

Commission Spécialisée en Santé Mentale du Val-de-Marne

Le **Conseil Territorial de Santé du Val de Marne** s'est réuni pour la première fois le mardi 29 mars 2017. Après divers exposés au cours desquels on nous a présenté le rôle et les missions de cette nouvelle instance, ainsi que le calendrier d'élaboration du Projet Régional de Santé, nous avons procédé à l'élection de son Président, Monsieur Christian FOURNIER.

La 2^{ème} Réunion du CTS du 94 a eu lieu le mercredi 10 mai 2017 et nous avons procédé ce jour-là à l'élection :

- des Membres du Bureau,
- des Membres de la Commission Spécialisée en Santé Mentale,
- des Membres de la formation spécifique organisant l'expression des usagers.

La 3^{ème} Réunion du CTS du 94 aura lieu le mardi 27 juin 2017, avec à son ordre du jour, le :
 « *Retour des travaux des deux formations : commission spécialisée en santé mentale et formation spécifique organisant l'expression des usagers.* » Il est donc prévu que ce "retour" ait lieu seulement 7 semaines après la constitution de ces 2 commissions.

L'article **L 3221-2 du code de la Santé Publique** précise que la mission de Commission Spécialisée en Santé Mentale est d'élaborer :

« *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...* »

Ce Projet doit tenir compte :

« *... des caractéristiques socio-démographiques 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.* »

Il y est précisé par ailleurs que ce Projet territorial doit être : « *... défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire...* » et qu'il doit tenir compte : « *des projets des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.* »

Il est écrit aussi qu'il : « *... 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.* »

Le Projet territorial de santé mentale organise enfin les conditions d'accès de la population :

- 1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;
- 2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;
- 3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

La Commission Spécialisée en Santé Mentale du Val de Marne n'a pu se réunir en séance plénière qu'une seule fois, le mardi 13 juin. La quasi-totalité des membres qui la composent

exerce en effet une activité professionnelle à temps plein, ce qui complique notablement les possibilités de rencontre.

Nous étions malgré tout 12, sur les 14 membres qui constituent cette commission et nous avons réfléchi tous ensemble sur la manière dont nous allions pouvoir nous organiser et travailler ensemble, afin de remplir la mission qui nous est confiée dans les meilleures conditions possibles. La diversité de nos parcours et de nos statuts professionnels ne pourra que rendre fécondes les réflexions que nous aurons à mener.

Cette première réunion avait été précédée et a été suivie de divers échanges de mails entre les différents membres et nous avons convenu de nous retrouver le jeudi 6 juillet prochain, pour une nouvelle rencontre, afin de poursuivre ce travail.

Les membres ont pris acte du fait qu'il s'agissait d'une mission essentielle, ambitieuse et passionnante, dont, dans un premier temps, un délai de 7 semaines ne permettrait cependant qu'à peine d'ébaucher l'esquisse.

Nous avons donc souhaité procéder en deux temps :

- Pour le long terme : poser, au cours de 2 ou 3 réunions, les bases du travail que nous entendions mener au cours des 5 années à venir, ainsi que la manière d'organiser celui-ci afin de répondre au mieux à la mission qui nous est confiée,
- Pour le court terme : faire remonter, "dans l'urgence", compte tenu d'un calendrier présenté comme devant être impérativement respecté, un certain nombre de propositions qui nous ont semblées être de première importance, tout en regrettant vivement de ne pas être en mesure de pouvoir les présenter dans le cadre d'un Projet territorial de santé mentale finalisé et donc digne de ce nom.

Nous tenons cependant, avant de commencer, resituer les choses dans leur contexte en précisant certains points, tout en posant quelques questions :

- En créant les GHT, la loi de modernisation de notre système de santé vise à garantir que l'offre de soins corresponde aux besoins de la population et à assurer la qualité et la sécurité des soins en tout lieu du territoire.

Il est prévu que projet médical partagé de chaque GHT, "pierre angulaire des GHT", comme le souligne l'ANAP, soit finalisé pour le 1^{er} juillet prochain (en même temps que le projet de soin), c'est-à-dire :

- . avant même que les établissements de santé aient pu prendre connaissance des travaux effectués par le CTS et par la *commission spécialisée en santé mentale et la formation spécifique organisant l'expression des usagers* de chacun des différents territoires concernés
- . et bien avant donc que le PRS ait été lui-même finalisé.

C'est là un télescopage du calendrier qui nous pose question.

- Le paragraphe VII de l'Article L6132-1 du C.S.P. prévoit que : « *Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.* »

Mais « être parties à une convention de GHT », n'est donc évoqué dans ce texte que comme étant une possibilité, réservée de surcroît exclusivement aux *établissements ou services médico-sociaux publics*. Quoi qu'il en soit, nous pensons que proposer un strapontin au médico-social, qu'il soit public ou privé à but non lucratif n'est pas acceptable. Cela revient

à faire l'impasse sur le fait que celui-ci constitue, entre autre,¹ l'aval du soin et que son rôle est déterminant dans les soins de suite, les soins de post-cure souvent, l'accompagnement, la réhabilitation et la réinsertion par le travail et le logement...

Nous pensons d'autre part qu'en "oubliant" dans son texte, les établissements ou services médico-sociaux privés à but non lucratif, ainsi que les associations œuvrant dans le champ de la santé en général et de la santé mentale en particulier (associations d'usagers, d'aidants...), le législateur prend le risque non négligeable de conforter les problèmes déjà existants, concernant : « *l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services...* » Il met de fait en place un système qui ne peut que favoriser en les multipliant les ruptures des parcours de soin.

Il nous semble que tout en préconisant un "virage ambulatoire", les différents textes ne font que conforter un hospitalocentrisme qui a encore plus que de beaux restes mais qui risque de glisser tout naturellement vers un GHTcentrisme plein de vitalité

Nous préconisons donc que le législateur revoie sa copie sur ce point, afin de ne pas en rajouter aux clivages déjà existants. Quelle que soit la bonne volonté des représentants actuels de ces divers champs, il vaudrait mieux ne pas oublier qu'ils peuvent être amenés à changer plus rapidement que les textes auquel il est fait ici référence et qu'il ne serait pas raisonnable de renvoyer aux acteurs de terrain la responsabilité exclusive de dysfonctionnements que ces textes favorisent objectivement.

- Ajoutons pour compléter ce tableau, que la création des communautés psychiatriques de territoire² est du ressort exclusif des établissements de santé de service public hospitalier. Là encore le médico-social et le social sont conviés à prendre place, s'ils le souhaitent, sur un autre strapontin et nous nous demandons qu'elle peut bien être la pertinence d'une telle communauté qui ne considère pas, en particulier, le médico-social et le social comme des acteurs à part entière du parcours de soin des personnes présentant des troubles psychiques : « *Art. D. 6136-2.-Sont membres de la communauté psychiatrique de territoire les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale et volontaires pour la constituer. « Les autres signataires du contrat territorial de santé mentale, notamment les représentants des patients et des familles, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, peuvent être associés à la communauté psychiatrique de territoire pour la déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale auxquelles ils participent. »*- La question nous semble en fait posée, de savoir si les travaux initiés dans le cadre des GHT et des Communautés psychiatriques de territoire,³ au titre des articulations sanitaires-médico-sociales-sociales, constituent tout ou partie du projet territorial, ou bien si le positionnement du PTSM est réellement considéré comme nécessaire à son déploiement et source possible d'innovations pertinentes.

¹ Les vieilles idées qui voudraient que le médico-social soit l'aval du sanitaire sont aujourd'hui dépassées : le médico-social a de multiples adresseurs, parmi lesquels le sanitaire.

² Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire.

³ Il n'y en a pas encore dans le Val-de-Marne.

En préambule du travail qu'elle sera amenée à conduire au cours des 5 années à venir, la Commission Spécialisée en Santé Mentale, dans une démarche qu'elle souhaite conjointe avec la Commission des Usagers, tient à poser les principes suivants :

- S'agissant des troubles psychiques sévères, la construction du projet territorial de santé mentale doit pouvoir s'appuyer sur les témoignages de personnes vivant avec des troubles psychiques, sur leur parcours de rétablissement.
- La notion de rétablissement et de pouvoir d'agir (l'"empowerment" cher aux anglophones) permet en effet, à travers la notion de développement de la personne, que se rejoignent les dimensions spécifiques de la psychiatrie et la dimension générale de la santé mentale.
- Au-moins 80 % de la file active des Secteurs de psychiatrie générale n'est pas à l'hôpital et le Secteur ne voit par ailleurs qu'une partie des pathologies lourdes. Quant au nombre de ceux que les professionnels de santé mentale pourraient aider, il est infiniment plus vaste que celui des files actives des Secteurs. Leurs besoins s'expriment dans la cité sous de multiples formes. Ce fait est aussi qualitatif : la philosophie du Secteur est de soigner dans la communauté. Il s'agit d'un fait démocratique : le peuple veut être soigné et accompagné sans être ipso facto désinséré ! De nos jours cela s'appelle des parcours ouverts et il est important de comprendre qu'il n'est pas question de parler simplement de « l'ouverture du sanitaire au médico-social » !
- Un tel mouvement, au bénéfice de tous, suppose que le territoire du projet territorial de santé mentale soit ouvert non seulement au système sanitaire-médico-social et social à l'ensemble des composantes de la cité, mais aussi, à titre d'exemple, aux outils de la culture et des activités sportives, tout comme au tissu entrepreneurial, qui sont aussi des composantes du territoire de santé mentale.
Bref c'est toute une topique qui est à revoir car elle est déjà fondamentalement différente de ce que l'on imagine à partir d'une vision hospitalo-centrée. Elle est différente dans les faits, dans l'aspiration des citoyens, et très probablement en termes d'efficience.
Demain est là, dans ce mouvement qui part de la cité et de nulle part ailleurs. C'est dans la cité que cela se passe !
- Seule l'affirmation première de la citoyenneté de toutes les personnes vivant avec un trouble psychique peut constituer la base d'un déploiement structurellement ouvert du PTSM.
- Il appartient aussi aux élus, en tant que représentants de chaque citoyen, de soutenir cette affirmation, entre autre dans le cadre des CLSM,⁴ mais pas seulement.
- C'est sur ces affirmations que doit se fonder le travail de tous les professionnels de soin et d'accompagnement.
- C'est sur ces affirmations que doit s'appuyer l'ouverture du parcours des personnes vivant avec un trouble psychique et, parallèlement, la volonté de changement des représentations collectives concernant la santé mentale.

⁴ Il n'y en a encore que 3 dans le Val-de-Marne : Créteil, Choisy-le-Roi (dispositif concernant les communes des secteurs de psychiatrie adulte : Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi et Ablon ; et de pédopsychiatrie : les mêmes villes + Thiais et Vitry-sur-Seine) et Fontenay-sous-Bois.

Tout en regrettant une nouvelle fois que le calendrier fixé ne nous ait pas laissé le temps d'élaborer un *Diagnostic territorial partagé en santé mentale* et ne nous permette donc pas de proposer un *Projet territorial de santé mentale*, nous souhaitons, comme nous l'avons déjà dit, faire un certain nombre de propositions.

En dehors du chapitre consacré à la prévention, celles-ci vont porter essentiellement sur quelques points relatifs à la psychiatrie, qui ne saurait pourtant résumer à elle seule le vaste champ de la santé mentale. Mais, nous le répétons, le temps dont nous disposons ne nous a pas encore permis d'élargir notre champ d'investigation.

EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

LES EFFETS COLLATÉRAUX DU MÉSUSAGE DES ÉCRANS :

Il ne nous paraît pas abusif de parler de : "**Révolution numérique**", pour rendre compte de la manière dont, en une trentaine d'années, l'informatique a pris une place décisive dans tous les domaines de l'activité humaine, sans exception, depuis les différents secteurs de la vie publique jusqu'à l'intimité de nos foyers.

- Notre département est déjà département pilote (avec une partie du 13^{ème} arrondissement de Paris), pour le **Projet TERR-eSANTÉ**, qui vise à déployer massivement des services numériques sur le territoire du Nord-Ouest du Val-de-Marne à l'attention des professionnels de santé, des patients et de leurs aidants, et plus globalement de la population, afin d'améliorer la coordination des parcours de soins entre la ville et l'hôpital.
- D'autre part et toujours en matière de numérique, le Département du Val de Marne a innové lui aussi, dès 2012, en mettant en place le dispositif **ORDIVAL**. Depuis cette date en effet, le Département met à la disposition de chaque collégien entrant en 6^{ème} dans le Val-de-Marne (que les collèges soient publics ou privés), un ordinateur portable appelé ORDIVAL. Plus de 63000 collégiens du département ont ainsi déjà été équipés d'un ordinateur personnel.

Il est hors de question pour nous de diaboliser cet outil fantastique qu'est le numérique, mais de prendre simplement acte de ce que disent, depuis plusieurs années, déjà un certain nombre de professionnels de santé et de professionnels de l'éducation nationale, concernant certains effets collatéraux préoccupants, qu'ils sont amenés à constater sur le terrain et qui sont consécutifs à un usage non maîtrisé des écrans quels qu'ils soient.

