce à eux un lien entre soignants de psychiatrie et MT pour chaque patient
- Faire bénéficier les patients de soins somatiques adaptés et coordonnés, en particulier systématiquement pour la prévention et les dépistages.

Organisation du stage

- Participation à des consultations de psychiatrie dans un premier temps, puis dès l'autonomie acquise réalisation de la consultation d'accueil du patient dans le CMP. Participation aux discussions cliniques des patients du CMP
- Consultation de suivi somatique dont la prévention, l'interne va pouvoir proposer une consultation somatique pour des patients qui n'ont pas de MT ou qui sont en rupture de soins somatiques. Ils pourront examiner le patient, proposer un bilan, puis essayer d'orienter le patient vers un lieu de prise en charge pérenne (MT).
- L'interne aura un rôle de développement des interrelations du lieu de soins psychiatrique avec la médecine de ville. D'où la nécessité d'un MSU volontaire, impliqué, connaissant bien le territoire pour le guider.
- Un des rôles de l'interne est d'assurer la coordination des soins entre le MT (en trouver un s'il n'existe pas) et le psychiatre. Vérifier que le MT est bien noté dans le dossier du CMP.
- Pour cela 2 jours de stage en CMP sont donc nécessaires. Moins de 1,5 jour on ne voit pas quand l'interne prendra en charge les patients sur le plan somatique car il participe à des consultations de psychiatrie.
- Nécessité de l'accord/participation de toute l'équipe du CMP
- Nécessité d'un box de consultation équipé pour une activité de soins primaires dans le CMP pour l'interne
- Nécessité d'un Maître de Stage Universitaire (MSU) psychiatre (nécessité pour lui de suivre la formation à la maîtrise de stage).
- Nécessité d'un MG MSU motivé sur le même territoire, pour superviser l'activité clinique en CMP, mais aussi 2 jours de pratique en autonomie à son cabinet (ou 1,5j en CMP et 2,5 chez

le MG). Prévoir 3 réunions entre l'interne, les MSU psychiatre et MG : au début du stage, à 2-3 mois puis en fin de stage.

- Organiser un complément de formation en observation par la participation aux urgences psychiatriques de l'hôpital de secteur
- Nécessité lors de l'expérimentation de ces stages d'un groupe poursuivant le travail engagé par la thèse de Zakari Bendjema pour déterminer le parcours de prévention du patient psychiatrique

Montée en charge

- Contacter la coordination d'IdF de MG sur un accord de principe de stages expérimentaux en santé mentale en SASPAS, puis présenter le projet aux 7 DMG d'IdF
- Mise en place d'une commission de suivi et d'évaluation de ces stages (les DMG, les promoteurs psychiatres et généralistes) qui devra aussi préciser des objectifs pédagogiques spécifiques, des protocoles de prise en charge. Il pourrait être possible de faire participer un AUMG à la mise en place de l'expérimentation sur un territoire?
- Mise en place d'un groupe de travail "parcours de prévention du patient psychiatrique" poursuivant [la thèse de Zakari Bendjema](#) pour proposer des recommandations aux soignants dont les internes
- Contacter les CMP pour savoir si des équipes sont prêtes à répondre au cahier des charges décrit (box de consultation, MSU psychiatre, adhésion de l'équipe)
- Formation à la maîtrise de stage des Psychiatres, formation spécifique permettant d'écrire des objectifs de formation en CMP ? Quid de la rémunération des psychiatres salariés ? Certains psychiatres sont déjà maîtres de stage d'externes dans les hôpitaux. Faut-il cependant organiser une formation spécifique à l'accueil de SASPAS dans une formation mixte MG/psychiatres. Qui finance la formation ?
- Supervision des soins somatiques réalisés par l'interne en CMP : le MG MSU devra prévoir sur son emploi du temps 1 heure de supervision pour une journée de travail. Il percevra alors les honoraires de maîtrise de stage correspondant.
- Rechercher des MG MSU sur le territoire des CMP volontaires pour participer à des maquettes de stage santé mentale qui seront mises au choix des internes. Le MSU devra en particulier faciliter le travail pluri professionnel (probablement en rapport avec le CLSM) et suivre la mise en œuvre du parcours de prévention.
- Les premiers stages expérimentaux pourraient être mis au choix en novembre 2019

Note technique sur les stages ambulatoires du DES de MG

Maquette des stages du DES de MG

Les 3 ans de l'internat se découpent dorénavant en **plusieurs phases évolutives** :

- **1ère année = PHASE SOCLE** : 2 semestres donc 1 stage aux **Urgences adultes** et 1 stage chez le **praticien** (niveau 1 ambulatoire).

- **2ème et 3ème année = PHASE D'APPROFONDISSEMENT** : 4 semestres donc 1 stage en **Médecine adulte polyvalente** (gériatrie, médecine interne, médecine polyvalente, pneumologie, endocrinologie, etc...), 1 stage **Femme ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de gynéco et/ou PMI) **ou hospitalier**, 1 stage **Enfant ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de pédiatrie et/ou PMI) **ou hospitalier** (pédiatrie générale ou urgences pédiatriques) et 1 **SASPAS** (= Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

=> **L'interne est en stage 4 jours par semaine et une journée est réservée à la formation, les stages durent six mois du 1er mai au 1er novembre et du 2 novembre au 30 avril. Les choix de stages ont lieu environ 6-8 semaines avant le début du stage.**

Agrément des stages ambulatoires

Les praticiens recevant des internes en stage sont des Maîtres de Stage des Universités (MSU). Pour l'Île de France ils doivent déposer leur demande d'agrément dans une des 7 universités actuelles et suivre une formation qui doit être poursuivie tous les 3 ans.