Nous souhaitons alerter l'ARS, mais aussi les pouvoirs publics en général, sur le fait qu'il s'agit là d'un **véritable problème de santé publique**, qu'il est impératif de poser comme tel le plus rapidement possible, afin d'en tirer toutes les conséquences.

Ce problème concerne d'abord bien évidemment les parents, mais il concerne aussi et au premier chef les enseignants (et ce, dès la maternelle), les personnels des PMI, les professionnels du soin et du médico-social ayant en charge des enfants et d'une manière générale tous les professionnels ayant en charge des enfants et des adolescents.

« Pour nous en tenir à ces dernières années, trois campagnes successives ont été lancées pour alerter sur les dangers des écrans chez les jeunes enfants.

L'année 2001 a vu la création du Collectif Inter associatif Enfance et Médias, le CIEM. Il regroupait plus de 16 associations nationales, familiales, d'éducation populaire, de parents d'élèves, de syndicats d'enseignants, de recherche sur les médias et l'enfance... afin de poser les questions de la vulnérabilité des mineurs faces aux écrans.

La seconde campagne est celle qui a été initiée par (le docteur Serge TISSERON)⁵ en 2006, en lançant sur le site yapaka.be une pétition contre les chaînes de télévision spécifiquement dédiées aux enfants de moins de trois ans. Elle a donné lieu au conseil « pas de télé avant trois ans », largement relayé par l'ensemble des médias, mais aussi par le conseil supérieur de l'audiovisuel et le ministère de la santé.

En 2008, (Serge TISSERON toujours) a lancé dans la continuité, la campagne des balises 3/6/9/12 de façon à aider les parents à comprendre comment introduire les différents écrans auprès de leurs enfants, sur quelle durée et à quel moment (avec le souci de ne surtout pas dramatiser ni culpabiliser la relation aux écrans).

Enfin, en 2013, l'Académie des sciences a publié un avis intitulé « L'enfant et les écrans ». Il y était notamment écrit : "Toutes les études montrent que les écrans non interactifs (télévision et DVD) devant lesquels le bébé est passif n'ont aucun effet positif, mais qu'ils peuvent au contraire avoir des effets négatifs : prise de poids, retard de langage, déficit de concentration et d'attention, risque d'adopter une attitude passive face au monde. Les parents doivent être informés de ces dangers. Les pédiatres et les médecins généralistes peuvent jouer un rôle d'alerte important auprès des familles. Ils ne doivent pas hésiter à interroger les parents sur la présence d'un poste de télévision dans la chambre de l'enfant et sur son temps de consommation d'écran."

Quant au paragraphe consacré aux tablettes, il préconisait de limiter leur utilisation aux usages accompagnés, sur des périodes courtes, en complémentarité avec les jouets traditionnels. »⁶

Plus récemment encore, une Tribune du Monde,⁷ parue le 30 mai 2017 et signée de plusieurs psychiatre, psychologues, pédiatres, médecins de PMI... issus de diverses régions de France, faisait état de ces mêmes préoccupations, en se montrant même alarmiste.

Nous souhaitons donc que le département du Val de Marne soit déclaré département pilote pour la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention-sensibilisation en matière d'utilisation des écrans à l'échelle du territoire, politique associant entre autre l'ARS, le Département et l'Education Nationale.

L'article 16 (Section 5 : "Le service public du numérique éducatif") de la loi d'orientation et de programmation du 8 juillet 2013 précise certes que : « *Dans le cadre du service public de l'enseignement et afin de contribuer à ses missions, un service public du numérique éducatif et de l'enseignement à distance est organisé* », mais les effets collatéraux éventuels du mésusage des écrans ne sont envisagés à aucun moment dans ce texte de loi.

Nous demandons qu'un recensement de toutes les actions déjà menées dans le département dans ce domaine soit effectué (ce qui pourrait fort bien faire partie des attributions de notre commission) et que ces actions soient coordonnées, afin d'éviter les jachères et les doublons, afin d'être étendues peu à peu à l'ensemble du département.

Nous sommes convaincus qu'il s'agit d'un **véritable problème de santé publique** et qu'il n'est plus possible de se réfugier derrière une posture qui consisterait à dire : « *Nous ne savions pas !* »

Le numérique est encore appelé, nous en sommes persuadés, à des développements que nous ne soupçonnons même pas !

Ce n'est pas l'outil qui pose problème, mais l'usage qui peut en être fait.

Le fait qu'il soit accessible au plus grand nombre, d'une utilisation facile et le plus souvent intuitive ne doit pas nous conduire à en banaliser l'usage.

⁵ Serge TISSERON est psychiatre, docteur en psychologie, membre de l'Académie des technologies, chercheur associé à l'Université Paris VII Denis Diderot (CRPMS).

⁶ <http://www.sergetisseron.com/>

⁷ C'est en évoquant ce problème qu'un des membres de la Commission nous a signalé cette Tribune récente (Cf. Annexes page I à III).

CONCERNANT LES ADULTES
LES URGENCES PSYCHIATRIQUES :

La loi du 5 juillet 2011 *"relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge"*, prévoit dans son article 8 :

« Art. L. 3222-1-1.-A. — Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2.

« Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1. » ;

Un groupe de travail ayant vocation à trouver une (ou des) solution(s) à cette question, a été mis en place le 21 mars 2014, par la Délégation Territoriale du Val-de-Marne de l'ARS. Ce groupe de travail était animé par monsieur le docteur Jacques JOLY, responsable du Pôle Offre de soins de la DT-94, et il a réuni pendant un peu plus d'un an : le médecin responsable du SAMU 94, la psychiatre responsable des urgences psychiatriques de l'hôpital Henri MONDOR, le psychiatre responsable du service de psychiatrie du site Henri MONDOR, le psychiatre responsable du service de psychiatrie du site Albert CHENVIER, un représentant de l'UNAFAM et le président actuel de la CSSM, alors invité permanent du Bureau de la Conférence de Territoire de Santé.

Nous savons que cette réflexion a été interrompue un temps, puis qu'elle a repris et nous n'avons finalement pu avoir communication pour l'instant que d'un diaporama, daté du 8 juin 2016, dans lequel figure une évaluation chiffrée du coût du dispositif d'urgence préconisé par l'APHP (Cf. Annexes page IV) :

| | |
|---|-----------|
| - Budget équipe mobile psychiatrique SAMU : | 784 067 € |
| - Budget équipe mobile psychiatrique - dispositif VIGILANS ⁸ : | 444 385 € |

Soit plus d'un million d'euros de budget pérenne.

Mais ne figurent pas dans ce diaporama :

- le bilan de l'activité du SAMU concernant, à cette époque, la psychiatrie et plus précisément les appels, considérés comme "Psy", reçus par le médecin régulateur, ainsi que les réponses qui avaient pu être alors apportées ou non,
- une première évaluation des besoins, s'appuyant sur une enquête qui aurait été faite auprès des différents Secteurs de psychiatrie adulte du Val-de-Marne, ainsi qu'auprès de l'UNAFAM.

Le SAMU avait pourtant effectué la première partie de ce travail et l'avait proposé lors de 2 ou 3 réunions du groupe de travail initial.

Les travaux de ce groupe de travail se poursuivent apparemment, mais ce dernier a été scindé en 3 sous-groupes (Travail sur les urgences psy proprement dites en lien avec le SAMU, travail sur une charte des CMP et travail sur les suicidants). Quoi qu'il en soit, **il nous paraît urgent que ces travaux débouchent le plus rapidement possible sur des conclusions pratiques**

⁸ Le dispositif "Vigilans" concerne la mise en place d'une équipe de veille et d'une équipe d'intervention à domicile pour prévenir les crises suicidaires et leur récurrence.

concernant les urgences psy gérées en lien avec le SAMU. La manière dont on entre dans le soin (ou dont on y revient) surdétermine en grande partie la durée et la qualité de la prise en charge qui s'ensuit.

Nous savons par exemple qu'une "*Convention relative à l'organisation de la réponse aux demandes de soins psychiatriques*" a pu être finalisée dans le Val-d'Oise, signée entre autre par l'ARS et le Préfet.⁹ Notre département devrait pouvoir s'en inspirer.

LE MAILLAGE TERRITORIAL DES SAVS ET DES SAMSAH ET ACCÈS AUX SOINS :

Les SAMSAH et les SAVS sont l'un comme l'autre des services d'accompagnement. L'un est médicalisé et l'autre pas, mais, quand ils sont indiqués, ils constituent tous deux un maillon important du parcours de soin des patients présentant des troubles psychiques et contribuent très concrètement au fait que ce parcours puisse se dérouler sans rupture.

En première approche, le Val-de-Marne pourrait sembler à peu près bien doté en services d'accompagnement à vocation "Psy", puisque le territoire est doté de 6 SAMSAH (gérés par 4 associations différentes et disposant selon le cas de 20 à 30 places) et de 9 SAVS (gérés par 8 associations différentes et disposant selon le cas de 20 à 40 places). Cf. Annexes page V.

Le nombre de communes¹⁰ pour lesquels ces services ont reçu un agrément est variable selon le cas, mais quand on y regarde de plus près, le maillage territorial de ces dispositifs d'accompagnement est pour le moins surprenant¹¹ :

- *Concernant les SAMSAH :*

- . 5 Communes n'ont **aucun SAMSAH** référent (Ablon-sur-Seine, Créteil, Maisons-Alfort, Saint-Maurice et Villeneuve-le-Roi),
- . 30 communes ont 1 SAMSAH référent, et
- . 12 communes ont 2 SAMSAH référents.

- *Concernant les SAVS :*

- . 13 communes n'ont **aucun SAVS** référent (Bry-sur-Marne, Charenton-le-Pont, Joinville-le-Pont, La Queue-en-Brie, Le Plessis-Tréville, Le Perreux-sur-Marne, Noisieu, Ormesson-sur-Marne, Saint-Mandé, Saint-Maur-des-Fossés, Saint-Maurice, Santeny et Vincennes).
- . 8 communes ont 1 SAVS référent,
- . 10 communes ont 2 SAVS référents,
- . 8 communes ont 3 SAVS référents,
- . 2 communes ont 4 SAVS référents, et
- . 6 communes ont 5 SAVS référents !

Il semble que la réponse à apporter à ces disparités (caricaturales pour ce qui concerne les SAVS) soit difficile à trouver. Un des membres de la CSSM avait déjà soulevé cette question dans un autre contexte il y a un peu plus de 2 ans auprès de la direction de l'autonomie et il lui avait alors été répondu que c'était effectivement une réelle préoccupation.

⁹ Ainsi que par : la Compagnie de Gendarmerie Départementale, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, le Service Départemental d'Incendie et de Secours, SOS Médecin, la Direction Départementale de la Sécurité Publique et le SAMU.

¹⁰ Le Val-de-Marne comprend 47 communes.

¹¹ Informations tirées du site "AUTONOMIE" en Val-de-Marne. Voir les Cartes figurant en Annexes que nous avons réalisées afin de mieux visualiser le problème.

Par ailleurs, et nous l'avons déjà écrit en préambule de ce chapitre, les SAMSAH et les SAVS sont des services d'accompagnement dont l'un est médicalisé et l'autre pas, ce qui, en théorie devrait pouvoir permettre la gradation nécessaire dans un certain nombre d'accompagnements, s'ils étaient articulés l'un à l'autre. Mais sur les 12 associations gérant des services de ce genre, une seule dispose à la fois d'un SAMSAH et d'un SAVS implantés sur la même commune (même adresse, même directeur), chacun de ces deux services ayant un agrément pour la même aire géographique, à une commune près.

Les accompagnements proposés par ces deux types de services ont pour but de favoriser l'autonomisation des usagers ainsi pris en charge et il est facile d'imaginer que, dans un certain nombre de cas, l'un remplace l'autre quand la commune n'a qu'un seul interlocuteur possible et que faute de SAVS on a alors recours à un SAMSAH, ou inversement, dans la mesure des places disponibles évidemment. Il faut signaler ici que :

- . 1 commune n'a ni SAMSAH référent, ni SAVS (Saint-Maurice),
- . 4 communes ont un SAVS référent, mais pas de SAMSAH (Ablon-sur-Seine, Créteil, Maisons-Alfort et Villeneuve-le-Roi),
- . 12 communes ont un SAMSAH référent, mais pas de SAVS (les 13 communes citées plus haut comme n'ayant pas de SAVS, excepté Saint-Maurice).
- . 20 communes (43%) ont donc au moins 1 SAMSAH et 1 SAVS référents, mais gérés par des associations distinctes et donc animés par des équipes différentes.

Nous n'avons pas de solution à proposer en dehors du fait qu'une gradation des prises en charge avec la même équipe, ce qui n'est actuellement concevable que pour les SAMSAH, devrait pouvoir être formalisée et officialisée. Reste à définir les modalités de sa mise en œuvre.

En effet, plus que tous autres, les patients souffrant de troubles psychiques supportent mal les modifications de prise en charge. Et les changements d'équipe en particulier sont trop souvent à l'origine de ruptures du parcours de soin. Passer d'un accompagnement par un SAMSAH à celui effectué par un SAVS (ou inversement) animé par une équipe différente n'est donc pas une solution acceptable.

Il reste que cette même question doit se poser dans d'autres départements franciliens que le Val-de-Marne et devrait donc pouvoir trouver des solutions de principe à un niveau régional.

LES HOSPITALISATIONS A DOMICILE PSYCHIATRIQUES :

Les HAD psychiatriques ont été inventées il y a près de 50 ans par madame le docteur Ginette AMADO, alors médecin directeur du Centre hospitalier Les Murets à La Queue en Brie (94).

Une première convention a été signée en 1971 avec la caisse régionale d'assurance maladie, convention renouvelée 1 ou 2 ans après, puis le financement des HAD a été inclus dans le budget global.

La Circulaire de la DHOS du 4 Février 2004 "*relative à l'hospitalisation à domicile*", fixe dans sa "Partie IV", un : "CAHIER DES CHARGES de la prise en charge en HAD en PSYCHIATRIE".¹²

Un groupe de travail avait été organisé au ministère quelques temps avant la parution de cette Circulaire (avec la Conférence des Présidents de CME des CHS) et il convient de dire qu'il n'a été tenu rigoureusement aucun compte des conclusions de ce groupe de travail, qui s'appuyaient pourtant sur l'expérience de terrain de plusieurs équipes, sur plusieurs années.

¹² On peut s'étonner au passage que, ni la Circulaire de la DGOS du 1^{er} décembre 2006 "*relative à l'hospitalisation à domicile*", ni la Circulaire de la DGOS du 4 décembre 2013 "*relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)*" n'évoquent à aucun moment la psychiatrie.

Nous l'évoquons parce qu'il est précisé par exemple dans cette Circulaire que : « *L'intervention d'un membre de l'équipe au titre de l'HAD est au moins quotidienne en psychiatrie générale, voire pluri-quotidienne* » et un peu plus loin, que « *Les équipes d'HAD sont tenues de garantir la permanence et la continuité des soins (7 jours sur 7, 24 heures sur 24)* ». Nous pensons que ces prescriptions posées comme un impératif, ne sont ni pertinentes, ni réalistes. Il y a évidemment des règles à fixer, mais nous n'entrerons pas ici dans ce débat.

Cela étant, l'articulation VAD/HAD dans le cadre de soins à domicile (SAD) est d'un précieux secours afin de permettre des sorties plus précoces ou d'éviter des rehospitalisations et donc d'éviter des ruptures du parcours de soin. C'est un outil qui a fait ses preuves et qui présente d'ailleurs certaines similitudes avec l'articulation SAVS/SAMSAH qui, dans un certain nombre de cas d'ailleurs est amené à prendre le relai.

Or, pour ne prendre qu'un seul exemple, il semble que la pérennisation des HAD du Centre Hospitalier Les Murets soit menacée. Ce serait de notre point de vue d'autant plus regrettable que ça remettrait en cause la prise en charge de nombreux patients, tout en ne permettant pas de faire d'économies.

L'INSERTION PAR LE LOGEMENT :

- Un Rapport intitulé : *"L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Île-de-France"*, rédigé par madame le docteur Martine BARRES à la demande de l'ARS Ile de France, note en préambule :

« Les troubles psychiques, particulièrement ceux qui sont liés à des pathologies au long cours handicapantes... génèrent des pertes de capacité à entreprendre et réaliser les actes de la vie quotidienne... Conjugués à la stigmatisation attachée à la maladie mentale en général...

Un très grand nombre de personnes vivant avec des troubles psychiques se trouvent ainsi sans logement ou en danger de le perdre :

- *des personnes sans abri (environ 30% de personnes souffrant de pathologies psychiques parmi les personnes sans abri)*
- *des personnes hébergées dans leur famille ou par des proches dans des conditions précaires, faute d'autre solution*
- *des personnes en logement précaire (hôtels, squats...), ou en situation précaire dans leur logement personnel (logement insalubre, ou rendu insalubre du fait de l'incurie)*
- *des personnes hospitalisées en psychiatrie faute d'autre solution (dont le nombre a été estimé à 13 000 lors du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008) des personnes hébergées temporairement dans les dispositifs sociaux, sans solution de relais (CHRS, centre d'hébergement d'urgence, lits halte soins santé...)* »

On ne saurait mieux souligner l'importance de ce problème qui, avec l'insertion professionnelle, est un des problèmes majeurs auquel nous sommes confrontés dans la prise en charge des personnes adultes présentant des problèmes psychiques.

Dans son rapport d'activité, l'UNAFAM produit chaque année deux cartes réactualisées, l'une des *Implantation des Logements et Hébergements spécialisés dans le Handicap Psychique*, et l'autre des *Implantation des GEM et Services d'accompagnement spécialisés dans le Handicap psychique*. (A noter que nous avons comptabilisé 6 SAMSAH et 9 SAVS, là où l'UNAFAM ne compte que 5 SAMSAH et 4 SAVS !?). Cf. Annexes pages VI et VII.

- S'agissant des Résidences Accueil ou des Maisons Relais (qui sur notre territoire accueillent en fait la même population), il y en a 4 d'opérationnelles (Chevilly-Larue, Limeil-Brévannes, Vitry sur Seine et Choisy-le-Roi), 1 ouvrira au mois de septembre prochain (à Vincennes) et 2 seraient en projet (à Vitry et Charenton le pont).

Sachant que la plupart de ces projets ont mis une dizaine d'année à aboutir, cela signifie que nous aurons 5 Pensions de famille abritant au total entre 100 à 130 personnes présentant un handicap psychique (non nécessairement reconnu comme tel par la MDPH), à la rentrée prochaine, pour un hébergement durable. C'est bien, mais c'est encore très insuffisant, d'autant qu'il n'y en a aucune à l'est d'une ligne allant de Vincennes à Limeil-Brévannes), c'est-à-dire une partie importante du territoire.

Cela étant, la *Circulaire interministérielle du 20 avril 2017*, qui vient d'être publiée au Journal officiel, présente les conditions de mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 du dispositif de pensions de famille/résidences accueil. Ce plan prévoit la création de 7500 places sur 5 ans en pensions de famille et résidences accueil (1500 places par an entre 2017 et 2021), ce qui permettrait d'augmenter de moitié la capacité actuelle dans ce type de structures (15 000 places recensées en 2015).

Nous n'avons pas eu le temps de prendre connaissance en détail de cette Circulaire, mais le Val-de-Marne doit impérativement se porter candidat afin de pouvoir bénéficier de ce plan de relance, afin qu'au moins 2 nouvelles Pensions de famille soient construites sur son territoire.

- Nous pensons aussi qu'il serait important que diverses associations du territoire se rapprochent des bailleurs sociaux afin de pouvoir disposer de "grappes" de logements sociaux leur permettant de s'inscrire dans une logique de Logements accompagnés, différente de celle des Foyers et des Résidences.

Ces appartements dits parfois "associatifs" devraient pouvoir permettre, en fonction de l'évolution du degré d'autonomie des personnes hébergées, de proposer des "baux glissants". Cette formule existe déjà sur notre territoire, mais doit être encouragée et se développer, afin de permettre progressivement à un plus grand nombre de patients d'acquérir une autonomie en matière de logement.

Cette formule nécessite, dans un premier temps un accompagnement à la vie sociale, qui impliquera d'étoffer les équipes des SAVS des associations porteuses de tels projets.

- Nous tenons à signaler pour conclure que l'UNAFO (Union professionnelle du logement accompagné) peut être d'un précieux secours en termes d'information, de Conseil et de Formation, pour toutes les associations désireuses d'élaborer et de proposer des projets de Logements accompagnés.

L'INSERTION PROFESSIONNELLE :

- Un décret relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion est paru le 17 février 2017. Il concernera 15 départements et l'État a lancé un appel à manifestation d'intérêt afin d'identifier les départements qui souhaitaient bénéficier des crédits du fonds. Mais nous ne savons pas si le Val-de-Marne a répondu à cet appel, ni s'il a une chance d'être éligible.

- Concernant l'insertion professionnelle en milieu protégé des personnes présentant un handicap psychique, nous souhaitons évoquer ici le décret 2016-1347 du 10 octobre 2016 « *relatif aux périodes de mise en situation en milieu professionnel en ESAT* ».

Ce décret ne tient en effet aucun compte de la spécificité des difficultés rencontrées par les personnes porteuses d'un handicap psychique et implique de revoir complètement des

procédures d'accueil et d'admission qui ont pourtant fait leurs preuves. La perspective de stages d'une « ... durée ne pouvant excéder dix jours ouvrés, que la présence du bénéficiaire au sein de l'établissement d'accueil soit continue ou discontinue » prive désormais les ESAT recevant cette population de travailleurs, d'un outil qui avait été mis en place et répondait au mieux aux besoins de la population accueillie.

L'expérience acquise sur le terrain démontre si besoin était que l'intégration de travailleurs présentant un handicap psychique, qui, aujourd'hui, s'épanouissent grâce à un travail dans un ESAT, a nécessité le plus souvent en amont la mise en place de nombreux stages de découverte et d'évaluation.

Penser qu'il est possible de demander à des personnes fragilisées par la maladie mentale depuis de nombreuses années, de montrer qu'elles sont opérationnelles en 2 fois 10 jours relève d'une méconnaissance profonde des besoins singuliers de cette population.

Il nous semble tout à fait important que ce texte soit revu, afin de prendre en compte la spécificité du handicap psychique.

- Nous avons appris par ailleurs que le CLSM de Fontenay-sous-Bois était porteur d'un projet de création de Clubhouse et nous nous en félicitons.

Le premier Clubhouse a été créé à New York au début des années 40 et il y en aurait actuellement près de 350 à travers le monde.

Les Clubhouse sont financés par des entreprises, des Fondations et des dons. Ça ressemble par ailleurs à un GEM, mais ça n'en est pas un. Ils se définissent en fait comme : « *Un chaînon manquant entre le suivi médical et une vie active pour les hommes et les femmes fragilisés par des troubles mentaux* ».

Selon le directeur du Clubhouse de Paris (seule implantation francilienne et française actuellement d'un Clubhouse, un projet étant actuellement en cours sur Marseille), la ville de Fontenay-sous-Bois remplirait les conditions requises pour l'implantation d'une telle structure (Implantation croissante de grosses entreprises susceptibles de participer à son financement dans le cadre de la politique qu'elles mettent en oeuvre en matière de handicap).

Il reste qu'un tel projet ne pourra pas le voir le jour avant plusieurs années, mais il nous semble important de l'encourager.

UN CENTRE DE RÉHABILITATION PSYCHO-SOCIALE TERRITORIAL :

Le GHT nord a inscrit dans son Projet médico-soignant partagé, la création d'un Centre de Réhabilitation Territorial sur la base de la définition de la réhabilitation de l'OMS : « *Toutes les actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes des conduites déficitaires* ».

Partant du constat qu'il y avait des "professionnels ressource" répartis sur les différents secteurs de psychiatrie adulte, il envisage de créer une structure intersectorielle regroupant, sur des temps partiels, des professionnels formés à l'Education thérapeutique, à la remédiation cognitive et aux expertises permettant d'évaluer les performances neuropsychologiques et cognitives (ressources et difficultés) des patients accueillis. Une évaluation des pratiques est envisagée, avec le développement d'indicateurs cliniques quantitatifs, en collaboration entre les soignants, les patients et les aidants et en coopération avec le DIM.

Les objectifs et les moyens de ce centre pourraient se développer au travers d'une équipe mobile chargée de l'information, de la formation, du soutien aux groupes et de l'aide à la décision auprès des équipes.

Nous pensons qu'il s'agit d'un projet fort intéressant, que nous soutenons, bien qu'il soit apparemment très hospitalo-centré et nous regrettons que, dans l'état actuel de ce projet, le partenariat avec des professionnels du médico-social ne soit pas même évoqué.

La réhabilitation psychosociale n'a-t-elle pas en effet pour vocation de favoriser l'autonomie et l'indépendance des patients atteints de troubles psychiques, dans la vie de la cité, en leur permettant d'utiliser au mieux leurs ressources.

LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE PSYCHOTRAUMATISMES :

On compte chaque année, en France, plus de 150 000 personnes victimes de traumatismes crâniens. Un tiers de ces traumatismes crâniens provoquent des séquelles neurologiques parfois visibles et nécessitent alors une rééducation parfois longue et difficile, mais la plupart sont considérés comme "légers".

Bien que des séquelles dites « invisibles » surviennent dans un nombre non négligeable de cas, elles persistent parfois de manière plus ou moins durable, faute de prise en charge adaptée. Rappelons aussi qu'elles sont dites invisibles d'abord et surtout par manque de visibilité. Il s'agit là d'un handicap méconnu et complexe à diagnostiquer. En effet, encore trop peu de praticiens sont bien formés au diagnostic et encore moins au traitement complexe de ces traumatismes singuliers.