Des professionnels salariés participent déjà à ces stages : médecins généralistes de CMS, médecins de PMI, médecins de santé scolaire, médecins de réseau de santé...

Dans le cadre de nouvelles propositions autour de la santé mentale, les stages ambulatoires de la phase d'approfondissement pourront intégrer des MSU des CMP enfant ou adolescent (Stage enfant) ou des CMP (stage SASPAS).

Le MSU salarié doit avoir l'accord de sa structure qui ne paye pas le salaire de l'interne mais assure les conditions de bonnes réalisations du stage : accord de l'équipe d'accueil dans sa globalité, libérer le MSU pour sa formation pédagogique, accorder du temps au MSU pour la formation de l'interne dont la supervision de tous les actes réalisés en autonomie, locaux adaptés pour l'exercice clinique du futur généraliste.

Dans le cadre de nos propositions le Département de Médecine Générale de l'Université va créer une maquette de stage qui comportera au moins deux jours d'exercice chez un MG et deux jours au plus chez un autre praticien (ici psychiatre). Pour recevoir un interne le MSU MG ou psychiatre doit avoir été retenu sur une maquette. Dans le cadre de nos propositions il faut pouvoir associer une équipe d'un CMP ou CMPP et un médecin généraliste du territoire pour assurer les 4 jours de stage.

Les DMG présentent les propositions d'agrément des MSU à la coordination du DES de MG d'Île de France qui informent l'ARS de la liste des MSU agréés.

Choix des stages ambulatoires par les internes

Le choix des stages ambulatoires se passe de façon identique dans toutes les facultés : ancienneté et rang de classement à l'ECN.

Formation à la maîtrise de stage

- Durée deux jours avec CNGE Formation
- Périodicité : tous les 3 ans
- Coût pour la structure : 1330€ par stagiaire
- Date possible pour les premiers : 26 et 27 septembre au siège du CNGE, rue de Charonne à Paris.
- Coursus habituel dans l'ordre :
 - 1- initiation à la maîtrise de stage en 3ème cycle
 - 2- supervision directe
 - 3- supervision indirect

Suivi départemental par la structure porteuse : chef de projet

Organisation de réunions territoriales CMP/MG/autres professionnels de soins primaires/CLSM/Réseaux/PTA/CPTS

- trouver les équipes CMP volontaires avec l'accord de leur direction, avec un MSU psychiatre, formaliser le travail IDE qui suivra l'interne, vérifier l'accès à un box de consultation pour l'interne
- trouver un MSU MG ou deux par lieu de stage sur le territoire acceptant de superviser les soins somatiques au CMP et d'accueillir l'interne en stage dans leur cabinet 2 jours. Trouver les MSU MG actuels sur le territoire ou susciter des vocations.
- suivre mise en place du planning et de l'activité de l'interne en MG et en CMP
- suivre l'organisation de la supervision MG et sa réalisation
- aider à organiser les 3 réunions semestrielles entre les MSU psychiatre et MG + IDE du CMP
- vérifier la présentation du stage, la déposer à la faculté concerné (celle du MSU MG), vérifier son agrément, proposer de présenter le stage aux internes avant ou lors du choix des stages ambulatoires
- aider à la mise en place de l'évaluation du stage et recueillir les données

L'évaluation du stage

- Nombre d'internes en stage santé mentale
 - Fréquences moyenne des supervisions par :
 - MSU psychiatre
 - MSU généraliste
 - Évaluation qualitative du soutien de l'équipe du CMP
- Recueil de l'évaluation du stage par l'interne sur le site ÎdF (qui peut être modifiée/adaptée)

Financement

Financer les CMP pour :

- Création d'un box de consultation
- Formation pédagogique MSU psychiatre
- Supervision psychiatrique de l'interne 1h/jour de stage (hors staff)
- Participation/accompagnement infirmier 2 jours par semaine

Financer aussi :

- Groupe de travail prévention et coordination par la structure porteuse
- 2 ½ journées de formation pour les internes du département
- Suivi départemental 0,5h par semaine/stage

Proposition 3 : Internes de MG en stage enfant / adolescent en CMP

Cette proposition nous semble innovante, faisable, reproductible et efficiente.

Elle tient compte de la réforme de la maquette des stages du DES de MG.

Les difficultés

- L'accès aux soins somatiques des patients consultant en pédopsychiatrie est parfois insuffisant : ciblons en particulier des situations d'enfants jeunes présentant des troubles du développement (TSA, Troubles spécifiques du langage oral, etc..) dans des environnements de carence sociale, psychique (parent ayant un trouble mental) ou d'acculturation, les adolescents qui ne veulent plus consulter le médecin de famille et qui ont du mal à formuler leurs inquiétudes ou à prendre en charge des aspects émergents de leur santé (contraception, hygiène de vie, consommations addictives, etc...) ; des comorbidités (troubles de l'oralité, retards de croissances, allergies, énurésie ou encoprésie) qui pourraient bénéficier d'une approche à la fois psychiatrique et somatique concertée ou coordonnée qui se déroulerait dans un même lieu, le CMP, au moins pour une première évaluation
- La communication pédopsychiatre/MG ou pédiatre peut-être améliorée par la présence dans les murs d'un représentant du soin somatique, ce qui peut favoriser la rencontre de ces deux spécialités et de leurs cultures professionnelles. On peut espérer raisonnablement le développement du travail pluri professionnel, actuellement variable selon les territoires et souvent inexistant.
- Dans la formation de médecine générale, il n'est pas prévu de formation initiale spécifique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

- La formation continue des MG à la santé mentale, au repérage des troubles du développement psycho affectif et à la manière de prendre en compte des inquiétudes parentales à ce sujet compte tenu du contexte spécifique de chaque famille est insuffisante. Les MG se plaignent de difficultés diagnostiques et thérapeutique en soins primaires mais surtout des difficultés d'accès aux ressources de prise en charge en particulier en secteur 1.
- Les parents d'enfants consultant en CMP sont débordés dans leurs emplois du temps, la multiplicité des démarches à effectuer, en plus de leurs efforts parfois pour s'adapter à des temps de scolarisation partielle ou des refus des communes de garder les enfants sur les temps périscolaires. Ils seraient aidés par une démarche coordonnée émanant du CMP.

Il faudrait

- Un médecin traitant (MT) pour chaque patient (généraliste ou pédiatre pour les enfants).
- Des stages formateurs pour les internes en médecine générale dans des consultations de psychiatrie infanto juvénile (ex : CMP petite enfance, CMP adolescent).
- Développer le travail pluri professionnel et mobiliser les ressources disponibles sur les territoires.

Expérience antérieure

A notre connaissance il n'y en n'a pas eu

Objectifs

Il s'agit de :

- Sensibiliser des internes de MG à la pratique en CMP, dans l'aspect évaluation d'une première demande en pédopsychiatrie pour un trouble souvent repéré par des partenaires de première ligne (PMI, crèche, pédiatres, MG), mais potentiellement eux mêmes plus tard lorsqu'ils seront installés; de sensibiliser les internes à la clinique spécifique de l'adolescence et à la prise en compte conjointe des relations familiales, des enjeux physiques et psychiques du mal être et de la crise à l'adolescence. Être plus familier avec les motifs d'adressage en CMP, comment on reçoit et on dialogue avec les adolescents,
- Etablir grâce à la présence de ces internes en CMP un lien entre soignants de psychiatrie et MT pour chaque patient
- Faire bénéficier les enfants et adolescents suivis en CMP de soins somatiques adaptés et coordonnés, en particulier systématiquement pour la prévention et les dépistages.

Organisation du stage

- Participation à des consultations de pédopsychiatrie en particulier des premiers RDV. Participation aux discussions cliniques des patients du CMP, possibilité de temps en temps de participer à une consultation de suivi pour voir l'évolution de la clinique et du projet de soins
- Consultation somatique dans les situations semblant nécessiter ce regard complémentaire, dont la prévention, l'interne va pouvoir proposer une consultation somatique pour des patients qui n'ont pas de MT ou dont les parents semblent en difficulté pour l'emmener consulter le somaticien de façon adéquate et faire réaliser les bilans recommandés dans les troubles du neuro-développement. Ils pourront examiner le patient, proposer un bilan, puis essayer d'orienter le patient vers un lieu de prise en charge pérenne. Ils vérifieront également le carnet vaccinal, les courbes de croissance. Ils pourront contribuer au bilan somatique avant une première prescription médicamenteuse de neuroleptique (CMP ado surtout). Ils pourront être aidés de l'IDE présente au CMP.
- L'interne aura un rôle de développement des interrelations du lieu de soins psychiatrique avec les soins de ville. D'où la nécessité d'un MSU généraliste volontaire, impliqué, connaissant bien le territoire.
- Un des rôles de l'interne est d'assurer la coordination des soins entre le MT (en trouver un s'il n'existe pas) et le psychiatre. Vérifier que le MT est bien noté dans le dossier du CMP.
- Pour cela 2 jours de stage en CMP sont donc nécessaires. Moins de 1,5 jour on ne voit pas quand l'interne prendra en charge les patients sur le plan somatique car il participe à des consultations de psychiatrie.
- Nécessité de l'accord/participation de toute l'équipe du CMP.
- Nécessité d'un box de consultation équipé pour une activité de soins primaires dans le CMP pour l'interne
- Nécessité d'un Maître de Stage Universitaire (MSU) psychiatre (nécessité pour lui de suivre la formation à la maîtrise de stage).
- Nécessité d'un MG MSU motivé sur le même territoire, pour superviser l'activité clinique en CMP, mais aussi 2 jours de pratique en autonomie à son cabinet (ou 1,5j en CMP et 2,5 chez le MG). Prévoir 3 réunions entre l'interne, les MSU psychiatre et MG : au début du stage, à 2-3 mois puis en fin de stage.
- Organiser de façon optionnelle une formation en observation par la participation aux urgences psychiatriques de l'hôpital de secteur ou une immersion en service de médecine ou de psychiatrie pour adolescents de quelques jours