Par ailleurs, la lésion cérébrale traumatique, de par sa multimorbidité, majore fortement le risque suicidaire et devrait être une cible prioritaire en matière de prévention (cf. Le Quotidien du Médecin du 12 juin 2017).

Il existe, dans le Val-de-Marne, des consultations spécialisées de psychotraumatisme :

- au CHU Henri Mondor,
- à l'Hôpital de Bicêtre,
- à l'Hôpital d'instruction des armées Bégin.

Ces consultations sont dédiées à la prise en charge thérapeutique de victimes d'événements traumatiques, que ces psychotraumatismes fassent suite à des événements :

- de nature intentionnelle: viol, agression sexuelle, agression violente, attentat, ou encore,
- de nature non intentionnelle : accident, catastrophe naturelle, incendie accidentel, mort violente suite à un problème médical inconnu...

Ces consultations permettent :

- la prise en charge d'enfants (bébé, jeune enfant, adolescent) et d'adultes,
- des consultations individuelles, celles de fratries ou encore familiales.

En appui de ces consultations, il pourrait être intéressant de réfléchir à l'élargissement de la compétence de certains SAVS et SAMSAH à orientation Psy à ces domaines particuliers. Sous réserve bien sûr de former les professionnels (2 ou 3 par équipe) de ces services d'accompagnement.

Cela supposerait, à terme, un léger renforcement des équipes d'accompagnement qui assureraient en plus ce genre de mission, ainsi qu'une coordination territoriale de l'ensemble. La CMMS pourrait être à l'origine d'un groupe de travail sur cette question.

CONCERNANT LES ENFANTS**LA PÉRINATALITÉ :**

Les services de psychiatrie infanto-juvénile du territoire du Val-de-Marne sont répartis en 2 pôles sur les hôpitaux Nationaux de Saint Maurice (GHT Nord), 2 secteurs sur le Centre Hospitalier Inter Communal de Créteil (GHT Est), et 1 Secteur à la Fondation Vallée (GHT Psy Sud Paris).

Ces différents services se rencontrent régulièrement et considèrent qu'un des enjeux majeurs pour les 5 années à venir, est la périnatalité.

Chacun de ces services est doté d'une Unité de périnatalité qui assure déjà aujourd'hui l'accueil des parents et des bébés, des actions de prévention, des consultations et des suivis individuels ou de groupe. Mais il paraît indispensable aux différents acteurs de terrain, de renforcer le dispositif existant en élargissant leur champ d'action. Il est indispensable en effet que des professionnels de ces unités aillent sur le terrain et développent leurs partenariats avec les PMI, les crèches, les assistantes maternelle (dans les relais assistantes maternelles), avec les autres unités de périnatalité des autres Secteurs, ainsi qu'avec le réseau périnatal¹³ du Val-de-Marne et qu'elles consolident leurs interventions en matière de psychiatrie de liaison, dans les maternités du CHIV, du CHIC et des HNSM.

L'objectif est la détection des difficultés psychiques éventuelles des futures mamans (et des papas), l'évaluation de la qualité des interactions précoces mère-enfant à partir du 5^{ème} mois de grossesse, ainsi que de la dynamique de l'entourage familial, afin de pouvoir intervenir le plus rapidement possible sur ces situations en organisant une prise en charge précoce, tant psychiatrique que social chaque fois que nécessaire.

Afin de remplir au mieux leur mission, les 2 pôles des HNSM ont, par exemple, le projet de créer une équipe mobile commune ayant pour tâche de développer les partenariats existants et d'en favoriser de nouveaux.

LES HÔPITAUX DE JOURS POUR ENFANTS EN ÂGE D'ALLER AU COLLÈGE :

Une autre question d'importance se pose aux professionnels des différents Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du territoire, celle de la création de 1 ou 2 hôpitaux de jours intersectoriels, pour des enfants de 10 à 16 ans. Il n'en existe pas actuellement dans le département pour les enfants appartenant à cette tranche d'âge.

Une question n'est cependant pas encore tranchée. Faut-il créer 2 hôpitaux de jour accueillant des enfants présentant des troubles psychiques de nature diverse, ou bien, créer un hôpital de jour accueillant spécifiquement les enfants présentant des troubles du spectre autistique et des troubles envahissants du développement, et un autre accueillant enfants présentant d'autres types de pathologies psychiatriques. Les avis sur cette question seraient encore partagés.

¹³ Qui est un réseau de santé dont le principal objectif est d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés en effectuant un meilleur dépistage des risques obstétrico-pédiatriques et psycho-sociaux et une orientation adaptée des patients.

LES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE :

« Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants. Il requiert donc une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale.

En effet, les CLSM ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

Le cadre de concertation s'établit à l'échelle du secteur psychiatrique, de la commune ou de l'arrondissement, mais doit correspondre à un territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux (infra communal, communal ou intercommunal).

Ces Conseils Locaux de Santé Mentale sont divers puisque différents acteurs selon les territoires et les volontés locales, peuvent y être présents ;

- Services de l'Etat (ARS, DDCS, Préfecture, Education Nationale) ;
- Professionnels et associations de santé (médecins généralistes, psychiatrie privée, hôpitaux du territoire, infirmiers libéraux et scolaires, réseaux de santé, etc.) ;
- Services municipaux (CCAS, ASV, maisons de quartier, etc.) ;
- Acteurs sociaux et médico sociaux (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, EST, EHPAD, CAARUD, ANPAA, Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogique, associations, bailleurs sociaux, maison des adolescents, CHRS, Foyers de Jeunes Travailleurs, etc.) ;
- Acteurs culturels et de loisirs (associations, clubs sportifs, médiathèques, etc.) ;
- Forces de l'ordre (polices municipale et nationale), justice, sapeurs-pompiers...

Les CLSM ont une fonction de coordination qui permet en partie de décloisonner les différents services et institutions et de conforter l'ancrage territorial et la politique du secteur psychiatrique. »¹⁴

Bien que cette présentation puisse laisser imaginer une organisation très sanitario-centrée, les expériences de terrain des uns et des autres, montrent que les 3 CLSM existants dans le Val de Marne, fonctionnent bien comme des cadre de concertation regroupant les différents acteurs de terrain concernés par la santé mentale, sans exclusive.

Il nous paraît évident qu'au cours des 5 années à venir, la Commission Spécialisée en Santé Mentale devra travailler en concertation étroite avec les Conseils locaux de Santé Mentale, mais aussi avec les Conseils Locaux de Santé, en participant au moins aux réunions plénières et en invitant les coordonnateurs à certaines réunions de la CSSM, en fonction de l'ordre du jour.

Le paragraphe IV de l'article L.3221-2 du CSP, prévoit d'ailleurs 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 mentionné à l'article L.1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment... »*

Il n'y a donc actuellement que 3 CLSM (Cf. page 4) et, d'après nos informations, une dizaine de CLS (Choisy-le-Roi, Créteil, Gentilly, Ivry, Bonneuil-sur-Marne, Champigny-sur-Marne, Villejuif, Alfortville, Orly, Valenton). Nous ne sommes pas certains qu'ils aient tous encore eu connaissance de la création de la CSSM au sein du CTS et une de nos premières actions sera donc de les en informer.

¹⁴ Informations issues d'une "fiche outil" élaborée par l'IREV (Institut Régional de la Ville) du Nord-Pas de Calais (qui, avec la Picardie, constitue désormais les Hauts de France), en partenariat avec le CCOMS de Lille.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît important qu'une publicité soit faite auprès des communes du territoire et que des mesures incitatives soient prises (cofinancement des postes de coordinateur), afin que d'autres CLSM voient le plus rapidement possible le jour.

| |
|--------------------------------|
| CONCLUSION PROVISOIRE : |
|--------------------------------|

Comme nous l'avions dit d'emblée, ce rapport sera, au mieux, pris pour le best-of d'un projet Territorial de Santé Mentale digne de ce nom, que nous n'aurons matériellement pas eu le temps de construire. Il sera, au pire, considéré comme une sorte d'inventaire à la Prévert dont nous aurions éliminé les rats laveurs.

Nous préférierions bien sûr que ce soit la première hypothèse qui soit retenue, encore que Prévert soit un très grand poète. Et nous retiendrons quand même de lui ces quelques vers libres :
« ... *et malgré les menaces du maître - sous les huées des enfants prodiges - avec les craies de toutes les couleurs - sur le tableau noir du malheur - il dessine le visage du bonheur.* »

("Le cancre", Paroles).

Sans aller tout de même jusqu'à prétendre que nous aurions ne serait-ce même qu'esquissé le visage du bonheur dans ces quelques pages, nous avons en tout cas souhaité proposer des pistes de réflexion dont nous sommes convaincus qu'elle sont importantes à prendre en compte pour l'ensemble des citoyens de notre territoire et plus particulièrement, naturellement, pour celles et ceux d'entre eux qui présentent des troubles psychiques.

Créteil le 27 juin 2017

| |
|----------------|
| ANNEXES |
|----------------|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|-----------------|
| Tribune du journal Le Monde sur les "Ecrans" | . | . | . | . | . | P : I |
| Chiffrage par l'APHP des Urgences Psy | . | . | . | . | . | P : IV |
| Maillage des SAMSAH et SAVS | . | . | . | . | . | p : V |
| Logements, Hébergements spécialisés, GEM... | . | . | . | . | . | p : VI |
| Les Quartiers prioritaires | . | . | . | . | . | p : VIII |
| La répartition des logements sociaux | . | . | . | . | . | p : IX |
| Revenus Moyens | . | . | . | . | . | p : X |
| Carte de la fracture sanitaire | . | . | . | . | . | p : XI |
| Atlas de la démographie médicale en Ile-de-France | . | . | . | . | . | p : XII |

« La surexposition des jeunes enfants aux écrans est un enjeu majeur de santé publique »

Dans une tribune au « Monde », des médecins et professionnels alertent sur les graves troubles du comportement et de l'attention qu'ils observent de plus en plus chez les petits.

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 31.05.2017 à 06h43 • Mis à jour le 31.05.2017 à 10h05 | Par Collectif

TRIBUNE. Nous, professionnels de la santé et de la petite enfance, souhaitons alerter l'opinion publique des graves effets d'une exposition massive et précoce des bébés et des jeunes enfants à tous types d'écrans : smartphone, tablette, ordinateur, console, télévision.

Nous recevons de très jeunes enfants stimulés principalement par les écrans, qui, à 3 ans, ne nous regardent pas quand on s'adresse à eux, ne communiquent pas, ne parlent pas, ne recherchent pas les autres, sont très agités ou très passifs. La gravité de ces troubles nous conduit à réinterroger les éléments déjà exposés dans des articles précédents.

Captés ou sans cesse interrompus par les écrans, parents et bébé ne peuvent plus assez se regarder et construire leur relation. Les explorations du bébé avec les objets qui l'entourent, soutenues par les parents, sont bloquées ou perturbées, ce qui empêche le cerveau de l'enfant de se développer de façon normale.

Ces deux mécanismes – captation de l'attention involontaire et temps volé aux activités exploratoires – expliquent à eux seuls les retards de langage et de développement, présents chez des enfants en dehors de toute déficience neurologique.

Désorganisations du comportement

Mais comment comprendre les troubles plus graves que nous observons chez ces enfants présentant des symptômes très semblables aux troubles du spectre autistique (TSA) ?

Des absences totales de langage à 4 ans, des troubles attentionnels prégnants : l'enfant ne réagit pas quand on l'appelle, n'est pas capable d'orienter son regard vers l'adulte ni de maintenir son regard orienté vers l'objet qu'on lui tend hormis le portable.

Des troubles relationnels : l'enfant ne sait pas entrer en contact avec les autres. Au lieu de cela, il les tape, lèche, renifle... A ces désorganisations du comportement s'ajoutent parfois des stéréotypies gestuelles et, enfin, une intolérance marquée à la frustration surtout lorsqu'on enlève « son » écran à l'enfant.

L'enfant est en contact permanent avec les écrans : de façon directe ou indirecte lorsque le parent regarde son portable mais ne regarde plus son enfant

Lorsque nous interrogeons les parents, nous découvrons trop souvent la place centrale des écrans dans la famille. L'enfant est en contact permanent avec les écrans : de façon directe ou indirecte, quand un écran est allumé dans la pièce où l'enfant se trouve, ou lorsque le parent regarde son portable mais ne regarde plus son enfant.

Que s'est-il passé qui conduise à un tableau si grave ? Une expérience cruciale en psychologie, celle du « *Still Face* » menée par le docteur Edward Tronick en 1975 aux Etats-Unis, peut nous aider.

Manque de stimulation et d'échanges humains

Des bébés d'environ 1 an communiquent avec leur parent (échanges de sourire, pointage, babillage mélodieux...). Puis on demande à ce dernier de se détourner de l'enfant et de revenir vers lui en lui présentant un visage sans expression émotionnelle pendant deux minutes. D'abord le bébé tente de relancer son parent avec des sourires orientés, des babillages modulés, un pointage pour partager une émotion.