Montée en charge

- Contacter la coordination d'IdF de MG sur un accord de principe de stages expérimentaux en santé mentale en SASPAS, (accord obtenu début avril 2019) puis présenter le projet aux 7 DMG d'IdF
- Mise en place d'une commission de suivi et d'évaluation de ces stages (les promoteurs, les DMG, des pédopsychiatres) qui devra aussi préciser des objectifs pédagogiques spécifiques, des protocoles de prise en charge. Il pourrait être possible de faire participer un AUMG à la mise en place de l'expérimentation sur un territoire ?
- Mise en place d'un groupe de travail parcours de prévention du patient psychiatrique poursuivant [la thèse de Zakari Bendjema](#) pour proposer des recommandations aux soignants dont les internes
- Contacter les CMP de psychiatrie infanto-juvénile pour savoir si des équipes sont prêtes à répondre au cahier des charges décrit (box de consultation, MSU pédo-psychiatre, adhésion de l'équipe).
- Formation à la maîtrise de stage des pédo-psychiatres, formation spécifique permettant d'écrire des objectifs de formation en CMP ? Quid de la rémunération des psychiatres salariés ? Certains psychiatres sont déjà maîtres de stage d'externes dans les hôpitaux. Faut-il cependant organiser une formation spécifique à l'accueil d'internes dans une formation mixte MG/psychiatres. Qui finance la formation ?
- Supervision des soins somatiques réalisés par l'interne en CMP : le MG MSU devra prévoir sur son emploi du temps 1 heure de supervision pour une journée de travail. Il percevra alors les honoraires de maîtrise de stage correspondant.
- Rechercher des MG MSU sur le territoire des CMP volontaires pour participer à des maquettes de stage santé mentale qui seront mises au choix des internes. Le MSU devra en particulier faciliter le travail pluri professionnel (probablement en rapport avec le CLSM) et suivre la mise en œuvre du parcours de prévention.
- Les premiers stages expérimentaux pourraient être mis au choix en novembre 2019

Note technique sur les stages ambulatoires du DES de MG

Maquette des stages du DES de MG

Les 3 ans de l'internat se découpent dorénavant en **plusieurs phases évolutives** :

- **1ère année = PHASE SOCLE** : 2 semestres donc 1 stage aux **Urgences adultes** et 1 stage chez le **praticien** (niveau 1 ambulatoire).

- **2ème et 3ème année = PHASE D'APPROFONDISSEMENT** : 4 semestres donc 1 stage en **Médecine adulte polyvalente** (gériatrie, médecine interne, médecine polyvalente, pneumologie, endocrinologie, etc...), 1 stage **Femme ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de gynéco et/ou PMI) **ou hospitalier**, 1 stage **Enfant ambulatoire** (praticien ayant une grosse activité de pédiatrie et/ou PMI) **ou hospitalier**

(pédiatrie générale ou urgences pédiatriques) et 1 **SASPAS** (= Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

=> **L'interne est en stage 4 jours par semaine et une journée est réservée à la formation, les stages durent six mois du 1er mai au 1er novembre et du 2 novembre au 30 avril. Les choix de stages ont lieu environ 6-8 semaines avant le début du stage.**

Agrément des stages ambulatoires

Les praticiens recevant des internes en stage sont des Maîtres de Stage des Universités (MSU). Pour l'Île de France ils doivent déposer leur demande d'agrément dans une des 7 universités actuelles et suivre une formation qui doit être poursuivie tous les 3 ans.

Des professionnels salariés participent déjà à ces stages : médecins généralistes de CMS, médecins de PMI, médecins de santé scolaire, médecins de réseau de santé...

Dans le cadre de nouvelles propositions autour de la santé mentale, les stages ambulatoires de la phase d'approfondissement pourront intégrer des MSU des CMP enfant ou adolescent (Stage enfant) ou des CMP (stage SASPAS)

Le MSU salarié doit avoir l'accord de sa structure qui ne paye pas le salaire de l'interne mais assure les conditions de bonnes réalisations du stage : accord de l'équipe d'accueil dans sa globalité, libérer le MSU pour sa formation pédagogique, accorder du temps au MSU pour la formation de l'interne dont la supervision de tous les actes réalisés en autonomie, locaux adaptés pour l'exercice clinique du futur généraliste.

Dans le cadre de nos propositions le Département de Médecine Générale de l'Université va créer une maquette de stage qui comportera au moins deux jours d'exercice chez un MG et deux jours au plus chez un autre praticien (ici psychiatre). Pour recevoir un interne le MSU MG ou psychiatre doit avoir été retenu sur une maquette. Dans le cadre de nos propositions il faut pouvoir associer une équipe d'un CMP ou CMPP et un médecin généraliste du territoire pour assurer les 4 jours de stage.

Les DMG présentent les propositions d'agrément des MSU à la coordination du DES de MG d'Île de France qui informent l'ARS de la liste des MSU agréés.

Choix des stages ambulatoires par les internes

Le choix des stages ambulatoires se passe de façon identique dans toutes les facultés : ancienneté et rang de classement à l'ECN

L'évaluation du stage

- Nombre d'internes en stage santé mentale infanto-juvénile
- Recueil de l'évaluation du stage par l'interne sur le site ÎdF (qui peut être modifiée/adaptée)
- Fréquences moyenne des supervisions par :
 - MSU pédo-psychiatre
 - MSU généraliste
- Évaluation qualitative du soutien de l'équipe du CMP

Financement

Financer les CMP pour :

- Création d'un box de consultation
- Formation pédagogique MSU psychiatre
- Supervision psychiatrique de l'interne 1h/jour de stage (hors staff)
- Participation/accompagnement infirmier 2 jours par semaine

Financer aussi :

- Groupe de travail prévention
- Suivi régional 0,5h par semaine/stage

Proposition 4 : Consultations d'évaluation de psychiatrie en secteur 1 dans des structures d'exercice regroupé, pour des cas complexes avec tous les professionnels du territoire qui le souhaitent et leur assurer des staffs patients et/ou une formation.

Le projet d'expérimentation

Évaluer les cas complexes psychiatriques qui posent problème, les staffer avec les professionnels de soin primaire du territoire et former ces professionnels à la psychiatrie

- Organiser des consultations psychiatriques d'évaluation diagnostique ou du traitement, pour des patients complexes d'un territoire, avec possibilité de consultation conjointe avec le MT du patient ainsi que d'autres intervenants de l'équipe de soins ou médico sociaux du patient, avec son accord selon les besoins. Le patient pourra être accompagné pour la consultation si nécessaire.
- Organiser un staff patients anonymisé, avec les professionnels de soins primaires ou médico sociaux concernés mais aussi tous les professionnels intéressés du territoire. Ce staff reprendra les consultations d'évaluation et traitera de situations présentées par les participants.
- Organiser une formation pour les professionnels à la suite des questions soulevées aux staffs précédents, ou selon un programme pédagogique initialement déterminé (au choix de chaque site).

Le coordinateur du CLSM et les professionnels du CMP sont invités autant que de besoins aux staffs et formations.

Un compte rendu du staff anonymisé et de la formation est rapidement rédigé et diffusé aux membres intéressés du territoire et à la cellule de coordination régionale qui en diffusera les extraits utiles aux autres sites.

La difficulté à recruter un psychiatre pour ces consultations d'expertise + staff + formations pourra conduire à d'autres propositions. Staffer sans les patients les difficultés rencontrées serait aussi une avancée formatrice.

Les objectifs du projet d'expérimentation

Pour les situations complexes, préciser un diagnostic psychiatrique, avoir une expertise sur le traitement du patient et réduire les délais de prise en charge et l'inertie thérapeutique. Il ne s'agit pas d'un suivi au long cours par un psychiatre.

L'organisation régulière de telles rencontres doit permettre la montée en compétence dans le champ de la psychiatrie des professionnels de soins primaires.

La rencontre régulière du psychiatre et des professionnels de santé va permettre de développer une interconnaissance et une confiance, un facteur essentiel pour l'alliance thérapeutique avec les patients psychiatriques.

Favoriser l'accompagnement d'un patient à la consultation d'évaluation par son entourage, d'un membre de son équipe de soins, ou d'un accompagnateur professionnel.

Population ciblée par le projet d'expérimentation

Typologie : patients d'un territoire donné relevant potentiellement de la psychiatrie, ainsi que les patients des professionnels du territoire. Ces patients doivent présenter une difficulté de prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

Volumétrie :

Tout site souhaitant adhérer à ce projet doit

- adhérer à la proposition 1 d'un MT pour chaque patient du CMP habitant sur le territoire
- avoir au préalable établi le nombre de patients potentiellement concernés.

Pour chaque professionnel intéressé, il devra faire la liste de ses patients complexes qu'il aurait adressé en consultation au psychiatre dans les 3 derniers mois alors qu'il n'a pas pu le faire. Il doit communiquer le nombre de patients de cette liste.

Il est envisageable de faire une expérimentation sur un site si la liste comporte au moins 20 noms sur trois mois, et si au moins 6 professionnels sont intéressés à participer régulièrement aux staff et formations.

Pour un site donné, selon les modalités expérimentales choisies on devra se donner des indicateurs et des objectifs à atteindre.

Par exemple pour un site qui organiserait la proposition 4 dans sa totalité on pourrait attendre 40 évaluations de patient par an, 10 staffs et 10 formations avec en moyenne 8 participants (6 réguliers + 2 occasionnels). Atteindre 80% de ces objectifs serait acceptable.

Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?

- En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers ?

Évaluation plus rapide, effective, efficace et sans avance de frais pour l'utilisateur.

Amélioration de la qualité de la prise en charge

- En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?

Meilleure communication entre les professionnels

Réduction des rendez-vous non pertinents par manque d'information

Réduction des rendez-vous d'évaluation non honorés grâce à l'accompagnement éventuel

Moins d'errance thérapeutique

Montée en compétence des professionnels de soins primaire

Montée en compétence du psychiatre pour la coordination des prises en charge avec les professionnels de soins primaire

- En termes d'efficacité pour les dépenses de santé ?

Pour un coût peu élevé, meilleure prise en charge des patients, plus rapidement mise en oeuvre, et montée en compétence des professionnels.

Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation

Montée en charge progressive sur chaque territoire.