Sans réponse du parent, il cherche à s'éloigner, à fuir ce qui est source de stress. Enfin il se désorganise : il émet des sons stridents, se jette en arrière, perd le contrôle de ses gestes. Il éprouve un état de stress intense.

En prolongeant l'expérience, on verrait très probablement le bébé se replier sur des gestes d'autostimulation, adopter un regard errant et ne plus répondre aux sollicitations humaines, trop stressantes car irrégulières.

Nous faisons l'hypothèse que des enfants de moins de 4 ans, présentant des symptômes proches des TSA, vivent depuis leur naissance des expériences de « *Still Face* » répétées par manque de stimulation et d'échanges humains suffisamment continus.

Un bébé pour lequel ne s'est pas constitué l'accordage primaire avec son parent, grâce auquel se synchronisent les regards, la voix et les gestes, ne peut se développer de façon normale. Il ne peut accéder à une conscience de soi et développer un langage humain de communication et d'échange avec l'adulte.

Lorsque nous demandons aux parents de retirer les écrans, nous observons des redémarrages : davantage de regards adressés, un temps d'attention prolongé, des échanges de sourires, un besoin de jouer, davantage de curiosité, un développement du langage.

Retard grave de développement

La surexposition aux écrans est pour nous une des causes de retard grave de développement sur laquelle nous pouvons agir de façon efficace.

Ces symptômes ont un coût pour la société qu'il est urgent d'évaluer. Aujourd'hui, ces enfants sont adressés systématiquement pour un bilan hospitalier puis pour une prise en charge multidisciplinaire et entrent dans le champ du handicap.

La première intention de tout professionnel de l'enfance devrait être de poser la question de l'exposition aux écrans.

Ce problème doit être un enjeu de santé publique.

Notre expérience de terrain nous montre que ce fait concerne tous les enfants quel que soit le milieu social dont ils sont issus, leur origine culturelle. Le même phénomène est observé dans tous les autres pays avec des campagnes de prévention déjà en cours. En Allemagne, elles ont lieu dans les crèches pour inciter les parents à regarder leur bébé ; à Taïwan, des amendes de 1 400 euros peuvent être imposées à un parent qui laisse son enfant de moins de 2 ans devant les écrans.

Afin de prévenir ces graves retards du développement chez les bébés et les jeunes enfants, nous demandons que des campagnes nationales issues des observations et des recommandations des professionnels du terrain, sans conflit d'intérêts – c'est-à-dire qui ne soient pas liés à l'industrie du numérique et de l'audiovisuel ou aient pu être rémunérés de façon directe ou indirecte par cette industrie – soient menées en France et diffusées dans tous les lieux de la petite enfance.

Nous demandons aussi que des recherches indépendantes soient menées par des professionnels du terrain, en coopération avec des chercheurs libres de tout conflit d'intérêts, dans tous les lieux publics de consultation de la petite enfance.

Les signataires : Dr Anne Lise Ducanda et **Dr Isabelle Terrasse**, médecins de PMI (protection maternelle infantile) au Conseil départemental de l'Essonne ; **Sabine Duflo**, psychologue et thérapeute familiale en pédopsychiatrie (CMP, EPS Ville-Evrard) ; **Elsa Job-Pigeard** et **Carole Vanhoutte**, orthophonistes (Val-de-Marne) cofondatrices de « Joue, pense, parle » ; **Lydie Morel**, orthophoniste, cofondatrice de Cogi'Act (Meurthe-et-Moselle) ; **Dr Sylvie Dieu Osika**, pédiatre à l'hôpital Jean Verdier de Bondy et **Eric Osika**, pédiatre à l'hôpital Ste Camille de Bry-sur-Marne ; **Anne Lefebvre**, psychologue clinicienne en pédopsychiatrie (CMP enfants et CMP adolescents, CHI 94) ; **ALERTE** (Association pour l'éducation à la réduction du temps écran, **Dr Christian Zix**, neuropédiatre, directeur médical du CAMSP de St-Avold (Moselle) ; **Dr Lise Barthélémy**, pédopsychiatre à Montpellier.

COPIL Urgences psychiatriques Groupe de travail Régulation SAMU/Interventions à domicile

□ Budget équipe mobile psychiatrique SAMU

| | |
|---|------------------|
| T1 – Charges de personnel | 655 710 € |
| 2 ETP PHC | 159 154 € |
| 1 astreinte opérationnelle de psychiatrie | 109 000 € |
| IDE 24 h : 6,18 ETP | 295 942 € |
| 1 ambulancier 10 heures : 2,35 ETP | 91 615 € |
| T3 – Charges générales et hôtelières | 37 786 € |
| Essence véhicules et frais divers | 5 000 € |
| Autres frais courants | 32 786 € |
| Charges indirectes | 65 571 € |
| Investissement | 25 000 € |
| Véhicule SAMU | 15 000 € |
| Autres équipements (tél, radio...) | 10 000 € |
| TOTAL BUDGET | 784 067 € |

1

COPIL Urgences psychiatriques Groupe de travail Régulation SAMU/Interventions à domicile

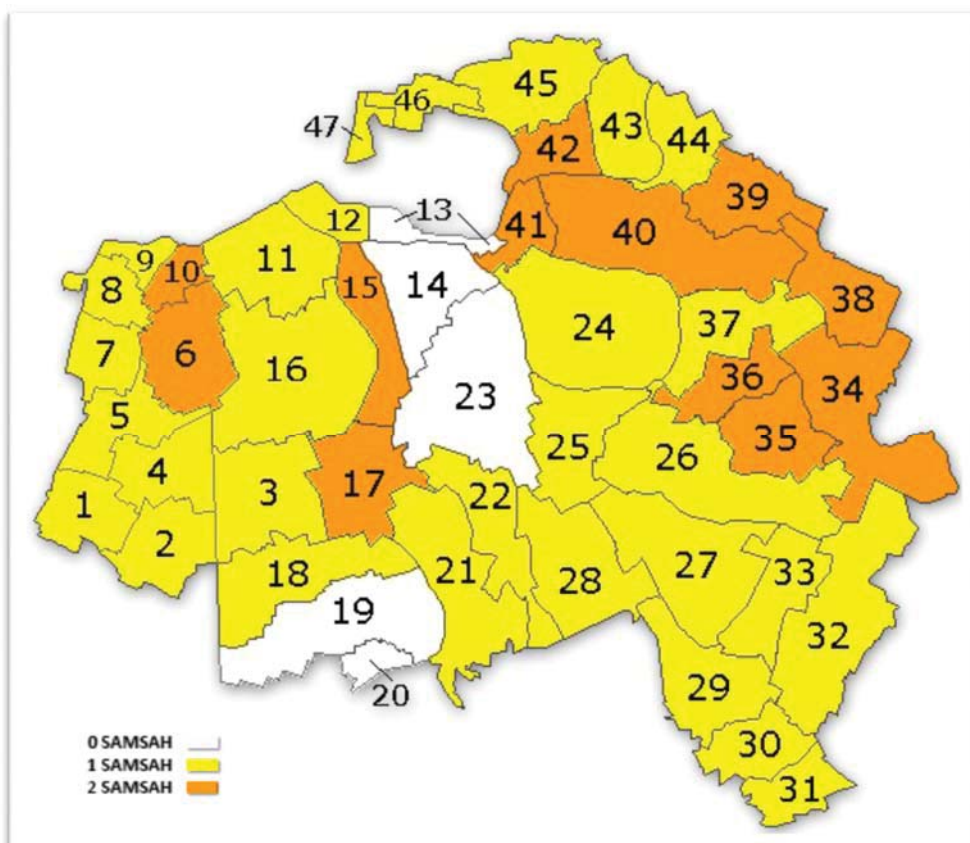


□ Budget équipe mobile psychiatrique - dispositif VIGILANS

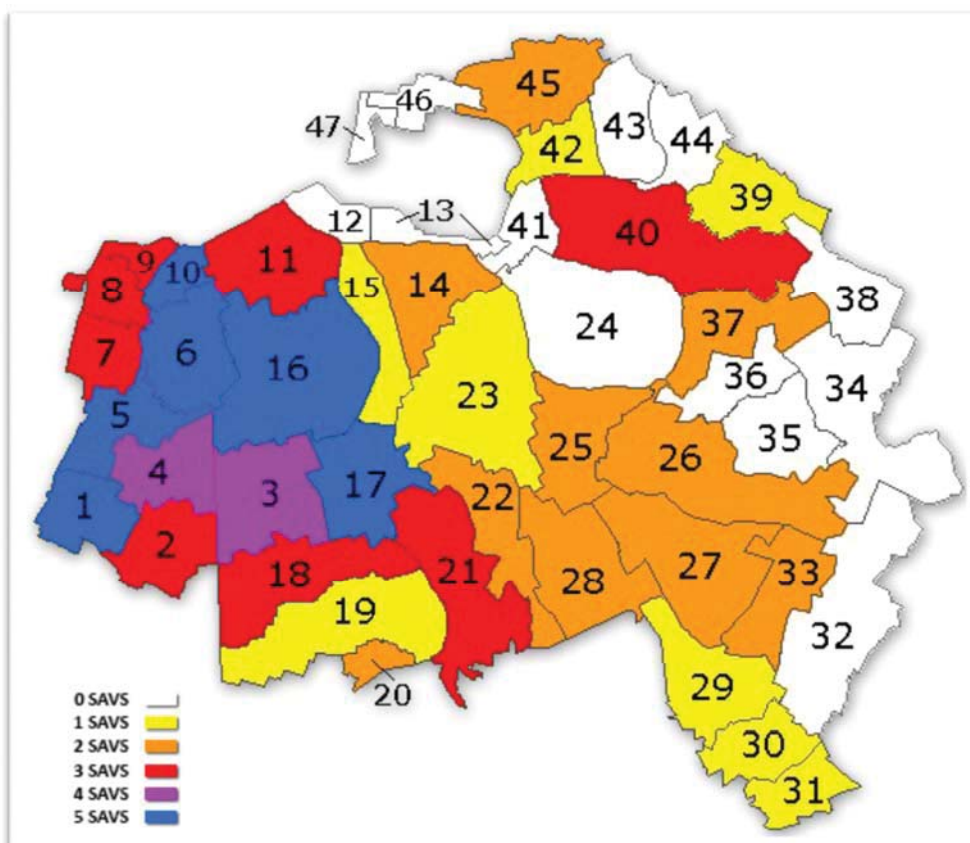
| | |
|---|------------------|
| T1 – Charges de personnel | 289 685 € |
| 1 ETP Coordinateur (PH) | 113 613 € |
| 1 ETP secrétaire médicale | 45 777 € |
| 2 ETP appelants (IDE ou PSY) | 96 750 € |
| 0,17 ETP informaticien (2mois) | 8 333 € |
| 0,5 ETP ARC | 25 212 € |
| T3 – Charges générales et hôtelières | 40 969 € |
| Fournitures de bureau | 28 969 € |
| Essence véhicules et frais divers | 5 000 € |
| Frais d'imprimerie | 5 000 € |
| Frais postaux | 2 000 € |
| Charges indirectes | 63 731 € |
| Investissement | 50 000 € |
| TOTAL BUDGET | 444 385 € |