- 1) Étude de faisabilité de l'expérimentation (liste des patients éligibles, professionnels intéressés, structures participantes (CMP, CLSM, ...), psychiatres candidats) - 4 mois
- 2) Démarrage des consultations d'évaluation, staffs, formations mensuelles - 20 mois
- 3) Prolongation de l'expérimentation de la troisième à la cinquième année en redimensionnant éventuellement les formations à un rythme trimestriel et possibilité de diminuer les consultations d'évaluation et d'augmenter les staffs.
- 4) Pour certains territoires, s'il s'avère impossible de recruter un psychiatre pour une vacation de 5-6h par mois, on peut envisager de traiter les situations complexes sans consultation d'évaluation lors des staffs si cela est plus facilement réalisable.

Mise en œuvre et de fonctionnement de l'expérimentation en termes de :

Volumétrie de patients

Volumétrie : une rencontre mensuelle 10 mois/an.

4 patients évalués pour 3h de consultation.

- + avis pour des situations patients vu dans les staffs seuls

Total annuel attendu : 40 patients évalués,

Volumétrie de patients

Volumétrie : une rencontre mensuelle 10 mois/an.

1h de staff patient.

1h de formation avec en moyenne 8 professionnels.

Total annuel attendu : 10 staffs, 80h de formation reçue.

Critères d'inclusion :

Patients d'un territoire donné relevant potentiellement de la psychiatrie selon son équipe de soins, ainsi que les patients des professionnels du territoire, sous réserve de l'accord du patient et de son éventuel représentant légal

Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger probablement relève de l'article 51	
Limites du financement actuel	<i>Décrire</i> <ul style="list-style-type: none">● <i>La consultation doit être gratuite pour le patient souvent peu demandeur</i>● <i>Le psychiatre doit avoir un paiement forfaitaire pour son temps de présence lui permettant d'avoir des consultations d'évaluation longues, d'animer le staff, et d'assurer une formation et donc pour le temps de préparation</i>● <i>Les professionnels du territoire doivent être indemnisés forfaitairement pour leur participation à la consultation conjointe, aux staffs et à la formation</i>● <i>La structure porteuse doit être indemnisée pour son activité de coordination dont la mise à disposition de locaux adaptés.</i>

<p><u>Dérogations de financement</u> envisagées (<u>article L162-31-1-II-1° et 3°</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifcation,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i> 	<p><i>Décrire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation directement par la structure porteuse qui paiera les professionnels impliqués ou leur employeur</i> • <i>Pas de paiement direct par le patient</i> • <i>Pas de frais couverts par l'assurance maladie (pas d'émission de feuille de soins)</i> • <i>Pas de participation de l'assuré</i>
---	--

Estimation financière du modèle

6 000€ de déploiement initial par site

15 500€ de coûts fixes annuel par site

750€ par participant moyen annuel aux staffs patients

750€ par participant moyen annuel aux formations

Coût estimé pour ans pour 2 ans avec une participation moyenne de 8 professionnels : 61 000€

Mode de calcul :

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1fpXc1_uh3H33pm0pTdh8TlAs-2ltppyVJ5yKC1WtTYc/edit#gid=1954417923

Frais par réunion par site pour 1 psychiatre et 8 autres professionnels		Par réunion mensuelle
Tarif horaire Psychiatre	100€	
Tarif horaire autre professionnel	75€	
Temps d'évaluation psy (h)	3	300€
Nombre de professionnels en consultation conjointe (1h)	2	150€
Accompagnement patient en consultation conjointe (1/mois)	50€	50€
Nombre de professionnels en staff + formation	8	
Temps staff + formation (h)	2	1 400€
Temps de préparation de formation (h)	2	200€
Local	50€	50€
Licence utilisateur logiciel patient	100 €	100€
Coordination de la structure porteuse (15€/repas, gestion des RdV, invitations)	300 €	300 €
Établissement du CR du staff/formation	225€	225 €
TOTAL		2 775 €
Suivi de l'activité, bilan annuel, extraction de données	3J de coordination	1 050 €
Par an - 10 réunions 28800€		

Frais de déploiement par site		
Accompagnement porteur global	2J de coordination	700 €
Leader local du projet	1J	525 €
Information recrutement auprès des professionnels du territoire	2J de coordination	700 €
Réunion de présentation sur le territoire	2H / 20 professionnels	3 000 €
Etablissement des listes de patients à inclure par les professionnels libéraux	gratuit	
Dossier pour adhérer	1J de coordination	350 €
Organisation pour le déploiement	2J de coordination	700 €
	Total par site	5 975 €

En prenant 960€ comme coût moyen d'un jour d'hospitalisation psychiatrique en Île de France, il suffirait sur un an d'éviter 28 jours d'hospitalisation pour couvrir les frais de fonctionnement, sans prendre en compte les gains de qualité de vie des patients et des praticiens, et les autres bénéfices.

Evaluation

- description du nombre de sites mis en place
- nombre de patients ayant consulté le psy par séance et par an
- nombre de patients évalués pour un problème diagnostique, avis thérapeutique, ou les deux
- nombre de staff, de patients staffés, de professionnels présents et par profession
- nombre de formations et de professionnels présents, liste des thèmes traités
- Comptes rendus des staffs et formation, mutualisés entre les sites expérimentateurs au fil de l'eau

Bibliographie "commentée"

Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes n°237-septembre 2018)

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les

Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée Magali Coldefy, Coralie Gandré (Irdes n°237-septembre 2018)

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique

Lire aussi [la thèse Irène Bohn](#) : PSYSOM : Evaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants- 2008 - les patients psychiatriques dans un CMP du 18ème : leurs médecins psychiatres connaissent mal leur problèmes somatiques, leur médecin généraliste ne connaît pas le diagnostic de la maladie mentale, et leur prescrit parfois des psychotropes

[Thèse de Zakari Bendjema soutenue le 11 avril 2018, Dirigée par M. le Docteur FALCOFF Hector. Construction et évaluation d'un parcours de prévention somatique destiné aux patients psychotiques et bipolaires suivis par un secteur de santé mentale](#)

CONTEXTE : Souffrir de troubles mentaux sévères augmente le risque cardiovasculaire, métabolique et de cancer. L'excès de mortalité s'explique en partie par un défaut de prévention et de suivi somatique.

OBJECTIF : Evaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention de prévention somatique au sein d'une structure ambulatoire d'un secteur de santé mentale. METHODE : Cadre : centre médico-psychologique (CMP) du 13e arrondissement de Paris. Population : schizophrènes ou bipolaires qui n'ont pas de suivi

régulier en médecine générale. Intervention : les psychiatres ou infirmières adressent les patients à une consultation de prévention somatique assurée par des généralistes intervenant au sein du CMP. Elle comprend un examen clinique, ECG, spirométrie, biologie. Une infirmière facilite le lien. Chaque patient est orienté vers son médecin traitant ou un centre de santé avec un courrier de synthèse. RESULTATS : L'intervention somatique est faisable et acceptable. Les anomalies décelées concernent tous les patients et portent principalement sur le risque cardiovasculaire et métabolique. Malgré une conscience forte de la dimension somatique, les psychiatres adressent peu de malades. Le manque de visibilité sur le parcours de soins de chaque patient est un frein à l'identification de ceux qui doivent bénéficier d'un tel dispositif. L'analyse des obstacles débouche sur la proposition de nouveaux outils pour une action plus efficace. CONCLUSION : Un suivi somatique efficace des maladies mentales sévères exige plus que de leur attribuer un généraliste. Celui-ci doit être intégré dans le projet psychiatrique, et le CMP doit mieux comprendre le parcours de soins de ses malades.

[Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage](#) DREES 2004

Le recours aux soins en psychiatrie est en forte croissance. Même s'il est difficile d'objectiver les besoins de soins en psychiatrie, on constate que le recours auprès de l'ensemble du système de soins s'accroît partout où il a pu être mesuré (secteurs, ville). On a ainsi pu évaluer à 56 % l'augmentation du nombre de personnes suivies par les secteurs de psychiatrie en dix ans (de 1989 à 1999) et à 19,4 % celle des consultations par les psychiatres de ville entre 1992 et 2001 (DREES, 2003). 1,2 million environ de personnes vivant à domicile déclaraient consulter régulièrement pour trouble mental ou psychique en 1999 (Anguis, 2003). 56 000 personnes étaient hospitalisées dans les établissements de psychiatrie à la fin de l'année 1998, ce qui correspond à un taux d'hospitalisation de 96 pour 100 000 habitants (Chapireau, 2002). Sur le plan des pathologies, les dépressions représentent un quart du total des recours aux soins (y compris médecins généralistes) contre 7 % pour les psychoses. Parmi les motifs de recours aux soins en établissement, la part des dép

[Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités"](#) INVS août 2007

Prévalence des troubles

- Les troubles de l'humeur (épisodes dépressifs, dysthymie, épisodes maniaques) concernent environ 11 % des hommes et 16 % des femmes
- Les troubles anxieux (anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale, troubles panique et stress post-traumatique) concernent 17 % des hommes et 25 % des femmes
- Les problèmes d'alcool (dépendance ou consommation abusive) sont observés chez 7 % des hommes et 1,5 % des femmes,
- Les problèmes de drogues chez 4 % des hommes et 1 % des femmes.

La classe d'âge des 18-29 ans présente systématiquement les prévalences les plus fortes. Quelle que soit la pathologie étudiée, la prévalence diffère selon le statut d'emploi de manière systématique : les chômeurs présentent la prévalence de troubles la plus élevée, avec souvent, chez les hommes, des prévalences deux fois supérieures à celles des actifs occupés (troubles dépressifs et consommation de toxiques). Les retraités présentent des prévalences inférieures à celles observées dans l'ensemble de la population.

Annexe 15 : Cadre règlementaire et législatif

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

- Pose les principes de la politique de santé mentale et définit en particulier son ouverture aux « acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion », *Article L.3221-1*
- Crée le PTSM : les Projets Territoriaux de Santé Mentale, *Article L.3221-2-I*
- Crée les Contrats Territoriaux de Santé Mentale, comme outil de portage juridique des actions du PTSM, *Article L.3221-2-V* et le diagnostic partagé en santé mentale devant servir de socle au PTSM, *Article L.3221-II*
- Crée les Communautés Psychiatriques de Territoire, *Article L.3221-2-VI*

Art.L.3221-2-1 : Objectifs du PTSM

Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Il tient compte des caractéristiques sociodémographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

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

Art.R.3224-1 : Objectifs du PTSM

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

6 priorités du PTSM définies par le Décret n°2017-1200

- Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles
- Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
- Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins
- Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

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

Le PRS - projet régional de santé - ARS -IDF

- **Le PRS IDF 2018-2022 a été adopté le 23 juillet 2018**

Il définit et organise la mise en œuvre des priorités de santé ainsi que l'évolution du système de santé régional au service de la santé de tous les Franciliens.