2

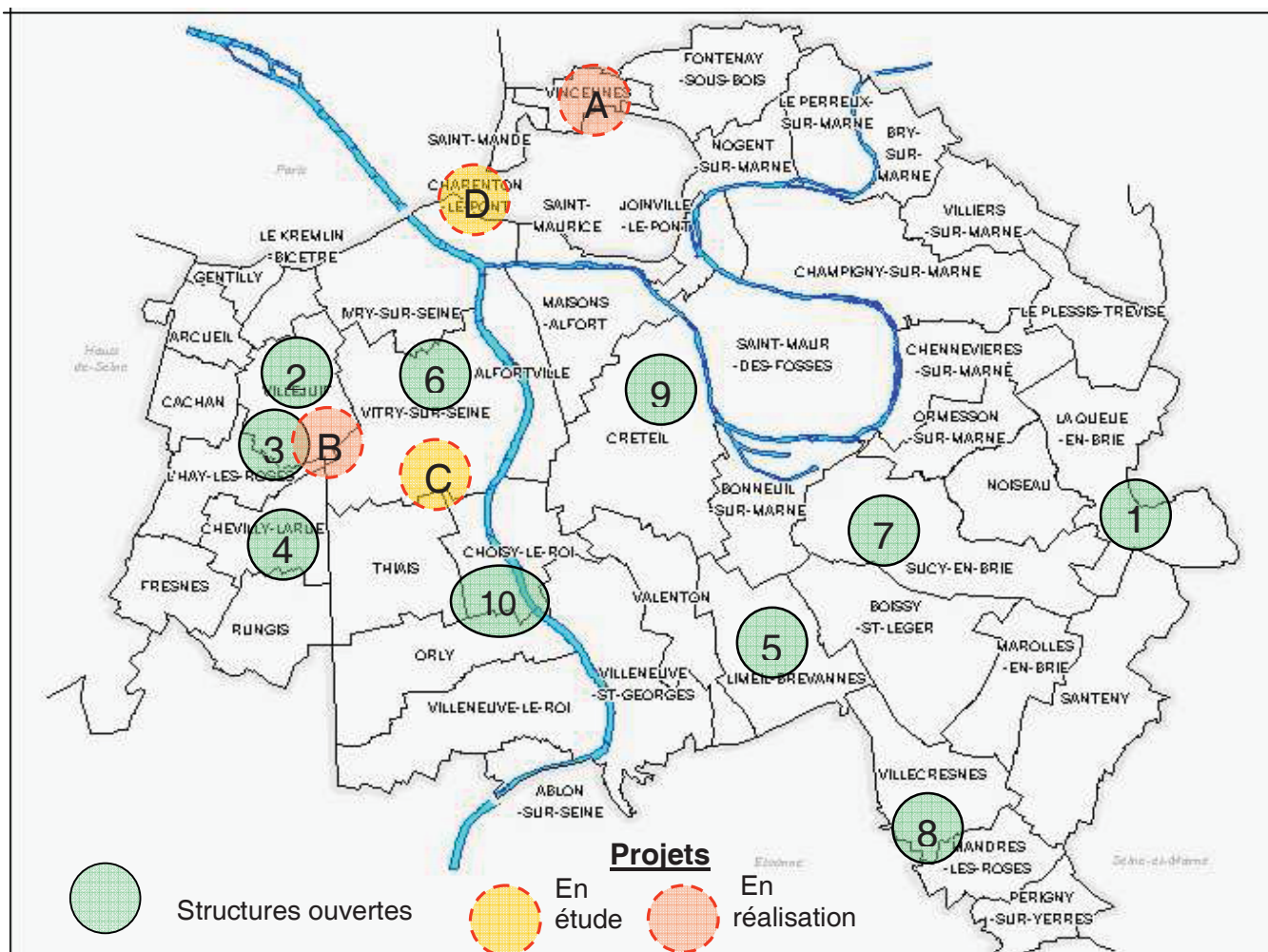
Maillage Territorial des SAMSAH et SAVS du Val-de-Marne



| | |
|----|--------------------------|
| 1 | Fresnes |
| 2 | Rungis |
| 3 | Thiais |
| 4 | Chevilly-Larue |
| 5 | L'Haÿ-les-Roses |
| 6 | Villejuif |
| 7 | Cachan |
| 8 | Arcueil |
| 9 | Gentilly |
| 10 | Le Kremlin-Bicêtre |
| 11 | Ivry-sur-Seine |
| 12 | Charenton-le-Pont |
| 13 | Saint-Maurice |
| 14 | Maisons-Alfort |
| 15 | Alfortville |
| 16 | Vitry-sur-Seine |
| 17 | Choisy-le-Roi |
| 18 | Orly |
| 19 | Villeneuve-le-Roi |
| 20 | Ablon-sur-Seine |
| 21 | Villeneuve-Saint-Georges |
| 22 | Valenton |
| 23 | Créteil |
| 24 | Saint-Maur-des-Fossés |
| 25 | Bonneuil-sur-Marne |
| 26 | Sucy-en-Brie |
| 27 | Boissy-Saint-Léger |
| 28 | Limeil-Brévannes |
| 29 | Villecresnes |
| 30 | Mandres-les-Roses |
| 31 | Périgny |
| 32 | Santeny |
| 33 | Marolles-en-Brie |
| 34 | La Queue-en-Brie |
| 35 | Noisieu |
| 36 | Ormesson-sur-Marne |
| 37 | Chennevières-sur-Marne |
| 38 | Le Plessis-Trévise |
| 39 | Villiers-sur-Marne |
| 40 | Champigny-sur-Marne |
| 41 | Joinville-le-Pont |
| 42 | Nogent-sur-Marne |
| 43 | Le Perreux-sur-Marne |
| 44 | Bry-sur-Marne |
| 45 | Fontenay-sous-Bois |
| 46 | Vincennes |
| 47 | Saint-Mandé |



Implantation des Logements et Hébergements spécialisés dans le Handicap Psychique



| | Implantation | Type | Nom | Places | Gestionnaire |
|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Structures ouvertes | | | | | |
| 1 | La Queue en Brie | MAS | MAS des Murets | 45 | Amis de l'Atelier |
| 2 | Villejuif | MAS | MAS Les Bruyères | 48 | Amis de l'Atelier |
| 3 | Villejuif | FAM | Les Tamaris | 22 | APSI |
| 4 | Chevilly Larue | Maison relais | | 31 | Amis de l'Atelier |
| 5 | Limeil Brévannes | Maison relais | | 34 | APSI |
| 6 | Vitry sur Seine | Résidence accueil | | 16 (+10 autorisé) | Amis de l'Atelier |
| 7 | Sucy en Brie | Appart. Accomp. | Le relais 94 | 60 | APSI |
| 8 | Villecresnes | FAM | Silvae | 48 | Amis de l'Atelier |
| 9 | Créteil | MAS | Résidence Dr Gachet | 57 | Œuvre Falret |
| 10 | Choisy le Roi | Résidence accueil | | 27 | Elan retrouvé |

| Structures en projet | | | Avancement - échéance | | |
|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------------|----|-------------------|
| A | Vincennes | Résidence accueil | En réalisation - 2017 | 30 | UDSM |
| B | Villejuif | FAM | En réalisation - fin 2016/début 2017 | 30 | APSI |
| C | Vitry | Résidence accueil | Projet préliminaire | 15 | Amis de l'Atelier |
| D | Charenton le Pont | Résidence accueil | Projet en étude | - | - |

❖ **MAS (Maison d'Accueil Spécialisé)** : Etablissement médico-social recevant des adultes handicapés ne pouvant effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

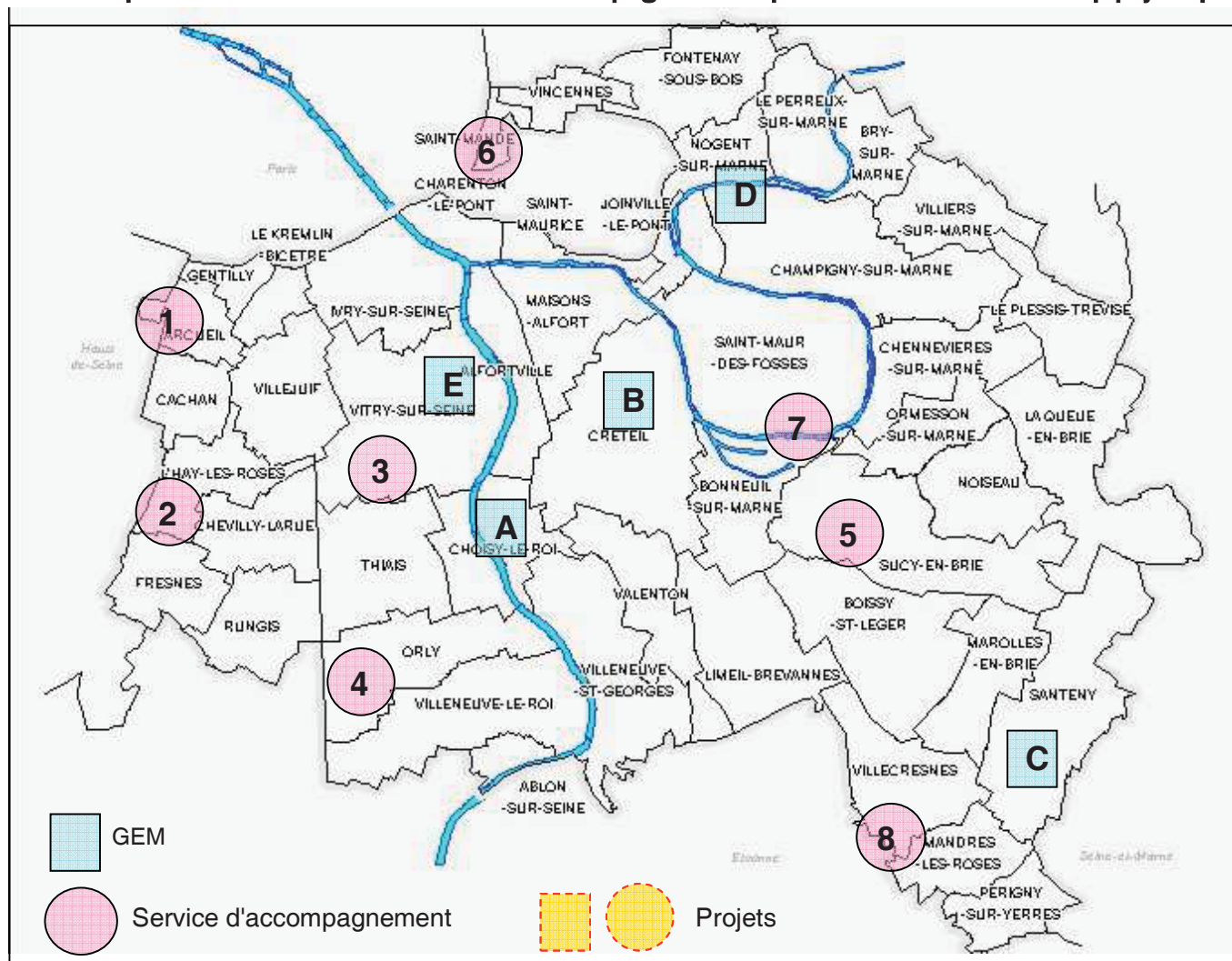
❖ **FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)** : Etablissement médico-social accueillant des personnes lourdement handicapées dont l'autonomie partielle nécessite un accompagnement dans la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical, sans pour autant relever des MAS.

❖ **Foyer de vie** : Etablissement médico-social accueillant des personnes handicapées disposant d'une certaine autonomie ne justifiant pas leur admission en foyer d'accueil médicalisé, mais insuffisante pour bénéficier d'un logement individuel en Maison relais.

❖ **Maison relais** : Habitat communautaire de petite taille associant la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs, avec un hôte assurant une "gestion rapprochée" et une présence dans la journée.

❖ **Résidence Accueil** : Maison relais dédiée à des personnes handicapées psychiques ne pouvant trouver un équilibre de vie en logement individuel autonome et suivies par un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS ou SAMSAH).

Implantation des GEM et Services d'accompagnement spécialisés dans le Handicap psychique



Services d'accompagnement ouverts

| | Implantation | Type | Pl. | Gestionnaire | Principales communes desservies |
|---|-----------------|---------------|------------------|---------------|---|
| 1 | Arcueil | SAVS / SAMSAH | 50/30 | Vivre | Arcueil, Cachan, Gentilly, Kremlin Bicêtre, Villejuif |
| 2 | L'Hay les Roses | SAVS | 55 | Amis Atelier | Chevilly Larue, L'Hay les Roses, Fresnes |
| 3 | Vitry sur Seine | SAMSAH | 30 (+9 autorisé) | Amis Atelier | Alfortville, Charenton, Ivry, Vitry |
| 4 | Orly | SAVS | 40 | Elan Retrouvé | Choisy le Roi, Orly, Thiais |
| 5 | Sucy en Brie | SAVS | 40 | APSI | Villeneuve St Georges, Limeil, Boissy, Sucy, Créteil |
| 6 | Saint Mandé | SAMSAH | 30 | Val Mandé | St Mandé, Fontenay, Vincennes, Charenton |
| 7 | Saint Maur | SAMSAH | 20 | UDSM | St Maur, Joinville, Champigny |
| 8 | Villecresnes | SAMSAH | 30 | Amis Atelier | Boissy, Sucy, Villeneuve St Georges, Limeil |

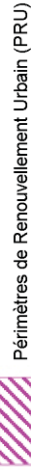
GEM ouverts

| | Parrain |
|---|---------------|
| A | Choisy le Roi |
| B | Créteil |
| C | Santenay |
| D | Nogent |
| E | Vitry |

❖ **GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle)** : Il s'agit d'un lieu d'accueil permanent, géré par les usagers eux-mêmes, dont la fréquentation est libre. Il assure le maintien du lien social permettant de rompre l'isolement des personnes, leur intégration dans la cité et leur orientation vers les services disponibles adéquats.