« Il ne s'agit pas d'un plan d'action détaillé mais d'un cadre proposé au niveau régional, à décliner et à adapter dans les projets territoriaux de santé mentale, avec quelques principes d'action aidant à définir les objectifs prioritaires. »

- **Les axes stratégiques du PRS-IDF :**

1. Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes
2. Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations
3. Faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé
4. Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques
5. Agir pour des pratiques orientées rétablissement
6. Mieux prendre en compte les priorités pour l'allocation des ressources
7. Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain

Le PRS –IDF constitue pour les acteurs du PTSM 92 « **leur boussole** ».

Le Schéma départemental d'organisation sociale et médico –sociale Hauts-de-Seine /Hauts de Seine 2018-2022

A souligner que les travaux du PTSM 92 tiennent compte des objectifs du schéma interdépartemental d'organisation sociale et médico-sociale Hauts-de-Seine/Hauts-de-Seine 2018-2022.

Le schéma étant aussi une source importante d'information sur les thématiques le concernant et participe à la meilleure connaissance du territoire, de ses ressources et de ses projets.

Annexe 16 : Liste des communes par secteur et établissement

Communes	Secteurs Psychiatrie Infanto- Juvénile	Etablissements
Asnières-sur-Seine	92101	EPS Prévost
Clichy	92101	EPS Prévost
Gennevilliers	92101	EPS Prévost
Levallois-Perret	92101	EPS Prévost
Villeneuve-la-Garenne	92101	EPS Prévost
Bois-Colombes	92102	Montesson
Colombes	92102	Montesson
Courbevoie	92102	Montesson
La Garenne-Colombes	92102	Montesson
Nanterre	92103	Montesson
Neuilly-sur-Seine	92103	Montesson
Puteaux	92103	Montesson
Suresnes	92103	Montesson
Garches	92104	Montesson
Marnes-la-Coquette	92104	Montesson
Rueil-Malmaison	92104	Montesson
Saint-Cloud	92104	Montesson
Vaucresson	92104	Montesson
Ville-d'Avray	92104	Montesson
Boulogne-Billancourt	92105	Erasme Antony
Chaville	92105	Erasme Antony
Meudon	92105	Erasme Antony
Sèvres	92105	Erasme Antony
Clamart	92106	Erasme Antony
Issy-les-Moulineaux	92106	Erasme Antony
Le Plessis-Robinson	92106	Erasme Antony
Malakoff	92106	Erasme Antony
Montrouge	92106	Erasme Antony
Vanves	92106	Erasme Antony
Antony	92107	Erasme Antony
Bagneux	92107	Erasme Antony
Bourg-la-Reine	92107	Erasme Antony
Châtenay-Malabry	92107	Erasme Antony
Châtillon	92107	Erasme Antony
Fontenay-aux-Roses	92107	Erasme Antony
Sceaux	92107	Erasme Antony

Communes	Secteurs Psychiatrie Générale	Etablissement
Gennevilliers	92G01	EPS Prévost
Villeneuve-la-Garenne	92G01	EPS Prévost
Asnières-sur-Seine	92G02	EPS Prévost
Clichy	92G03	EPS Prévost
Levallois-Perret	92G04	EPS Prévost
Bois-Colombes	92G05	EPS Prévost
La Garenne-Colombes	92G05	EPS Prévost
Colombes	92G06	Louis Mourier
Courbevoie	92G07	CHI Clermont
Neuilly-sur-Seine	92G08	CHI Clermont
Puteaux	92G09	Erasme Antony
Suresnes	92G09	Erasme Antony
Nanterre	92G10-22	Cash Nanterre
Rueil-Malmaison	92G11	Clinique MGEN
Issy-les-Moulineaux	92G12	Corentin Celton
Vanves	92G12	Corentin Celton
Garches	92G13	Paul Guiraud
Marnes-la-Coquette	92G13	Paul Guiraud
Saint-Cloud	92G13	Paul Guiraud
Vaucresson	92G13	Paul Guiraud
Ville-d'Avray	92G13	Paul Guiraud
Boulogne-Billancourt	92G14-15	Paul Guiraud
Sèvres	92G15	Paul Guiraud
Chaville	92G16	Paul Guiraud
Meudon	92G16	Paul Guiraud
Clamart	92G17	Paul Guiraud
Le Plessis-Robinson	92G17	Paul Guiraud
Malakoff	92G18	Paul Guiraud
Montrouge	92G18	Paul Guiraud
Bagneux	92G19	Paul Guiraud
Châtillon	92G19	Paul Guiraud
Châtenay-Malabry	92G20	Erasme Antony
Fontenay-aux-Roses	92G20	Erasme Antony
Sceaux	92G20	Erasme Antony
Antony	92G21	Erasme Antony
Bourg-la-Reine	92G21	Erasme Antony