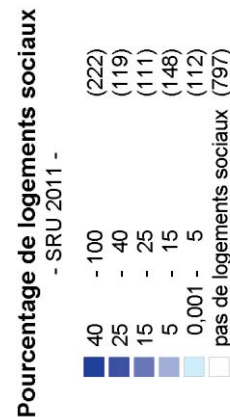
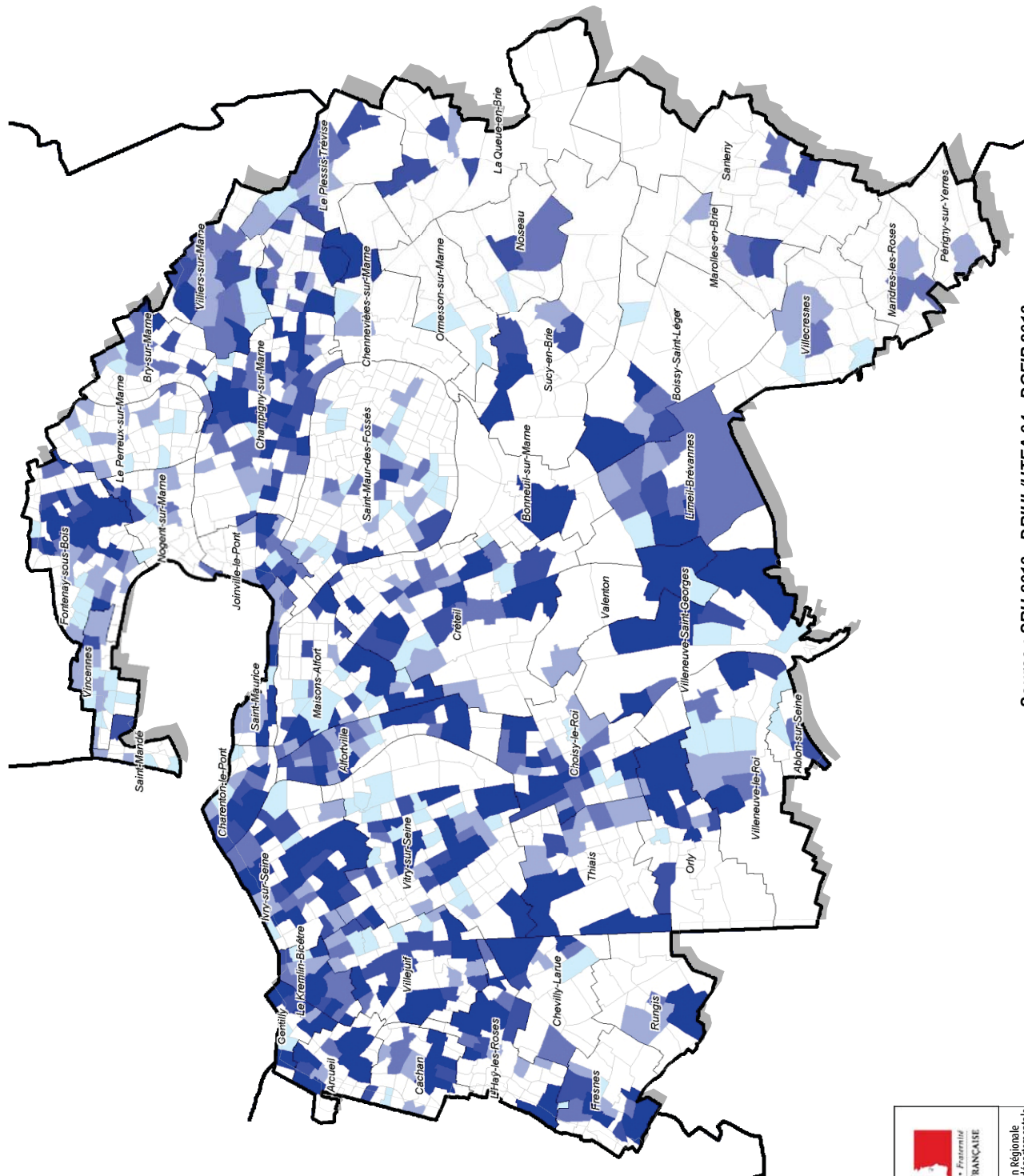
❖ **SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) et SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)** : Services ayant pour but d'aider les personnes handicapées les plus autonomes, vivant en logement individuel ou appartement collectif, à acquérir une plus grande autonomie dans la vie sociale, le logement et le travail notamment. Un éducateur référent assure un accompagnement personnalisé dans les actes de la vie courante, la consolidation et l'amélioration de l'autonomie, avec un accompagnement médical et paramédical pour le SAMSAH.

(Situation antérieure à la loi du 20/02/2014)



VIII

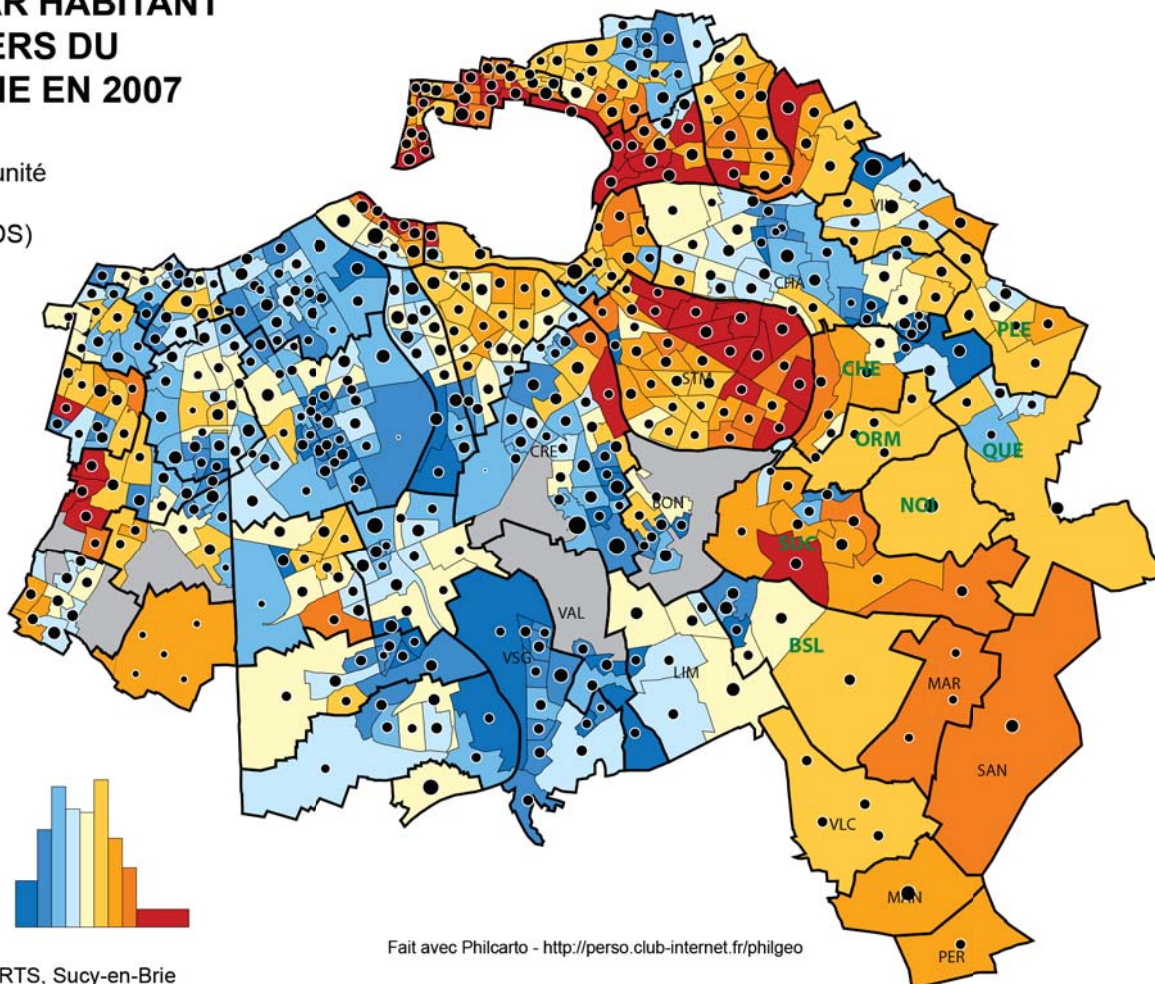
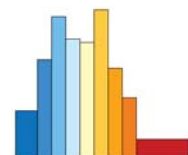
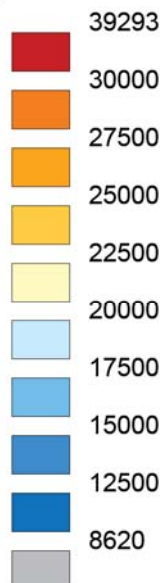
La répartition du taux de logements sociaux à la section cadastrale en 2011



Source : SRU 2013 - DRIHL/UTEA 94 - DGFIP 2013

RICHESSSE PAR HABITANT DES QUARTIERS DU VAL DE MARNE EN 2007

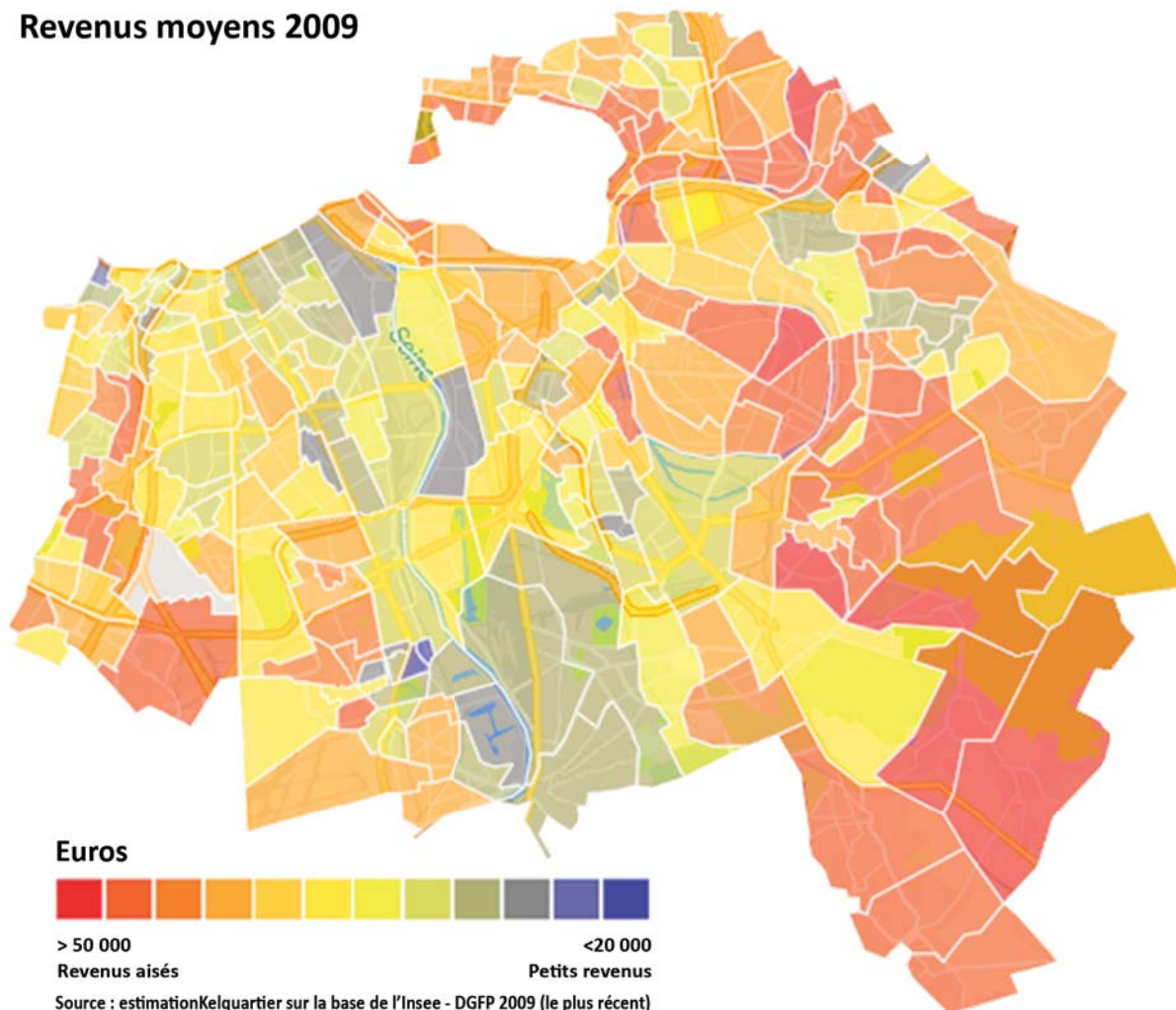
Revenu médian par unité
de consommation
(source : INSEE-DADS)



Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo>

Claude GRASLAND - VERTS, Sucy-en-Brie

Revenus moyens 2009



Euros



> 50 000

Revenus aisés

< 20 000

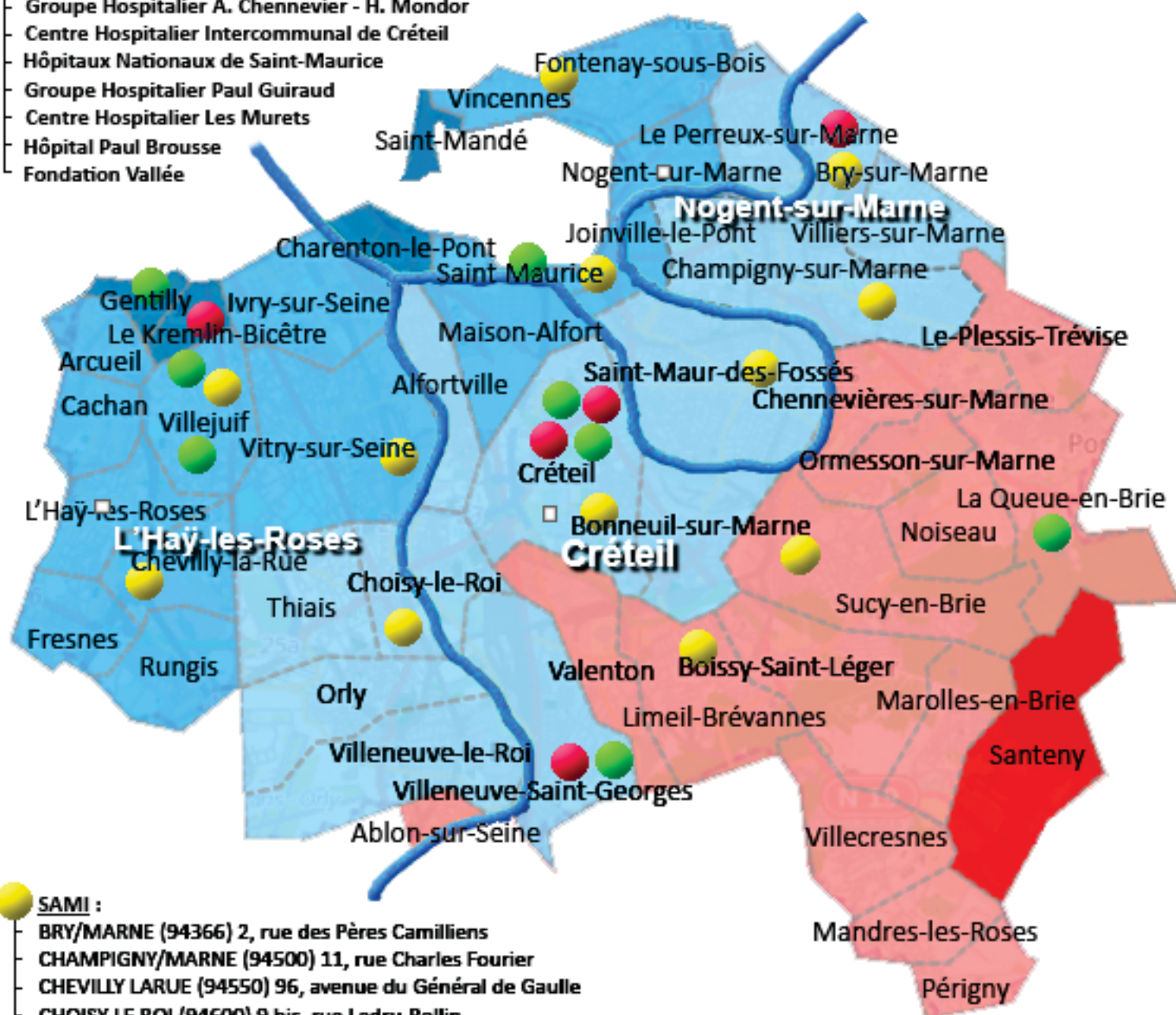
Petits revenus

Source : estimationKelquartier sur la base de l'Insee - DGFP 2009 (le plus récent)

Analyse réalisée par "Que Choisir" à partir des données publiques de l'Assurance maladie sur la localisation et les tarifs des médecins de 4 spécialités (généralistes, gynécologues, ophtalmologistes, pédiatres) relevées, en février et mai 2016. sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

Centres Hospitaliers de rattachement des Secteurs :

- Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges
- Groupe Hospitalier A. Chennevier - H. Mondor
- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- Hôpitaux Nationaux de Saint-Maurice
- Groupe Hospitalier Paul Guiraud
- Centre Hospitalier Les Murets
- Hôpital Paul Brousse
- Fondation Vallée



SAMI :

- BRY/MARNE (94366) 2, rue des Pères Camilliens
- CHAMPIGNY/MARNE (94500) 11, rue Charles Fourier
- CHEVILLY LARUE (94550) 96, avenue du Général de Gaulle
- CHOISY LE ROI (94600) 9 bis, rue Ledru-Rollin
- CRÉTEIL (94000) 115, avenue du Général de Gaulle
- LIMEIL BRÉVANNES (94450) 3, rue Claude Bernard
- SAINT MAUR (94100) 43, rue des Remises
- SAINT MAURICE (94410) 14, rue du Val d'Osne
- SUCY EN BRIE (94370) 24, rue Henri Dunant
- VILLEJUIF (94800) 49, rue Henri Barbusse
- VINCENNES (94300) 6, rue Pierre Brossolette
- VITRY/SEINE (94400) 16, place Jean Martin

SAU :

- Hôpital de Bicêtre
- Hôpital Saint Camille
- Hôpital Henri Mondor
- Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges

- Désert médical : densité inférieure d'au moins 60 % à la moyenne nationale.
- Accès difficile aux médecins : densité comprise entre 30 % et 60 % en dessous de la moyenne nationale.
- Accès satisfaisant aux médecins : densité comprise entre la moyenne nationale et 30 % en dessous.
- Offre abondante de médecins : densité comprise entre la moyenne nationale et 30 % au-dessus.
- Offre surabondante de médecins : densité supérieure d'au moins 30 % à la moyenne nationale.

10 – Gériatrie

Tableau n°96 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

| Départements Régions | Hommes Eff. | Femmes Eff. | Total Eff. | Densité | Var. Eff. | Lib.Mixte % | Sal. % |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|-------------|---------------|----------------|--------------|
| Essonne | 24 | 28 | 52 | 63,3 | 300% | 7,6% | 90,4% |
| Hauts de Seine | 18 | 32 | 50 | 42,4 | 257,1% | 4% | 96% |
| Seine et Marne | 23 | 23 | 46 | 56,9 | 666,7% | 0% | 100% |
| Seine Saint Denis | 20 | 22 | 42 | 49,5 | N/A | 4,8% | 95,2% |
| Val d'Oise | 23 | 36 | 59 | 84,7 | 883,3% | 3,4% | 96,6% |
| Val de Marne | 26 | 41 | 67 | 70 | 219% | 4,5% | 95,5% |
| Ville de Paris | 26 | 60 | 86 | 50,6 | 218,5% | 15,1% | 84,9% |
| Yvelines | 28 | 35 | 63 | 63 | 320% | 3,2% | 96,8% |
| Total IdF | 188 | 277 | 465 | 58,1 | 355,9% | 6% | 93,8% |
| France entière | 687 | 991 | 1678 | 27,5 | 392,1% | 4,4% | 95,6% |

15 – Médecine générale

Tableau n°106 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

| Départements Régions | Hommes Eff. | Femmes Eff. | Total Eff. | Densité | Var. Eff. | Lib.Mixte % | Sal. % |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| Essonne | 672 | 670 | 1342 | 105,4 | -17,1% | 60,3% | 39,6% |
| Hauts de Seine | 999 | 1234 | 2233 | 138,6 | -11,8% | 47,9% | 51,9% |
| Seine et Marne | 753 | 550 | 1303 | 93,9 | -15% | 67,4% | 32,6% |
| Seine Saint Denis | 888 | 774 | 1662 | 106,2 | -12,8% | 53,3% | 46,6% |
| Val d'Oise | 674 | 570 | 1244 | 102,7 | -14% | 62,2% | 37,7% |
| Val de Marne | 776 | 787 | 1563 | 114,3 | -20,3% | 54,3% | 45,4% |
| Ville de Paris | 2012 | 2351 | 4363 | 193,5 | -24,8% | 45,7% | 54,2% |
| Yvelines | 714 | 804 | 1518 | 105 | -21,1% | 63,4% | 36,6% |
| Total IdF | 7488 | 7740 | 15228 | 125,7 | -18,7% | 54% | 45,9% |
| France entière | 48099 | 40787 | 88886 | 130,6 | -8,4% | 63,5% | 36,5% |

20 – Neurologie

Tableau n°116 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

| Départements Régions | Hommes Eff. | Femmes Eff. | Total Eff. | Densité | Var. Eff. | Lib.Mixte % | Sal. % |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|------------|--------------|----------------|--------------|
| Essonne | 11 | 12 | 23 | 1,8 | 27,8% | 56,5% | 43,5% |
| Hauts de Seine | 32 | 20 | 52 | 3,2 | 15,6% | 46,1% | 53,8% |
| Seine et Marne | 9 | 6 | 15 | 1,1 | 7,1% | 46,7% | 53,3% |
| Seine Saint Denis | 14 | 22 | 36 | 2,3 | 50% | 22,3% | 77,8% |
| Val d'Oise | 15 | 15 | 30 | 2,5 | 50% | 30% | 70% |
| Val de Marne | 31 | 35 | 66 | 4,8 | 29,4% | 24,3% | 75,8% |
| Ville de Paris | 141 | 164 | 305 | 13,5 | 20,6% | 17% | 83% |
| Yvelines | 18 | 21 | 39 | 2,7 | 39,3% | 51,3% | 48,7% |
| Total IdF | 271 | 295 | 566 | 4,7 | -6,9% | 26,3% | 73,7% |
| France entière | 1209 | 1162 | 2371 | 3,5 | 30,9% | 33,9% | 66,1% |

21 – Neuro-psychiatrie

Tableau n°118 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion libéraux, mixtes et salariés

| Départements Régions | Honnes Eff. | Femmes Eff. | Total Eff. | Densité | Var. Eff. | Lib.Mixte % | Sal. % |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|------------|---------------|----------------|--------------|
| Essonne | 0 | 0 | 0 | 0 | -100% | 0% | 0% |
| Hauts de Seine | 1 | 0 | 1 | 0,1 | -83,3% | 0% | 100% |
| Seine et Marne | 0 | 0 | 0 | 0 | -100% | 0% | 0% |
| Seine Saint Denis | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A | 0% | 0% |
| Val d'Oise | 0 | 0 | 0 | 0 | -100% | 0% | 0% |
| Val de Marne | 0 | 0 | 0 | 0 | -100% | 0% | 0% |
| Ville de Paris | 8 | 6 | 14 | 0,6 | -77,8% | 35,7% | 64,3% |
| Yvelines | 1 | 0 | 1 | 0,1 | -66,7% | 100% | 0% |
| Total IdF | 10 | 6 | 16 | 0,1 | -81,6% | 37,6% | 62,5% |
| France entière | 35 | 11 | 46 | 0,1 | -85,4% | 60% | 40% |

26 – Psychiatrie

Tableau n°128 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

| Départements Régions | Honnes Eff. | Femmes Eff. | Total Eff. | Densité | Var. Eff. | Lib.Mixte % | Sal. % |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|-------------|--------------|----------------|--------------|
| Essonne | 117 | 97 | 214 | 16,8 | -1,8% | 25,3% | 74,8% |
| Hauts de Seine | 148 | 180 | 328 | 20,4 | 9,7% | 45,4% | 54,6% |
| Seine et Marne | 91 | 72 | 163 | 11,7 | 6,5% | 30% | 69,9% |
| Seine Saint Denis | 142 | 153 | 295 | 18,8 | 16,1% | 15,2% | 84,7% |
| Val d'Oise | 112 | 92 | 204 | 16,8 | 20% | 28,9% | 71,1% |
| Val de Marne | 162 | 235 | 397 | 29 | 10% | 18,6% | 81,1% |
| Ville de Paris | 724 | 874 | 1598 | 70,9 | -6,8% | 58,7% | 41,2% |
| Yvelines | 137 | 188 | 325 | 22,5 | 9,4% | 30,2% | 69,8% |
| Total IdF | 1633 | 1891 | 3524 | 29,1 | 1,6% | 41,6% | 58,3% |
| France entière | 5961 | 6630 | 12591 | 18,5 | 10,7% | 38,1% | 61,9% |

27 – Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Tableau n°130 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

| Départements Régions | Honnes Eff. | Femmes Eff. | Total Eff. | Densité | Var. Eff. | Lib.Mixte % | Sal. % |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------|------------|---------------|----------------|--------------|
| Essonne | 4 | 10 | 14 | 5,3 | -33,3% | 21,4% | 78,6% |
| Hauts de Seine | 10 | 6 | 16 | 5,1 | -46,7% | 25,1% | 75% |
| Seine et Marne | 3 | 12 | 15 | 5 | -16,7% | 53,4% | 40% |
| Seine Saint Denis | 5 | 14 | 19 | 5,4 | -29,6% | 15,8% | 84,2% |
| Val d'Oise | 5 | 10 | 15 | 5,7 | -67,4% | 13,4% | 86,7% |
| Val de Marne | 2 | 5 | 7 | 2,6 | -73,1% | 14,3% | 85,7% |
| Ville de Paris | 15 | 31 | 46 | 14,2 | -68,1% | 36,9% | 63% |
| Yvelines | 6 | 14 | 20 | 6,7 | -28,6% | 40% | 60% |
| Total IdF | 50 | 102 | 152 | 6,4 | -55,3% | 30,3% | 69,1% |
| France entière | 291 | 349 | 640 | 5 | -48,2% | 39,4% | 60,6% |